

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 N°293

**VECU ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES ET
COORDONNATEURS, LORS DE LA PRESCRIPTION DE CONTENTIONS
PHYSIQUES PASSIVES EN EHPAD**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue
publiquement le 29 Octobre 2015 pour obtenir le grade de Docteur en
Médecine

par

CLAPPAZ Florent

Né le 8 mars 1984 à Paris

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015 N°293

**VECU ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES ET
COORDONNATEURS, LORS DE LA PRESCRIPTION DE CONTENTIONS
PHYSIQUES PASSIVES EN EHPAD**

THESE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1 et soutenue
publiquement le 29 Octobre 2015 pour obtenir le grade de Docteur en
Médecine

par

CLAPPAZ Florent

Né le 8 mars 1984 à Paris

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université François-Noël GILLY

. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales François-Noël GILLY

. Secrétaire Général Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST Doyen : Jérôme ETIENNE

UFR DE MEDECINE
LYON SUD – CHARLES MERIEUX Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB) Directrice: Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE Directeur : Denis BOURGEOIS

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION Directeur : Yves MATILLON

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS) Directeur : Claude COLLIGNON

POLYTECH LYON Directeur : Pascal FOURNIER

I.U.T. Directeur : Christian COULET

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA) Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS

I.U.F.M. Directeur : Régis BERNARD

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2014/2015

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique

Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Rymlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie

Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulanger	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie

Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

JURY DE THESE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Pierre KROLAK SALMON

Professeur de Médecine Interne,
Gériatrie et Biologie du
Vieillessement

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA

Professeur de Psychiatrie et
Addictologie

Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Professeur de Médecine Générale

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Christelle RIVIERE

Géiatre

Membre invité :

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Professeur de Médecine Légale et
Droit de la Santé

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur **Pierre KROLAK SALMON**,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en présidant le jury de cette thèse. Je vous remercie également de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A monsieur le Professeur **Jean-Louis TERRA**,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Votre présence dans ce jury est une source de fierté, mais aussi d'appréhensions. La publication de 2000, par L'ANAES, que vous avez dirigé ayant été la base de départ de ce travail. J'espère que vous le jugerez digne d'intérêt.

A monsieur le Professeur **Laurent LETRILLIART**,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, et de l'intérêt que vous portez à notre travail. C'est une fierté de pouvoir être jugé par un Professeur de ma discipline. A travers vous je voudrais remercier les membres du DMG qui m'ont donné les outils pour, je l'espère, devenir un professionnel compétent.

A madame le Professeur **Liliane DALIGAND**,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Lors de mes études de deuxième cycle à Lyon, j'ai toujours été marqué par l'humanité qui se dégageait de vos interventions. C'est un honneur de vous compter dans mon jury.

A madame le Docteur **Christelle RIVIERE**,

Je tiens d'abord à te remercier d'avoir eu le courage de m'encadrer pour ce travail. Sans ton aide et tes précieux conseils je pense que cette thèse n'aurait jamais vu le jour. D'une manière plus générale, je voudrais te remercier de ce que tu m'as apporté, professionnellement et humainement. J'ai débuté mon externat dans ton service, ta rigueur et ta bienveillance avaient été pour moi des exemples qui ont guidé ma construction

professionnelle. Je suis très fier que tu diriges ma thèse, et que tu m'accompagnes pour cette dernière étape de ma formation.

Nous remercions aussi les dix médecins, généralistes et coordonnateurs, qui ont accepté de répondre à notre enquête.

Je remercie également le Docteur Laurent BOISSON, pour m'avoir fait découvrir ce à quoi correspondent le dévouement et la rigueur. Et aussi la musique classique ! Tu es un exemple pour moi, j'espère un jour t'arriver à la cheville.

Je remercie le Docteur Jacques LUCIANI, pour m'avoir accueilli dans son cabinet, et m'avoir donné le goût de mon métier. Je remercie aussi son épouse, sans vos talents de cuisinière et votre gentillesse, le stage aurait eu une toute autre saveur.

Je remercie le Docteur Aimé BUZY, vous m'avez ouvert les portes de votre cabinet, et m'y avez permis de découvrir notre beau métier dans toute sa complexité. Vous resterez pour moi un modèle vers lequel j'espère tendre.

Je remercie aussi les professionnels qui m'ont accompagné tout au long de ma formation, toujours avec indulgence, sans eux, je ne serais pas ce que je suis.

Je remercie mes proches,

Tout d'abord mes parents, merci de m'avoir transmis vos valeurs, vous avez fait de moi l'homme que je suis. Merci aussi de m'avoir soutenu depuis le début. C'est vrai que ce n'était pas gagné d'avance ! Enfin merci pour ce que vous êtes, je n'ai pas souvent l'occasion de vous le dire, mais je suis très fier d'être votre fils.

Mes grands-parents, Thérèse et Louis et Colette et Joseph. J'aurais aimé que vous soyez tous là pour partager la concrétisation de ces années d'études. Je vous remercie tous pour m'avoir montré la voie pour devenir quelqu'un de bien. Je ferai tout pour continuer de la suivre.

Mon frère et ma sœur, Camille, c'est vrai qu'on a passé pas mal de temps à se battre, et que nos relations peuvent être houleuses. Mais je tiens à ce que tu saches que tu es quelqu'un de bien, et que tu pourras toujours compter sur moi dans les périodes difficiles. Christophe, tu as toujours été un modèle pour moi, tu étais un peu inaccessible. Depuis le début de mes

études nous nous sommes rapprochés, et j'aime beaucoup la relation que nous avons nouée. J'espère que ça durera encore de nombreuses années. Quoi qu'il en soit je vous aime tous les deux !

Je ne peux pas non plus oublier Dorothée Bastien et Cléo, qui apportent du soleil dans la famille.

Je remercie mes amis, Benjamin, Emilie, Alice, Vincent, Mahé, Marine, Virginie, Romain, Alice et Marion pour avoir été là dans les bons et les mauvais moments. Mention spéciale à Brigitte et Guy mes parents de Coligny, merci de votre soutien !

Enfin je remercie celle qui me donne envie d'aller de l'avant et sans qui ma vie serait beaucoup trop terne. Merci Lorène de me supporter au quotidien, j'imagine à quel point c'est difficile. Merci de mettre du Soleil dans ma vie, je t'aime, jusqu'à l'infini et au-delà !

LISTE DES ABREVIATIONS

AGGIR : autonomie gérontologie groupe iso-ressource

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

APA : allocation personnalisée d'autonomie

ARS : agence régionale de santé

CASF : code de l'action sociale et des familles

CNRTL : centre national de ressources textuelles et lexicales

EHPAD : établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

MESH : Medical Subject Headings

SAMU : service d'aide médicale urgente

Table des matières

INTRODUCTION	18
GENERALITES	19
1. Contention physique passive	19
1.1. Définition	19
1.2. Historique	19
1.3. Matériel utilisé	20
1.4. Indications	22
1.5. Effets secondaires	23
1.6. Législation	24
1.7. Etat des lieux	25
2. Médecin coordonnateur de maison de retraite	26
2.1. Historique	26
2.2. Rôle	26
3. Rôle du médecin traitant	27
4. EHPAD	28
4.1. Historique	28
4.2. Fonctionnement	29
5. Définition des soins	29
MATERIEL ET METHODES	30
1. Objectifs de l'étude	30
1.1. Hypothèse	30
1.2. Objectifs	31
2. Choix de la méthode	31
3. Recherche bibliographique	34
RESULTATS ET ANALYSE	36
1. Données générales	36
2. Description des deux populations de médecins	37
2.1. Les médecins généralistes	37
2.2. Médecins coordonnateurs	40
3. Analyse	42
3.1. Représentations de la contention physique	43
3.2. Modalités de prescription de la contention physique	48

DISCUSSION	60
1. Limites de l'étude	60
2. Description des médecins étudiés	61
3. La contention physique passive, un soin à part entière ?	62
3.1. Une utilisation courante de la contention	62
3.2. Mais une utilisation culpabilisante	62
3.3. Pour un soin en marge des soins « classiques »	63
4. La prescription de contention dans les EHPAD étudiées	65
4.1. Des indications discutables	65
4.2. En réponse à une crainte des soignants	67
4.3. Une prescription « sous influence »	69
4.4. Au bénéfice d'un patient qui n'a pas son mot à dire	71
5. Des alternatives envisagées	72
BIBLIOGRAPHIE	78
DOCUMENTS ANNEXES	81

INTRODUCTION

La contention physique est une pratique courante dans les établissements de santé. Son utilisation augmente avec l'âge et la dépendance des patients. En établissement de long séjour la prévalence de la contention varie de 19 à 84.6%¹. La justification la plus fréquente de ces pratiques est la protection du patient contre lui-même. Le but étant de prévenir une éventuelle chute aux conséquences potentiellement graves.

Cependant, les études réalisées pour évaluer la contention physique n'arrivent pas à mettre en évidence de bénéfice et au contraire mettent en avant des effets secondaires souvent graves².

L'utilisation de la contention physique fait également se poser la question de la liberté des individus à disposer de leur corps et à aller et venir librement.

Dans ce contexte, l'ANAES a effectué en 2000 une évaluation des pratiques de contention, avec, à la clef, des recommandations afin de limiter les risques liés à l'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées.

14 ans plus tard il semblerait que la situation n'ait pas beaucoup évolué.

Dans le cadre de notre activité ambulatoire, il nous a été donné de réaliser des consultations en établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il est alors courant de voir des patient contenus systématiquement dans leur fauteuil ou au lit.

En théorie la contention physique s'effectue sur prescription médicale, est réévaluée quotidiennement et doit être utilisée le moins longtemps possible.

Notre expérience en EHPAD nous a fait nous interroger sur les connaissances, les représentations et les motivations liées à la prescription de contention par les médecins généralistes et les médecins coordonnateurs de maison de retraite. Nous nous sommes interrogés aussi sur l'impact de ces représentations sur la prescription de contentions physiques en EHPAD.

GENERALITES

1. Contention physique passive

1.1. Définition

contention n,f : Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité.³

La contention physique, dite passive, se caractérise 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 adapté¹.

Il existe d'autres types de contention physique :

- La contention posturale utilisée dans les traitements rééducatifs.
- La contention physique active utilisée par les kinésithérapeutes en vue d'une verticalisation par exemple.

Ces deux derniers types de contention physique, ainsi que la contention chimique ne font pas l'objet de notre travail.

1.2. Historique

La pratique de la contention physique passive prend sa source à l'origine des traitements des maladies mentales. Ainsi, dès l'Antiquité, Célius Aurélien, disciple de Soranos d'Ephèse, préconisait de faire usage de liens si les maniaques étaient agités, « mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après ». Il préconisait aussi de parler avec le malade de tout sujet susceptible de l'intéresser. A la même période Celse préconisait lui, d'enchaîner les malades et de les soumettre à diverses privations et violences. Sa théorie était de faire sortir le malade de sa maladie grâce à la peur. On note donc déjà à l'époque la coexistence de deux conceptions opposées.

Au Moyen-Age, les malades mentaux sont soignés à domicile, et seuls les « fous furieux » sont attachés.

A la renaissance les fous sont enfermés dans des cachots, enchainés, en se fondant sur une théorie voulant que, plus la contention est douloureuse, plus les résultats obtenus sont bons. On retrouve ici la théorie de Celse.

Il faut attendre la Révolution pour voir considérer le fou comme un malade. Sous l'influence de Pinel, les fous sont libérés de leurs chaînes. Cet acte fonde la psychiatrie. Pinel théorise alors une nouvelle pensée du soin, le traitement moral. Pinel pense que, en dehors de lésions cérébrales, la folie vient de causes morales. Elle doit donc être soignée par des remèdes moraux. Son traitement moral engage donc l'intellect et les émotions pour soigner, plutôt que les purges ou les saignées utilisées jusqu'alors.

Cependant la mise à l'écart en asile, les contentions physiques, les chambres d'isolement, restent utilisées pour le traitement des malades mentaux. Avec cette approche, on est dans la lignée de Soranos d'Ephèse. Esquirol puis Leuret poursuivront sur cette voie. Au XIX^{ème} et XX^{ème} siècle apparaît et grandit la théorie de la dégénérescence. Cette approche considère les maladies mentales comme une tare s'aggravant au fil des générations. Les pratiques de contentions reviennent alors au centre des soins aux patients agités.

Après la seconde guerre mondiale, sous l'impulsion de psychiatres tels que Bonnafé ou Paumelle, une nouvelle théorie du fou et de la folie, entraîne la fermeture des quartiers d'agités et l'abandon progressif de la contention physique. L'arrivée des neuroleptiques dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle permet de poursuivre cette diminution de l'utilisation des liens. En secteur psychiatrique les contentions réapparaissent dans les années 1990, en lien, selon Dominique Friard, avec la disparition des infirmiers de secteur psychiatrique en 1992⁴.

1.3. Matériel utilisé

Les outils de contention sont multiples et variés, il existe des matériels spécifiques :

- Gilets et sangles thoraciques, ceintures, attaches de poignets et de chevilles, siège gériatrique avec tablette fixe, barrières de lit, securidrap.



- Certains outils utilisés pour la contention sont détournés de leur usage normal :
- Draps
- Tablette posée devant un fauteuil

D'autres, sans limiter les mouvements limitent l'accès du patient à son corps comme les combinaisons intégrales.



1.4. Indications

Il est courant d'entendre que la contention physique est indiquée pour prévenir le risque de chute chez les patients âgés. En effet la chute est la première cause de décès liée aux accidents de la vie quotidienne. En 2008, 9412 décès ont été liés à une chute dont 7696 sont survenus chez des personnes de plus de 75 ans⁵.

Les symptômes psycho-comportementaux comme la déambulation ou l'agitation sont aussi retenus comme des indications à l'utilisation de la contention physique¹.

Selon l'étude de l'ANAES¹ il n'existe pas d'indications ni de contre-indications absolues à la contention physique après revue de la littérature. Cependant la contention ne doit être utilisée qu'après évaluation du risque de chute ou en cas de déambulation excessive ou d'agitation. Devant ces situation il est préconisé d'évaluer le risque de chute et de corriger les facteurs de risques qui peuvent l'être. Enfin en dernier recours après épuisement des méthodes alternatives, la contention est préconisée. Dans cette étude l'ANAES a dégagé dix critères pour encadrer la contention physique.

- 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 heures¹.

1.5. Effets secondaires

La contention physique peut, à première vue, sembler pratique et sans danger. Elle permet d'éviter à une personne de se mettre en situation de prendre un risque et permet à un soignant de ne pas surveiller un patient exclusivement. Malheureusement, même en

occultant la notion de privation des libertés fondamentales, cette pratique met en danger le patient. Les effets secondaires sont soit liés directement à la contention, soit découlent de son utilisation.

Sont rapportés des cas de décès par strangulation dans les sangles d'une contention au fauteuil, ou entre des barrières de lit. Des chutes par-dessus les barrières de lit. Ces risques sont directement liés au matériel utilisé et peuvent être réduits grâce à un matériel adapté¹.

Par ailleurs on note aussi tous les risques liés au décubitus :

Confusion, agitation, escarres, anorexie, trouble du transit, sarcopénie, fausses routes et pneumopathies d'inhalation, insomnie.

Ces conséquences liées à l'immobilisation augmentent d'ailleurs la durée moyenne d'hospitalisation et le risque de survenue de chute grave.

1.6. Législation

Selon l'ANAES, et en vertu de la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, et de celle du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, la liberté d'aller et venir dans un établissement sanitaire est un droit inaliénable⁶. Cependant, elle considère que pour des raisons médicales cette liberté peut être temporairement limitée. Et même si le préambule de ce document prévoit un encadrement strict et un cadre à l'utilisation de moyen de contention, il n'existe pas de loi encadrant ces pratiques, qui sont considérées comme des actes thérapeutiques. A ce titre l'utilisation de contention physique dépend en théorie essentiellement du libre arbitre du médecin prescripteur.

Ce qui pose problème pour l'exercice de la liberté d'aller et venir, c'est l'obligation de sécurité des patients en établissement de santé. En effet la conciliation de ces deux concepts est particulièrement difficile lorsque l'on s'adresse à des patients fragilisés sur le plan physique et pouvant présenter des altérations cognitives.

Entre en jeu ici le principe de précaution qui oblige les soignant à se situer en permanence à la limite entre le respect des libertés fondamentales du patient et le risque qu'il est acceptable de lui laisser prendre. La peur qui sous-tend cela est aussi bien celle de la prise de risque pour le patient que de la mise en cause de la responsabilité professionnelle voire pénale du soignant en cas de chute.

Les évolutions du droit et de la jurisprudence ne semblent pas aller dans le sens d'une réassurance des soignants. La responsabilité n'est plus fondée sur la notion de faute, mais de plus en plus sur celle de risque. Les directeurs d'établissements sont tenus de « ne pas mettre en danger les personnes qui leur sont confiées »^{7,8}. Cela amène des comportements sécuritaires qui vont à l'encontre des libertés des patients. Avec souvent une surévaluation des risques de chute ou de fugue, par exemple, et une minimisation des risques liés à la perte d'intégrité psychique et sociale.⁷

Pourtant, malgré une augmentation des cas de contentieux entre usagers et établissements de santé, ainsi qu'une augmentation des compensations versées aux victimes, les établissements ne sont astreints qu'à une obligation de moyens. Un tribunal a par exemple considéré qu'un service de psychogériatrie spécialisé dans la maladie d'Alzheimer n'était pas responsable de la fugue d'une résidente, pendant laquelle elle a été renversée par une voiture. Le juge avait alors considéré que l'établissement d'accueil avait mis tous les moyens en œuvre pour mettre en sécurité les patients (clôtures grillagées, porte fermées, rondes de nuit).⁹

Pour essayer de concilier cette obligation de sécurité avec le droit au risque et à la liberté des patients, l'ANAES⁶ propose de recueillir, à l'entrée en EHPAD, un niveau de risque que le patient ou ses proches seraient prêts à accepter.

1.7. Etat des lieux

En 2012 le Rapport d'activité du contrôleur général des lieux de privation des libertés assimilait les EHPAD à des lieux de privation des libertés notamment celle d'aller et venir. Il préconisait d'étendre ses compétences aux EHPAD en vue de s'assurer du respect des droits des personnes qui y sont accueillis¹⁰. Même si ce rapport ne concerne pas la contention

physique au sens strict, il pose le problème de l'exercice de leur liberté par des personnes dans leur lieu d'hébergement.

En 2000 au moment de la publication de son évaluation, l'ANAES estimait que la prévalence de la contention physique passive variait de 19 à 84 % en établissements de longs séjours gériatriques¹. Il apparaît également que l'âge et le handicap favorisent l'utilisation de la contention.

Depuis cette publication, il n'y a pas eu de nouvelle évaluation nationale. Des études locales montrent que la pénétration des recommandations de 2000 est assez inhomogène sur le territoire¹¹⁻¹³.

2. Médecin coordonnateur de maison de retraite

2.1. Historique

Avant la création de la fonction de médecin coordonnateur, les maisons de retraite pouvait employer des médecins de cure qui prenaient en charge sur un nombre de lits limités, les patients les plus dépendants. Il s'agissait plutôt de clinicien et la fonction de coordination était facultative¹⁴. La fonction de médecin coordonnateur est apparue suite à l'arrêté du 26 avril 1999¹⁵ concernant la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. A partir de cette date les EHPAD souhaitant signer une convention tripartite devaient engager un médecin coordonnateur. Le but étant de rationaliser les dépenses de santé, et d'améliorer la qualité des soins. En effet le médecin coordonnateur devait s'engager à obtenir un diplôme qualifiant pour la gériatrie dans les 3 ans suivant la signature de son contrat. Dès 2005 toute EHPAD doit employer un médecin coordonnateur et son temps de travail est défini par l'article D312-156 du CASF¹⁶.

2.2. Rôle

Les rôles du médecin coordonnateur sont définis par l'article D312-158 du CASF¹⁷ publié en 2005 puis révisé en 2007 et 2011.

Le médecin coordonnateur est le référent gériatrique de l'établissement. De par la formation qu'il a nécessairement reçue pour occuper ce poste, il est le garant des bonnes pratiques gériatriques dans l'établissement. A ce titre il participe à l'élaboration du projet de soins. Il

préside la commission de coordination gériatrique chargée de coordonner l'action des professionnels salariés et libéraux. Elle se réunit deux fois par an.

Un des rôles majeur pour le fonctionnement des EHPAD est l'évaluation de la dépendance grâce aux outils que sont PATHOS, qui évalue la charge de travail pour l'équipe soignante, ainsi que la grille AGGIR qui évalue la dépendance. Cette évaluation, contrôlée dans un second temps par le médecin de l'assurance maladie ou le médecin de l'ARS, permet de définir le niveau moyen de dépendance des patients de l'établissement et ainsi les moyens qui lui sont alloués.

Le médecin coordonnateur émet aussi un avis avant l'admission d'un nouveau patient, de telle sorte que les moyens disponibles dans l'établissement soient compatibles avec la prise en charge de celui-ci.

Par contre, le médecin coordonnateur, dans le cadre de cette fonction n'a pas de rôle de soignant. Il ne peut prescrire pour les résidents qu'en cas d'urgence vitale et si le médecin traitant ne peut se déplacer.

En pratique le médecin coordonnateur d'une EHPAD est souvent un médecin généraliste du secteur¹⁸ qui joue ce rôle en plus de son activité libérale.

3. Rôle du médecin traitant

Le choix de son médecin par un résident après son entrée en EHPAD est un principe fondamental du code de la santé publique¹⁹. Le patient peut choisir le médecin coordonnateur comme médecin traitant, si celui-ci a aussi une activité libérale, mais il peut également faire le choix de garder son ancien médecin traitant, notamment s'il entre dans une EHPAD proche de son précédent domicile.

Depuis 2010, le rôle du médecin traitant est contractualisé²⁰, et les médecins libéraux souhaitant intervenir dans une EHPAD sont obligé de signer un contrat avec l'établissement. Ce contrat formalise les rapports entre le médecin libéral et l'EHPAD. Ainsi, le médecin libéral accepte de prescrire préférentiellement des molécules inscrites au livret de l'établissement, il s'engage à respecter et à adhérer au projet de soins de l'établissement.

Le médecin traitant, sauf s'il est aussi le médecin coordonnateur, n'a pas de rôle dans l'encadrement médical de l'établissement. Il intervient dans le même cadre que lors de ses consultations à domicile, et à ce titre il n'est présent qu'occasionnellement et pour une durée relativement courte. Une étude dans les pays de la Loire estime à 16 minutes sa présence effective auprès du patient lors d'une visite en EHPAD¹⁸.

4. EHPAD

4.1. Historique

A la fin du 19^e siècle, les familles ouvrières n'ont pas les moyens d'accueillir ceux qui ne pouvaient plus rapporter de salaire à la maison, sans pour autant avoir la possibilité de prendre un logement individuel²¹. C'est pour répondre à ce type de besoin que se sont développés les hospices.

Dans les années 1960, sont nées les premières maisons de retraite. Elles ont été fondées à l'initiative de congrégations religieuses, d'hôpitaux ou de caisses de retraite. Leur but était d'accueillir des résidents valides et autonomes, afin de se démarquer de l'image des hospices pour « vieillards indigents et abandonnés ou incurables »²¹. Malheureusement, si les résidents étaient valides à leur admission, des déficiences, amenant un certain degré de dépendance, pouvaient apparaître après quelques années. Pour répondre à ce problème, la loi du 30 juin 1975²² a introduit la médicalisation de ces structures grâce aux lits de section de cure médicale. Ces mesures avaient pour but le maintien en place des patients entrés valides et dont l'état de santé se serait dégradé. Par la même occasion, les hospices sont supprimés au profit des maisons de retraite, et il est préconisé une « humanisation » des établissements. C'est en 1997 que sont nées les EHPAD²³ au moment de la réforme de la tarification. Cette transformation a vu l'arrivée dans les EHPAD de médecins coordonnateurs. Le but étant l'amélioration de la qualité des soins et la rationalisation des dépenses

4.2. Fonctionnement

les EHPAD existent donc depuis l'apparition des conventions tripartites signées pour 5 ans avec les ARS et les conseils généraux, suite à la loi 97-60 du 24 janvier 1997²³.

Les prestations offertes par ces établissements sont séparées en 3 volets distincts, les soins, l'hébergement et la dépendance. Cette convention permet aux établissements de faire varier leurs tarifs non plus en fonction de leur statut juridique, mais de la dépendance des résidents.

Lors de la signature de la convention, le budget des volets hébergement et dépendance est défini avec les conseils généraux. Les résidents peuvent alors bénéficier, sous réserve de conditions de ressource et en fonction de leur dépendance, soit d'aide au logement, soit de l'APA. Le budget du volet soins est, lui, défini avec l'ARS.

5. Définition des soins

Soins : nom masculin pluriel, ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé²⁴.

Soins infirmiers : On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation²⁵.

MATERIEL ET METHODES

1. Objectifs de l'étude

1.1. Hypothèse

Notre société considère le bien-être et les libertés personnels comme des valeurs essentielles. L'utilisation de la contention physique passive nous semble donc paradoxale au regard de ces valeurs. Il semble cependant, que dans le cadre des soins, l'utilisation de la contention physique passive soit une pratique courante. Si l'on exclue les services de soins psychiatriques, la contention physique passive est essentiellement utilisée en gériatrie. Les données publiées montrent même que la contention physique passive est d'autant plus utilisée que la personne est âgée, dépendante ou présente un déficit cognitif^{1,12,26}. Le principal motif évoqué pour justifier l'utilisation de la contention est la protection du patient contre lui-même. La plupart des études menées pour évaluer ce bénéfice montrent plutôt un risque majoré de chute grave ou de complications de décubitus^{1,2,27}. Des études portant sur le vécu professionnel des professionnels paramédicaux de gériatrie montrent une souffrance importante liée à cette pratique, associée à un fort sentiment de culpabilité de la part de ces soignants^{1,28,29}. On peut donc penser, que dans l'inconscient collectif cette privation de liberté est vécue comme une pratique maltraitante. On se pose donc la question suivante : Une pratique vécue comme maltraitante peut-elle être considérée comme un soin ?

Pour autant, la contention physique est parfois demandée par les équipes soignantes aux médecins pour pallier un risque ressenti comme fort de mise en danger du patient par lui-même. Malgré le vécu négatif de cet acte, elles envisagent de manière encore plus négative un possible accident.

Le médecin est alors amené à prescrire cet acte sous une impulsion extérieure. Le paradoxe que nous voyons ici est que même s'il assume la responsabilité de sa prescription, contrairement aux autres actes, ici, il n'en pose pas toujours l'indication.

En 2000 l'ANAES a publié un guide de bonnes pratiques afin de limiter les risques de l'utilisation de la contention physique. Depuis, de nombreuses études ont étudié la contention du point de vue des paramédicaux. Il nous a donc semblé intéressant d'étudier

les motifs de prescription et les facteurs influençant les médecins pour prescrire une contention physique, ainsi que leur vécu de cette pratique.

La contention physique passive est une problématique essentiellement gériatrique en médecine générale. Le médecin généraliste intervenant très fréquemment en EHPAD, il nous a semblé intéressant d'interroger des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD sur leur pratique et leur vécu de la contention physique passive.

Les médecins coordonnateurs sont soumis à une obligation de formation, et rendent compte au directeur de l'EHPAD qui est leur supérieur hiérarchique. Ils sont donc, peut-être, plus sensibles au risque, médico-légal notamment, qui pourrait toucher l'établissement. Mais ils sont a priori plus informés des risques de la contention.

Les médecins généralistes, eux, sont, peut-être, moins informés mais beaucoup plus indépendants des établissements et par là, moins influencés par les pressions extérieures.

Les questions que nous nous posons lors de ce travail sont : la contention physique passive, dans le contexte gériatrique, peut-elle être considérée comme un soin à proprement parler de par la privation de liberté qu'elle entraîne ?

Les médecins sont-ils libres dans la prise de décision de contenir un patient ?

1.2. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'étudier le vécu des médecins généralistes et des médecins coordonnateurs lors de la prescription de contention physique passive en EHPAD.

Un objectif secondaire est de dégager des pistes de réflexion en vue d'une amélioration de ces pratiques en marge des soins « classiques ».

2. Choix de la méthode

L'objet de notre travail concernait le vécu d'une pratique professionnelle, il nous a donc semblé pertinent de réaliser une étude qualitative.

La recherche qualitative est un mode de recherche initialement utilisé dans les sciences sociales et humaines. Elle ne cherche pas à quantifier, mais permet, à partir d'un recueil de données, le plus souvent verbales, une démarche interprétative³⁰.

Elle ne se définit pas en opposition avec la démarche quantitative. Elles explorent juste des domaines différents. Là où la méthode quantitative répondra à la question « combien ? », la méthode qualitative répondra à « comment ou pourquoi ? ».

Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre des phénomènes sociaux dans leur contexte, plutôt que dans un contexte expérimental^{31,32}. Elle étudie l'aspect psycho social d'un phénomène ou d'un comportement. Elle permet de faire un lien entre la « vraie vie » et la science dure³⁰, se concentre sur l'individu plutôt que sur la population³³.

Des critères de scientificité de la recherche qualitative sont décrits par Drapeau³⁴ :

- La validité interne ou l'acceptation interne qui fait référence au degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux du sujet.
- La validité externe qui représente la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes. Cela nécessite d'avoir un échantillon représentatif de la problématique. Là où la recherche quantitative recherche la représentativité de l'échantillon par la puissance statistique, la recherche qualitative cherche plutôt la diversité maximale afin d'obtenir un échantillon « réfléchi »^{30,32-36}. Cela suppose également que la population soit définie le plus exactement possible.

Cependant, « la valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes. »³⁴

Il existe plusieurs concepts méthodologiques en recherche qualitative. Pour notre étude nous avons choisi d'utiliser la théorie ancrée. Cette méthode permet de construire une théorie à partir des données recueillies et non à partir d'hypothèses définies a priori³⁰. La bibliographie étant très pauvre sur le sujet, cette méthode nous a paru la plus pertinente.

Pour le recueil des données, là encore, plusieurs possibilités s'offraient à nous. L'objet de notre travail n'était pas de confronter les pratiques de nos confrères à un référentiel. De la

même façon nous ne souhaitons pas que la crainte d'un jugement entre confrères interfère avec les réponses recueillies. Nous n'avons donc pas retenu la méthode des groupes focus. Notre idée était de découvrir les ressorts de prescription de la contention physique et le vécu accompagnant cette prescription. Nous avons donc jugé pertinent de réaliser des entretiens semi dirigés.

Le guide d'entretien a été réalisé à partir de quatre thèmes :

- Les représentations de la contention pour les médecins : définition, indications, notion éthique.
- L'utilisation de la contention au quotidien : modalités de prescription, définition pratique, modalités techniques, notion d'alternative.
- Le vécu de cette pratique : ressenti, notion de responsabilité professionnel, légale, éthique.
- Caractéristiques des sujets répondants : âge, sexe, parcours professionnel, intérêt pour la gériatrie.

La grille d'entretien nous a servi de cadre, mais l'ordre des questions a pu varier en fonction du déroulement des différents entretiens. Il en va de même de la formulation des questions. La grille d'entretien n'a pas été modifiée durant l'étude. Elle se trouve en annexe 1 de ce document.

Pour répondre à notre question nous avons choisi d'interroger des médecins généralistes intervenant en EHPAD ainsi que les médecins coordonnateurs de ces EHPAD. Nous avons estimé qu'étudier la question sous ces deux angles de vue pourrait enrichir nos résultats. En effet nous avons supposé que les médecins coordonnateurs étaient plus formés et avaient probablement une plus grande expérience de la gériatrie que les médecins généralistes. Nous pensions également que leur rôle institutionnel les poussait à avoir une vision et un vécu différent de la pratique de la contention physique passive.

Nous avons sélectionné cinq EHPAD de l'Ain situés plus ou moins loin d'un centre urbain, en l'occurrence Bourg en Bresse. Nous avons sélectionné un EHPAD au centre-ville de Bourg en Bresse. Une située à dix-sept kilomètre dans une agglomération regroupant 14 communes pour environ 17000 habitants. Une située à vingt-trois kilomètres de Bourg en Bresse dans

une communauté de commune de 6000 habitants. Une située à vingt-neuf kilomètres dans une communauté de commune de 4500 habitants. Une située à 31 km dans une commune de 1100 habitants. On compte donc un établissement urbain, un établissement rural, et trois établissements semi ruraux. Les EHPAD ont été sélectionnés pour leur éloignement progressif de Bourg en Bresse et le fait que pour certains, nous connaissions soit le médecin coordonnateur, soit un généraliste y pratiquant, dans le cadre de notre formation ou dans le cadre de remplacements. Les médecins généralistes ont été choisis en fonction de leur âge ou de leur sexe afin de diversifier au maximum l'échantillon.

L'accès à l'échantillon s'est fait par un accès direct. Comme il s'agissait de confrères l'entremise d'un tiers pour obtenir les entretiens ne semblait pas utile. Les médecins coordonnateurs des cinq EHPAD ont été contactés par téléphone. Aucun n'a refusé l'entrevue. Il a donc été choisi un médecin généraliste intervenant dans chaque EHPAD. Là encore ils ont été contactés par téléphone. Aucun n'a refusé.

Le contact téléphonique a permis de présenter le travail et de fixer les rendez-vous pour les entretiens

Les entretiens se sont déroulés du premier décembre 2014 au vingt-trois avril 2015. Ils se sont déroulés sur le lieu de travail des médecins répondants, soit au cabinet en dehors des heures de consultations soit dans les EHPAD.

Avant chaque entretien le cadre conceptuel³⁵ était réexpliqué : objectif de l'étude, objectif de l'entretien, choix de la population étudiée. Ils ont été enregistrés avec l'accord des médecins répondants, puis ont été intégralement retranscrits sur le logiciel WORD®.

L'analyse des entretiens a été réalisée grâce à des tableaux de synthèse regroupant hypothèse par hypothèse les éléments pertinents extraits des différents entretiens.

3. Recherche bibliographique

Tout d'abord nous avons défini des mots clés ensuite traduits en MESH grâce au portail de terminologie de santé du site CISMeF. Les mots choisis ont été :

- contention physique : [restraint, physical]
- personne âgée : [aged]
- EHPAD : [residential facilities]
- Médecin généraliste: [general practitioner]
- Effet indésirables : [adverse effects]

Nous avons interrogé les sources suivantes :

- Bases de données bibliographiques :PubMed, CisMEF, BDSP
- SUDOC, Google Scholar

Nous avons consulté les résumés des articles et ouvrages trouvés lors de cette recherche.

Les articles ou les ouvrages nous paraissant pertinents ont été sélectionnés. La bibliographie de chacun de ces ouvrages ou articles a été analysée à la recherche d'éléments pertinents pour notre recherche.

La bibliographie a été réalisée grâce au logiciel Zotero.

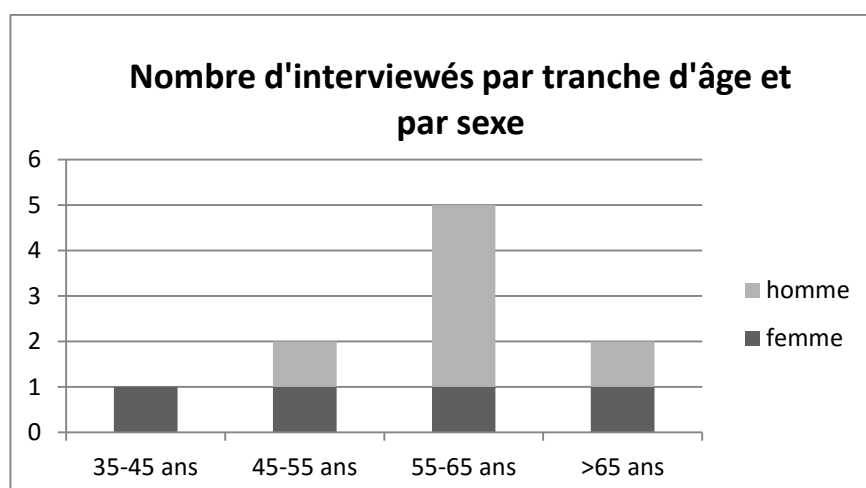
RESULTATS ET ANALYSE

Les résultats de notre enquête sont les entretiens transcrits. Pour plus de clarté nous avons fait le choix de ne pas les retranscrire intégralement ici, ils sont présent en annexe 2 de ce document.

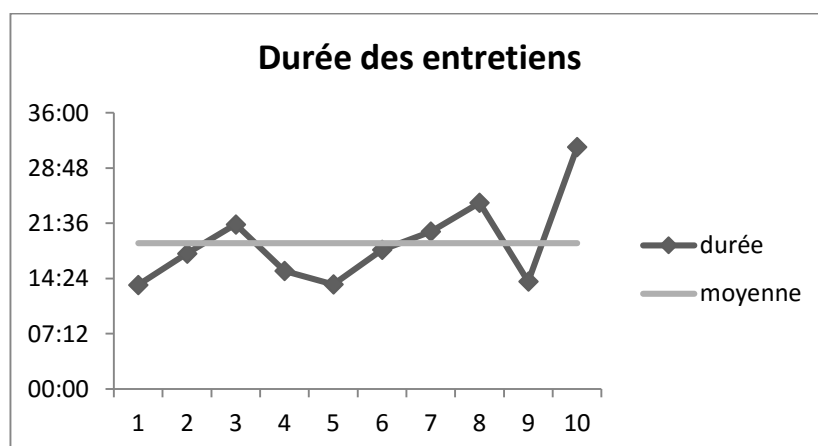
1. Données générales

Nous avons réalisé 10 entretiens entre le 1^{er} décembre 2014 et le 23 avril 2015. Parmi les médecins interrogés il y avait 4 femmes et 6 hommes.

Les médecins interrogés ont été classés par tranche d'âge.



Les entretiens ont durés entre 13 minutes 34 secondes et 31 minutes 32 secondes la durée moyenne était 19 minutes 01 secondes.



2. Description des deux populations de médecins

Lors de cette étude, nous avons donc interrogés deux groupes de médecins, des généralistes et des médecins coordonnateurs d'EHPAD. La distinction entre ces deux populations semble pourtant théorique, dans la mesure où 4 coordonnateurs sur 5 sont aussi médecins généralistes. Malgré cela nous allons voir que ces deux populations présentent bien des caractéristiques propres.

2.1. Les médecins généralistes

Nous avons interrogé cinq médecins généralistes. Ce groupe comptait deux femmes et trois hommes avec des âges compris entre 44 ans et 64 ans avec une moyenne d'âge à 51.6 ans. Trois médecins travaillaient dans un secteur semi rural, un dans un centre urbain et un dans un secteur rural.

On note que cette population est en moyenne plus jeune que le groupe de médecins coordonnateurs.

Nous allons brièvement décrire les entretiens réalisés pour avoir par la suite, en tête les parcours des différents médecins. Les médecins n'ont pas été interrogés dans un ordre précis, les numéros des entretiens apparaîtront donc dans le désordre.

Entretien numéro 2 : E2, femme entre 45 et 55 ans, pratiquant en milieu semi rural.

L'entretien se déroule entre midi et quatorze heures à son cabinet. Elle s'est installée en médecine générale en 1998 après 6 mois d'assistantat en oncologie et un an de remplacement en médecine générale. Elle n'a pas suivi de formation complémentaire en gériatrie. Elle apprécie cette discipline comme une part de la médecine générale. Elle n'a jamais été confrontée à la contention physique dans le cadre extra professionnel. Par ailleurs elle est maître de stage pour les internes de médecine générale.

Elle utilise peu la contention physique « je l'évite au maximum », mais la considère parfois utile. Plutôt dans un contexte d'urgence pour passer un cap « le temps d'équilibrer un traitement ».

Entretien numéro 3 : E3, homme entre 55 et 65 ans, pratiquant en milieu semi rural.

L'entretien se déroule à son cabinet un jour où il ne consulte pas. Il s'est installé en 1979

après quatre ans de formation comme interne des hôpitaux périphériques. Il n'a pas de formation particulière en gériatrie. Par contre il est médecin pompier et médecin régulateur libéral au SAMU et pratique une activité annexe dans un centre d'alcoologie. Il est maître de stage pour les internes de médecine générale. Il apprécie la gériatrie, mais n'en aura pas fait un exercice exclusif trouvant cette pratique émotionnellement difficile ; « on côtoie la déchéance et on côtoie la mort, donc on est face à des interrogations et on a besoin quand même de choses plus gaies dans notre exercice. » confie-t-il. Il n'a jamais été confronté à la contention en dehors du cadre professionnel. Il utilise la contention mais souvent un peu contraint ; « c'est pénible [] surtout quand on connaît bien les gens ».

Entretien numéro 4 : E4, homme entre 45 et 55 ans, exerçant en milieu urbain. L'entretien se déroule au cabinet entre midi et quatorze heures. Il a commencé son exercice en 1996 dans un service d'urgences où il a travaillé trois ans. Puis il a pratiqué en libéral un an avec SOS médecin pour s'installer en 2001 en médecine générale. Il a exercé à mi-temps en parallèle dans une structure d'accueil pour adultes handicapés jusqu'en 2010. De 2010 à 2014 il a exercé à plein temps dans un cabinet de groupe et a ouvert un nouveau cabinet en 2014 avec une consœur. Il n'a pas de formation spécifique en gériatrie et n'a jamais été confronté à la contention en dehors du cadre professionnel. Il est maître de stage pour les internes de médecine générale. Il a appris à apprécier la gériatrie avec le temps « c'était très dévalorisé dans mon esprit au début de mon exercice. ». Sa vision de la contention a évolué avec le temps « ça me choquait moins au début. » pour devenir assez négative « une paire de menottes me paraît être un bon symbole. » pour lui.

Entretien numéro 8 : E8, homme entre 55 et 65 ans, exerçant en milieu rural. L'entretien se déroule au cabinet en dehors des heures de consultation. Le sujet est visiblement sensible. Installé en 1988. Il n'a pas de formation particulière en gériatrie. Il est médecin pompier, médecin agricole, médecin de catastrophe et a une formation en médecine tropicale. Il est également maître de stage pour les internes de médecine générale. Il n'a pas d'attrait particulier pour la gériatrie « mais pas de répulsion non plus ». Il n'a jamais été confronté à la contention physique en dehors du cadre professionnel. Il considère la contention de manière assez négative. Pour autant, il l'utilise parfois car « [il] préfère voir un patient un petit peu au fauteuil que tout le temps au lit. »

Entretien numéro 9 : E9, femme entre 35 et 45 ans, exerçant en milieu rural. L'entretien se déroule après le dernier patient à son cabinet. Installée depuis quatre ans, a remplacé en milieu rural durant 12 ans. Elle n'a pas d'autre pratique que la médecine générale, par contre elle a un attrait particulier pour la gériatrie. Elle a d'ailleurs suivi le cursus pour devenir médecin coordonnateur mais n'a pas validé le stage. Elle explique ce choix car elle voulait rester du côté des soignants. Elle n'a jamais été confrontée à la contention physique en dehors du milieu professionnel. Son approche de la contention est plutôt négative et elle n'en prescrit qu'exceptionnellement.

Résumé de la population :

Formation professionnelle : on note que dans ce groupe, seul un des médecins s'est formé spécifiquement à la gériatrie, et de manière partielle puisqu'il n'a pas validé l'aspect pratique de sa formation. On note également que ces médecins ont tous été formés avant la réforme de l'internat. Ils n'avaient donc aucune obligation de formation hospitalière. Malgré cela trois sur cinq ont pratiqué comme interne ou assistant des hôpitaux. Et quatre sur cinq accueillent des internes. On peut donc croire que les médecins de ce groupe sont plutôt réceptifs à l'évolution des connaissances professionnelles.

Attrait pour la gériatrie : dans ce groupe aucun des médecins ne décrit de répulsion pour la gériatrie. Par contre aucun ne souhaiterait exercer exclusivement cette spécialité. Les raisons évoquées sont diverses, ils évoquent les difficultés face à l'image que leur renvoie la vieillesse, le fait que la gériatrie n'est qu'une partie de la médecine générale et qu'ils ne souhaitent pas se séparer du reste. Certains évoquent même le sacerdoce de la pratique exclusive de la gériatrie tant cette pratique exclusive leur paraît trop lourde émotionnellement.

Le rapport personnel à la contention : aucun des médecins de ce groupe n'a été confronté à la contention physique, que ce soit pour lui-même ou pour un proche.

L'âge des médecins : trois des cinq médecins de ce groupe ont moins de cinquante ans. Cependant ils ont tous été thésés avant la réforme de l'internat et n'ont donc pas eu au cours de leur formation initiale, d'apprentissage spécifique en gériatrie, concernant notamment les symptômes psycho-comportementaux ou les déficits cognitifs.

2.2. Médecins coordonnateurs

Cinq médecins coordonnateurs ont été interrogés. Ce groupe comprenait trois hommes et deux femmes. Trois médecins exerçaient en milieu semi rural, un en milieu rural et un dans un centre urbain. Un seul médecin avait une activité de coordonnateur exclusif, les quatre autres étaient des médecins généralistes exerçant également la médecine générale ambulatoire. L'âge des médecins était compris entre 55 et 68 ans avec une moyenne à 62,8 ans. La population des médecins coordonnateurs est donc plus âgée de 11 ans en moyenne par rapport à celle des médecins généralistes.

Entretien 1 : E1, femme entre 45 et 55 ans, exerçant en milieu rural. L'entretien se déroule au cabinet pendant les heures de consultation. Le sujet semble sensible. Installée depuis 1991, elle est médecin de cure depuis son installation. Elle a pris la suite d'un confrère qui s'est suicidé. Elle s'est intéressée à la gériatrie par la force des choses et a passé l'habilitation à être médecin coordonnateur en 2010. Par ailleurs, elle est maître de stage pour les internes de médecine générale et fait partie de la régulation libérale du SAMU de l'Ain. L'image qu'elle a de la contention est assez négative, mais elle ne pense pas avoir à sa disposition d'alternatives à son utilisation. Elle n'a jamais été confrontée à la contention en dehors du cadre professionnel

Entretien 5 : E5, homme entre 55 et 65 ans, exerçant en milieu semi rural. L'entretien se déroule au cabinet entre midi et quatorze heures. Il s'est installé en 1982, pendant 25 ans il a eu une activité annexe dans un centre d'orthogénie, et est médecin référent de crèche. Depuis quelques mois, il est médecin coordonnateur dans l'EHPAD de sa commune. Il n'a pas encore de formation spécifique en gériatrie. Pour lui la gériatrie fait partie intégrante de la médecine générale. Il utilise la contention physique dans un but de protection des patients, mais en a une vision négative « c'est négatif la contention, c'est forcément négatif dans sa définition. ». Il a été confronté à la contention physique pour ses grands-parents et sa mère « Quand on est confronté à ça pour des proches [...] ce n'est pas une prescription qu'on fait à la légère. »

Entretien 6 : E6, femme de plus de 65 ans, exerce dans un centre urbain. L'entretien se déroule à l'EHPAD en journée. Elle a fait ses études tardivement, a commencé à exercer à 44 ans. Elle a eu une activité hospitalière exclusive avec la direction d'un service de gériatrie,

puis d'un service d'addictologie. Elle a passé la capacité de gériatrie et un diplôme universitaire d'addictologie. Elle a pris sa retraite en 2011 et a repris une activité de médecin coordonnateur. Elle trouve un intérêt à la gériatrie dans la prise en charge globale qu'elle implique. Elle n'a jamais été confrontée à la contention en dehors du cadre professionnel. Elle utilise la contention dans un but de protection des patients, c'est une pratique qu'elle trouve utile mais qui nécessite des précautions. Elle n'a jamais été confrontée à la contention en dehors du cadre professionnel.

Entretien 7 : E7, homme de plus de 65 ans, exerçant en milieu semi rural. L'entretien se déroule à la maison de retraite. Il est installé dans un village proche depuis 37 ans. Il est également médecin pompier et maître de stage pour les internes de médecine générale. Son intérêt pour la gériatrie est venu avec le constat que les symptômes psycho-comportementaux en maison de retraite étaient souvent résolus grâce à l'usage des neuroleptiques. N'étant pas satisfait de cette camisole chimique il s'est formé et a passé la capacité de gériatrie en 2004. Dans la foulée il est devenu médecin coordonnateur. Sa vision de la contention est plutôt négative, il la considère comme une forme de maltraitance « un on lutte contre la camisole chimique, deux on lutte contre toutes les formes de maltraitance [...] et la contention en fait partie. ». Il essaie donc de limiter au maximum l'utilisation de cette pratique dans l'EHPAD où il travaille. Il n'a jamais été confronté à la contention en dehors du cadre professionnel.

Entretien 10 : E10, homme entre 55 et 65 ans, exerçant en milieu semi rural. L'entretien se déroule au cabinet en dehors des horaires de consultations. L'ambiance est cordiale. Installé depuis 1982 après 5 ans d'internat hospitalier. Après une proposition de poste de médecin coordonnateur dans l'EHPAD d'un village voisin, il a passé la capacité de gériatrie. Il ne voulait pas perdre la prise en charge des patients âgés. Il avait le sentiment d'avoir déjà perdu les urgences, la gynécologie et la pédiatrie en tant que médecin généraliste. Il n'a pas d'autre activité supplémentaire en dehors de son cabinet de médecine générale. Il considère la contention comme un moyen de protection du patient. Il la considère indispensable dans certaines situations, au moins de manière transitoire. Il n'a jamais été confronté à la contention en dehors du cadre professionnel.

Résumé de la population :

Formation professionnelle : on note que dans ce groupe, seul un médecin n'a pas suivi de formation spécifique en gériatrie. Sur les cinq médecins seul deux ont été interne des hôpitaux dont un avec une pratique exclusivement hospitalière. Seuls deux médecins accueillent des internes de médecine générale. Par rapport au groupe de médecins généralistes, on remarque que les pratiques sont beaucoup moins diversifiées en dehors de l'activité en EHPAD, avec une pratique gériatrique exclusive pour un des médecins, ou la pratique de la médecine générale seule.

Attrait pour la gériatrie : les motivations des médecins de ce groupe sont diverses. Deux médecins sur les cinq se sont formés parce qu'ils trouvaient un intérêt spécifique à la gériatrie. Un des deux s'est formé spécifiquement pour faire face aux symptômes psycho-comportementaux dans une optique non maltraitante. Pour les autres, la pratique en EHPAD est plus un concours de circonstance.

Rapport personnel à la contention : un seul médecin a été confronté à la contention pour des membres de sa famille. Pour autant, c'est le seul qui n'a pas de formation spécifique en gériatrie. Cette confrontation a été pénible pour lui, elle ne lui a pas fait exclure la contention de ses pratiques, mais lui a fait diminuer ses prescriptions.

Age des médecins : l'âge moyen des médecins de ce groupe est plus de dix ans plus élevé que celui du groupe médecins généralistes. Il s'agit de médecins en fin de carrière voire déjà retraités. Dans leur formation initiale, un seul a été formé à la gériatrie.

Pour l'analyse des entretiens il nous semble intéressant de définir les couples médecin coordonnateur/médecin généraliste intervenant dans les même EHPAD. Les couples sont donc : E1/E8, E2/E5, E3/E10, E4/E6, E7/E9

3. Analyse

Nous allons tout d'abord vérifier nos postulats de départ. Nous analyserons donc, au travers des entretiens, si pour les médecins interrogés la contention peut être considérée comme un soin. Et si oui nous essayerons de définir où cette pratique se situe dans le champ du soin.

Ensuite nous analyserons les modalités de prise de décision pour savoir si la décision de prescription de contention physique relève ou non d'un tiers.

3.1. Représentations de la contention physique

Lors des entretiens tous les médecins interrogés semblaient mal à l'aise avec cet acte. Cela s'exprimait par une minimisation de son utilisation « on n'en utilise pas tant que ça » et par la justification de cette utilisation pour des motifs sécuritaires surtout. La plupart des médecins interrogés expriment des idées assez négatives. Certains citent même la contention comme une « forme de maltraitance ». Cependant seulement deux médecins interrogés déclarent ne pas utiliser la contention. Les différentes idées récurrentes ressortant de l'analyse des entretiens sont illustrées ici.

Utilisation de la contention physique :

- Pas d'utilisation

Pour deux médecins interrogés, la contention ne semble pas faire partie de leur arsenal thérapeutique. Ainsi, E9 nous déclare ne jamais en avoir prescrit. E7, lui, explique avoir approfondi ses connaissances en gériatrie afin de pouvoir diminuer les prescriptions de contention physique mais également chimique « j'avais des patients en maison de retraite, et beaucoup de problèmes, pour leur prise en charge [...] étaient résolus par des neuroleptiques. Et j'avais envie de voir un petit peu autrement. ».

- Utilisation occasionnelle

Pour d'autres médecins interrogés, la contention est une option, mais qui doit être évitée si possible. E2 déclare « personnellement je l'évite au maximum. », E4 nous dit aussi « le nombre de prescription n'est pas si important que ça. C'est malgré tout très, très restreint et c'est temporaire. »

- Utilisation fréquente

Enfin pour certains la contention est une pratique courante dans les EHPAD où ils interviennent. E3 « les barrières de lit [...] ça fait partie des prescriptions régulières qu'on nous demande en EHPAD », il ajoute « il y a beaucoup de contention au fauteuil, sinon il y

aurait des accidents à répétition. ». E8 « je participe à cette contention physique, voire même à prescrire beaucoup trop d'anxiolytiques, de psychotropes ». E10 « il y a un nombre de chutes à l'EHPAD, c'est infernal, 300-400 chutes dans l'année quand même », il utilise donc la contention de manière ponctuelle pour prévenir d'autres chutes.

On remarque donc que la contention physique est loin d'être une pratique exceptionnelle puisque huit médecins sur dix interrogés l'utilisent. La prévention des chutes est un motif fréquent de contention physique. Pourtant l'évaluation du risque réel de chute n'est que très peu abordé dans les entretiens. On ne sait pas non plus s'il s'agit de prévention secondaire, à la suite d'une chute, ou de prévention primaire.

Représentations de la contention physique :

- Privation de liberté

Lors des entretiens, la notion de privation de liberté est souvent apparue. Pour E5 « c'est une entrave » « c'est quand même une limitation de la mobilité et de la liberté quelque part ». Pour E4 également il s'agit d'une entrave « une paire de menottes ça me paraît être un bon symbole, même si elles sont adaptées avec des mousses. ». Pour E9 « c'est un peu priver de liberté quelqu'un ». Dans le même registre certains évoquent l'univers carcéral « c'est un peu un sentiment d'incarcération, de prison... » Nous déclare E9. On voit apparaître à travers cette notion de privation de liberté un malaise des médecins interrogés. Ils expriment pour certains leur peur d'un jour être contenu. Ainsi E6 nous dit « plus vous avancez en âge plus ça devient difficile [...] ça me renvoyait une image terrible, on se dit mon dieu tu y vas aussi. ». Ce phénomène de transfert vis-à-vis du vécu du patient, entraîne, chez ces médecins, des sentiments contradictoires les faisant se questionner, au-delà de la privation de liberté, sur une forme de maltraitance.

- Une forme de maltraitance

En effet, pour plusieurs médecins interrogés le thème de la maltraitance apparaît. E1 nous déclare, « c'est une atteinte à leur individualité, c'est agressif. Je n'ai jamais vu un patient qui trouvait ça sympa » « c'est vrai qu'on est complice de maltraitance des fois ». Il s'y associe un sentiment de culpabilité appuyé par cette notion de complicité. Comme si une faute était commise par l'utilisation de la contention. E8 est dans la même optique « on frôle

toujours la maltraitance. » « C'est un peu, oui on tape, mais c'est pour son bien quoi ». E7 lui aussi considère cela comme une pratique maltraitante, il considère même la non utilisation de la contention comme un but en soi «a priori, un on lutte contre la camisole chimique, deux on lutte contre toutes les formes de maltraitance, c'est les objectifs premiers de chaque EHPAD. Et la contention en fait partie. ». Pour E10, voir un patient contenu au fauteuil qui essaye de se lever est « horrible » « quelques part il y a un côté ... maltraitant ». Cette vision de la contention nous questionne. Le sentiment de culpabilité et de complicité est troublant dans un contexte de soins. On peut alors se demander ce qui justifie l'utilisation de ce soin « parfois maltraitant », nous dit-on.

- Pour compenser un manque de moyens ou des défauts d'organisation

Le manque de moyens financiers se traduisant par un manque de personnel a été évoqué pour justifier l'utilisation de la contention. Six des dix médecins interrogés évoquent, plus ou moins explicitement, les manques de personnel comme motif d'utilisation de la contention. E1 pense que la contention « ça remplace le personnel humain ». Pour E4 aussi la contention compense un défaut d'organisation « la contention vient compenser des défauts d'organisation plutôt que des problèmes médicaux. ». E6 nous déclare « souvent les contentions, on les fait aussi pour le personnel, parce que s'il y avait quelqu'un à côté du fauteuil de la dame qui se penche et qui tombe régulièrement, elle ne tomberait pas. » « Je pense qu'on n'a malheureusement pas beaucoup de moyens ». E9 « je vois plus ça utilisé dans les endroits où il n'y a pas assez de moyens humains ». Au travers de ces résultats, apparaît la difficulté de devoir composer avec l'institution. Il lui est imposé de devoir soigner ses patients dans un cadre qui lui est imposé, et avec des moyens qui peuvent lui apparaître limités. Dans cette optique, certains de nos confrères semblent se sentir obligés de prescrire des contentions par manque d'alternatives.

- Une pratique ambivalente

Pour certains cette pratique est décrite comme un mal nécessaire, ces médecins semblent relativement souffrir de l'utilisation qu'ils font de la contention, sans pouvoir se passer de l'utiliser, de peur d'aggraver l'état des patients. E8 nous dit « on essaie d'adapter les fauteuils au maximum, mais [...] ça me semble quand même plus légitime de mettre un harnais qui évite de tomber du fauteuil. Et je préfère les voir un petit peu au fauteuil que les

voir tous le temps au lit. » « On est dans une forme de maltraitance pour le bien des patients, et on n'a pas de caution médicale à apporter à ça, donc c'est gênant. », Il nous dit également « j'accepte bien de couvrir cette contention physique ». E1 nous tient un discours équivalent où elle regrette le manque de moyen et l'obligation d'utiliser la contention, et son sentiment de culpabilité, mais en justifiant son utilisation par le dysfonctionnement de l'institution. E1 « je me vis comme complice d'un système ». On retrouve la notion de protection, mais ici, elle est emprunte de culpabilité. La contention représente une solution de substitution à des alternatives plus délétères qui ne seront pas citées. Au final on se pose la question : qui protège-t-on et contre quoi ?

- Une protection de l'institution, une nécessité médico-légale pour certains

La fonction de protection, en vue d'éviter la mise en cause de l'institution ou de son personnel apparaît fréquemment dans les entretiens. Se pose alors la question du bénéfice de la contention sur la chute. Les entretiens ne mettent pas en évidence une réelle évaluation du risque de chute, mais plutôt une réaction à la crainte de la chute et de ses conséquences. Il est d'ailleurs important de noter que 3 médecins coordonnateurs évoquent ce risque et seulement 1 médecin généraliste. E2 nous déclare « Ils (l'équipe soignante) restent responsables s'il tombe (le patient) même si nous n'avons pas accepté (la contention) dans le sens où le patient n'a pas été surveillé. ». E5 considère la contention comme un moyen de protection de l'équipe soignante. En cas de refus du patient ou de sa famille il décline la responsabilité de l'établissement. « Si on n'a pas mis les conditions particulière et que cette personne se fracture ou tombe ou voilà, on peut être mis en, pas en accusation mais en responsabilité ». E6 aussi considère que le refus de la famille ou du patient d'utiliser la contention, lorsque le corps médical l'estime nécessaire, entraîne une levée de la responsabilité de l'établissement. E1 nous évoque la responsabilité médico-légale et la nécessité de l'utilisation de la contention pour permettre à la structure de fonctionner. Car le manque d'effectif ne permet pas de prévenir les chutes par un autre moyen que la contention pense-t-elle. Il apparaît ici un certain conflit de loyauté pour les médecins. Pour les médecins coordonnateurs, étant des cadres de l'institution, ils semblent devoir la protéger. Pour autant il leur est difficile de se positionner lorsque les intérêts du patient et de l'institution divergent.

- Une prescription de prévention, un moyen de protection des individus

Plusieurs médecins citent en premier lieu le rôle de protection de la contention physique passive. Pour E1 « c'est un procédé que l'on utilise pour empêcher les gens de se faire mal. » « C'est une protection des patients ». E5 déclare « c'est une prescription de précaution, une prescription de prévention je dirais. Elle est exclusivement basée sur le fait que des gens, dans des situations pathologiques particulières, peuvent attenter à leur intégrité physique, soit par chute soit par agitation. ». E6 nous dit « dans l'absolu (la contention physique) c'est déjà une idée de protection. ». Pour E10 « C'est un moyen de contenir le patient pour éviter qu'il n'aggrave son état. ». E2 la voit comme un moyen de « limiter la mobilité d'une personne dans le but de la protéger ». E3 « c'est une sécurisation de la personne ». E9 « C'est le fait d'attacher une personne [...] pour la prémunir de se blesser. ».

Tous ces exemples nous montrent la volonté d'éviter le risque de chute à tout prix. L'importance pour les médecins de protéger le patient parfois contre lui-même et cela peut justifier qu'on le fasse contre sa volonté.

- Une pratique utile, un soin

Malgré les différents points abordés plus haut plusieurs médecins considèrent que la contention est utile voire nécessaire. Ainsi E10 « Pour moi, pour éviter d'aggraver il faut agir. On ne va pas attendre qu'il tombe pour dire on aurait dû quand même. C'est un peu la place du médecin dans l'histoire [...] on a un rôle quand même préventif. ». E2 « Elle est utile, pour moi, au fauteuil. ». E3 « il y en a [...] qu'on retrouve régulièrement les quatre fers en l'air, et on est obligé de faire une contention. » « Ça fait partie du soin ». E5 « si on ne veut pas trop calmer les gens, dans certains cas, pour des agitations [...] la contention est une alternative à la médication. ». E6 « je pense que ça peut être utile, enfin je pense que ça l'est. Dans l'urgence, mais ça doit derrière entraîner une réflexion sur comment faire autrement. ». On retrouve ici une notion d'urgence, de péril imminent, qui justifie une intervention du médecin. Ici il semble que les médecins les plus âgés soient les plus interventionnistes, indépendamment de leur fonction de généraliste ou de coordonnateur, dans une vision très paternaliste du soin. La réévaluation du risque réel et la levée de contention comme objectif est aussi abordé par 1 de nos confrères coordonnateurs. Il est important de noter qu'il s'agit du seul médecin de l'étude à n'avoir pratiqué qu'en milieu hospitalier. Un autre

coordonnateur évoque la levée de contention comme un objectif, mais sans évoquer d'évaluation du risque.

- Une prescription de confort

Enfin, on voit apparaître une notion de contention « de confort » à la demande du patient lui-même ou en tout cas dont l'indication est posée en fonction de ce que l'on pense que le patient veut. E2 « pour moi c'est (la contention au fauteuil) une indication souvent de confort, parce qu'on se trouve avec des gens qui glissent de leur fauteuil. ». E5 « il y a aussi un certain nombre de contentions qui sont à la demande des patients [...] des patients qui ne se sentant pas sûr dans un lit ou ne se sentant pas sûr au fauteuil, le demandent. ». E7 « alors au départ, de manière très puriste, je mettais ça (les barrières de lit) dans le cadre de la contention. Mais très vite je me suis rendu compte que souvent ces barrières étaient réclamées par les personnes âgées. Certaines parce qu'elles se sentaient protégées, et puis d'autres, tout bête et tout simple, qui leur permettaient de se lever. ». Ici, il existe une confusion entre deux concepts complètement différents, la contention posturale, liée à la rééducation, et la contention physique passive. Pour ce qui concerne la contention posturale, il existe du matériel spécifique, différent de celui utilisé en contention physique passive. Pour la contention au fauteuil, considérée comme un confort, pour un patient qui glisserait, on peut considérer qu'il existe des matériels adaptés du type « fauteuil coquille », mais aussi coussin de positionnement (antiglisser, ou avec plot), qui pourraient être des alternatives à une contention pelvienne. Pour l'utilisation des barrières de lit au motif de sécuriser le patient, là encore, on n'est plus dans la contention physique imposée. Pour autant, le fait que le patient n'a pas accès au mécanisme permettant de baisser les barrières, à sa demande, peut poser un problème. Avec cette confusion, il semble apparaître une volonté de limiter le champ d'utilisation de la contention physique passive en EHPAD. Les barrières de lit, et la contention au fauteuil apparaissent comme des soins de confort, apparentés à un équivalent de rééducation. Il s'agit alors d'une démarche beaucoup plus soignante, et par là, peut-être plus acceptable.

3.2. Modalités de prescription de la contention physique

La deuxième hypothèse que nous avons posée est celle de la prescription de contention physique par les médecins sous l'influence d'un tiers. Pour essayer de vérifier cette

hypothèse nous allons analyser la prescription de contention physique par les médecins interrogés.

Voyons brièvement le matériel utilisé par nos confrères.

Matériel utilisé :

Pour tous les médecins interrogés on retrouve les barrières de lit. Puis viennent les contentions permettant de maintenir les patients au fauteuil, de type sangle pelvienne. Puis les contentions au lit, du type securidrap, qui semblent beaucoup utilisées.

Certains médecins évoquent aussi l'utilisation de draps, de tables positionnées devant les fauteuils pour éviter que le patient ne se lève. Il est également évoqué l'enfermement dans un local, en l'occurrence la chambre du résident.

Il apparait que les médecins interrogés utilisent, pour une grande part, essentiellement du matériel de contention adapté.

Nous allons maintenant analyser les motifs de prescription de contention physique retenus par nos confrères.

Indications de la contention physique :

- Aucune indication médicale ne la justifie

Pour trois médecins interrogés il n'y a pas d'indication à la contention physique. Ils considèrent qu'aucune cause médicale ne justifie l'utilisation de la contention. Ce sont tous des médecins généralistes. Sur les trois, un n'utilise jamais la contention. Les deux autres l'utilisent dans des contextes différents. L'un intervient dans un EHPAD possédant une unité protégée, il n'est confronté presque exclusivement qu'aux barrières de lit. La présence d'une unité protégée au sein de l'établissement lui permet de modérer les prescriptions de contention en y faisant entrer les patients ayant besoin d'une prise en charge plus lourde. L'autre exerce dans un EHPAD rural accueillant des patients très dépendants, mais avec des moyens humains et institutionnels limités. Il n'y a pas d'unité protégée et le PASA ne fonctionne que par intermittence. Il est amené à prescrire de la contention plus fréquemment et cela concerne des contentions au fauteuil ainsi que la pose de barrières de lit. . E9 « les indications... pour moi, je n'en ai jamais prescrit ». E4 « je pense que les

indications elles sont posées par défaut il me semble. Parce que ça n'est pas des indications médicales. ». E8 « théoriquement, il ne devrait y en avoir aucune actuellement (indication de contention physique). ». Ce constat nous fait nous demander pourquoi ces médecins prescrivent un acte dont ils pensent qu'il n'est pas justifié.

- La prévention des chutes comme motif principal

Ce motif est celui qui revient le plus fréquemment. Cinq médecins disent retenir la prévention de la chute comme indication de contention. Il est intéressant de noter que quatre de ces médecins sont coordonnateurs. E1 « on en a eu des déambulant qu'on laisse déambuler, tant qu'ils ne tombent pas. ». E3 « c'est d'abord la prévention des chutes, c'est la prévention. ». E5 nous dit également que la contention est utilisée en vue de prévenir la chute des patients en situation pathologique qui pourraient attenter à leur intégrité physique. E6 « les contentions ce sont des gens qui chutent en général. ». E10 « on ne va pas attendre qu'il tombe pour dire on aurait dû quand même. ». Ici réapparaît en filigrane la crainte de la mise en cause de l'institution, et le conflit de loyauté auquel se confronte le médecin coordinateur dans son exercice. Ce qui nous amène au deuxième motif retenu pour l'utilisation de la contention.

- La déambulation

Pour cinq médecins la déambulation est une indication de contention. Cela concerne principalement la déambulation nocturne. Mais dans un cas il s'agit aussi de la déambulation diurne avec interactions problématiques entre résidents. E1 « Bon, après il y a le problème de l'interaction avec les autres. Si ça crée des conflits on fait autrement. (Sous-entendu on contient) ». On ne sait pas ici s'il y a un risque réel pour les autres résidents. E2 nous explique que grâce à la patience de l'équipe de nuit, il est très rare que la contention soit demandée pour des patients déambulant la nuit. Cela sous-entend, cependant que cela peut arriver. E5 nous explique que la contention est aussi prescrite à la demande du personnel de l'EHPAD dans les cas de déambulation nocturne. E6 « c'était une personne qui déambulait énormément la nuit [...] elle était extrêmement fatiguée la journée et elle tombait sans arrêt. ». E7 « la plupart du temps c'est (l'indication de contention) l'agitation et la déambulation ». Dans ce contexte de déambulation, le bienfondé de l'utilisation de contention est discutable. Ici, cette utilisation ne semble pas reposer sur une évaluation du

risque réel de chute, mais toujours sur une crainte de chute et de ses conséquences potentielles. La déambulation semble être, ici, un problème posé à l'organisation des soignants, et à ce titre, sanctionnée par une contention, au fauteuil la plupart du temps. Comme si le patient devait s'adapter à l'institution et non l'inverse. A travers cela apparaît la nécessité d'avoir des personnels qualifiés et formés pour l'accompagnement spécifique des patients présentant des symptômes psycho-comportementaux.

- L'agitation

L'agitation psychomotrice est également une indication qui apparaît fréquemment. E2 « moi, c'est surtout l'agitation, dans le sens instabilité motrice, les gens qui sont toujours en train de nager dans leur lit. » E5, E7, E8 et E9 nous expliquent également que l'agitation est une indication qu'ils peuvent retenir. Malgré tout, il est à noter qu'E7 et E9 déclarent ne pas utiliser de contention physique. Comme solution à une agitation, la contention physique semble une méthode pratique pour l'entourage du patient, les soignants et les autres résidents. Cependant l'effet apaisant de la contention physique paraît discutable. Comme pour la déambulation, il semble que la professionnalisation des personnels soignants soit une clé de la gestion des symptômes psycho-comportementaux.

- Le risque de passer par-dessus les barrières de lit

De manière un peu paradoxale, un des médecins nous a dit utiliser la contention pour éviter que le patient ne passe par-dessus les barrières de lit. Ce qui nous semble traduire un sentiment d'impuissance vis-à-vis des alternatives possibles. Plutôt que de baisser le lit au maximum, et de mettre un matelas au sol pour éviter, non pas la chute, mais ses conséquences, on place un patient entre des barrières avec une sangle abdominale. Comme si on oubliait la finalité de la prise en charge, on protège le patient de la chute, malgré lui.

Origine et motif de la demande :

Pour tous les médecins interrogés la demande vient de l'équipe soignante quotidienne, infirmiers ou aide soignants, principalement. Il arrive parfois que la famille, ou le patient soient les demandeurs. On retrouve donc quatre origines aux demandes de contention, les équipes, les familles de patients, les patients eux même et les médecins.

En ce qui concerne les motifs de demande de contention ils paraissent dépendre de la qualité du demandeur, au travers des entretiens réalisés.

- La source principale des demandes de contention est l'équipe soignante

Pour les médecins interrogés, la majorité des demandes de contention provient de l'équipe soignante. Lorsque les équipes demandent une contention les principaux motifs sont :

- La chute, ou le risque de chute

Trois médecins déclarent recevoir des demandes spécifiques concernant les risques de chutes. E1 « elles me disent, c'est pas possible, il faut qu'on l'attache, il est tombé 3 fois. ». E5 aussi est confronté aux demandes des équipes qui craignent une chute. E10 nous explique aussi recevoir des demande de l'équipe concernant les chutes. On peut noter qu'il ne s'agit que de médecins coordonnateurs. Il ne semble pas y avoir d'évaluation réelle du risque, mais plutôt une crainte de la chute pour les patients, pouvant entraîner une contention de prévention avant même une première chute. Cela est illustré par E10 qui nous dit « on ne va pas attendre qu'il tombe pour dire on aurait dû quand même ! ». Cette crainte de la chute est liée souvent aux déplacements des patients en dehors de la surveillance des soignants.

- La déambulation est donc logiquement un autre motif fréquent de demande de contention physique

E4 pense que la contention, « c'est surtout pour maintenir dans un endroit quelqu'un qu'on est embêté de voir se déplacer de manière spontanée. ». E5 « c'est toujours en relation avec les soignants [...] qui soulèvent un problème d'agitation, de chute, de blessure [...] surtout d'agitation nocturne, de déambulation. ». E2 nous explique que la déambulation nocturne peut être source de demande de contention, mais que cela arrive rarement du fait de la patience de l'équipe de l'EHPAD. Pour certains, la déambulation peut induire un risque de chute accrue, E6 nous donne en exemple une patiente, avec une inversion du rythme nyctéméral, qui, par épuisement chutait. Une contention transitoire lui a permis de retrouver un rythme standard et de ne plus tomber. Le résultat, l'absence de chute, ayant été atteint, il semble que la solution apportée ait été la bonne. Pour l'institution c'est vraisemblablement le cas, puisque l'organisation n'a pas eu à se modifier. Par contre, pour la

patiente, une adaptation des soins aurait, peut-être, été plus bénéfique. Respecter son sommeil diurne, la raccompagner au lit la nuit, lui proposer des activités nocturnes. L'utilisation de la contention dans le cadre de la déambulation montre donc la dérive qui peut se produire, d'un acte censé protéger d'un risque évalué, puis qui prévient un événement craint mais qui reste hypothétique, à un acte qui finalement facilite l'organisation des soins.

- La contention peut donc aussi être demandée pour pallier un manque de moyens

E4 pense que « C'est des sollicitations des équipes de soins, en EHPAD, pour pouvoir gérer des situations qu'elles ne peuvent pas gérer [...] par défaut de moyens. ». Selon E1 « la contention ça remplace le personnel humain. ». Lors des entretiens, il apparaît que les équipes ne demandent pas explicitement la prescription d'une contention par manque de moyens. Mais les médecins ressentent malgré tout ce manque tant au niveau matériel que des compétences professionnelles. Cela concerne d'ailleurs le dernier motif de contention, l'agitation.

- L'agitation comme justification de la contention

Pour un médecin interrogé, l'agitation peut être un motif de demande de contention par l'équipe. E8 déplore le manque de « culture médicale » de l'équipe soignante dans l'EHPAD où il intervient. Pour lui les équipes contiennent les patients agités sans nécessairement rechercher une cause. Il est à noter d'ailleurs que les prescriptions régularisent une situation instaurée par l'équipe. Cet exemple nous amène à penser qu'effectivement la formation des professionnels accompagnants les patients en EHPAD est essentielle. Le bénéfice de la contention sur l'agitation ne semble pas prouvé, d'autant plus s'il existe une cause somatique à celle-ci.

- Les familles de patient

Cette étude a été réalisée dans l'Ain en zone semi-rurale à rurale. Dans un contexte économique assez difficile avec des patients et des familles de patients aux moyens limités. Dans ce contexte, un médecin nous a évoqué le souhait de familles, qui, parfois, préfèrent voir leur proche contenu plutôt que de devoir le faire transférer dans une unité spécialisée.

Les craintes sont vraisemblablement liées au prix de ces structures, et à l'éloignement que ce déplacement pourrait entraîner.

E1 « des gens qui commencent à être déambulant [...] les familles [...] elles préfèrent qu'on utilise de la contention plutôt qu'on les change d'établissement. ».

- Les patients

- Demande de sécurisation surtout nocturne

E5 « Les patients ne se sentant pas sûrs dans un lit ou ne se sentant pas sûrs au fauteuil le demandent. ». E7 nous évoque aussi les demandes de barrières de lit faites par les patients. Etrangement, bien qu'il s'agisse toujours de contention physique, l'absence de contrainte rend beaucoup plus acceptable pour les médecins cette utilisation. Ainsi, E7, qui déclare ne pas utiliser de contention physique, ne considère pas les barrières de lit à la demande comme de la contention.

- Les médecins, exceptionnellement

- Dans une optique de prévention secondaire de la chute

E3 « exceptionnellement, on a été appelé parce qu'il y a une arcade à recoudre, et on dit vue son état il faudrait peut-être un peu le sécuriser. ».

La prise de décision :

Les médecins interrogés considèrent tous que la prescription de contention physique doit suivre une réunion collégiale. Dans les faits les médecins ne sont souvent pas présents lors de ces réunions. Ils se voient proposer de valider une décision de contention prise sans eux. E4 « la façon dont ça se passe en pratique, c'est quand on arrive à la maison de retraite il y a une petite feuille sur le bureau avec une prescription de contention pour untel [...] on signe ou on ne signe pas, on modère ou on ne modère pas. [...] sous-entendu, la situation a été évalué en amont, par l'équipe, par le cadre, par je ne sais pas qui. ». E2 « je tiens compte de l'avis de l'équipe, parce qu'ils sont... on comprend bien que c'est plus facile de dire non et de partir. ». E3 « c'est souvent apprécié par les équipes, parce que nous, on fait des passages de 20 minutes par patient, on ne passe pas notre vie là-bas. »

Il arrive aussi qu'ils régularisent une prescription de contention déjà instaurée par l'équipe soignante. E6 « voilà pour les urgences c'est fait comme ça, moi je les signes parfois a posteriori. ». E8 « je régularise une situation de fait. Autrement dit, je donne mon aval à une situation instaurée par des infirmières et des aides-soignantes. ».

Dans ces conditions, comment peut-on être garant d'une balance bénéfice-risque que l'on n'a pas évalué ? Cela peut-être une piste, pour comprendre une partie du malaise que semblent éprouver nos confrères lors de cette prescription.

Responsabilité ressentie par les médecins interrogés:

Il apparaît que les médecins interrogés se sentent responsables devant les patients, les équipes et devant la loi pour certains.

- Devant le patient

Quand on leur pose la question, tous les médecins disent se sentir responsables devant le patient lorsqu'ils prescrivent une contention physique. Ce sentiment de responsabilité prend plusieurs formes.

La responsabilité professionnelle, technique, correspondant à la bonne évaluation de la balance bénéfice risque. E2 « optimiser la balance entre la prise de risque si on ne l'attache pas et la pénibilité de l'attacher. ». E3 « l'argument numéro 1 c'est la sécurité. Autrement dit ça fait partie du soin, donc on est responsable devant [le patient] à ce niveau-là. ». E5 « c'est devant le patient, parce qu'on évite de lui provoquer une fracture du col. ».

Responsabilité morale, éthique. Elle est plus liée à un phénomène de sympathie vis-à-vis du patient. Il s'y greffe un sentiment de culpabilité. E9 « je me sentrais coupable vis-à-vis du patient, coupable vis-à-vis de sa famille aussi. » E1 « ça ne m'a pas posé de problème pendant des années, maintenant que je vieillis, c'est un peu plus...on a tendance à se projeter un peu. ». E6 « plus vous avancez en âge, plus ça devient difficile [...] ça me renvoyait une image terrible, on se dit mon dieu tu y va aussi. ». E1 « il y a l'aspect éthique quand même. » « Il faut se mettre à [la place du patient] être attaché en fin de vie c'est quand même pas le pied. »

- Devant l'équipe soignante

Quatre médecins disent se sentir responsable devant l'équipe soignante. Deux généralistes et deux coordonnateurs. Cette responsabilité se traduit par :

Une volonté de préserver l'équipe E2 « pour ne pas mettre l'équipe dans une situation qui peut être, pour eux, discutable. ». E5 « les soignants vivent un peu le danger des patients. ». E6 « souvent, les contentions on les fait aussi pour le personnel, parce que s'il y avait quelqu'un à côté du fauteuil de la dame qui se penche et qui tombe régulièrement, elle ne tomberait pas. ».

Une volonté d'apparaître compétent vis-à-vis d'elle E3 « on est responsable vis-à-vis [de l'équipe]. Si on n'a pas pris la bonne décision et si on n'a pas entendu le message de risque, après on va porter la responsabilité négative de ce qui a pu arriver. » E5 « si on ne réagit pas, parfois les remontés sont vives ».

Les médecins sont en quelque sorte pris entre deux feux. Ils cherchent à protéger des équipes de soin dont ils se sentent solidaires, mais dont ils ne font pas réellement partie. Et à ce titre, ils ne participent pas aux prises de décisions. Et d'un autre côté ils décrivent, parfois, une grande défiance vis à vis de ces équipes, remettant en doute leurs compétences professionnelles.

- Au niveau médico-légal

Pour six médecins, la responsabilité médico-légale est importante. Cela concerne la responsabilité devant la mise en danger potentielle d'un patient, mais aussi le cadre dans lequel s'inscrit la prescription de contention. E1 « déjà, ça donne un cadre, on est obligé de respecter les règles c'est pas plus mal. ». E5 « il y a une responsabilité médico-légale évidente [...] on peut être mis en, pas en accusation, mais en responsabilité ». Sur les six médecins, quatre sont coordonnateurs. On note également que, pour les médecins généralistes, la responsabilité concerne les conséquences possibles, liées à l'utilisation de la contention. Pour les coordonnateurs, cela concerne les mises en cause en cas de non utilisation de la contention. Il semble donc bien y avoir une différence de point de vue entre ces deux catégories, probablement liée au statut de cadre institutionnel des médecins coordonnateurs.

Quelle est la place du patient dans la prise de décision ?

Lors de la prise de décision de prescription de contention la place du patient est très variable. Elle dépend surtout de son état cognitif.

Les patients sans trouble cognitif vont se voir expliquer le but de la contention, et pourront même la contester. E5 « il y a le patient parfaitement conscient, parfaitement lucide, à la limite c'est son droit, je dirais, il a tout à fait le droit. Dans ce cas-là à nous de prévenir la famille, de prévenir que c'est lui qui refuse. ». Le résultat est surtout une négociation pour faire accepter la contention au patient. E2 « je pense qu'il faut écouter [le refus du patient] et essayer dans la limite du possible d'expliquer. Expliquer et dans la limite du possible négocier. » E3 « il faut essayer de discuter avec la personne pour essayer de maintenir le temps qui nous paraît nécessaire. » E8 « en général, ceux qui peuvent discuter, si on leur explique, ils acceptent. ». E10 « le refus, il va être limité par sa mise en danger. On peut accepter son refus. [...] ça me fait de la peine quand ils ne comprennent pas, parce qu'ils sont toujours sur ce siège à essayer de se lever. Mais bon comme un enfant sur sa chaise haute. Quelque part on se demande si ce geste de vouloir se lever ce n'est pas celui qu'on retrouve chez un enfant sur sa chaise haute. »

Pour les patients présentant des troubles cognitifs la décision est imposée. E5 « après, il y a les décisions médicales. Devant des patients qui ne sont visiblement pas en état de prendre des décisions. Donc comme beaucoup d'actes médicaux on est dès fois obligé de passer outre la volonté des patients. ». Il n'y a pas forcément de consultation familiale avant la mise sous contention. E2 « je ne sollicite pas l'avis de la famille pour autoriser ou non une contention. ».

Quoi qu'il en soit, il semble que les objections du patient soient difficiles à écouter pour les médecins interrogés, même s'ils les entendent. On retrouve une attitude très paternaliste chez certains médecins qui semblent penser, de principe, qu'ils savent mieux ce qui est bon pour le patient. La contention apparaît ainsi comme inévitable, à partir du moment où elle a été décidée. Comme s'il était impossible aux équipes et aux médecins d'envisager des alternatives. Peut-être plutôt comme si toutes les alternatives imaginables par les médecins ou l'équipe avaient été épuisées. On voit apparaître également chez deux médecins coordonnateurs la notion de décharge de responsabilité, évoquée plus ou moins

clairement. E5 nous explique ainsi qu'il prévient les familles refusant la contention pour leur proche « s'il y a chute et si vous refusez la contention, on est obligé de décliner notre responsabilité ». E6, elle, explique qu'en cas de refus, elle expose son évaluation du bénéfice et du risque de la contention ou de l'absence de contention, et demande aux familles, des arguments justifiant leur position. Cela évoque malgré tout un procès assez déséquilibré, les proches du patient ayant des arguments plutôt moraux, à faire valoir, contre la toute-puissance du savoir médical. Il résulte de cela des réactions au refus de contention par les patients assez diverses.

La sédation est plusieurs fois citée. E2 « après on se retrouve dans la difficulté des personnes qui ne sont pas à même d'évaluer le risque et qui refusent la contention, effectivement, je pense, dans la limite du possible, je vais essayer de séder et de faire une contention médicamenteuse. » E3 « si on a un refus absolu [...] on risque de compléter par une sédation douce pour faire passer la pilule ».

Une autre approche consiste à ignorer le refus en ce sens que le patient, présentant des fonctions cognitives altérées, ne peut pas exprimer un vrai refus. E7 « le refus, je ne sais pas si c'est un refus. La plupart du temps, les personnes à qui on propose une contention sont des gens qui ont des troubles du comportement et des fonctions cognitives très altérées. Donc ce n'est pas un refus. ».

Pour deux médecins ce refus doit entraîner une entrée en communication avec le patient et entre les différents acteurs. E4 « on est dans l'obligation morale d'écouter et de prendre en compte leurs objections. » E9 « si on donne le temps aux gens, on arrive à entrer en communication. [...] c'est peut être aussi l'opposition des gens ou l'agitation psychomotrice qui est une façon de se défendre et d'exprimer sa peur. ». Pour ces médecins cependant, il semble que le facteur limitant soit le temps à consacrer à cette communication. E4 nous explique « quand la prescription arrive là alors qu'il y a cinquante renouvellements à faire en même temps, voilà, ce n'est pas favorable. ».

Enfin certains proposent le transfert dans une unité plus adaptée. Cette option peut être vécue comme un abandon. E8 « ils sont mis dehors pour des structures fermées. Soit on rejette vers d'autres structures, soit on fait une contention avec des médicaments en plus. ». Ou comme la solution la plus bénéfique pour le patient. E4 nous parle d'un patient avec une

inversion du rythme nycthéméral qu'on lui demandait de contenir. « Je me suis opposé aux différentes mesure qui ont été proposées, de mise en sécurité, jusqu'à ce qu'il soit en milieu fermé. ». Après quoi le patient n'a plus posé de problème et surtout n'a pas été contenu. Au travers de ces deux exemples, on peut entrevoir deux visions assez opposées. L'une, où le médecin a le sentiment de faillir et où la prise en charge en unité protégée est un échec. Et l'autre, où la même prise en charge est un but pour améliorer la qualité de des soins fournis au patient. Ces deux situations ont lieu dans deux structures très différentes. L'une est un EHPAD rural public sans unité protégée, l'autre un EHPAD de centre-ville privé, avec une unité protégée. Cet exemple nous montre l'importance, dans le vécu des médecins des moyens mis à leur disposition, pour envisager des alternatives à la contention.

DISCUSSION

La société met en avant les libertés individuelles, mais aussi le bien être individuel comme des valeurs cardinales. L'utilisation de la contention physique passive nous semble aller à l'encontre de ces deux valeurs. Pourtant, notre enquête nous a démontré que c'était une pratique courante en EHPAD. Après avoir décrit les limites de l'étude et la population étudiée, nous chercherons à répondre à nos hypothèses de travail. Nous commencerons par questionner les représentations des médecins interrogés, afin de savoir si, pour eux, la contention a sa place dans le champ du soin, et si oui, où elle se situe. Puis nous discuterons les modalités de la prescription de contention en EHPAD pour savoir dans quelle mesure le médecin est le moteur de cette prescription. Pour cela nous discuterons les indications retenues par les médecins, que nous mettrons en parallèle avec les motifs des demandes des équipes.

1. Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est le fait que l'investigateur n'a pas été formé aux entretiens semi dirigés. Il a donc fallu s'approprier la technique durant les premiers entretiens.

Un autre biais vient du fait que l'investigateur connaissait certains médecins interrogés, pour avoir effectué des stages, ou avoir été remplaçant dans leur cabinet. Cela a pu faciliter l'accord des médecins pour participer aux entretiens. Mais aussi induire des interférences au niveau de l'interprétation de leur discours par l'investigateur. Dans le sens où, étant intervenu dans les EHPAD dont il est question dans l'étude, il a pu noter des différences entre le discours produit et les faits qu'il a pu constater.

Le faible nombre d'entretiens est aussi un biais.

Après la réalisation des paires de médecins nous avons constaté la différence d'âge importante entre les médecins coordonnateurs et les médecins généralistes ce qui représente une limite pour la comparaison de ces deux groupes.

Enfin, dans le cadre des entretiens semi-dirigés, il a été important pour l'enquêteur d'être le plus neutre possible et de ne pas juger les pratiques de ses confrères.

2. Description des médecins étudiés

la population de médecins généralistes semble correspondre à la moyenne départementale en terme d'âge, 51 ans, et de sexe, 39% de femmes ³⁷. Pour ce qui concerne les médecins coordonnateurs, la population correspond à la moyenne pour le ratio homme femme, par contre la moyenne d'âge est beaucoup plus élevée que celle des médecins généralistes du département. Nous n'avons pas trouvé de chiffres permettant de comparer cet âge à l'âge moyen des médecins coordonnateurs.

On note que deux médecins coordonnateurs sont déjà retraités, et un autre nous a déclaré qu'il avait envisagé de peut-être ne plus exercer que son activité de coordonnateur, à mi-temps. Aucun des médecins coordonnateurs ne travail à plein temps dans un EHPAD. On peut se demander si la fonction de médecin coordonnateur n'est pas une manière de diminuer son rythme de travail en fin de carrière. Du même coup on se pose aussi la question de la motivation des médecins coordonnateurs pour cette fonction. Pour trois des médecins coordonnateurs il semble que ce soit la proximité d'un EHPAD qui les a poussés à prendre cette fonction.

Au niveau de la formation professionnelle, les médecins coordonnateurs sont formés spécifiquement à la gériatrie pour quatre d'entre eux. Pour trois d'entre eux il s'agit de la capacité de gériatrie qui garantit une formation théorique de bon niveau. Cependant, en dehors de la gériatrie, ils semblent avoir suivi moins de formations, par rapport aux médecins généralistes interrogés.

Au niveau des pratiques professionnelles un seul médecin a une activité exclusive en EHPAD. Tous les autres sont des médecins généralistes en exercice. Chez les médecins du groupe « généraliste » on trouve quatre maitres de stage ambulatoire. Parmi les coordonnateurs seulement deux le sont. La maitrise de stage implique d'accepter une certaine remise en cause de ses pratiques. D'ailleurs chez les deux médecins coordonnateurs accueillant des internes, l'un déclare ne pas utiliser la contention physique et tout faire pour l'éviter. L'autre l'utilise mais se sent coupable et complice d'un système.

3. La contention physique passive, un soin à part entière ?

3.1. Une utilisation courante de la contention

Au travers de nos résultats, on peut noter que la contention physique passive est utilisée par huit médecins sur dix de notre échantillon. Cela confirme qu'il s'agit d'une pratique rependue en EHPAD. Ces résultats concordent d'ailleurs avec les données de la littérature^{11,12}. Seuls deux médecins déclarent ne pas utiliser la contention physique. Il s'agit d'un couple médecin coordonnateur/médecin généraliste d'un même EHPAD. Cette absence d'utilisation résulte d'une attitude presque militante, aussi bien du point de vue du coordonnateur, qui s'est formé à la gériatrie, initialement, pour trouver des alternatives à l'utilisation des neuroleptiques en gériatrie. Que du généraliste, qui considère la contention comme une négation de l'humanité de ses patients. Cette position est favorisée par la volonté du directeur de l'EHPAD de ne pas contenir les patients.

3.2. Mais une utilisation culpabilisante

Lors des entretiens, nous avons pu noter un malaise, des médecins interrogés, lors de la prescription de contention physique. Car, même s'ils mettent en avant la protection des patients comme justification de cette prescription, les représentations qu'ils ont de la contention peuvent être assez négatives. Ainsi, voit-on apparaître la notion de privation de liberté chez la plupart des médecins. Cela semble malgré tout assez logique concernant la contention physique, qui par définition limite les mouvements volontaires du patient. Mais les médecins vont plus loin, en établissant un lien entre cette privation et l'univers carcéral. Cette idée semble être partagée par d'autres, puisque le contrôleur général des lieux de privation de liberté estimait en 2012 qu'il serait souhaitable qu'il étende son champ d'expertise aux EHPAD¹⁰. Ce qui dérange les médecins est peut-être l'arbitraire de cette privation de liberté. Il n'existe, en effet, aucun cadre précis définissant l'utilisation de la contention physique en EHPAD. La décision de cette privation de liberté est donc laissée à la responsabilité du médecin. Car si les prisonniers, sont emprisonnés par décision de justice, dans une optique de protection de la société, et de réparation des fautes commises, en ce qui concerne les patients âgés, il n'y a pas de faute. Partant de cette privation de liberté, certains de nos confrères ont même comparé la contention à une forme de maltraitance. Nous touchons ici au paradoxe de la contention physique passive. Malgré une vision très

négative, c'est un soin que certains d'entre eux utilisent fréquemment. Se sentant, parfois, complices d'un système maltraitant. Les médecins, au même titre que les autres soignants, sont réputés respecter une certaine éthique, et la base de leur métier est un engagement pour soulager l'autre. On se demande alors pourquoi ces individus acceptent de garder une pratique, qu'ils jugent de manière si négative, dans leur arsenal thérapeutique. Les entretiens nous apportent plusieurs pistes de réponse. Pour certains, la contention est un moyen de compenser un manque de moyens dans les EHPAD. Nombreux sont les médecins qui nous ont dit que la contention diminuerait si le nombre de personnels augmentait. Pour ces médecins, l'utilisation de la contention est un mal nécessaire, ils considèrent qu'ils n'ont pas d'alternatives. Un médecin semble même penser que les alternatives à la contention, que les soignants de son EHPAD pourraient proposer, seraient pires que la contention. Mais on voit aussi que le rôle protecteur et préventif de la contention est mis en avant. Plus précisément, le rôle préventif vis-à-vis de la chute. D'ailleurs, cette prévention justifie, pour certain, la privation de liberté. Pour autant, aucun médecin ne nous a parlé de l'évaluation du risque réel de chute. De la même façon, on ne sait pas si les patients auront en quelques sortes le bénéfice du doute, ou s'ils seront contenus dès les premiers signes d'instabilité. Il semble que, pour certains confrères, la prévention du risque devienne, à partir du moment où le patient leur est confié, la priorité. Le patient cesse d'être un être humain, et devient un objet de soin. A ce titre il semble intolérable à ces médecins que le moindre risque soit pris. Dans leur ouvrage *Risques, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques*³⁸, Jean Jacques Amyot et Alain Villez mettent en cause les difficultés de la société à accepter qu'un préjudice demeure sans réparation. Cela ayant fait émerger le délit de mise en danger d'autrui, et par voie de conséquence des pratiques sécuritaires. Pourtant le risque fait partie de la vie et il semble illusoire de vouloir protéger une personne de tout risque sans attenter à son bien-être. On voit donc apparaître le risque médico-légal, et cela nous fait nous questionner sur la notion de protection. Que cherche-t-on à prévenir avec la contention, la chute, ou ses conséquences et les mises en causes possibles?

3.3. Pour un soin en marge des soins « classiques »

Selon le CNRTL, les soins correspondent à l'ensemble des actes nécessaires au maintien ou au rétablissement de la santé²⁴. Les médecins interrogés considèrent, pour la plupart, que la contention entre dans ce cadre. Surtout car elle permet, pour eux, de prévenir les chutes, et

de ce fait de maintenir l'état de santé du patient. Pourtant, nous venons de voir que l'utilisation de cette pratique les met dans l'embarras. Une explication pourrait être qu'il existe une différence entre pratiquer, ou prescrire, un soin et prendre soin d'une personne. On retrouve cette distinction dans le cadre de l'acharnement thérapeutique par exemple. L'intubation qui sauvera la vie d'un patient, pourra être considérée comme un acharnement et une forme de violence inutile chez un autre. Pourtant, il s'agit évidemment d'un soin.

Dans notre étude nous retrouvons cette notion de soin au détriment du confort du patient, voire de sa volonté, lorsque les médecins évoquent la contention. Ils sont mal à l'aise de devoir infliger un soin désagréable au patient, mais pensent qu'ils agissent pour son bien. Pourtant, là où une intubation est pratiquée pour sauver la vie d'un patient, le bénéfice attendu justifiant les désagréments subit par celui-ci, la contention, elle, est prescrite pour un risque souvent mal évalué, avec un bénéfice hypothétique. En effet, la principale indication reste la crainte de la chute, et la contention n'a jamais prouvé de bénéfice dans cette indication.

On peut aussi se questionner sur la finalité des soins apportés aux résidents d'EHPAD. Dans son article, EHPAD. La crise des modèles²¹, Alain Villez décrits les différents modèles d'hébergement pour patients âgés. Il y regrette que la médicalisation soit un argument presque marketing pour rassurer les futurs résidents et leurs familles. Cela entraînant une prédominance de soins curatifs, au détriment de soins de confort et d'accompagnement. Pourtant, les EHPAD ne sont pas des structures sanitaires exclusives, elles entrent dans la catégorie des établissements médico-sociaux. On y reçoit des soins, mais il s'agit aussi, pour la plupart des résidents, de leur dernier lieu de vie. Car contrairement à un service hospitalier, où la durée de séjour est conditionnée par des objectifs diagnostics ou thérapeutiques, lors de l'entrée en EHPAD, il n'est, en général, pas envisagé de sortie. Il semble justifié de se plier à des règles de fonctionnement strictes dictées par la nécessité d'atteindre rapidement les objectifs d'une hospitalisation. Cependant, l'EHPAD n'entre pas strictement dans ce cadre, dans ce contexte le projet de vie du patient devrait être mis au centre de la prise en charge. L'ANAES, dans sa conférence de consensus de 2004⁶, souligne que les restrictions de liberté peuvent être justifiées, dans les établissements sanitaires, pour répondre aux contraintes d'organisation des soins. Mais que dans les établissements médico-sociaux, cela ne se justifie pas.

Dans notre étude, certains médecins pensaient que la contention pouvait être utilisée pour empêcher une personne de se déplacer hors d'une zone où on voulait la maintenir. La raison était surtout de faciliter la surveillance des patients. On a également entendu le récit d'une patiente qui se levait la nuit et qui s'est vu prescrire une contention au lit pour qu'elle puisse se reposer. Ces pratiques, démontrent une volonté de faire entrer le résident dans le moule de l'institution, plutôt que de s'adapter à son projet de vie. Car rien ne nous dit que cette patiente ne se levait pas toutes les nuits à domicile. Peut-être même qu'elle se recouchait et dormait dans la matinée. Malheureusement, les réveils à 7h pour le petit déjeuner et le nettoyage de la chambre, sont difficilement conciliables avec une vie de noctambule. Dans le cadre de cette étude, cela peut paraître un peu décalé, mais l'idée de ne pas pouvoir profiter du plaisir simple d'un réveil tardif, sous prétexte que l'heure du déjeuner est inscrite dans le marbre du règlement intérieur, nous semble intolérable.

Il semble donc que les EHPAD soient tiraillés entre deux conceptions. La conception sanitaire pure, d'où découle l'organisation en service, la hiérarchie équivalente aux services hospitaliers : cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, les contraintes liées aux soins qui passent avant toutes les autres considérations. Et la conception médico-sociale, où l'accompagnement et le projet de vie sont au centre de la prise en charge. Alain Villez le décrit dans son article²¹, et il regrette que pour l'instant l'aspect sanitaire prenne le dessus.

4. La prescription de contention dans les EHPAD étudiés

4.1. Des indications discutables

L'analyse des entretiens, en ce qui concerne les modalités de prescription de la contention physique, nous permet de remarquer que trois des dix médecins interrogés considèrent qu'il n'y a pas d'indication médicale à la contention physique. Tous les trois sont généralistes. Pourtant, parmi ces trois médecins, deux y ont recours. Il est difficile de concevoir pourquoi ces deux généralistes utilisent un soin qu'ils jugent inapproprié. Nous nous questionnerons par la suite sur la pression institutionnelle, et de l'équipe soignante qui pourrait expliquer cela.

Dans notre étude, nous avons vu que la crainte de la chute et de l'engagement de la responsabilité médico-légale concernait principalement les médecins coordonnateurs. Cela semble assez paradoxal, venant de médecins formés à la gériatrie, dans la mesure où il a été prouvé que la contention augmentait le risque de chute grave². Par ailleurs, Capezuti a montré que la diminution de l'utilisation de la contention physique n'augmentait pas les blessures liées aux chutes³⁹. Pourtant l'utilisation de contention, comme moyen préventif de la chute, concorde avec les données de la littérature^{11,12,40,41}. C'est plutôt la peur de la mise en cause de l'institution qui semble sous-tendre cette utilisation. Il en résulte des comportements sécuritaires décrits par Villez⁴², les soignants mettant en œuvre des stratégies pour minimiser le risque accidentel, qui pourrait faire mettre en cause leur responsabilité, au détriment de l'intégrité psychique et sociale des résidents. Cette crainte d'être mis en cause semble extrêmement forte. Elle touche les personnels soignant, et cela se traduit par des demandes insistantes de prescription de contention, avec des réactions parfois assez négatives en cas de refus du médecin. E5 nous dit ainsi « les soignants vivent un peu le danger des patients, ils sentent que là bon... et si on ne réagit pas, dès fois les remontés sont vives ». Mais elle touche aussi les médecins qui, malgré une formation spécifique, et donc la connaissance de l'inutilité, voire de la dangerosité d'une pratique donnée, l'utilisent malgré tout, comme si leur capacité d'analyse du problème était sidérée. Il n'est pas question, ici, de remettre en cause les compétences des confrères ayant répondu à notre enquête. Mais plutôt de s'interroger sur un climat général où la crainte de poursuite judiciaire semble paralyser les acteurs du soin en EHPAD. Cela entraînant des pratiques visant avant tout à protéger les intervenants de l'institution plutôt que les patients.

Les autres indications retenues sont la déambulation et l'agitation. Il semble que la contention soit alors utilisée comme un moyen de garder une personne dans un lieu donné et de permettre aux professionnels soignants de la surveiller plus facilement. Ces deux indications, même si elles sont dictées par la nécessité, selon les médecins interrogés, ne semblent pas être acceptables. Et si l'on se réfère à l'étude de Aubert et Al⁴³, la contention est, dans ce contexte, contreproductive. Dans cet article, concernant surtout l'agitation verbale, il est montré que la contention est un facteur favorisant de l'agitation. Il en va même pour le fait d'être laissé seul ou sans activité. Ces indications posent aussi la question du respect du droit d'aller et venir librement et à disposer de leur corps, pour les patients.

En effet, ce droit est censé être inaliénable⁶, pourtant, en EHPAD, il semble que les patients en sont privés de fait.

Une autre question posée par ces indications rejoint la notion de risque. Dans le cadre d'une déambulation, quel risque veut-on prévenir par l'utilisation de la contention ? Il semble que ce soit plus le risque de défaut de surveillance que l'on élimine par ce procédé. Cette réponse à la déambulation ou à l'agitation, même si elle a le mérite d'être facile et rapide à appliquer, pose aussi le problème de la prise en charge spécifique des patients présentant des symptômes psycho-comportementaux. Il ne s'agit pas, ici, d'employer des surveillants pénitentiaires, et de maintenir les patients dans un espace donné, pour faire le lien avec l'univers carcéral, cité plus haut. Il s'agit de prendre soin de ces patients. Nous le développerons un peu plus bas, mais il nous semble que cette indication mais en lumière le problème de la formation des personnels en EHPAD. L'organisation des soins, et le fonctionnement des établissements, semble aussi être en cause dans cette indication. Le dernier motif retenu pour la contention, est d'éviter que le patient ne passe par-dessus les barrières de lit. Cela ne concerne qu'un médecin, mais semble paradoxal puisqu'il s'agit de contenir un patient pour lui éviter de se blesser à cause d'une autre contention. Cela illustre bien l'impression donnée de sidération de la capacité d'analyse des médecins.

4.2. En réponse à une crainte des soignants

Nous avons vu dans notre étude que les demandes de contention provenaient principalement de l'équipe soignante. Le principal motif retenu est le risque de chute. Mais ce risque n'est, apparemment, pas réellement évalué. Par voie de conséquence, plus que le risque, c'est la peur de la chute qui motive les demandes de contention. A travers cela, nous voyons apparaître la crainte d'une mise en cause en cas d'accident. Et de ce fait, la volonté de limiter au maximum toute prise de risque. Ainsi la déambulation simple, en dehors de la surveillance des soignants, devient inacceptable pour eux, par la mise en cause potentielle de leur responsabilité. Comme le soulignent Amyot et Villez, « il n'existe pas, sauf exception, de volonté délibérée de bafouer la dignité des vieux. »³⁸. Par contre, il existe des personnels isolés, devant gérer des situations complexes, dans un contexte où comme on l'a vu, leur responsabilité risque d'être engagée. Dans ce contexte, on pourrait croire que la contention physique passive est un moyen d'assurer une relative intégrité physique aux patients, et de

permettre aux soignants de se sentir en sécurité. Pourtant l'ANAES, dans ses recommandations de 2000¹, nous indique que cette prescription ne sécurise pas les soignants. Cela amène des situations de souffrance pour les patients et les soignants, qui, comme le disait un des médecins interrogé pour notre étude, ont tout de même des formations pour promouvoir la bientraitance, mais ne peuvent pas les appliquer par défaut de moyens, en tout cas, le pensent-ils. Cette souffrance se traduit par une plus grande sensibilité au surmenage professionnel pour les personnels d'EHPAD, comme le montre le docteur Estryn-Behar²⁸, ainsi que par une augmentation du risque de maltraitance envers les patients pris en charge, comme le décrit Chrystel Terreau²⁹. Cela va complètement à l'encontre du rôle de soin, au sens de « prendre soins » qui correspond à une des missions principales des personnels de ces structures d'accueil pour patients dépendants.

Cette souffrance est peut-être liée à un sentiment d'échec de devoir utiliser la contention physique. Comme l'explique Dominique Friard⁴, même si son propos concerne le secteur psychiatrique, l'équipe soignante a un rôle de conteneur. La nécessité d'attacher un patient est le signe que ce rôle est dépassé. Que l'équipe est en échec. Cela pourrait entraîner une réflexion sur le fonctionnement du service avec les différents acteurs du soin. Dans le but d'analyser les facteurs déterminant de l'échec afin de pouvoir si possible les modifier, ou les contourner. Un des médecins interrogé nous évoque un peu cela, en nous expliquant que la contention pouvait être utile dans l'urgence, mais qu'il fallait toujours rapidement analyser la situation afin de trouver des alternatives.

Plus haut nous évoquions le rôle du manque de formation dans la sur-utilisation de la contention. Un des médecins que nous avons interrogé se plaignait du manque de formation des personnels dans l'EHPAD où il intervenait. Cela semble concordant avec la littérature. Effectivement, Irène Sipos, dans un article de 2003⁴⁴, remarque un manque de préparation, des aides-soignants, à l'approche et à l'accompagnement des patients présentant des déficits cognitifs ou des symptômes psycho-comportementaux. Cela est confirmé par l'étude du docteur Estryn-Behar²⁸, qui, en 2002, montrait un taux de personnel soignant diplômé inférieur, dans les maisons de retraite, par rapport aux autres établissements sanitaires. Dans cette étude, 62% des soignants de maison de retraite déclarent ne pas avoir eu de formation durant les 12 derniers mois. La formation se fait donc « sur le tas », en fonction des pratiques habituelles du service. Cela encourage probablement l'installation d'une routine

qu'il devient difficile de remettre en cause. Les soignants reproduisant ce qu'on leur a appris. Bertrand Quentin écrit : « Pour peu que l'on soit dans des usages qui impliquent quelques conséquences désagréables, les hommes diront : « *on ne peut pas faire autrement !* » »⁴⁵. Par ailleurs, la contention peut aussi être une solution facile de ne pas réfléchir. Elle permet de ne pas remettre en cause le fonctionnement institutionnel.

4.3. Une prescription « sous influence »

Nous venons de le voir, l'origine de la demande de contention provient pour une grande part des équipes soignantes, et il semble qu'elle soit motivé par la crainte de conséquences médico-légales, plus que par une évaluation rationnelle du risque. Lors de notre étude, il est apparu que l'EHPAD en tant qu'institution était un acteur majeur dans le choix de l'utilisation de la contention. Les binômes de médecins intervenant dans un même EHPAD avaient des comportements concordant vis-à-vis de la contention. Ainsi, E7 et E9 n'utilisaient pas la contention, et considéraient cette pratique comme maltraitante. Ils bénéficiaient cependant d'une structure aménagée spécifiquement pour les patients déambulant présentant des symptômes psycho-comportementaux, d'un PASA, de la présence de kinésithérapeute et d'un psychomotricien. Cela montre bien une volonté de l'institution de se doter des moyens nécessaires à la prise en charge de ces patients de plus en plus dépendants, en évitant le recours à la contention. C'était d'ailleurs une motivation primaire d'E7. A l'autre extrême, on trouve le couple E1/E8. Dans cet EHPAD, il semble que l'institution n'a pas comme priorité la diminution de l'utilisation de la contention. Elle n'a pas d'unité protégée, avait un PASA qui n'est plus en fonctionnement. Elle emploie majoritairement des personnels non qualifiés avec un fort turn-over des soignants et favorise les contrats à durée déterminée. Cela abouti à une forte utilisation de la contention physique, principalement pour compenser un manque d'effectif, avec un sentiment fort de culpabilité des médecins ainsi que des soignants. E1 décrit cela « on fait des formations bientraitance [...] qui sont impossibles à mettre en œuvre, sur plein de points, parce qu'on manque de personnel. [...] ça créé des hiatus pour le personnel où ils savent ce qu'il faudrait faire et ils ne peuvent pas le faire. Donc c'est vraiment... ils vivent ça pas très bien [...] puis nous aussi. ». Ces deux EHPAD sont deux structures publiques qui sont financées de la même manière. On note cependant que le premier EHPAD est plus cher que le second d'environ 200 euros par mois à GIR équivalent 1800 contre 1600 euros environ pour un GIR 5/6. Ces

deux situations très différentes font se poser la question de la gestion des ressources en EHPAD. Les deux structures décrites accueillent environ 90 résidents chacune, avec en théorie un financement en fonction de la dépendance des patients. Pourtant les deux établissements ne sont pas équivalents en termes de pratiques, et de vécu des soignants. Dans la seconde on a l'impression d'une logique presque industrielle de réduction des coûts et de rationalisation. Les économies sont faites sur la masse salariale en n'employant que le minimum de personnel nécessaire, et sans formation. Le résultat comptable est plutôt positif puisque le tarif d'hébergement proposé est plutôt bas. Cependant cette logique, si elle est appliquée dans l'industrie, nous semble inacceptable dans un établissement de soins. L'image de soignants effectuant des toilettes à la chaîne est révoltante et évoque l'univers totalitaire et déshumanisé d'Aldous Huxley dans *le meilleur des mondes*, où les enfants se développent dans des usines sans intervention humaine. Cela semble complètement aberrant. Pourtant il apparaît que la recherche de rentabilité des EHPAD fasse tendre vers ce modèle « industriel ». Dans l'étude du docteur Estryn-Behar environ 40% des soignants de maison de retraite déclarent ne « presque jamais » ou « rarement » avoir le temps de parler aux patients. La population de cette étude étant principalement composée d'aides-soignants pour les maisons de retraite. Cette catégorie de personnel étant celle qui, en théorie, passe le plus de temps avec le patient. Ce modèle « industriel » est bien illustré par la normalisation des EHPAD sous des chartes Qualité, la nécessité de remplir des protocoles divers pour tous les aspects du fonctionnement de la structure. Cela avec des méthodes directement tirées du monde de l'entreprise. Cette démarche est louable, dans la mesure où, initialement, elle a pour but l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients. Pourtant, dans des structures où le personnel manque de temps pour seulement parler aux patients, on peut se demander si l'objectif principal n'a pas été oublié en chemin.

La possibilité, sur un échantillon très réduit de 5 EHPAD, de trouver des pratiques si opposées, met en évidence le rôle primordial que joue le directeur d'établissement dans la prise en charge des patients. Comme l'écrit Irène Sipos⁴⁴, la principale richesse d'un EHPAD n'est pas son plateau technique, mais bien son personnel. De ce constat résulte la nécessité de cultiver cette richesse. C'est une des fonctions importantes du directeur de faire grandir les compétences de son équipe. Cela nécessite des compétences spécifiques, peut-être faudrait-il que les directeurs d'établissement soient mieux formés en ce sens.

Notre étude a aussi montré une volonté des médecins de protéger les équipes soignantes. Malgré, parfois, un fort sentiment de défiance, vis-à-vis de celle-ci. Comme s'ils voulaient être solidaires des soignants quotidiens. Certains médecins nous expliquent même s'en remettre à l'expertise de l'équipe pour poser l'indication de contention. Il arrive même que les prescriptions soient faites pour régulariser une situation déjà mise en place par les soignants. Ces médecins justifient cela, surtout par leur présence très épisodique au sein de l'établissement, et la nécessité, parfois d'utilisation de contention en urgence. Cela illustre bien que le médecin, même s'il est coordonnateur, ne semble pas être un acteur de la prise de décision de contenir. Même s'il reste, en théorie, le maître de sa prescription, ce pouvoir, de fait, ne lui appartient plus. On comprend alors pourquoi ce soin peut être mal vécu par les médecins. En effet, ils ne sont pas en mesure d'évaluer la balance bénéfice risque de ce soin, et s'en remettent à des équipes qu'ils jugent parfois trop peu formées, pour prescrire un acte dont ils portent l'entière responsabilité.

4.4. Au bénéfice d'un patient qui n'a pas son mot à dire

Lors de cette prescription, le patient ne semble pas avoir vraiment de place. La contention s'adresse principalement à des patients dépendants. Cela est d'ailleurs concordant avec les données de la littérature^{11,12}. Alors que l'autonomie est mise en avant, et son maintien, brandi comme un étendard dès que l'on aborde le sujet des personnes âgées. Tout semble montrer qu'on retire au patient sa capacité à décider pour lui-même. Les entretiens sont assez clairs sur ce point, lorsque le patient refuse la contention, s'il est « lucide », on le convainc, si on estime qu'il n'est pas capable de décider pour lui-même on le contient, en ajoutant parfois une contention chimique. Il n'a pas voix au chapitre, ou s'il est suffisamment virulent pour se faire, finalement, entendre, on lui propose, à lui ou à sa famille, de signer une décharge de responsabilité. Il semble, ici, que le patient âgé perde sa capacité à décider pour lui-même dès son entrée en EHPAD. Les familles deviennent alors les interlocuteurs de fait de l'EHPAD. C'est devant la famille et les ayants droits que certains médecins se sentent responsables, c'est à la famille que l'on explique pourquoi on contient ou non un patient. Cela paraît justifié d'informer les proches de l'évolution de l'état du patient, voire du projet de soin. Mais en dehors de mesure de protection de justice, il semble anormal que l'entourage pèse sur les décisions à prendre pour le patient. Les motivations sous tendant ces comportements sont surtout sécuritaires. Comme l'écrivent Jean-Jacques Amyot et Alain

Villez dans *Risques, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*³⁸, « Les personnes âgées sont dans le même temps exposées aux risques du maternage et aux effets iatrogènes de l'excès de soins prodigués par des personnels refusant de prendre le risque de voir leur responsabilité engagée ». Pour autant, il ne s'agit pas de laisser les personnes âgées prendre tous les risques sous prétexte du respect de leur dignité et de leurs libertés fondamentales. Les soignants doivent un minimum de sécurité aux patients des EHPAD. On comprend donc qu'ils sont tiraillés entre, d'un côté la peur d'être mis en cause, ou accusé de négligence, et de l'autre la nécessité de respecter le patient en tant qu'individu. D'après Villez et Amyot, « ils se sentent particulièrement exposés au risque de devoir répondre de leurs actes que de l'absence d'acte. ». Cela résulte probablement de l'absence de cadre clair régulant les limitations de liberté imposées aux patients. Car si le délit de mise en danger d'autrui existe, les textes encadrant la contention physique ne sont que des recommandations, les indications laissées à la discrétion du médecin, et de l'équipe soignante. La définition d'un cadre permettrait de garantir le patient contre le risque de mésusage de la contention, à des fins de coercition par exemple. Dans son article⁴⁵, Bertrand Quentin nous donne en exemple l'Allemagne, où les mesures de privation de liberté, sont effectuées après une décision de justice. Cela a obligé les acteurs du soin aux personnes âgées à trouver d'autres solutions, du type activités physiques, port de casque, tapis d'alerte dans les chambres. Le propos n'est pas de copier un système, mais de dire que si cela est possible en Allemagne, pourquoi pas en France ?

5. Des alternatives envisagées

Lors des entretiens, nous avons interrogé les médecins sur les alternatives possibles à la contention physique en EHPAD. Tous nous en ont cités. Pour la plupart des médecins, la contention résulte d'un manque de moyens, humains principalement. Ils citent aussi un manque de professionnalisme des personnels soignants, devant la gestion des symptômes psycho-comportementaux. Ils décrivent aussi un défaut d'organisation des institutions, avec parfois une absence de corrélation entre l'état de santé du résident, et la capacité de la structure à le prendre en charge. Cependant en étudiant leur discours, il semble qu'un autre problème est le manque de temps qu'ils peuvent accorder à leurs patients d'EHPAD pour les généralistes, et les temps très partiels que les coordonnateurs passent en EHPAD. Il nous semble aussi exister un problème d'ordre réglementaire, puisque la contention physique

n'est pas vraiment encadrée par une loi. Alors qu'il s'agit de priver un citoyen de sa liberté. Nous allons, ici, évoquer les alternatives qui nous semblent pouvoir être envisagées.

Tout d'abord nous évoquerons la professionnalisation des différents acteurs du soin en EHPAD. L'étude du Dr Estryn Behar²⁸ met en lumière un taux de personnel diplômé inférieur en EHPAD par rapport aux structures sanitaires. Cela concerne les aides-soignants principalement, qui sont les professionnels en première ligne dans la gestion des symptômes psycho-comportementaux. Cette situation découle probablement de l'augmentation importante des postes à pourvoir dans ces structures, ces dernières années. Cependant, le rôle de l'aide-soignant ne se résume pas à une fonction de gardiennage, et de manutention. Comme le soulignait un des médecins interrogés, ces professionnels ont besoin d'une culture soignante qui s'acquière grâce à une formation théorique initiale. Cependant, pour mettre en application cette formation, ces professionnels ont besoin que l'organisation des soins le leur permette. Pour cela il semble important que l'état de santé du résident soit en corrélation avec les capacités de la structure d'accueil. Dans le cas contraire, il nous semble que le risque pour les patients de voir se restreindre ses libertés augmente, voire que des comportements maltraitant puissent apparaître, liés au surmenage des professionnels. Cela est décrit dans l'étude du Dr Estryn Behar²⁸ et dans le mémoire de Chrystel Terreau²⁹. Dans notre étude, un médecin coordonnateur nous expliquait les problèmes posés par des patients entrés rapidement en EHPAD, avec des dossiers médicaux sous estimant leur dépendance. Cette adéquation est le rôle du médecin coordonnateur, mais il paraît difficile lors d'une visite de préadmission de se rendre compte de l'état réel de dépendance des patients. L'évaluation de la dépendance, dans la mesure où elle définit une participation financière de la collectivité, se doit de respecter un principe de justice et d'égalité. La grille d'évaluation AGGIR a donc été mise en place et généralisée. Elle répond à cette nécessité de stricte égalité, par son caractère standard, pourtant, elle semble n'évaluer que partiellement le niveau de dépendance puisque dans les faits, il y a inadéquation entre les moyens des structures et l'état de dépendance des patients. Comme il est évident que trouver une grille d'évaluation standard parfaite s'apparente à la recherche de la pierre philosophale, il serait peut-être bénéfique de pouvoir avoir une certaine marge de manœuvre pour pouvoir adapter cette grille AGGIR à chaque situation. Cela pour tenter de traduire un peu mieux les besoins réels du résident. En lien avec ces problèmes de moyens,

lors de notre étude, nous avons remarqué que les médecins citaient les unités de vie protégées en exemple en ce qui concernait la prise en charge des patients présentant des symptômes psycho-comportementaux. En pratique, quatre médecins sur dix y avaient réellement accès, et les autres semblaient un peu idéaliser leur fonctionnement. Pour autant, l'impression d'une meilleure prise en charge tenait à plusieurs facteurs. D'abord une meilleure dotation en personnel par résident, le manque de personnel étant retenu, par plusieurs médecins, comme cause d'utilisation de contention physique. Le faible nombre de résidents par unité était aussi retenu comme facilitant une meilleure prise en compte des besoins individuels. L'architecture adaptée était aussi citée, permettant une déambulation libre. Enfin, il apparaît que dans ce type d'unité, sont mis en place et expérimentés, des approches non médicamenteuses, que certains médecins de l'étude définissaient comme une prise en charge « occupationnelles ». Cela correspondait à des activités proposées mettant en jeu les capacités intellectuelles ou physique des résidents, avec pour but, surtout, de diminuer le niveau d'agitation global des unités en question. Malheureusement, même si tous les EHPAD de l'étude accueillaient des patients présentant des symptômes psycho-comportementaux, seuls deux établissements étaient dotés de telles unités. Du fait de l'augmentation progressive de la dépendance des patients accueillis, peut-être faudrait-il que ce type d'unités devienne la norme en ce qui concerne l'hébergement en EHPAD. Il faut quand même nuancer ce propos, car dans l'état actuel, ces unités sont « fermées », et de ce fait, se pose la question d'une forme de contention certes lâche, mais limitant la liberté des résidents. Nous évoquions, plus haut, un problème de manque de temps passé par les médecins en EHPAD, y compris pour les médecins coordonnateurs. Nous avons montré dans notre étude que les médecins considéraient la contention comme un soin. Nous pensons donc que, les patients relevant d'une contention physique passive, ce soin étant à réévaluer quotidiennement, relèvent d'une structure sanitaire. Donc avec une présence médicale quotidienne. Les EHPAD accueillent des patients de plus en plus dépendants et se transforme de fait en équivalents d'USLD, ils nécessitent donc cette présence médicale accrue pour prendre en charge correctement les patients. Nous avons vu également que les généralistes étaient pris par le temps et ne pouvaient en général pas évaluer correctement la balance bénéfice-risque de la contention. On pourrait imaginer une prise de décision en binôme, entre le généraliste et le médecin de l'EHPAD.

Le dernier point d'amélioration possible concerne la réglementation encadrant l'utilisation de la contention. Cette pratique pose de nombreux problèmes, et même si, parfois, elle ne peut pas être évitée, il paraît souhaitable qu'elle soit mieux encadrée. Une loi fixant les conditions d'utilisation de la contention, permettrait au professionnel de ne pas dépasser ce cadre et au patient d'éviter les mésusages pour des non indications, comme la déambulation ou les contrainte d'organisation par exemple. L'existence d'une loi pourrait aussi permettre de trouver et de mettre en place les moyens de la faire appliquer. Comme dans les pays d'Amérique du nord, ou l'Allemagne citée plus haut.

Nom, prénom du candidat : Clappaz, Florent

CONCLUSIONS

Notre étude confirme que la contention physique passive n'est pas une pratique exceptionnelle dans les EHPAD que nous avons étudiés. Les médecins interrogés la considèrent comme un soin à part entière. Pour autant, les représentations de nos confrères, vis-à-vis de ce soin, sont ambivalentes. D'un côté ils justifient la contention par son rôle protecteur et préventif, pour le patient, voire parfois de pourvoyeur d'un meilleur confort. De l'autre, ils sont capables de lier la contention au champ lexical de l'univers carcéral, et de la considérer comme une forme de maltraitance. Ce paradoxe, ainsi que la culpabilité qui ressort de l'utilisation de la contention, nous fait penser qu'elle se situe, malgré tout, en marge des soins plus « classiques ».

L'utilisation de la contention, pour les médecins, était aussi liée à une volonté de réduire à tout prix les risques pris par les patients. Cela, dans une optique de protection contre des mises en cause d'ordre médico-légales. Cela nous fait nous demander qui est protégé par la contention, le patient, ou l'institution ? La réponse semble être donnée par les modalités de prescriptions dans les EHPAD que nous avons étudiés.

En effet, nous avons retrouvé comme indication première de la contention, le risque de chute, principalement chez les médecins coordonnateurs. Et cela bien que la contention n'ai jamais démontré de bénéfice dans cette indication³². Arrivaient ensuite les problèmes liés à la déambulation, à l'agitation, ou simplement liés au manque de personnels ou de moyens. La contention devenant un moyen de « gérer » les patients pour ne pas perturber l'organisation des EHPAD.

Les demandes de contentions viennent majoritairement des équipes soignantes, et le motif principal qui sous-tend ces demandes est la crainte d'une mise en cause médico-légale. C'est ce qui entraîne ces comportements sécuritaires d'élimination systématique du risque au dépend de la liberté des patients, voire de leur bien-être.

Cela conduit les équipes et les institutions, à exercer une pression, sur les médecins pour qu'ils valident ces demandes de contention. Dans les faits, ils sont même parfois amenés à régulariser des situations déjà mises en place. Ils sont dépossédés de l'analyse de la situation, et sont réduits à endosser la responsabilité d'un acte dont ils n'ont pas évalué le bénéfice.

Parallèlement les patients se voient retirer leur capacité de prise de décision et n'ont pas la possibilité de faire valoir leurs droits dans ce contexte.

Il résulte de cette étude, une vision assez négative de la contention, et plus largement de la prise en charge des patients en EHPAD. Pourtant, nous avons mis en évidence des pratiques qui pourraient être qualifiées d'exemplaires, dans au moins un des EHPAD étudiés, sous l'influence de sa directrice en collaboration avec le médecin coordonnateur. Cela peut donner des pistes pour essayer d'améliorer la pratique de la contention, et la prise en charge des patients d'EHPAD.

Ces pistes pourraient être, la promotion des unités de vie protégées, la meilleure corrélation entre l'état de dépendance du patient et sa structure d'accueil, une meilleure formation des soignants amenés à prendre en charge des patients présentant des troubles psycho-comportementaux, des approches non médicamenteuses pour prendre en charge l'agitation des patients. Par ailleurs, il pourrait y avoir une présence médicale obligatoire quotidienne dans les EHPAD, afin de pouvoir évaluer réellement les bénéfices et risques des prescriptions de contention, ainsi que leur réévaluation quotidienne. Le dernier point concerne l'aspect réglementaire, l'utilisation de la contention physique devrait être encadrée par une loi précise. Cela permettrait aux professionnels de se référer à un cadre pour prendre leurs décisions et d'éviter les mésusages de la contention.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président

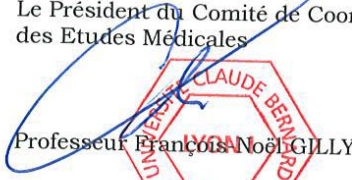
Signature *KROUAT-SACRON Pierre*

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **07 OCT. 2015**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est


Professeur Jérôme ETIENNE


VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales


Professeur François-Noël GILLY


BIBLIOGRAPHIE

1. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. October 2000.
2. Tinetti ME, Liu W-L, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med*. 1992;116(5):369-374.
3. Définitions : contention - Dictionnaire de français Larousse.
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580>. Accessed December 4, 2014.
4. Friard D. Attacher n'est pas contenir. *Santé Ment*. 2004;86:16.
5. BEH n°29-30/2011 / 2011 / Archives / BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-29-30-2011>. Accessed April 15, 2015.
6. CdC FHF- Version longue finale.doc - Liberte_aller_venir_long.pdf. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf. Accessed April 20, 2015.
7. Broclain D. Responsabilité. *Actual Doss En Santé Publique Droits Mal Inf Responsab*. 2001;36:44-46.
8. ROUVILLOIS S, =Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Rennes. FRA / com. Initier une politique globale de gestion des risques en EHPAD. L'exemple de la Résidence de l'Yze de Corps Nuds (35). 2006.
9. Liberté et sécurité des résidents en EHPA : Concilier l'inconciliable.
<http://prevention.sham.fr/Droit-Pratiques/Le-point-sur/Liberte-et-securite-des-residents-en-EHPA-Concilier-l-inconciliable>. Accessed June 11, 2015.
10. *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté: rapport d'activité 2012*. Paris: Dalloz; 2013.
11. PÉLISSET A, DUROCHER A, MARIE G, PUISIEUX F. Contention Physique Passive. Evaluation régionale des pratiques en EHPAD en 2011. *Rev Francoph Gériatrie Gérontologie*. 2014;21(205).
12. Menier C, Rodriguez B, Lassaunière J-M, Langlade A, Stambouli A. La contention physique passive : une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2010;9(5):232-241.
doi:10.1016/j.medpal.2010.03.007.
13. Vedel I, Lechowski L, Simon I, 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;116(1):153-160.
doi:10.3917/gs.116.0153.

14. MASSONNAT G. La mise en place du medecin coordonnateur en ehpad dans la region rhone alpes.
15. *Arrêté Du 26 Avril 1999 Fixant Le Contenu Du Cahier Des Charges de La Convention Pluriannuelle Prévue à L'article 5-1 de La Loi No 75-535 Du 30 Juin 1975 Relative Aux Institutions Sociales et Médico-Sociales.*
16. *Code de L'action Sociale et Des Familles - Article D312-156. Vol D312-156.*
17. *Code de L'action Sociale et Des Familles - Article D312-158. Vol D312-158.*
18. 2014_8_dependanceinstitution_panel2mgpdl.pdf.
http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2014_8_dependanceinstitution_panel2mgpdl.pdf. Accessed June 12, 2015.
19. *Code de La Santé Publique - Article L1110-8. Vol L1110-8.*
20. *Arrêté Du 30 Décembre 2010 Fixant Les Modèles de Contrats Types Devant être Signés Par Les Professionnels de Santé Exerçant à Titre Libéral et Intervenant Au Même Titre Dans Les établissements D'hébergement Pour Personnes âgées Dépendantes.*
21. Villez A. EHPAD: La crise des modèles. *Gérontologie Société*. 2007;123(4):169.
doi:10.3917/g.s.123.0169.
22. *Loi N° 75-535 Du 30 Juin 1975 Relative Aux Institutions Sociales et Médico-Sociales.*
23. *Loi N° 97-60 Du 24 Janvier 1997 Tendrant, Dans L'attente Du Vote de La Loi Instituant Une Prestation D'autonomie Pour Les Personnes âgées Dépendantes, à Mieux Répondre Aux Besoins Des Personnes âgées Par L'institution D'une Prestation Spécifique Dépendance.*
24. SOIN : Définition de SOIN. <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/soin>. Accessed September 27, 2015.
25. Definition of Nursing. <http://www.icn.ch/fr/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>. Accessed September 27, 2015.
26. Marie G, Pelisset A. Contention physique passive: évaluation régionale des pratiques dans les établissements gériatriques en 2011. 2013.
27. Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2003;41(3):274-282.
28. ESTRYN-BEHAR M, SALBREUX R, LE NEZET O. La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. *Rev Gériatrie*. 2007;32(2):95-110.
29. Terreau C. Épuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution. *Soins Gérontologie*. 2007;(65):37-40.
30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84(19):142-145.

31. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995;311(6996):42.
32. Turgeon J, Côté L. Qualitative research in family medicine. An inevitable development. *Can Fam Physician*. 2000;46:2171.
33. Britten N, Fisher B. Qualitative research and general practice. *Br J Gen Pract*. 1993;43(372):270.
34. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. 2004;10(1):79-86. doi:10.1016/j.prps.2004.01.004.
35. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. 2007.
36. Mays N, Pope C. Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *BMJ*. 1995;311(6997):109-112. doi:10.1136/bmj.311.6997.109.
37. la démographie médicale en région Rhône-Alpes. Situation en 2013. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rhone_alpes_2013.pdf. Accessed August 15, 2015.
38. Amyot J-J, Villez A. *Risque, Responsabilité, éthique Dans Les Pratiques Gériatologiques*. Dunod; 2001.
39. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998;53(1):M47-M52.
40. La contention physique de la personne agee un acte banal ou necessite - Frikh Bouhaj Sanae.pdf. <http://www.ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/memoires-2013-2014/La%20contention%20physique%20de%20la%20personne%20agee%20%20un%20acte%20banal%20ou%20necessite%20-%20Frikh%20Bouhaj%20Sanae.pdf>. Accessed May 17, 2015.
41. Bagaragaza E, Vedel I, Cassou B. Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive. *Gérontologie Société*. 2006;116(1):161-170.
42. Villez A. Éthique, droit au choix, droit au risque et responsabilité dans les EHPAD. *Cah L'Actif*. 2002;318(319):149-165.
43. Aubert J, Vézina J, Landreville P, et al. Éléments contextuels associés à l'émission de comportements d'agitation verbale présentés par des personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence. *Rev Eur Psychol Appliquée European Rev Appl Psychol*. 2007;57(3):157-165.
44. Sipos I. Evolution des différentes fonctions en maison de retraite. *Gérontologie Société*. 2003;1(104):35-43.
45. Quentin B. « La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement ! ». *Gérontologie Société*. 2013;144(1):111-119. doi:10.3917/gs.144.0111.

Documents annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

1. Pouvez-vous me faire un résumé de votre parcours professionnel ?
 - Age sexe cursus universitaire, formations annexesAvez-vous une attirance particulière pour la gériatrie ?
2. En dehors du cadre professionnel avez-vous déjà été confronté à la contention physique ?
 - Chez un proche
 - Vous-même
3. Pouvez-vous me donner une définition de la contention physique ?
Thèmes à aborder :
 - définition de la contention dans l'absolu
 - indications
 - notion de privation de liberté, éthique
 - pratique utile, nocive, intolérable, inévitable ?
4. En pratique, comment prescrivez-vous une contention en EHPAD ?
Thèmes à aborder :
 - Utilisation en pratique, modalité techniques, définition pratique
 - Vous arrive-t-il d'utiliser la contention pour vos patients en EHPAD ? (selon quelles modalités durée réévaluation info des patients de la famille...)
 - Y a-t-il des alternatives, en EHPAD, à la contention ?
5. Lors de cette prescription devant qui vous sentez vous responsable ?
6. Que pensez-vous du refus du patient dans ce contexte ?

Annexe 2 : entretiens

Entretien numéro 1 femme 55 ans, rural, coordonnateur

01/12/2014

FC : est-ce que vous pouvez me faire le résumé de votre parcours professionnel pour vous présenter ?

Numero1 : Alors, en tant que médecin généraliste ? En tant que médecin coordonnateur ? Les deux ?

FC : Un peu les deux.

Numero1 : alors je suis installée depuis 1991, j'ai 55 ans, je suis installée dans ce village depuis 1991. En maison médicale depuis 2 ans. En médecin Co, quand je me suis installée j'ai succédé à un confrère qui est décédé et qui travaillait déjà à la maison de retraite du village et j'ai pris la suite, on me l'a proposé. Donc j'ai travaillé en vacation à la maison de retraite pendant... une vingtaine d'années. A ce moment-là il n'y avait pas les EHPAD, il y avait la cure, donc j'étais médecin de cure, et puis j'ai passé, en formation médicale continue, l'habilitation à être médecin coordonnateur en 2010.

FC : d'accord, donc vous êtes entrée dans la gériatrie de cette manière.

Numero1 : oui.

FC : en dehors du cadre professionnel est-ce que vous aviez déjà été confronté à la contention physique ?

Numero1 : en dehors du cadre professionnel ? C'est-à-dire ? Des connaissances ?

FC : ou de la famille ?

Numero1 : non.

FC : est-ce que vous pouvez me donner une définition pour vous de la contention physique ?

Numero1 : Bah contention physique, alors... ça va sans doute être vague. C'est un procédé qu'on utilise pour empêcher les gens de se faire mal, pour les protéger contre les chutes ou les protéger... les protéger contre les chutes c'est une protection des patients. Ça passe par les barrières de lit, les ceintures pelviennes pour les attacher, les tables devant les fauteuils. Dans les contentions, là je ne suis pas tout à fait sûre, par exemple on utilise à la maison de retraite des habits, comment ça s'appelle, des espèces de hauts, le bas c'est un drap attaché au lit, je ne sais pas comment ils appellent ça?

FC : le securidrap ?

Numero1 : oui, alors ça a priori je considère que c'est une contention, mais apparemment on n'a pas besoin de prescription.

FC : au niveau du matériel, on l'a abordé...

Numéro 1 : c'est la contention physique parce qu'il y a aussi de la contention chimique, on est dans la contention physique là ?

FC : oui, au niveau des indications, c'est donc plutôt pour protéger les gens ?

Numero1 : oui c'est plutôt pour protéger les gens, je vois à la maison de retraite on en a eu des déambulant qu'on laisse déambuler, tant qu'ils ne tombent pas, qu'ils ne se font pas mal... Bon après il y a le problème de l'interaction avec les autres si ça crée des conflits on fait autrement. Dans les contentions on a aussi le fait d'enfermer les gens dans leur chambre. Parce qu'on n'a pas bien le choix, ce qui dirige les équipes, de toute façon je ne fais jamais une prescription seule, c'est souvent les équipes qui me demandent, c'est protéger le patient, c'est ça ...

Parce qu'on a quand même eu des histoires, on en a un qui est passé par la fenêtre du premier étage. Il s'est fait une fracture tibia péroné, qui est revenu après avoir été opéré et qui s'arrachait les agrafes. C'était sympa comme truc et alors là la contention on en a parlé.

FC : en pratique comment vous le prescrivez en EHPAD ?

Numero1 : alors on prescrit, en général c'est une discussion d'équipe. Comme je suis là une fois par semaine en relève elles me disent c'est pas possible, il faut qu'on l'attache il est tombé 3 fois... enfin ça vient sur un truc comme ça. Donc en EHPAD, je le prescris pour mes patients à moi, mais en tant que médecin coordonnateur je demande que ce soit demandé au médecin des autres patients.

Je le prescris, alors, je fais une ordonnance, par exemple quand c'est des barrières de lit, je le prescris pour un mois à réévaluer tous les jours. Voilà. Quand c'est une prescription au fauteuil, pareil je le prescris pour un mois à réévaluer tous les jours. On a un cahier, enfin des fiches, où on marque les contentions qui ont été prescrites, à quelle date, quel médecin, quand ça a été renouveler, et elles me redemandent à chaque fois.

FC : d'accord, et donc qui réévalue ?

Numéro 1 : quand je refais la prescription, je leur redemande ce qu'elles en pensent, où on en est, et cætera. Mais de toute façon comme il y a une relève tous les jours, je n'y suis pas tous les jours, mais s'il y a un problème ça me revient aux oreilles. On réévalue comme ça, s'il y a un problème dans l'intervalle du mois.

FC : au niveau de l'information du patient et de son entourage, c'est plutôt vous ? Ou les infirmières qui le font ?

Numéro 1 : plutôt les infirmières. Le patient, souvent c'est des gens déments, on leur dit quand même, on va faire ça pour pas que vous tombiez voilà. Il y a un discours dessus ça j'y tiens quand même. Et puis c'est les infirmières ou les aides-soignantes qui font le relais. Mais on n'a pas de problème avec les familles. Les familles elles acceptent plutôt la contention, parce que quand c'est des gens qui commencent à être déambulant, pour lesquels il faudrait une institution plus spécialisée, elles préfèrent qu'on utilise de la contention plutôt qu'on les change d'établissement.

FC : et donc au niveau de l'EHPAD y a-t-il des alternatives pour vous à la contention physique ?

Numéro 1 : il y aurait des alternatives, il faut doubler le personnel et alors là on ferait beaucoup moins de contention. Les gens déments qui entrent dans les chambre et tout, on a quelqu'un qui s'occupe d'une personne à la fois et alors... On a un PASA aussi, pôle d'activité et de soins adapté pour les malades d'Alzheimer, on s'est rendu compte que ça changeait le comportement des gens. Alors on est en train d'essayer de faire des stats, enfin le prochain médecin co fera des stats. Par exemple des déments grincheux opposant voire agressifs avec les autres, le PASA ils trouvent ça merveilleux, formidable, je ne sais pas ce que ça fait dans leur tête ça doit être propre à chacun, mais ils sont tellement content d'y aller qu'ils l'attendent, c'est un objectif, c'est un but, ils arrivent à se laver pour aller au PASA. Du coup il y a moins d'agressivité et il y a moins besoin de contention. Ça retenti dessus quoi. C'est pas les même, parce que ceux qu'on contient c'est ceux qui peuvent plus aller au PASA en général, mais on a l'impression que ça allège l'atmosphère et que les gens déments agités ça va mieux.

FC : et au PASA ils font quoi ?

Numéro 1 : ils font des activités, pour entrer au PASA il faut avoir une maladie d'Alzheimer ou une démence vasculaire ou autre, il ne faut pas être psy quoi. Ils font des activités physiques alors il y a des parcours de santé où on se met sur un pied, on marche sur une barre. C'est l'ergothérapeute qui fait ça. Ils font des activités artistiques, ils peignent ils colorient, ils créent des trucs, ils font des activités de maintien de la mémoire. Sinon ils font des ateliers cuisine, chants, vraiment ils aiment bien.

FC : que pensez-vous du refus du patient dans ce contexte ?

Numéro 1 : De la contention ? Faut se mettre à sa place, être attaché en fin de vie c'est quand même pas le pied. Parce que les gens déments ils se rendent compte, ils ne sont pas capable forcément d'enchaîner des idées mais tous ce qui est émotionnel, affectif, ça fonctionne souvent encore assez longtemps, c'est décalé j'ai l'impression. Et les attacher c'est clairement une atteinte à leur individualité. C'est agressif de toute façon, j'ai jamais vu un patient qui trouvait ça sympa. Donc c'est agressif de toute façon comme geste, on essaie de faire un discours dessus en disant « vous êtes tombé » des choses comme ça et puis de toute façon on a des modalités, les gens ne sont jamais attachés comme ça devant leur porte fermée. S'ils sont attachés la porte est ouverte, on les surveille, on passe. Les gens qu'on enferme, c'est arrivé récemment, une dame qui déambulait, qui entre dans les chambres, qui pisse partout... mais bon. On l'enferme mais il y a un passage toutes les heures, il faut qu'ils passent voir toutes les heures. Et la nuit pareil, les gens enfermés la nuit c'est toutes les heures.

FC : et du coup ça, c'est tenu ?

Numéro 1 : c'est comme ça que c'est écrit. Je ne sais pas si elles le font vraiment. Mais elles savent que c'est comme ça. Voilà et les gens qui sont attachés au fauteuil, la porte est ouverte. Il faut qu'on voit ce qui se passe.

FC : on va aborder la dernière question, dans ce cadre devant qui vous sentez vous responsable ?

Numéro 1 : déjà pendant des années on a fait des contentions sans faire d'ordonnance. Après, le droit évoluant et la jurisprudence évoluant on est obligé de prescrire. Déjà ça donne un cadre on est obligé de respecter les règles c'est pas plus mal, donc on est responsable devant tous ce qui est

justice et tout ça, médicolégale en tout cas. Ça c'est sûr il ne faut pas se rater. On a eu un audit externe à la maison de retraite, tous les 10 ans externe et tous les 5 ans interne. Ça ils regardent s'il y a le cahier de suivi, comment on fait, ils participent à une relève pour voir comment on gère le truc. D'ailleurs il ne faut pas mettre de draps pour faire les contentions. On avait un patient qui sciait toutes les ceintures, ça coute cher, il nous en a scié trois à la fin on ne savait plus comment faire, on mettait des draps et Ah surtout pas de draps ! Donc on est responsable au niveau médicolégal après il y a l'aspect éthique quand même donc, moi de toute façon je suis sûre que s'il y avait plus de personnel, mais il ne faut pas rêver c'est impossible en ce moment, il y aurait moins de contention. Les déments on les promène ils emmerdent personne, on les promène on discute on fait des trucs, il faut changer le personnel parce que c'est épuisant pour le personnel ça. La contention ça remplace le personnel humain. Et puis après au niveau des familles, les familles moi je leur explique le contexte, je leur dit ça, on aurait plus de personnel ok mais ça n'existe pas. Vous payez déjà 1600 euros par mois, même dans les maisons à 4500 euros de toute façon vous n'aurez pas plus de personnel. Voilà c'est comme ça pour l'instant, le contexte économique, le contexte, l'environnement médicolégal fait que c'est comme ça. J'essaie d'expliquer ça au patient et à leur famille. Donc ba oui les familles je les replace dans le contexte. Il y a une responsabilité médicolégale éthique et de l'environnement humain.

FC : et le ressenti de l'utilisation de cette contention pour vous c'est...

Numéro 1 : et bien honnêtement ça m'a pas posé de problème pendant des années, maintenant que je vieillis, c'est un peu plus... on a tendance à se projeté un peu. On a des patients qui ont moins de 60 ans, c'est arrivé là. Un monsieur qui avait fait un AVC, 58 ans. Hémiparétique, puis bon il avait des troubles du caractère avant et puis ça ne s'est pas arrangé après. Donc ouai ce type il est en fauteuil, il râle il a des troubles du comportement, enfin bon faut se mettre à sa place. Sa femme a divorcé ses enfants ne viennent plus le voir enfin bon voilà. Alors on se dit purée il y a des fins de vie qui ne sont pas marrantes. Moi quand j'étais jeune je n'y pensais pas je me disais ouai bon, toujours avec l'idée que s'il y avait plus de personnel il y aurait moins de contention, il y a d'autres solutions qui ne sont pas utilisées actuellement. Et puis maintenant, bah c'est vrai qu'on est complice de maltraitance des fois. Alors qu'on fait des formations bientraitance et cætera et cætera, qui sont impossibles à mettre en œuvre. Sur plein de points parce qu'on manque de personnel. Mais ça, faut pas le dire voilà. Ça crée des hiatus pour le personnel où ils savent ce qu'il faudrait faire et ils ne peuvent pas le faire. Donc c'est vraiment, ils vivent ça pas très bien quoi en général, puis nous aussi. Et puis on est... je me vis aussi comme complice d'un système. Complice d'un système qui...alors évidemment c'est mieux qu'au moyen âge où on les tuait ou on les envoyait dans la montagne au japon, mais bon...

Ceci dit ba c'est pas génial quand même, quand on voit le pognon qui est foutu dans la pub on pourrait s'occuper mieux de nos vieux.

Après il y a plein de chose où on fait des compromis dans la vie.

C'est pour ça que si je dois me tirer de la maison de retraite il y aura une espèce de soulagement sur pleins de points.

Entretien numéro 2 femme 45 ans médecin généraliste semi rural

22/01/2015

FC: Est-ce que vous pouvez me faire un résumé de votre parcours professionnel?

N2 : J'ai passé l'internat en 1997, j'ai fini mon internat à Bourg en Bresse. J'ai fait assistant en hématologie-cancéro 6 mois et j'ai remplacé un an et je me suis installée le 1^{er} janvier 1998 en médecine générale.

FC : quel âge avez-vous ?

N2 : 45 ans.

FC : Est-ce que vous avez une attirance particulière pour la gériatrie ?

N2 : non, pas d'attirance mais j'ai fait de la médecine générale pour faire de la pluralité, j'aime bien la gériatrie mais ça va pas être...

FC : ça fait partie de la médecine générale ?

N2 : Je ne passerais pas de capacité de gériatrie par exemple.

FC : avez-vous déjà été confronté à la contention en dehors du cadre professionnel ?

N2 : non

FC : Pouvez-vous me donner une définition de la contention physique ?

N2 : heu, je dirais de d'empêcher, de limiter la mobilité d'une personne dans le but de la protéger, et donc soit en l'attachant au lit, soit en lui maintenant une contention sur le fauteuil. Il faut que ce soit une indication médicale si possible posée en pluridisciplinaire quoi.

FC : Et qu'en pensez-vous d'une manière générale ?

N2 : d'une manière générale, personnellement je l'évite au maximum. Heu, elle est rarement indispensable alors je ne me mets pas dans le cadre de la psychiatrie...

FC : Non, dans le cadre de la gériatrie.

N2 : dans le cadre de la gériatrie, si je regarde alors heu, elle est utile pour moi au fauteuil, au lit ça reste pour moi un passage très limité. En pratique en milieu gériatrique pour moi on est moins sollicité que en hospitalier ou par exemple on doit avoir des traitements...On est souvent en difficulté avec les traitements intra veineux que les gens n'arrivent pas à garder.

Nous on en a très peu quand même à la maison de retraite. Et pour moi si une perfusion ne peut pas se poser je privilégierai de ne pas poser la perfusion plutôt que d'attacher les personnes. Après effectivement on a des situations notamment la nuit où on a des gens qui effectivement se mettent en danger, et je reconnais que je tiens compte aussi de l'équipe, en l'occurrence à la maison de retraite, on a une équipe qui n'est pas pour donc quand on ne peut pas faire autrement je tiens

compte de l'avis de l'équipe parce que ils sont... On comprend bien que c'est plus facile de dire non et de partir.

FC : on était sur une vision un peu générale, en pratique maintenant, comment prescrivez-vous une contention en maison de retraite ?

N2 : Je prescris sur ordonnance, où je mets normalement le type de contention. Donc contention au lit ou en fauteuil, où je mets la durée et si c'est le jour la nuit en permanence voilà et normalement je dis en même temps, enfin c'est accompagné oralement d'une consigne de réévaluation 24/24 par le personnel. Enfin je le prescris sur une ordonnance.

FC : et au niveau de l'information que ce soit de la famille ou du patient.

N2 : Alors souvent, enfin le personnel pour ça est assez bien sensibilisé. La famille est souvent sollicitée. On attend pas forcément l'autorisation de la famille quand ce n'est pas possible voilà. Mais on essaye de faire en sorte que la famille n'arrive pas comme ça dans une chambre avec une personne contenue. C'est plutôt de l'information, après je ne sollicite pas l'avis de la famille pour autoriser ou non une contention.

FC : Est-ce que vous pensez qu'il y a des alternatives à la contention en maison de retraite ?

N2 : Heu oui. C'est-à-dire, moi je vais dire que les rares fois... moi j'ai deux cas en tête de contention au lit demandée en 17 ans, ce n'est donc pas très fréquent. Il me semble que lorsque ça a été mis je n'ai pas trouvé d'alternative. Et toutes les autres fois où effectivement heu alors voilà, les autres indications c'est effectivement pour des perfusions où des choses qu'on n'a pas faite ou alors on a fait le traitement autrement. Et heu après il y a eu des fois où effectivement par rapport à la revue du traitement, on se retrouve dans la même problématique de l'agressivité l'anxiété alors des fois on est entre la contention et la sédation.

FC : la contention chimique ?

N2 : Voilà oui.

FC : l'alternative que vous retenez à la contention, dans les cas d'agressivité c'est la contention chimique ?

N2 : on essaie déjà de comprendre le pourquoi et effectivement si effectivement on est dans une situation d'agitation je pense que je ferais plutôt dormir une patiente que l'attacher.

FC : Au niveau de l'indication, vous disiez que vous ne conteniez que peu de patient. Qu'elles indications vous retenez ?

N2 : moi c'est surtout l'agitation dans le sens instabilité motrice, les gens qui sont toujours en train de nager dans leur lit. Ça peut être ça le temps d'équilibrer un traitement. Et puis heu... non c'est surtout ça ces mouvements incoercibles où les gens passent par-dessus voilà. La déambulation, nous on a une équipe qui est très patiente parce que c'est très rare qu'on demande d'attacher parce qu'on les retrouve dans le couloir dans la nuit.

FC : Dans la contention au lit qu'est ce qui sous-tend la prescription ?

N2 : le risque qu'ils passent par-dessus les barrières. Je n'ai jamais vue de contention aux poignets. Juste la ceinture abdominale. Ce n'est pas pour les bloquer, ce n'est pas comme en psychiatrie. D'ailleurs ce n'est pas toujours mal vécu. Ces gens qui s'agitent comme ça des fois effectivement ils sont tranquilles au lit, ils brassent mais bon ça leur évite...

FC : et au niveau de la contention au fauteuil

N2 : Pour moi c'est deux entités complètement différentes. Pour moi c'est une indication souvent de confort, parce qu'on se trouve avec des gens qui glissent de leur fauteuil. C'est rarement d'ailleurs les gens qui, c'est des gens souvent qui ne marchent plus du tout. Le personnel fait complètement les transferts, et on les retrouve en permanence avec les fesses à la limite du siège. Ils ne sont pas bien parce qu'ils ont les jambes trop faibles et ils n'arrivent pas à se redresser. La pour le coup on explique aux familles mais je trouve les gens plutôt mieux une fois qu'ils sont attachés. Après effectivement ceux qui peuvent se lever mais difficilement, on peut les contenir pour qu'ils ne sortent pas de leur fauteuil pour ne pas tomber... Mais pour moi c'est plus une prescription de confort. Pour des gens qui ne marchent plus ou qui n'ont pas assez de force dans les pieds. Ou qui ont des fauteuils, on en a dont les jambes ne touchent pas le sol, donc parfois on fait ça en attendant d'avoir un fauteuil adapté.

FC : lors de la prescription de la contention, devant qui vous sentez vous responsable ? Il peut y avoir plusieurs degrés.

N2 : je dirais le premier c'est le patient, de façon effectivement d'optimiser la balance entre la prise de risque si on ne l'attache pas et la pénibilité de l'attacher. Donc il faut que je pense que c'est dans son intérêt. La deuxième ça sera l'équipe avec les mêmes arguments. Parfois ils nous la demandent et la leur refuser c'est les mettre devant une responsabilité, ils restent responsable si il tombe même si nous n'avons pas forcément accepté ils restent responsable dans le sens le patient n'a pas été surveillé. Pour ne pas mettre l'équipe dans une situation qui peut être pour eux discutable. Après il y a ma responsabilité aussi dans le sens où il peut y avoir des conséquences physiques d'avoir fait une contention qui n'était pas justifiée ou au contraire de ne pas avoir fait le choix de la contention. Voilà je m'arrêtera là, la famille n'entre pas en ligne de compte dans la décision.

FC : dans ce contexte que pensez-vous du refus potentiel du patient ?

N2 : je pense qu'il faut l'écouter et essayer dans la limite du possible d'expliquer. Expliquer et dans la limite du possible négocier effectivement on arrive parfois à négocier une contention pas forcément continue. Pour dire pendant un moment on s'occupe plus de cette personne quand le personnel est là on la mobilise etc. et puis d'arriver à dire là on est à un moment calme on a besoin d'être sûr que vous ne vous fassiez pas mal. Après on se retrouve dans la difficulté des personnes qui ne sont pas à même d'évaluer le risque et qui refuse la contention effectivement je pense que dans la limite du possible je vais essayer de sedater et de faire une contention médicamenteuse pour pouvoir effectivement voilà... Je ne me souviens pas de patient qui se débattait. Mais par contre il y a des personnes, celles qui s'agitent avec des mouvements un peu... qui sont mieux attaché tranquillement et qui sont encore présent, qu'on peut faire manger etc... Parfois on les respecte plus en plaçant une ceinture abdominale et en gardant leur rythme, faire leur toilette, plutôt qu'en les sedatant et du coup il n'y a plus de relation. Donc pour moi voilà la contention n'est pas forcément un abandon et pas forcément une contrainte insurmontable.

FC : pour vous la contention d'après ce que j'ai compris c'est plutôt assez ponctuel. Comment réévaluez-vous les choses ?

N2 : en l'occurrence pour moi les indications ça a été des patients qu'on reçoit en EHPAD, qui ne connaissent pas les lieux, le temps de comprendre. Rapidement on arrive à les apprivoiser et à apaiser et à se passer d'une contention. Après la deuxième indication c'est des phases critiques, c'est des gens agités, le temps de trouver un moyen de les calmer mais c'est souvent des gens qui après sont peu réactifs et qui après ... (sous-entendu décèdent). C'est souvent le début ou la fin, quand ils arrivent où il y a un temps d'adaptation ou il y a un phénomène aigu. Mais je n'ai pas en tête de gens où la solution pour les garder est la contention. C'est des caps de 2-3 jours dans mon esprit.

Entretien numéro 3 homme 64 ans, médecin généraliste semi rural

22/01/2015

FC : pouvez-vous vous présenter :

N3 : d'accord, alors je suis médecin généraliste installé ici depuis 1979 suite à une formation comme interne des hôpitaux périphériques à l'époque, à Bourg pendant 4 ans. Depuis que je me suis installé je m'occupe des patients que j'ai suivis à domicile à la maison de retraite du canton. Petit à petit j'ai été amené à en prendre d'autre dans d'autres institutions.

Autrement j'ai des activités en dehors du cabinet, je continue à m'intéresser à ce que je fais au centre d'alcoologie, voilà. Ça n'a pas bien de rapport avec la maison de retraite, quoiqu'il y ait des anciens qui picolent aussi (rire). Mais à la maison de retraite on ne fait pas trop de découverte sensible. J'ai une activité de médecin pompier et puis j'ai une activité de médecin régulateur au 15 qui m'intéresse, où on a affaire la nuit à des maisons de retraites. Ils ont souvent besoin d'un conseil ou d'une intervention. J'ai 64 ans

FC : avez-vous une attirance particulière pour la gériatrie ?

N3 : J'aime bien mais je n'en aurai jamais fait un exercice exclusif, voilà. Parce que moi je suis assez sensible aux émotions des gens et je trouve que ne faire que ça c'est vraiment une vocation.

Mais j'aime bien m'en occuper, mais c'est difficile parce qu'on côtoie la déchéance et qu'on côtoie la mort donc on est face à des interrogations et qu'on a besoin quand même de chose plus gaies dans notre exercice, voilà tout simplement.

FC : Avez-vous déjà été confronté à la contention physique en dehors du cadre professionnel ?

N3 : la seule contention physique qui me vient, c'est celle du gardé à vue. C'est arrivé pas plus tard qu'hier soir, j'étais de garde. Une contention physique qu'on voit au quotidien est qui est ... moi j'aime pas. J'aime pas prendre un coup de poing dans la figure non plus mais je commence par faire enlever les menottes, c'est gênant. En l'occurrence c'était un costaud, 19 ans mais quand ils ont enlevé les menottes, alors peut-être qu'il avait bien tiré dessus, mais il était marqué.

FC : pouvez-vous me donner une définition de la contention physique ?

N3 : la contention physique sur le plan concret ça peut être une ceinture ou un harnais, et sur le plan du but, c'est une sécurisation de la personne, voilà. Est-ce qu'on fait entrer la dedans aussi les barrières de lit ? C'est aussi une contention. Parce que ça, ça fait partie des prescriptions régulières qu'on nous demande en maison de retraite. Donc après faut voir comment c'est vécu par la personne comment est qu'on peut faire passer le message etc., il y a beaucoup de contentions au fauteuil sinon il y aurait des accidents à répétition.

FC : Y a-t-il d'autres moyens de contention physique ?

N3 : il m'est arrivé d'hospitaliser en urgence des gens agités et d'utiliser des sangles sur brancard. Autrefois les ambulanciers avaient des sangles en cuir. Et nous on avait la deuxième sangle c'était le droleptan dans les fesses.

FC : quelles sont les indications de la contention physique ?

N3 : c'est d'abord la prévention des chutes, c'est la prévention. Voilà parce que la personne âgée elle n'est pas toujours consciente de ses limites. Elle peut être désorientée, elle va dire oui, oui, oui je ne vais pas bouger, et dix minutes après elle est par terre, dès qu'on a tourné le dos. L'intérêt de la contention il est là. Si on ne peut pas sécuriser les gens autrement qu'avec un fauteuil et une table devant... voilà il y a beaucoup de gens qui n'ont pas toutes leurs facultés qui sont installés comme ça et qui ne bougent pas, donc il n'y a pas de risque particulier. Et puis il y en a d'autres qu'on retrouve régulièrement les quatre fers en l'air, et on est bien obligé de faire une contention. Elle peut être transitoire ou plus prolongée selon la récupération cognitive, parce que parfois il y a des événements fébriles ou qui font que les gens vont être momentanément désorientés et puis après ça s'améliore.

FC : quel est le ressenti que vous avez lors de cette prescription ?

N3 : on la prescrit toujours en concertation avec l'infirmière donc heu, c'est un moindre mal. C'est limité dans le temps donc il y a toujours moyen de revenir sur un raisonnement, de remettre en cause. Voilà c'est pénible quand même, j'allais dire surtout quand on connaît bien les gens et qu'on les a vu cinq ans auparavant se débrouiller chez eux comme des grands. D'être là en train de les ficeler ... voilà.

FC : en pratique comment se déroule la prescription de contention à l'EHPAD ?

N3 : en pratique c'est souvent apprécié par l'équipe, parce que nous on fait des passages de vingt minutes par patient, on ne passe pas notre vie là-bas. Donc c'est sur avis du personnel que ce soit les aides-soignants, qui côtoient bien plus les patients, que des infirmières. Ou il y a eu une discussion d'équipe qui fait qu'on est conduit à faire cette prescription quoi. Ou exceptionnellement on a été appelé parce qu'il y a une arcade à recoudre et on dit vue son état il faudrait peut-être un peu le sécuriser.

FC : et au niveau des modalités administratives

N3 : alors sur le plan administratif il y a un document spécifique, donc il ne suffit pas de dire il faut une contention, effectivement il y a une prescription qui se fait sur un papier adéquate. Il faut mettre son tampon sa signature l'indication de la contention la durée de la contention. Si elle n'est pas

indiquée ce n'est pas bon. Donc on le fait par tranche de 2 ou 4 semaines, réévalué avec l'équipe. Elle nous suggère plutôt de la lever ou de la maintenir.

Au patient on lui explique, en général mais pas tous le temps c'est bien vécu si tant est qu'il le comprenne, qu'il ne l'oublie pas. Par contre au niveau des familles ce n'est souvent pas très bien vécu, là ça mérite explications.

FC : et ça se passe comment ?

N3 : ce n'est pas souvent le médecin qui le fait. Parce qu'il faut tomber en face. J'ai une de mes patiente récemment, complètement paumée, maintenant elle ne bouge plus au fauteuil, on avait mis la contention au fauteuil. Mais ça a été plutôt bien accepté par la famille, de toute façon ils avaient bien vu. Elle était rentrée en institution sur incitation de la petite fille infirmière parce qu'elle se dégradait considérablement à la maison. Chez nous il y a eu un problème c'est qu'elle a retapissé sa chambre avec ses matières fécales donc on avait limité ses déplacements ce qui ne l'empêchait pas de tomber en plus...

FC : y a-t-il des alternatives à la contention en EHPAD ?

N3 : on a parlé de deux moyens de contention. La barrière de lit, je ne vois pas bien d'alternative. On ne va pas mettre une camisole aux gens pour les tenir. Je sais qu'à un moment donné les aides-soignantes improvisaient des systèmes avec les barrières de lit et des draps en allant chercher la partie basse des barrières de lit de préférence parce que sinon le papi il peut arriver à s'étrangler en descendant. Comme faisait autrefois les nourrissons qui passaient sous les pinces il y a 40-50 ans il y avait des systèmes avec des pinces qu'on passait sous le lit pour ne pas que les gamins se découvrent avant l'invention des turbulettes et autres accessoires.

Pour les contentions au fauteuil l'alternative c'est de la surveillance. Donc on en n'est pas à mettre un aide-soignant par patient, on est plutôt en train d'en mettre moins. Il faudrait pratiquement que les gens soient dans une même salle comme on le voit dans les petites unités fermées. Il y a beaucoup plus de personnel par tête de pipe et c'est plus facile de faire une contention « psychologique » en parlant avec les gens, en étant là, ce qui permet de limiter de les attacher. Je ne crois pas qu'ils utilisent la contention dans cette unité (unité fermée du doyenné de brou pour patients déambulant) alors qu'ils ont tous décroché depuis longtemps.

FC : devant qui vous sentez vous responsable ?

N3 : vis-à-vis du patient d'abord, puisque l'argument numéro 1 c'est la sécurité. Autrement dit ça fait partie du soin donc on est responsable devant lui à ce niveau-là.

De la même façon pour le personnel soignant, on est responsable vis-à-vis d'eux. Parce que si on n'a pas pris la bonne décision et si on n'a pas entendu le message de risque, après on va porter la responsabilité négative de ce qui a pu arriver. Autrement, vis à vis de l'institution, l'institution ce n'est pas mon soucis. C'est plus l'humain qui est en face, le patient, le personnel soignant, la famille.

La famille parce que si on nous interroge pas le jour J ça peut bien arriver que en passant un après-midi on croise les familles et qu'on soit interrogé là-dessus, c'est arrivé. Je pense à la famille d'une personne qui s'est faite agressée dans l'institution elle est décédée maintenant. Il y a un peu plus de

deux ans et du coup les enfants étaient toujours hyper anxieux entrain de demander des choses et des machins. Et un moment donné elle avait été fébrile et on avait réussi à ne pas l'hospitaliser parce qu'elle avait déjà fait plusieurs aller et retour à l'hôpital.

Et on essayait petit à petit de la sortir de son lit et de l'asseoir mais elle était paumée quoi. Alors on l'avait mise en contention. Elle a fait six enfants, les six ont demandé des explications. Je redoutais de passer l'après-midi, je craignais d'en croiser une.

FC : qu'en est-il du ressenti de cette responsabilité ?

N3 : c'est ce que je disais tout à l'heure quand on en parlait. C'est difficile pour nous parce que c'est très difficile pour eux. Même explication à l'appui il y a un aspect émotionnel qui fait que ce n'est pas facile à accepter pour eux.

FC : Dans le contexte de l'EHPAD que pensez-vous du refus du patient ?

N3 : il faut avoir des exemples qui viennent à l'esprit... On n'en met quand même pas tant que ça, des contentions. Ce n'est pas une question facile, c'est sûr qu'il faut l'entendre le refus, il faut l'entendre. Il faut essayer de discuter avec la personne pour essayer de maintenir le temps qui nous paraît nécessaire. Si on a un refus absolu qu'est-ce qu'il faut faire ? Ba j'en sais rien, j'en sais rien. On risque de compléter par une sédation douce pour faire passer la pilule entre guillemets en se disant que si les choses s'améliorent aussi sur le plan du comportement peut-être qu'on pourra lever les deux choses. Voilà mais je n'ai pas d'exemple. Si j'avais un exemple personnel, si j'avais vécu la situation je pourrais répondre.

Entretien numéro 4, homme 47 ans, médecin généraliste, urbain

29/01/2015

FC : pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel et de vous présenter ?

N4 : moi j'ai 47 ans, j'ai commencé mes études de médecine en 1986, j'ai été thésé en 1996. Avec un parcours standard de médecine générale très orienté urgences avec énormément de SAMU, SMUR et services d'urgences. Le début de ma carrière professionnelle à partir de 1997 c'était dans un service d'urgences libérales (dans une clinique de la ville). J'ai passé 3 ans jusqu'à début 2000, j'ai arrêté parce que ça n'était pas satisfaisant c'était très prenant et j'étais un peu à saturation. J'ai fait un an de SOS médecin en haute Savoie, j'ai arrêté parce que je trouvais ça totalement insatisfaisant, très médecine pizza dans toute sa splendeur, donc insupportable. A partir de 2001 je me suis installé en médecine générale (dans une ville en périphérie de Bourg en Bresse) dans un cabinet où j'étais seul. C'était en périphérie de Bourg en Bresse dans une commune où il n'y avait plus de médecin depuis 3 ans parce que le confrère précédent s'était suicidé en 1997. Voilà j'ai fait de la médecine générale de 2001 à 2007 tout seul. En lien avec mes collègues mais quand même seul, sans secrétariat, avec un secrétariat à distance, enfin j'ai essayé plusieurs trucs. En 2007 j'ai rejoint un cabinet de groupe avec un équivalent de mi-temps de médecine générale donc on était cinq médecins pour le coup. Donc de 2007 à 2010 j'ai fait mi-temps, depuis 2002 j'avais un mi-temps salarié dans une maison d'accueil spécialisée surtout dans le handicap physique. Donc j'ai fait de la

médecine générale là-bas avec un médecin rééducateur. J'ai poursuivi là jusqu'en 2008-2009 et l'activité de médecine générale augmentant en 2010 j'ai arrêté. En 2010 un de mes confrères plus âgé a pris sa retraite donc je me suis retrouvé en plein temps de médecine générale. Donc voilà de 2010 à 2014. J'ai quitté au mois d'août pour ouvrir ici.

Donc beaucoup de médecine générale, en terme de formation complémentaire ça a surtout concerné l'urgence initialement, mais rien de bien spécifique, pas de DU, pas de formation complémentaire en gériatrie.

FC : avez-vous une attirance particulière pour la gériatrie ?

N4 : la gestion des petits vieux c'est venu avec le temps. Ce n'est pas une motivation primaire, c'était plutôt difficile initialement. Enfin, de mon point de vue, c'était très dévalorisé dans mon esprit au début de mon exercice professionnel. Et puis la motivation est venue assez récemment en fait au fur et à mesure que j'ai eu besoin d'en prendre en charge de plus en plus, en réfléchissant, en travaillant avec d'autres collègues, en travaillant sur la thèse de Céline (son associée). Enfin voilà ça se renforce depuis 2009-2010, et je suis plus investi et plus intéressé par ce qui se passe.

FC : avez-vous déjà été confronté à la contention en dehors du cadre professionnel ?

N4 : non

FC : pouvez-vous me donner une définition de la contention physique ?

N4 : pour moi un synonyme de contention c'est une entrave. Typiquement ça revient à entraver les mouvements libres d'une personne, une paire de menotte ça me paraît être un bon symbole même si elles sont adaptées avec des mousses, pour moi c'est des menottes. C'est plutôt pour moi une représentation assez négative. Et c'est quelque chose qui est venu plus récemment dans l'exercice et dans la réflexion par rapport à la relation aux personnes qu'elles soient jeunes ou vieilles. Peut-être que ça me choquait moins au début de mon exercice ou de mes études où on pouvait peut-être en voir un peu plus, je ne sais pas. C'était moins choquant, voilà, et ça s'est transformé, ça, au fur et à mesure.

FC : que considérez-vous être de la contention dans le cadre de la médecine et d'une maison de retraite ?

N4 : ça commence aux barrières, voilà. Et puis après ça peut être aussi la ceinture ventrale qu'on met au fauteuil. Après c'est les liens de quelque sorte qu'ils soient et qui maintiennent les membres. Mais ça part des barrières et de la contention au fauteuil qui peut être... Quand elle est mise pour éviter des chutes ça peut encore se discuter mais parfois c'est pour éviter que les gens ne se lèvent de leur fauteils et ne déambulent, ça peut être ça.

FC : pour vous qu'elles sont les indications d'une contention physique ?

N4 : en fait je ne vois pas bien d'indication bien précise, c'est très philosophique mais je pense que les indications elles sont posées par défaut il me semble. Parce que ça n'est pas des indications médicales, souvent c'est des sollicitations des équipes de soins en EHPAD, pour pouvoir gérer des situations qu'elles ne peuvent pas gérer. Et souvent c'est des situations qui ne peuvent pas être gérées par défaut de moyen. Il me semble qu'il n'y a pas beaucoup... enfin c'est rarement des

indications de psychiatrie pure et dure ou de menace pour la personne elle-même ou pour autrui. C'est surtout pour maintenir dans un endroit quelqu'un qu'on est embêté de voir se déplacer de manière spontanée quitte à ce qu'elles prennent des risques pour elles même. C'est vrai qu'il peut y avoir des indications médicales mais plus souvent c'est des sollicitations qu'on a que des indications.

FC : en pratique comment prescrivez-vous la contention physique ?

N4 : La façon dont ça se passe en pratique, c'est quand on arrive à la maison de retraite il y a une petite feuille sur le bureau avec une prescription de contention pour untel. C'est souvent comme ça que ça se passe. On signe ou on ne signe pas, on modère ou on ne modère pas. La plupart du temps c'est comme ça que ça s'évalue, sous-entendu la situation a été évaluée en amont, par l'équipe, par le cadre, par je ne sais pas qui. Et donc, à l'issue de cette évaluation il y a un besoin de prescription présenté tel quel au médecin. C'est comme ça que je le vis. Donc soit il y a une concertation, un partage et on discute et moi je fais la prescription, je la signe. Les dernières prescriptions que j'ai signé c'était pour des barrières et pas pour autre chose. Et donc souvent après discussion, pondération, mise en garde, assez souvent je signe la prescription qui a été proposée.

FC : comment se passe l'information du patient ?

N4 : C'est plutôt les équipes qui sont sensées le faire. Je doute que ce soit fait, je ne me fais pas trop d'illusions là-dessus. Quand on me demande une prescription, ça ne fait pas partie des choses qui sont présentées, et ça ne fait pas partie des choses que je vérifie. Alors soit parce que j'estime, peut-être à tort, quand c'est prescrit dans le cadre de troubles cognitifs, que c'est difficile de recueillir un consentement. Mais de toute façon c'est un a priori je ne peux pas le valider autrement. Mais je ne recherche pas forcément le consentement systématique.

FC : pour vous y a-t-il des alternatives à la contention en EHPAD ?

N4 : le problème c'est la disponibilité en personne et en espace et en lieux dédiés. Je me souviens, au villageois en particulier. Une situation en particulier, une personne qui avait une chorée de Huntington qui avait des troubles cognitifs sévères et des troubles neurologiques associés et qui était une vraie catastrophe parce qu'elle passait son temps à tomber, et à se casser la figure. Alors on a commencé par mettre des barrières on a essayé de voir. S'en est suivi des traumatismes. On a enlevé les barrières, on a descendu le lit on a mis des matelas autour, elle a fini par dormir par terre. Enfin voilà, après on a recherché des solutions. Pour faire en sorte qu'elle ne se blesse pas on a caché les choses qui étaient un peu sur le mur, s'il y avait des angles, des tuyaux, on essayait de les protéger. De faire en sorte que l'environnement ne soit pas agressif, pour que la personne puisse y vivre indépendamment de ses difficultés. Donc oui il y a des alternatives. En EHPAD elles sont modestes parce qu'il faut des espaces, il faut des pièces adaptées, ensuite il faut des équipes qui soient disponibles et qui soient pas en train de courir. Enfin il faut passer plus de temps et c'est pour ça que je disais que c'était plutôt une, que la contention venait compenser des défauts d'organisation plutôt que des problèmes médicaux. Donc il faut réfléchir, il y a sûrement des moyens d'éviter que ça pose un problème quand quelqu'un déambule, ou que quelqu'un descende de son lit dans la nuit. Enfin ce n'est pas un problème en soit. Mais en contrepartie de ça il faut se donner les moyens d'accompagner et c'est extrêmement compliqué dans les EHPAD.

FC : lors de cette prescription devant qui vous sentez vous responsable ?

N4 : je pense que c'est avant tout vis-à-vis du patient en premier lieu, même une paire de barrières c'est loin d'être anodin, il y a des effets secondaires... Je me souviens d'une dame au villageois, je ne sais pas ce qu'elle avait, une IMC ou des troubles cognitifs importants, qu'on a retrouvé morte dans ses barrières enfin voilà ce n'est pas des choses rares, ça se voit. Même la prescription de barrières à un lit c'est problématique. Donc je me sens surtout en responsabilité vis à vis des gens qui sont entre les barrières, le reste ça se discute, mais la protection juridique n'a pas d'impact la dessus, il faut surtout être conscient du risque qu'on fait prendre au gens voilà.

FC : que pensez-vous du refus du patient dans ce contexte ?

N4 : je suis pour ! C'est pour ça que c'est difficile, les gens ils ont besoins d'exprimer dans toutes les circonstances ce qu'ils pensent et ce qu'ils ressentent. Après nous on est dans l'obligation morale d'écouter et de prendre en compte leurs objections. Après il faut prendre le temps de l'échange et ça c'est une contrainte aussi, ça veut dire qu'il faut passer un peu de temps à discuter. Moi j'avoue que ce n'est pas toujours les choses les plus faciles même si ça peut se faire. Il faut se préparer. Quand la prescription arrive là alors qu'il y a cinquante renouvellements à faire en même temps, voilà ce n'est pas favorable. Ce n'est pas favorable à une décision équilibrée pour le patient. Moi je n'ai aucune objection à ce que les gens expriment un avis contraire à ce qu'on leur propose. Ça me va même plutôt bien.

FC : et quelle est votre réaction ?

N4 : Moi j'ai été amené au doyenné (EHPAD) auprès de monsieur F. un monsieur qui avait une inversion complète du rythme veille sommeil, il passait son temps à déambuler toutes les nuits c'était une catastrophe pour l'institution par ce qu'ils ne savaient pas quoi en foutre. Et il fallait l'enfermer et machin et au lit et tout. Je me suis opposé aux différentes mesures qui ont été proposé de mise en sécurité jusqu'à ce qu'il soit en milieu fermé. Et voilà c'est comme ça, ils ont accepté ce type de patients dans leur établissement ... des fois on ne fait pas toujours ce qu'on veut, les contraintes d'organisations viennent après les nécessités. On met d'abord les objectifs et après on met les moyens. S'il manque des moyens, eh ba ouai, peut être que pour prendre en charge certains patients il faut plus de moyens. Donc oui ça m'est arrivé de me confronter un peu, ce n'est pas toujours facile.

En aparté, mais c'est par ce que c'est un processus de réflexion personnelle professionnelle, intellectuelle qui n'est pas du tout évident en début de carrière. Enfin moi, la façon d'exercer, de me comporter face, ou de me confronter aux patients n'a pas grand-chose à voir maintenant qu'il y a 20 ans. Enfin 20 ans j'exagère un peu, mais pendant mes études et au début de l'exercice et c'est plus rigolo maintenant. Pour la contention il faudrait qu'on fasse mieux, mais pour le coup le nombre de demande prescription n'est pas si important que ça. C'est malgré tout très très restreint et c'est temporaire. Je n'ai pas dans les gens que je suis de personnes qui sont entre les barrières en permanence, ou alors ça n'est pas prescrit et c'est mis quand même.

05/02/2015

FC : pouvez-vous vous présenter ?

N5 : j'ai 62 ans diplômé de la faculté de Rouen en 1982. J'ai toujours voulu faire de la médecine générale. Après j'ai cherché, bon c'était la période d'inflation médicale donc on cherchait à élargir nos endroits possibles d'installation. Je suis venu ici en 1982 d'ailleurs, sur un projet de maison médicale qui n'a aboutie que trente ans après. J'ai toujours exercé la médecine générale. Alors j'ai aussi eu une activité hospitalière, vingt-cinq ans dans un centre d'orthogénie où j'ai réalisé des interruptions de grossesse à Macon. Et puis quelques activités annexe, j'ai toujours travaillé en EHPAD je suis aussi médecin référent de crèche. Et depuis quelques temps je suis aussi médecin coordonnateur de l'EHPAD du village.

FC : avez-vous une attirance particulière pour la gériatrie ?

N5 : j'ai toujours considéré que ça faisait partie intégrante de la médecine générale. On est confronté totalement à la gériatrie depuis le début. Si on prend le terme de médecin de famille on fait du bébé à l'arrière-grand-mère, à l'arrière-grand-père et ça fait vraiment partie intégrante.

FC : en dehors du cadre professionnel, avez-vous déjà été confronté à la contention physique ?

N5 : oui, oui, oui, j'ai eu des grands parents, j'ai eu ma mère, peu de temps. Quand on est confronté à ça c'est toujours difficile. Quand on est confronté à ça pour des proches, on prend les prescriptions de contention avec d'autant plus de sérieux, et ce n'est pas une prescription qu'on fait à la légère.

FC : pouvez-vous me donner une définition de la contention ?

N5 : pour moi déjà toute prescription de contention c'est une prescription de précaution, une prescription de prévention je dirais, elle est exclusivement basée sur le fait que des gens dans des situations pathologiques particulières peuvent attenter à leur intégrité physique, soit par chute soit par agitation. Donc on le prend toujours comme quelque chose que l'on fait pour le patient. C'est jamais pour faciliter le travail des soignants ou autres hein. Voilà une chose qui doit être bien dans la tête. C'est difficile à faire passer auprès des familles des fois, mais je pense qu'il y aura peut-être des questions sur l'entourage.

FC : je reviens juste sur la définition même de la contention

N5 : c'est forcément une entrave, une entrave à la mobilité, une entrave à la décision des gens, c'est une obligation, c'est négatif la contention, forcément c'est négatif dans sa définition. Après faut voir ce qu'on met derrière, mais bon effectivement on entrave les gens pour... après les motifs sont autres mais c'est quand même une limitation de la mobilité et de la liberté quelque part.

FC : au niveau des moyens utilisés, que considérez-vous être de la contention et qu'utilisez-vous ?

N5 : classiquement les moyens de contention sont les barrières uni- ou bilatérales, la sangle abdominale quand elle est au fauteuil, même au lit des fois. Puis après très rarement mais pour des soins spéciaux, la contention des membres. On entrave la mobilité des membres si on met une perfusion ou si on met quelque chose.

FC : en pratique comment prescrivez-vous la contention en EHPAD ?

N5 : c'est toujours en relation avec les soignant, enfin les soignants quotidiens, aides-soignantes, infirmières qui soulèvent un problème d'agitation, de chute, de blessure ou tous ce que l'on veut. Surtout d'agitation nocturne, de déambulation. A partir de ce moment-là concrètement il faut faire une ordonnance, enfin une prescription de contention qui est inscrite sur une ordonnance, réintégrée dans le plan de soins, c'est quelque chose qui doit être assumé par le médecin et si possible expliqué à la famille.

FC : comment cela se passe au niveau de la famille ?

N5 : c'est l'équipe qui le dit et de temps en temps, quand on a pris la décision un peu à brûle pourpoint de le faire, les familles sont souvent assez choquées de voir leur parent comme ça et là on explique le pourquoi des choses.

FC : qu'en est-il de la réévaluation ?

N5 : alors concrètement les prescriptions de contention sont faites pour trois mois ou pour passer une phase aigüe quand il y a une phase d'agitation ou quand il y a une phase particulière, quand le sommeil est agité voilà. Sinon pour les gens qui sont alités, grabataires, ce sont des prescriptions qui sont réévaluées tous les trois mois. On peut lever les contentions, il y a aussi un certain nombre de contentions qui sont à la demande des patients. C'est même inclus dans les prescriptions de contention, c'est à la demande. Donc les patients ne se sentant pas sûrs dans un lit ou ne se sentant pas sûrs au fauteuil le demandent et dans ce cas-là c'est prescrit à la demande du patient.

FC : dans le cadre de l'EHPAD existe-t-il des alternatives à la contention ?

N5 : Si on ne veut pas trop calmer les gens dans certains cas, pour des agitations par exemple, la contention est une alternative à la médication. Il y a aussi, j'ai oublié de la dire, la contention préventive des accidents et qui si on ne le faisait pas, les familles pourrait aussi nous reprocher de ne pas avoir prévu la chute possible. Donc c'est vrai que dans l'explication aux famille dès fois on est obligé de leur dire, s'il y a chute et si vous refusez la contention, on est obligé de décliner notre responsabilité. Donc c'est aussi un autre aspect des choses. Sinon, autre moyens de contention... faudrait inventer un certain nombre de choses. Maintenir quelqu'un d'âgé qui ne se tient pas, qui n'a pas de tonus axial au fauteuil et qui est sans arrêt en train de fléchir en avant ou de tomber sur le côté avec des risque de chute s'il veut se lever... c'est une protection. D'autres méthodes actuellement je n'en connais pas. Alors s'il y a une possibilité, on l'utilise chez des malades Alzheimer et dans des circonstances particulières et dans des services particuliers c'est de mettre les matelas par terre, ce qui est une alternative aux barrières puisque là les chutes sont beaucoup moins dangereuses. Mais c'est peu utilisé en service normal.

FC : lors de cette prescription, devant qui vous sentez vous responsable ?

N5 : déjà comme je le disais tout à l'heure, c'est devant le patient, parce qu'on évite de lui provoquer une fracture du col ou... enfin on essaye. Après il y a une responsabilité médico légale évidente, si on n'a pas mis les conditions particulières et que cette personne se fracture ou tombe ou voilà, on peut être mis en, pas en accusation, mais en responsabilité. On se sent responsable aussi par rapport aux soignants parce que les soignants vivent un peu le danger des patients, ils sentent que là bon... et si

on ne réagit pas, dès fois les remontées sont vives en disant qu'on pourrai faire attention, voilà, en termes choisis mais voilà... on est obligé bon... c'est pour ça que j'ai remis des réunions de synthèse en route parce que je pense que les soignants font très bien remonter ça. Les gens qui sont proches des résidents ou des patients voient où ils en sont au niveau danger. Ce que nous on ne peut pas toujours appréhender.

FC : que pensez-vous du refus du patient dans ce contexte ?

N5 : il y a plusieurs cas de figures. Il y a le patient parfaitement conscient parfaitement lucide, à la limite c'est son droit, je dirais il a tout à fait le droit, dans ce cas-là à nous de prévenir la famille, de prévenir que c'est lui qui refuse. Après il y a les décisions médicales devant des patients qui sont visiblement pas en état de prendre des décisions. Donc comme beaucoup d'actes médicaux, on est des fois obligé de passer outre la volonté des patients. Donc c'est toujours un peu difficile ça, là on tombe dans la contention plus, bah, plus imposée. Mais si la contention est plus dangereuse que la non contention parce qu'ils se débattent parce qu'ils essayent de passer par-dessus les barrières, là il faut réévaluer les choses.

FC : et quelle est la réponse que vous apportez ?

N5 : après c'est vraiment au coup par coup, si on est plus dangereux avec une contention faut pas le faire et prévenir la famille que par contre on a des risques de chutes de fractures de plaies. Mais c'est très fréquent de voir des patients qui essayent de franchir les contentions et passer par-dessus les barrières où là la chute est encore plus haute que du lit.

Entretien numéro 6 femme plus de 65 ans médecin coordonnateur, centre urbain

09/02/2015

FC : pouvez-vous me faire un résumé de votre parcours professionnel ?

N6 : j'ai fait des études tard, je suis diplômée de la faculté de Bobigny dans le 93, dans la région parisienne. Je suis médecin généraliste et j'ai passé le concours de praticien hospitalier et ensuite je suis partie à l'hôpital de Charleville Mézières dans les Ardennes où j'ai fait deux années d'assistante comme médecin généraliste dans un moyen séjour. Puis j'ai rapidement pris la direction d'un service de médecine à orientation gériatrique, j'ai parallèlement passé la capacité de gériatrie que j'ai faite à l'hôpital d'Ivry sur seine. Je me suis occupé de ce service de gériatrie jusqu'en 2003 à Charleville Mézières. Ensuite pour des raisons familiales j'ai changé d'orientation et je suis arrivée dans l'Ain où j'ai travaillée à l'hôpital d' et là j'ai pris la direction aussi d'un service d'addictologie, j'ai fait un DU d'addictologie et voilà. Donc j'ai travaillée pendant 10 ans jusqu'à la retraite. J'ai pris ma retraite en 2011 et j'ai repris une petite activité professionnelle, je suis revenue à mes premières amours, j'ai fait médecin coordonnateur dans cette EHPAD. Voilà un peu mon parcours professionnel. Entre temps j'ai pris la présidence de la CME à Hauteville mais ça n'a pas vraiment de rapport. Enfin ça m'a permis quand même de voir comment fonctionne un hôpital et c'est très politique...

FC : avez-vous une attirance particulière pour la gériatrie ?

N6 : plutôt oui, ça a été aussi une opportunité, enfin non, disons que j'ai commencé à travailler j'avais 44 ans et à cette âge-là on n'a pas d'exigence particulière. La gériatrie à ce moment-là se développait. Donc ça m'intéressait aussi parce qu'en gériatrie il y a de la poly pathologie et on fait un peu de tout donc vous vous faite plaisir aussi. Après plus vous avancez en âge plus ça devient difficile, c'est pour ça que j'ai coupé aussi. Parce que ça me renvoyait une image terrible on se dit mon dieu tu y vas aussi. Et puis bon.

FC : en dehors du cadre professionnel avez-vous déjà été confronté à la contention ?

N6 : non

FC : pouvez-vous me donner une définition de la contention physique ?

N6 : dans l'absolu c'est déjà une idée de protection. Enfin pour moi, c'est l'idée de protéger le résident, enfin l'individu en général, de le protéger contre lui-même. Parce qu'il risque de se blesser ou d'être dangereux pour lui. Après pour les moyens... Alors moi j'ai commencé à travailler à un moment où on utilisait des contentions facilement, durablement et on ne se posait pas de question. J'ai d'ailleurs été confrontée une fois à un problème, quelqu'un qui avait glissé et qui (elle mime un étranglement) ce n'était pas la contention mais ça aurait pu, elle est décédée, ce n'était pas la contention mais ça aurait pu. Ça m'a fait beaucoup réfléchir. Après la contention il ne faut pas qu'elle reste longtemps, ce qui est parfois un souci mais ça oblige à réviser très régulièrement sa contention et à faire,..., à avoir un peu d'initiative pour envisager d'autres moyens pour que la contention dure le moins longtemps possible. Après, avec quoi contenir ? Maintenant il faut des choses techniques pour contenir les gens de façon à ce qu'ils ne se blessent pas et de façon à ce qu'ils se sentent le moins possible contraint. Parce que c'est ça qui est difficile. Après la définition, je vais vous dire que c'est vraiment pour protéger l'individu.

FC : quelle est l'indication selon vous ?

N6 : on est amené à l'utiliser quand les gens...récemment il y a eu une dame... Il y a plusieurs cas pour lesquels on est amené à l'utiliser. C'était une personne qui déambulait énormément la nuit. Quelqu'un qui n'était pas violent ni rien mais qui déambulait beaucoup la nuit. Du coup elle était extrêmement fatiguée la journée et elle tombait sans arrêt. La contention s'est faite pour lui permettre de se reposer. Donc elle s'est faite à l'aide d'un securidrap que la dame a bien accepté, du coup les enfants un peu moins. Donc elle a pu dormir la nuit et on a pu résoudre le problème de chute. Il n'y en a plus d'ailleurs et elle n'a plus de contention non plus. Il y a ça, les contentions ce sont des gens qui chutent en général, des gens qui sont au fauteuil qui se penchent en avant et la tête emmènent le reste, donc voilà on va les maintenir. Au lit c'est plutôt à l'aide de barrières. Les barrières on évite parce que si les gens risquent de passer au-dessus on préfère le securidrap. Sinon on va baisser les lits au maximum et mettre un matelas au sol. Les contentions poignets moi je n'ai jamais vu ici. Les draps, on attachait les gens avec des draps avant. Alors ça je l'ai vu il n'y a pas si longtemps à Hauteville pour des gens qui faisaient des delirium, parce qu'on n'avait pas de moyen sous la main.

FC : Que pensez-vous de la contention ?

N6 : Moi je pense que ça peut être utile, enfin je pense que ça l'est. Dans l'urgence, mais ça doit derrière entraîner une réflexion sur comment faire autrement.

FC : en pratique comment se passe la prescription ?

N6 : en général les gens ne sont pas contenus longtemps. On a un document, qui est dans le dossier dès l'entrée du résident. Un document qui est soumis à l'avis des familles ou du résident s'il est capable. Où on demande son avis sur l'acceptation d'une contention s'il y a lieu. Donc la famille ou le résident va la signer. Ensuite s'il y a besoin d'une contention c'est souvent à l'initiative de l'infirmière cadre avec les équipes, d'abord parce que je ne suis là que deux jours par semaine, et ensuite on me soumet cette prescription. C'est sur la même feuille, et moi j'apprécie, souvent je m'en remets à elle quand même. On en discute en relève, c'est réévalué en relève et souvent c'est prescrit dans l'urgence pour peu de temps avec un certain nombre de critères de surveillance à remplir. A mon initiative ça, mais en général on met presque tous les critères, de réévaluation de la peau etc. voilà pour les urgences c'est fait comme ça, moi je les signe parfois a posteriori. Après il y a les contentions de moyenne durée on va dire, c'est vrai que je me suis pas mal battue en disant qu'une contention c'est sur 24 heures, ça doit être réévalué tous les jours. Sauf que les médecins traitants ne peuvent pas venir tous les jours pour réévaluer et moi non plus. Donc il y a des contentions sur quatre mois pour des gens qui ont... Par exemple on a une dame au canton à l'unité fermée qui a un securidrap. Elle l'a quasiment en permanence, ça lui évite de chuter, ça lui évite de se blesser, et voilà... On a expliqué quand même le bénéfice, le risque, moi quand je suis là je le fais, le bénéfice le risque. Et il y a un risque chronique de se blesser donc voilà.

FC : comment cela se passe avec les familles ?

N6 : les familles sont reçues, si elles ne sont pas contentes elles viennent, elles savent venir. On a eu justement cette dame qui a eu le securidrap pour qu'elle puisse dormir le fils est venu, il n'en voulait pas, donc on s'est réuni avec monsieur le directeur, l'infirmière cadre, moi-même, et on a expliqué que voilà nos objectifs. Bien sûr s'il n'avait pas voulu on ne l'aurait pas fait mais on lui aurait demandé de nous mettre un mot, de nous mettre des arguments. Et moi j'avais aussi écrit, fait un travail sur le bénéfice, le risque la durée hypothétique de cette contention et la réévaluation.

Et voilà on a réévalué et on a fini par la retirer. Mais les gens viennent. Alors, il y a eu une contention aussi récemment, ça c'est les équipes qui avaient pris l'initiative, de fermer la chambre d'une dame, ça j'estime que c'est une contention. A ce moment-là il y avait moins de personnel, la dame en mettait partout, allait laver ses protections dans les WC, les remettaient dans son armoire, enfin c'était affreux. Et la famille est venue voir forcément. Alors ce n'était pas un bon truc ça, et je leur ai dit après, alors on a travaillé la dessus, qu'est-ce qu'on peut faire pour cette dame, comment est-ce qu'on peut s'arranger pour que la porte de sa chambre soit ouverte et il ne faut surtout pas que ça se reproduise. Donc c'est toujours réévalué discuté, ce qui n'empêche pas que quelques fois...

FC : pensez-vous qu'il y existe des alternatives à la contention en EHPAD ?

N6 : il y en a, peut être encore un peu idéalistes pour l'instant. C'est-à-dire, la jeune femme qui est là (dans la pièce attenante) est animatrice et elle fait, je ne me rappelle plus du nom, mais elle travaille sur l'alternative aux thérapeutiques, c'est-à-dire sur le temps occupationnel. Et ça elle va le faire avec cinq résidents. Il faut occuper les gens pour calmer le jeu. Il y a des gens qui étaient ici sur l'EHPAD mais pas dément mais un peu quand même et perdu, et qu'on a passé sur l'UVA donc l'unité fermée, où là c'est une petite unité. Je pense en particulier à un monsieur où dès qu'il crie, dès qu'il s'énervé on l'occupe, on cède à ses besoins et ça se passe très très très bien et lui est beaucoup mieux aussi.

Moi je pense que c'est l'occupation l'alternative. Il faut rassurer les gens. Parce que si les gens se promènent s'ils ne dorment pas la nuit c'est parce qu'ils n'ont pas pris possession des lieux c'est parce qu'ils sont un peu livrés à eux même, ils sont perdus. Même s'ils ne sont pas totalement déments.

FC : lors de cette prescription, devant qui vous sentez vous responsable ?

N6 : je me sens responsable, un peu vis-à-vis du médecin traitant parce que... Mais bon ce n'est pas ça qui me gêne. Ce qui me gênerait plus c'est déjà qu'on ne peut pas faire de contention longtemps et que donc il faut essayer de trouver autre chose, donc c'est plutôt vis-à-vis du résident. C'est vraiment ça parce que c'est vraiment une alternative qui ne doit pas durer dans le temps. Et souvent les contentions on les fait aussi pour le personnel parce que s'il y avait quelqu'un à côté du fauteuil de la dame qui se penche et qui tombe régulièrement elle ne tomberait pas. Et là on a dû travailler aussi avec la famille pour faire accepter à la famille cette contention. Parce que la dame, c'était une dame très coquette, et donc elle ne voulait pas que ça se voit. Fallait mettre la contention et l'habiller après par-dessus.

FC : dans ce contexte que pensez-vous du refus du patient ?

N6 : dans un premier temps ça m'énerve. Mais après en général je me mets à la place du patient et souvent je dis mais ce sont des gens qui ont vécu toute une vie, qui ont élevé des enfants, qui ont eu des responsabilités professionnelles, familiales, qui ont pris des décisions. Et d'un seul coup, il y a des jeunes cons qui viennent les attacher et ça moi ça me dérange beaucoup. Et ça fait réfléchir, alors je pense qu'on n'a malheureusement pas énormément de moyens, peut-être qu'on ne les cherche pas assez non plus. Mais voilà, moi c'est ça qui me dérange.

Entretien numéro 7 homme de 67 ans médecin coordonnateur semi rural

12/02/2015

FC : pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel ?

N7 : j'ai 67 ans, ça fait 37 ans que je suis installé ici. Je me suis intéressé à la gériatrie vers 50 ans, j'ai eu mon diplôme de capacité en gériatrie en 2004. Ne sachant pas à l'époque encore qu'on cherchait des médecins coordonnateurs. Je m'étais inscrit à cette discipline surtout parce que j'avais des patients en maison de retraite et que beaucoup de problèmes étaient résolus, pour leur prise en charge en maison de retraite, par des neuroleptiques. Et j'avais envie de voir un petit peu autrement. Donc c'est comme ça que je me suis mis à faire cette capacité. Au moment où j'étais en train de valider mon diplôme, les EHPAD cherchaient des médecins coordonnateurs. Et donc ça s'est trouvé tout naturellement que je suis entré dans cette fonction en 2004.

FC : et donc pour vous l'intérêt pour la gériatrie est venu de vos patients en maison de retraite ?

N7 : grosso modo, pour être très basique, le problème était qu'à l'époque on ne savait pas prendre en charge les personnes ayant des maladies neurodégénératives et présentant des troubles du comportement. C'était la demande des équipes soignantes qu'on les calme, et la seule chose qu'on

avait à l'époque c'était...(les neuroleptiques), donc c'est peut-être un peu par intuition que j'ai fait cette capacité et j'en suis très heureux. Aujourd'hui, c'est vrai qu'en travaillant avec les équipes soignantes, on arrive à faire évoluer les choses, et à diminuer de manière très importante tout ce que j'appelle camisole chimique.

FC : en dehors du cadre professionnel, avez-vous déjà été confronté à la contention physique ?

N7 : non

FC : pouvez-vous me donner une définition de la contention physique ?

N7 : la contention physique c'est tout moyen d'empêcher une personne de se déplacer.

FC : quels moyens sont utilisés dans une indication médicale ?

N7 : les liens, je ne sais pas comment ça s'appelle, il y a des sortes de salopette, des harnais qui permettent de maintenir les personnes. Donc la plupart du temps c'est pour maintenir quelqu'un assis, donc c'est des sortes de harnais qui maintiennent au fauteuil.

FC : et que pensez-vous des barrières de lit ?

N7 : alors, au départ, de manière très puriste je mettais ça dans le cadre de la contention, mais très vite je me suis rendu compte que souvent ces barrières étaient réclamées par les personnes âgées, certaines parce qu'elles se sentaient protégées, et puis d'autres tout bête et tout simple, qui leur permettaient de se lever. Donc les barrières ne sont pas forcément seulement des contentions. Les barrières sont des fois plus faciles à faire enlever que les harnais.

FC : quelles indications reprenez-vous pour la contention ?

N7 : la plupart du temps c'est l'agitation et la déambulation. Plus que des troubles moteurs aberrants.

FC : en pratique comment prescrivez-vous la contention ?

N7 : la plupart du temps c'est une demande de l'équipe soignante, vers le médecin traitant. Pour éviter que la personne ne se déplace. Alors pour X raisons.

FC : en pratique y a-t-il une discussion ?

N7 : la plupart du temps la discussion se fait en relève, sur une gêne de l'ensemble de l'équipe soignante.

FC : au niveau de l'information, de la réévaluation comment ça se passe ?

N7 : la plupart du temps ce sont les infirmières ou le cadre de santé qui informe la famille.

FC : et elles sont réévaluées ?

N7 : elles sont prescrites pour huit jours. Mais ça devrait être toutes les 24 heures.

FC : pour vous, existe-t-il des alternatives à la contention en EHPAD ?

N7 : Dans l'EHPAD où je travaille aujourd'hui je ne voudrai pas me tromper mais je pense que personne n'est attaché. Il y a différentes prises en charge, il y a une unité protégée qui permet une déambulation, qui est assez vaste et bien agencée. Il y a des prises en charge plus adaptées, on a mis en place depuis presque deux ans un PASA. Voilà donc a priori toute personne déambulant fait l'objet d'une discussion et d'un projet de vie pour cette personne.

FC : donc ici l'absence d'utilisation de la contention peut être considérée comme un but ?

N7 : bien sûr, a priori, un on lutte contre la camisole chimique, deux on lutte contre toute forme de maltraitance, c'est les objectifs premiers de toute EHPAD. Et la contention en fait partie. C'est vrai que mon expérience dans différentes maison de retraite, et celle où je suis, aujourd'hui ne se pose quasiment pas la question. Là on a un cas très difficile et la personne n'est pas attachée, il n'y a pas de contention.

Ce qui a été intéressant sur les évolutions des dernières années, c'est que, un on fait de mieux en mieux les diagnostics de maladies neurodégénératives avec toutes les différentes formes, Alzheimer démence à corps de Levy etc. et donc on sait que ce sont des maladies qui évoluent avec des troubles du comportement et aujourd'hui on connaît de mieux en mieux ces troubles du comportements. On peut évaluer en équipe avec un score le NPIES qu'on fait régulièrement dans l'établissement, et en fonction des scores on essaye de s'adapter. Donc on essaye de bien identifier les troubles du comportement de ses personnes ayant des maladies neurodégénératives. Pour les personnes qui sont des psychiatriques vieillissant on essaye de bien étayer le dossier et de voir comment on peut les prendre en charge médicalement.

FC : et pour ce qui concerne le risque de chute, qui est une indication fréquemment retenue ?

N7 : je ne crois pas que ces dernières semaines ou mois on ait évoqué le problème d'une contention pour un risque de chute. On a par exemple, sur les chuteurs chaque cas est particulier, mais bon c'est vrai qu'on a un kiné qui vient, on a des prescriptions fréquentes. Et puis nous avons la chance d'avoir au sein de l'établissement une psychomotricienne qui souvent réévalue ce type de problème et aide à la prise en charge. Mais ce n'est pas dans tous les établissements.

FC : lors de cette prescription, devant qui vous sentez vous responsable ?

N7 : disons, en tant que médecin traitant ça m'est arrivé de signer. Mais en tant que médecin coordonnateur non.

FC : et en tant que médecin traitant ?

N7 : en tant que médecin traitant je me sens responsable vis-à-vis du résident pour qui on me demande de signer. Et en général je signe toujours après trois à quatre minutes de discussion, pourquoi comme ça, les attendant, vous croyez que... Mais en général c'est toujours une demande plus ou moins appuyée de l'équipe soignante.

FC : dans ce contexte, que pensez-vous du refus du patient ?

N7 : le refus je ne sais pas si c'est un refus. La plupart du temps les personnes à qui on propose une contention sont des gens qui ont des troubles du comportement et des fonctions cognitives très altérées. Donc ce n'est pas un refus. On ne peut pas leur proposer, leur demander de manière

intelligible, s'ils ne souhaitent pas être attachés. La seule chose que l'on voit c'est dans les mouvements de la personne ; Donc la plupart du temps le refus se manifeste par un désir de se déplacer. Mais il n'y a pas une proposition et une réponse, disons, explicite.

FC : et quelle réponse apportez-vous à cela ? Par exemple dans l'hypothèse où un patient serait plus agité avec que sans la contention.

N7 : Si on est face à un patient encore plus agité en contention j'ai rarement vu un maintien de contention. A ce moment-là il y a une image renvoyée à tout le monde, que ce soit au médecin ou à l'équipe soignante qui est un recul.

Entretien numéro 8 homme de 58 ans médecin généraliste rural

18/02/2015

FC : pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel ?

N8 : médecin généraliste de Lyon, bressan d'origine, travaillant en Bresse. Thésé en 1988, installé en 1988 et puis je suis resté depuis. J'interviens en tant que médecin généraliste sur la maison de retraite du village, je n'ai pas de formation particulière en gériatrie.

FC : avez-vous d'autres activités en dehors de la médecine générale ?

N8 : je fais de la médecine générale sans exercice particulier. J'ai collectionné quelques petits trucs autrement, médecin pompier, maître de stage. Autrement en formation ça va de la sexologie, la médecine de catastrophe, la médecine tropicale, la médecine agricole. Voilà.

FC : avez-vous une attirance particulière pour la gériatrie ?

N8 : non, mais je n'ai pas de répulsion, je ne suis pas plus gérontophile que pédophile...

FC : en dehors du contexte professionnel, avez-vous déjà été en contact avec la contention physique ?

N8 : dans le cadre professionnel, oui, peut-être plus dans le cadre de l'urgence notamment, mais ça reste dans le cadre professionnel d'urgence avec les pompiers. J'avais fait aussi deux stages d'interne en psychiatrie. La contention physique je l'ai vue dans l'urgence.

FC : pouvez-vous me donner une définition de la contention physique ?

N8 : une contention physique c'est tout moyen physique qui permet de limiter la mobilité. Ça va des gilets, des sangles, des menottes, des choses comme ça. La contention physique c'est ce qu'il y avait autrefois en milieu psychiatrique et qui a été remplacé par la camisole chimique.

FC : qu'en est-il des moyens que vous utilisez ?

N8 : la contention ça peut aller en urgence jusqu'aux menottes mises par les gendarmes, mais autrement en EHPAD et dans la vie habituelle, la contention c'est l'instauration de barrières dans le lit médicalisé. C'est la contention physique au fauteuil avec des harnais, des choses comme ça. C'est

exceptionnel, moi je n'ai jamais fait attacher quelqu'un dans un lit, comme ça se faisait en milieu psychiatrique par exemple. Maintenant, les moyens de contention physique c'est aussi tout ce qui permet de limiter l'errance de certains malades déments, avec le port de bip, les portes à fermer, l'installation de milieux fermés.

FC : quelles indications retenez-vous ?

N8 : théoriquement il ne devrait y en avoir aucune actuellement. Puisque des études ont montrés que la contention physique ça ne diminuait pas les risques de chutes ni la mortalité, ça fait augmenter la mortalité. Il y a des risques d'étouffement, des risques... Que je le prescris quand même à mon grand regret parce que c'est contraint et forcé à la demande des équipes qui demandent des barrières et qui demandent une contention au fauteuil et tout... Parce que malheureusement je déplore un manque de formation et de personnel dans les maisons de retraite et que la paresse intellectuelle ou la méconnaissance fait qu'il est bien plus préférable d'attacher quelqu'un que de se demander pourquoi ou de gérer une agitation, des choses comme ça. Mais je participe à ça. Je participe à cette contention physique, voire même à prescrire beaucoup trop des anxiolytiques, des psychotropes qui sont l'autre contention, chimique, qui là aussi augmente la mortalité, voilà.

FC : en pratique, comment prescrivez-vous la contention en EHPAD ?

N8 : je régularise une situation de fait. Autrement dit je donne mon aval à une situation de fait instaurée par des infirmières et des aides-soignantes, en disant il faut des barrières, il faut ... Donc je donne mon aval, j'essaie d'expliquer quand même qu'il y a peut-être d'autres solutions, Mais ce n'est pas facile.

FC : Quelles autres solutions ?

N8 : quelles autres solutions ? Il faudrait que les équipes qui interviennent soient mieux formées, plus professionnelles, c'est-à-dire que, je vais être méchant, mais que ce soient de vrais aides-soignants et pas des faisant fonction. Pas des gens qui soient formés sur le tas, mais qui aient une certaine culture médicale avec une remise en question des habitudes, des choses comme ça. Des gens qui quand une personne est agitée et tout, on comme reflexe de se dire ben qu'est ce qui se passe, quelle est la cause de l'agitation est ce qu'il y a une cause somatique, s'il y a un facteur déclenchant, et qui n'ont pas pour seule réponse à l'agitation de dire, il est agité il nous fait chier, il faut qu'on l'attache. Je sais aussi qu'il n'y a pas toujours des causes à une agitation, que dans les démences, la confusion, l'agitation ce sont des choses qui arrivent, mais s'il y avait plus de professionnalisme, de compétences professionnelles, on arriverait à diminuer tout ça.

Je suis méchant hein ?

FC : je vous demande les choses comme vous les ressentez, c'est un jugement. Je ne vous trouve pas méchant.

N8 : Ceci-dit je couvre moi-même, j'accepte bien de couvrir cette contention physique, qui est de fait. Je pense qu'il y a quand même des fois où on ne peut pas s'en empêcher mais ça n'empêche pas de rêver à d'autres solutions.

Donc je régularise une situation. Les prescriptions de contention physique, je les fais, pas pour huit jours, mais je les fais exceptionnellement c'est quelques chose de très ponctuel, dans une agitation. Je peux le faire pour une durée très courte lors de la première fois sur une durée de huit à quinze jours avec une réévaluation. Après, sur des états chronique de déments chez qui il y a des agitations qui font parties de la démence sans qu'il y ait de cause majeure, ceux-là les prescriptions sont faites pour plusieurs mois, ça peut être deux mois voire six mois si c'est des états chroniques et où il n'y a pas d'autre solution. Sachant aussi que c'est toujours un petit peu ridicule de voir des patients complètement grabataires avec des barrières des deux côtés. Il y a un moment où les barrières ne servent pas à grand-chose.

FC : qu'en est-il de l'information du patient ou de sa famille ?

N8 : Alors, ce n'est pas toujours facile de voir les familles en EHPAD, dans la mesure du possible j'essaie d'expliquer. J'essaie aussi d'expliquer que ce n'est pas toujours la solution, parce qu'il y a des fois des demandes de famille, il faut mettre des barrières il faut mettre des choses comme ça. Alors j'essaie d'expliquer aux familles que ça ne règle pas les problèmes, que ça n'a jamais empêché quelqu'un de passer par-dessus et qu'il tombe d'encore plus haut et qu'il se fait encore plus mal. Mais bon, j'essaie dans la mesure du possible d'expliquer la contention. Mais paradoxalement les familles sont souvent très demandeuse de contention par des barrières ou des choses comme ça, elles comprennent moins les contentions sur des fauteuils par exemple. Là les gens ont plus l'impression d'être garrotés dans leur fauteuil, c'est souvent des gens qui ont de gros problèmes de chute avec une instabilité qui les fait basculer du fauteuil, alors voilà, on essaye d'adapter au maximum les fauteuils, mais quand ils ont tendance à partir sur un côté ça me semble quand même plus légitime de mettre un harnais qui évite de tomber du fauteuil. Et je préfère les voir un petit peu au fauteuil que les voir tous le temps dans le lit. Mais ça n'est pas satisfaisant parce qu'il y a quand même un risque d'étranglement de choses comme ça. Ceci dit depuis que j'exerce je n'ai jamais eu à déplorer quelqu'un qui se soit, qui soit mort étouffé dans des barrières ou dans des sangles. Des gens qui sont passés par-dessus les barrières et qui se sont cassé le col du fémur, il y en a eu. Mais je n'ai jamais eu de mort immédiate liée à une contention qui n'a pas été surveillée suffisamment.

FC : quelle surveillance est faite ?

N8 : la réponse est non, alors que théoriquement il faudrait surveiller plus les patients qui ont une contention. Honnêtement c'est non. Et la contention est la solution de facilité et en gros, il nous embête et on l'attache et ça permet de laisser tranquille les autres résidents et surtout les autres personnes qui travaillent et on s'en occupe moins. Donc moi je préférerais de beaucoup qu'il y ait plus de temps pour s'occuper de ces gens-là, qu'il y ait une intervention humaine et tout, mais il paraît que ça n'est pas toujours possible.

FC : lors de cette prescription, devant qui vous sentez vous responsable ?

N8 : alors, la responsabilité je l'assume entièrement, intellectuellement ça me dérange et donc je préférerais trouver d'autres solutions. La réalité, le manque de personnel, le manque de formation de personnel et puis de la paresse intellectuelle aussi sûrement, font que je fais cette prescription de contention. Mais j'en assume les conséquences et s'il devait y avoir quelqu'un qui mourrait directement du fait des sangles ou des barrières, j'en porterais l'entière responsabilité.

FC : vous sentez-vous responsable à d'autres niveaux ?

N8 : ça me dérange, et je préférerais avoir des équipes plus ... mieux formées, ayant plus de connaissances médicales et qui remettent plus en cause les choses. Mais bon peut être qu'avec le temps ça va arriver un jour. On peut rêver.

FC : que pensez-vous du refus du patient dans ce cadre ?

N8 : là où ça pose le plus de problème, c'est concernant les déments qui déambulent et qui sont fugueurs. Je n'ai pas eu, honnêtement, de gros problème de gens vis-à-vis des barrières ou des harnais. En général, ceux qui peuvent discuter, si on leur explique, ils acceptent. C'est pas drôle, c'est comme le fait d'avoir une orthèse, c'est pas agréable mais si on leur dit qu'il n'y a pas d'autre solution qu'avoir une orthèse pour pouvoir être au fauteuil, sachant que le fauteuil c'est mieux que de rester coucher, ça pose pas de problème. Là où ça pose des problèmes c'est plus les gens qui déambulent, qui fuguent, qui veulent sortir, et là ils ne sont pas accessibles à la discussion, parce que comme c'est des gens déments ils se disent je ne suis pas chez moi, je veux rentrer chez moi. Quelque part leur logique est préservée, ils ne sont pas chez eux, ils veulent rentrer chez eux, ils veulent quitter un endroit qui n'est pas leur domicile. Là ça pose plus de problèmes, et comme il n'y a pas de milieu fermé adapté à la maison de retraite, ça pose des problèmes. Ça pose des problèmes avec les équipes, ça pose des problèmes de...

FC : et la réponse à ce refus est de quel ordre ?

N8 : malheureusement, on en vient à une contention médicamenteuse. Sinon, ils ont un truc qui bip quand ils sortent. Ou alors ils sont mis dehors pour des services fermés. Soit on rejette pour d'autres structure soit on fait une contention avec des médicaments en plus.

Mes souvenirs les plus traumatisants ça avait été à l'occasion de pompier d'avoir à contenir des patients psychiatriques agités ou alcoolisés.

Après l'entretien, en aparté :

N8 : les infirmières réagissent quand on leur dit que faire une contention ça augmente la mortalité. Ça les interpelle. C'est peut être moi qui suis méchant en voulant partager ma mauvaise conscience. Vous me faite faire quelque chose que je n'aime pas. Mais ça les interpelle. Mais les infirmières sont souvent celles qui ont la plus forte culture médicale, ce n'est pas celles qui sont le plus en contact avec les résidents. La contention physique c'est aussi... on frôle toujours la maltraitance, c'est ba oui on tape mais c'est pour son bien quoi. C'est à la limite si on ne devrait pas le taper plus. C'est toujours ce problème la de la contention physique, on est dans une forme de maltraitance pour le bien des patients, et on n'a pas de caution médicale à apporter à ça donc c'est dérangeant.

Entretien numéro 9 femme de 44 ans, médecin généraliste semi rural

20/02/2015

FC : pouvez-vous me faire un résumé de votre parcours professionnel ?

N9 : J'ai 44 ans je suis médecin généraliste, j'ai fait ma formation à Besançon. J'ai remplacé pendant douze ans essentiellement en secteur rural, ça fait quatre ans bientôt et demi que je suis installée là. J'ai remplacé assez large, franche comté, bourgogne et Rhône alpes.

FC : donc une pratique de médecine générale exclusive ?

N9 : moi je fais de la médecine générale pure et dure et je m'en tiens à ça, je ne suis pas à côté ostéopathe, homéopathe ou je ne sais, médecin pompier ou médecin salarié dans un autre domaine.

FC : avez-vous une attirance particulière pour la gériatrie ?

N9 : oui, pendant que j'étais remplaçante j'ai fait la formation de médecin coordonnateur en EHPAD je n'ai pas validé le stage, d'accord, et je ne souhaite pas exercer la fonction de coordonnateur en EHPAD parce qu'on est plus dans la coordination, et pas trop dans le soin, mais j'ai trouvé ça très intéressant. Voilà, j'aime bien la gériatrie, j'aime bien les deux extrémités, je fais beaucoup de pédiatrie et beaucoup de gériatrie.

FC : en dehors du cadre professionnel, avez-vous déjà été confronté à la contention physique ?

N9 : Non.

FC : pouvez-vous me donner une définition de la contention physique ?

N9 : la contention physique c'est le fait d'attacher une personne, pour moi. Soit à un fauteuil, soit à un lit, pour la prémunir de se blesser elle-même, quelques chose comme ça. Par contre ça n'est pas quelque chose que je pratique. J'en n'ai pour dire jamais prescrit. Jamais.

FC : et donc si on parle des indications ?

N9 : je n'en ai jamais prescrit, je n'en prescrit pas. J'ai des déments déambulant à la maison de retraite à gérer, j'en ai quelques un, j'ai pas mal de patients à l'unité protégée, j'ai une patiente opposante démente avec un carcinome digestif, opérée avec un an de retard parce qu'elle était dans le déni et qu'elle ne voulait pas en entendre parler, qui a fini avec des métastases pulmonaires, elle a fini grabataire. Cette dame a toujours été opposante, même valide, quand je la voyais à domicile. Eh bien cette dame-là, à la maison de retraite de Saint Amour où on l'a transféré, parce qu'elle venait d'une maison de retraite de Lons le Saunier, je ne l'ai jamais contenu. Par contre elle était dans une maison de retraite à Lons où elle était contenue, et à l'arrivée on ne savait pas si elle remarquerait, et elle a déambulé. Voilà. Mais les indications, pour moi je n'en ai jamais prescrit. Mais j'ai une patiente à l'unité protégée à L'EHPAD, je ne sais pas si je sors du cadre là, c'est une patiente démente avec une maladie d'Alzheimer d'évolution rapide sur une personnalité borderline avec une psychose on va dire. Cette dame, j'ai dû faire appel à la compétence d'une unité de TCC parce qu'elle était déambulante et très perturbée à l'UNITÉ PROTÉGÉE, d'accord. Dans cette unité, ils ont été amenés, je l'ai su par courrier par le médecin, à la contenir au moment des repas. Parce que c'est une dame qui est une ancienne soignante et qui était frénétique, elle voulait en même temps donner à manger

aux autres, elle mélangeait tout et c'était la catastrophe. Mais là à l'UNITÉ PROTÉGÉE elle n'est pas contenue. Après les indications je pense que c'est l'agitation psychomotrice incontrôlable et la personne qui risque de se mettre en danger elle-même. Mais je pense plus, à mon sens, je vois plus utiliser ça dans des endroits où il n'y a pas assez de moyens humains pour compenser ça. Pour compenser un manque de moyen humains, parce que sinon je pense qu'on peut s'en sortir souvent autrement. J'ai même vu mettre des lits à ras le sol à l'UNITÉ PROTÉGÉE à st Amour, je ne vais pas retenir la contention simplement pour éviter une chute quoi. On peut mettre le lit à ras les pâquerettes pour que la personne ne tombe pas d'une hauteur.

FC : donc vous n'utilisez pas la contention pour vos patients.

N9 : non je pense qu'on peut faire autrement.

FC : et qu'elles sont les alternatives à la contention ?

N9 : le lit à ras du sol... Après, concernant la patiente dont je parlais, pour donner des cas concrets, parce que ça permet de réfléchir. C'est une dame très opposante, opposante aux soins et très désorientée sur le plan temporo spatial. Le fait de la laisser déambuler, eh bien ça a canalisé sa colère, son agressivité potentielle, parce qu'il y a aussi des fois des contentions posées chez des patients qui peuvent se blesser eux même, mais qui peuvent être dangereux pour les autres aussi. Et en fait dans ce cas, la personne s'est calmée. Donc ce que je veux dire moi donc, c'est l'accompagnement je pense, je pense que la thérapie cognitivo-comportementale quand ils y sont encore accessible c'est bien. Je pense que c'est le temps de soignant. C'est l'aide-soignante qui ne va pas faire que la toilette ou un bout de la toilette parce qu'il n'y a pas assez de soignants par rapport au nombre de résidents. Et puis ben il y a le PASA à l'EHPAD, enfin ce qui les occupe. Je pense que ça peut être une bonne alternative, on n'est pas dans le médicament. On fait des ateliers de cuisine, des ateliers de mémoire des choses comme ça et je pense que c'est l'avenir. L'aspect occupationnel et puis temps patient, où on les écoute où on parle avec eux. Et on arrive aussi à les intéresser à les occuper et comment dirais-je il y a aussi la luminothérapie la relaxation, toujours dans le non médicamenteux. Après il y a des gens qui sont neuroleptisés quand même. La dame qui est allée en TCC et qui était très difficile à gérer, c'est une dame qui au départ avait été orientée par un service de gériatrie hospitalier vers la gérontopsychiatrie, et qui a développé un dropped head syndrome historique. Elle est allée en consultation jusqu'à Lyon, je n'avais jamais vu ça. Sous neuroleptiques quoi. Donc voilà, je ne sais pas si je réponds ou si je vais tout dans le désordre.

FC : lors de cette prescription devant qui vous sentiriez vous responsable ?

N9 : c'est un petit peu priver de liberté quelqu'un. Je pense que les patients, déments ou non, ils ont une dignité, on a à les respecter, ça m'a l'air, enfin moi l'approche que j'en ai de la contention ça n'est pas une approche positive, c'est une approche plutôt négative, je dirais que ça manque d'humanité, je dirais que je me sentrais coupable vis-à-vis du patient, je me sentrais coupable vis-à-vis de sa famille aussi. Et voilà. Alors, on a tous un parcours, moi j'ai fait faisant fonction d'aide-soignante, faisant fonction d'infirmière, j'ai pas mal bourlingué dans mes remplacements etc. il peut y être arrivé que dans un endroit isolé de campagne, n'ayant pas de moyen sanitaire pour évacuer quelqu'un qui a chuté qui a priori a une fracture, c'est peut-être la seule fois que j'ai prescrit de la contention, une contention au lit avec une potentielle fracture du membre inférieur et qu'on peut pas évacuer sur l'hôpital pour une raison X,Y ou Z. je suis allé beaucoup dans les rases campagnes

reculées. Fin fond de la Haute Saône, Haute Marne des choses comme ça. Et ça m'est arrivé une fois dans une maison de retraite la nuit, en plus la personne est démente, agitée, douloureuse, et qui risque d'aggraver son cas, au moins le temps qu'elle soit évacuée, voilà. C'est un dernier recours, et temporaire. J'ai notion que si j'étais amenée à prescrire de la contention non seulement c'est en dernier recours, ça doit être temporaire et ça ne doit pas être quelque chose comme pour cette patiente qu'on a rapatriée. Elle est restée contenue... il y avait une amyotrophie, il y avait, on a craint qu'elle ne remarche pas, enfin ça fait réfléchir. C'est un peu un sentiment d'incarcération, de prison, de... je le vois comme ça. Après en 16 ans la seule fois où j'ai été amenée à en prescrire c'est ça.

FC : que pensez-vous du refus du patient ?

N9 : c'est une façon de... Quand il est dément et qu'il n'a plus grand-chose pour s'exprimer, c'est aussi une façon de s'exprimer, enfin je pense. C'est quelque chose qui peut s'entendre. Souvent, enfin d'expérience, quand on écoute les gens, enfin, si on passe du temps. Quand on fait sa visite en maison de retraite, si on passe du temps. Moi je la fait sur ma demi-journée de repos qui n'existe plus du coup dans la semaine, mais parce que je pense que voilà il faut prendre le temps de les écouter enfin les personnes âgées, c'est souvent les personnes âgées qui sont contenues, sauf dans des services hospitaliers psychiatriques où il y a de la contention, mais là je n'ai pas d'expérience dans le domaine donc je ne peux pas en parler. Mais mon expérience elle n'est que de seize ans, mais si on donne du temps aux gens on arrive à entrer en communication. Au départ, ils sont perdus, ils n'ont pas de repères, quand on est remplaçant, ils ne nous connaissent pas, on est des étrangers, tous ce qu'ils ne connaissent pas ou n'appréhendent pas bien est vécu comme une agression. C'est peut être aussi l'opposition des gens ou l'agitation psychomotrice qui est une façon de se défendre et d'exprimer sa peur. Je pense qu'avant tout il faut être à l'écoute des gens et que la médecine générale c'est avant tout fait pour ça. C'est ce que je pense, c'est comme ça que je vois les choses.

Entretien numéro 10 homme de 62 ans médecin généraliste semi rural

23/04/15

FC : Pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel et ce qui vous a amené à être médecin coordonnateur ?

N10 : en fait au départ, j'ai fait pas mal d'hospitalier, en étant cinq ans interne. Ensuite après, quand je me suis installé je me suis retrouvé tout seul en cabinet de médecine libérale, à prendre en charge une population assez variée. Ensuite il s'est créé dans la commune limitrophe, une EHPAD pour personnes âgées très dépendantes. Et en fait je me suis dit, c'est l'occasion de faire de la gériatrie et après il y a eu une proposition de poste de médecin coordonnateur avec cet EHPAD et un autre au centre de Bourg en Bresse. Donc j'ai dit, je vais passer la capacité de gériatrie, c'était la seule formation qu'on nous proposait dans le cadre d'un certificat, capacité nationale de gériatrie. Alors, il faut quand même savoir que la capacité de gériatrie, il y a un examen à l'entrée, ensuite on va en cours, tous les jeudis pendant une journée entière. Ensuite on passe un examen en fin de première année, on passe un examen en fin de deuxième année, ensuite on a un mémoire. En plus on a quatre-vingt jours de stage à faire en deux ans. Donc en plus de mon activité de médecine générale j'ai fait ça. Ça m'a bouffé des vacances, ça m'a bouffé du temps, c'était assez difficile, en

plus du travail, des gardes au cabinet qui n'étaient pas comme maintenant, il n'y avait pas encore la maison médicale de garde. Je me suis donné beaucoup de mal pour faire ça. Mais la volonté quand même d'accompagner les patients. On a vu, enfin, en tant que médecin libéral généraliste on a vu la pédiatrie échapper, la gynéco échapper, je me suis dit, si en plus la gériatrie subit le même sort, qu'est-ce qu'on va faire au cabinet. C'est vrai, puis même les urgences ça peut nous échapper. Je ne dis pas qu'on est capable de tout faire, qu'on veut tout faire... En fait en France on a l'art de dire que le médecin généraliste est le pivot de la santé, puis en fait on lui pique tout. Appeler le centre 15 en cas de ci ou de ça, et puis après c'est « Dr vous ne savez pas ce qui m'est arrivé » eh ben non on n'est pas au courant, parce qu'il ne nous téléphone plus. 9a c'est le côté un peu politique de la chose.

Mais il y avait aussi le côté intellectuel, parce que quand on fait un certificat de gériatrie on revoit un peu toute notre médecine en deux ans, que ce soit la neuro, le digestif, la cardio... et en fait ce qu'on apprend pour la gériatrie, on le revoit pour le reste, à part pour la pédiatrie. Je ne regrette pas de l'avoir fait.

Donc j'ai été médecin coordinateur à Curtafond et aussi à Bourg en Bresse, et alors c'était un directeur d'EHPAD qui était très sympa. Après le directeur a changé, à Bourg en Bresse c'était une directrice avec laquelle je ne m'entendais pas du tout parce que, elle voulait faire plein de choses, je ne sais pas si je dois trop le dire... (Sous-entendu on enregistre la conversation). Ça me plaisait pas trop, on ne parlait pas de patient mais de client, ça ne convenait pas à ma philosophie médicale. (L'EHPAD dont il est question est privée).

Donc j'étais médecin coordonnateur dans ces deux EHPAD, je n'arrêtais pas, j'étais un peu crevé, je n'avais plus de jeudi après-midi... en plus je ne trouvais pas ma place. Là-dessus, dans un village proche, ils cherchaient un médecin coordonnateur, ils m'ont contacté et j'ai démissionné des deux autres EHPAD pour intervenir comme médecin coordonnateur dans ce village. Voilà c'est ça mon histoire de médecin coordonnateur et de médecin généraliste.

FC : vous n'avez pas d'autres activités annexes type médecin régulateur, médecin pompier ?

N10 : non, ça serait prétentieux de faire autre chose, déjà j'ai du mal à tout faire... ce qu'il faut comprendre, quand je suis allé dans cet EHPAD, on a besoin de nous, médecin co, pour un élément très important, c'est le PATHOS. C'est l'élément qui évalue chaque patient, la charge de chaque patient, et en fonction de la charge des patients, on a des points, et on a un cumul de points qui permet d'avoir des moyens. Personnel infirmier surtout et aide-soignante. En fait ça justifie la place de ce personnel en fonction de la charge de travail des résidents. Et ça j'en ai fait deux PATHOS et c'est un sacré travail. A l'EHPAD il y a cent soixante-six résidents, donc j'ai vu cent soixante-six résidents, dossier par résident. Présentation du PATHOS avec un médecin de la CPAM qui vient contrôler ce qu'on fait, qui prend des dossiers au hasard, qui évalue notre travail, vous avez raison, vous avez tort, c'est bien, ce n'est pas bien quoi. C'est litigieux sur les cas lourds, donc il y a une contestation. Donc c'est tout un travail. Moi je suis 0.2 équivalent temps plein, je vais un jour par semaine à l'EHPAD, mais pour être dans les clous, je devrais y être à 0.6 donc plus qu'à mi-temps, pour faire ma charge de travail de médecin co. J'ai rendu service, alors je me suis dit que peut-être en vieillissant, peut-être que tu partiras là-bas, peut-être que ci peut-être que ça, et puis je n'arrive pas à lâcher mes patients. Je n'arrive pas à les lâcher. Et en fait, ils ont changé de directrice là-bas et elle m'a demandé si je ne pouvais faire plus, ba ... non. J'ai plus de plaisir avec ma patientèle, qu'avec le travail de médecin co, qui est un travail assez difficile. Parce qu'on n'est pas soignant, parce qu'on

n'est pas traitant, parce qu'il faut se faire accepter par les médecins traitant, qui ont du mal à comprendre que je sois un peu différent d'eux, un peu au-dessus d'eux. Et puis il y a des personnalités assez fortes dans le monde médical, et ils n'acceptent pas le fait que je leur demande de faire une prise de sang annuelle, un bilan gériatrique annuel. Ils n'acceptent pas des pratiques gériatriques qui se font parfaitement bien ailleurs mais il faut petit à petit à les faire changer d'idée. Et je pense qu'à l'EHPAD j'arrive à le faire accepter parce que je suis médecin généraliste et que je respecte parfaitement leurs pratiques et je ne les critique pas. Je ne dis pas c'est moi le meilleur, ils sont nuls, je n'ai pas cette démarche.

Ça me paraît important, et je pense que pour eux c'est une chance, parce que le jour où ils auront un hospitalier sur place ils vont souffrir parce que...

Je pense qu'on défend toujours la pratique médicale du médecin libéral. Moi je pense qu'il est important pour une personne âgée, dans le cadre d'un suivi, bien sûr elle termine en EHPAD dans un état médical qui ne correspond pas à ce qui s'est passé il y a 15 ou 20 ans, et le médecin traitant peut défendre l'histoire clinique d'une personne âgée qui devient démente, grabataire. En disant, avant, j'ai connu ce monsieur ou cette dame qui n'était pas du tout comme ça. Je défends un peu son passé, en fait c'était peut-être des gens très gentils, ce n'est pas celui qu'on voit qui est grabataire et confus. Ce n'est pas le patient que j'ai connu quand il était dans son jardin. Et je pense que le témoignage, le passage de l'état antérieur de vie civile, à l'entrée en EHPAD, il faut que le médecin traitant soit là pour le défendre. Et ça n'est pas quelqu'un qui va être dedans qui va dire : « c'est quoi cette glaire que je me coltine » Non, c'est quelqu'un qui était bien avant. C'est ça que je défends, et je pense que c'est important, et j'attends beaucoup le médecin traitant là-dessus. Je pense qu'il doit défendre son patient.

FC : quel est votre âge ?

N10 : je suis né en 1953. L'âge ne me gêne pas c'est le numéro.

FC : en dehors du cadre professionnel, avez-vous déjà été confronté à la contention physique ?

N10 : non.

FC : Pouvez-vous me donner une définition de la contention ?

N10 : au début quand je suis arrivé en gériatrie je pensais que la contention c'était les bas aux membres inférieurs. Au début je ne comprenais pas, alors je me suis dit non c'est autre chose...je pars de loin quand même.

La contention pour moi c'est les moyens de contenir le patient pour qu'il évite d'aggraver son état de santé.

FC : qu'est-ce que vous considérez comme un moyen de contention ?

N10 : alors il y a différents moyens. On a tous le souvenir du patient attaché au fauteuil avec une ceinture. En fait les moyens ont beaucoup évolués et pour moi le progrès le plus important c'est le securidrap. Pour moi le securidrap c'est enfin une contention intelligente. Avant j'étais catastrophé de les voir attachés à un lit, attachés à un fauteuil. Cette contention d'abord c'est une prescription médicale, ça nous interroge sur pourquoi je dois prescrire une contention, ça oblige à avoir une

connaissance du patient, c'est quand même assez important. Ensuite la question c'est, est ce qu'on peut l'éviter. Parce que je me mets à la place du patient je me dis le pauvre, il est attaché à un fauteuil, il veut se lever, il n'y arrive pas, il lutte pour se lever, c'est horrible. Quelque part il y a un côté... maltraitant. Donc on essaie toujours d'être bien traitant. Je vois, à Curtafond, c'est quand même privé mais c'est pas mal foutu. On essaie toujours de mettre les patients au centre de la pièce et on essaie toujours d'éviter la contention. Sont sous contention sur leur fauteuil la journée, que des gens qui ne peuvent pas faire autrement, ceux qui partent avec. On a toujours essayé de trouver des solutions, par exemple, passé un temps, on a essayé des fauteuils comme un youpala. On en avait trouvé un, un jour, c'était un genre de chaise roulante, on mettait le patient dedans et il partait avec, mais bon ça faisait vraiment trop youpala. Je trouve que quand même la déambulation c'est un facteur important en UVP, celui qui ne peut pas déambuler il est attaché. Attaché, c'est le mot qui m'ennuie.

FC : que pensez-vous des barrières de lit ?

N10 : pour moi c'est une contention. Alors les barrières de lit on essaie d'éviter, on met des lits très bas type Alzheimer et des matelas de telle sorte que s'ils tombent ils sont par terre. Mais par contre maintenant, il y a le securidrap, et moi je trouve que le securidrap c'est une sorte de grenouillère, ils peuvent bouger sans qu'ils sortent du lit. Et moi je trouve que c'est pas mal fait, vous voyez avec cette grande fermeture éclair, ce n'est pas donné ça coûte 150 euros je crois. Mais pour moi c'est un progrès majeur parce que c'est une contention qui n'attache pas le malade, on attache sa grenouillère au lit, il rentre dedans et il peut tourner dedans. Et moi je me dis, âgé, dedans ça irai, puisque je peux me retourner, me... mais je ne pourrais pas sortir du lit. Mais bon si on peut éviter on évite. Mais je pense que ça vient beaucoup des équipes, de l'écoute des équipes soignantes notamment celles de nuit. Parce qu'en général, il faut tout de suite repérer celles de nuit qui sont performantes qui sont... qui respectent le patient, qui sont à l'écoute du patient, qui vont sortir des arguments, heu, intelligents, qui vont dire effectivement il y a besoin de la contention. On a toujours peur que l'équipe de nuit ce soient des gens qui vont vouloir dormir, comme les résidents. On craint ça. Souvent ce n'est pas ça mais dès fois c'est elle ne veut pas être dérangée. Alors après il faut savoir, à Curtafond il n'y a que très peu de stilnox ou d'imovane parmi mes patients. Moi les patients dont je m'occupe ont très peu de, je banni tout ce qui est somnifère justement parce que le somnifère c'est un peu, on ne sait pas trop, s'ils ont envie de faire pipi, ils se réveillent, une partie du cerveau qui bouge, une partie du cerveau qui ne bouge pas, ils se lèvent et ils tombent. Il y a aussi tout ça à côté, il y a le contexte, il faut voir le contexte. Le contexte clinique, le contexte thérapeutique, enfin bon.

En plus quand ils arrivent en EHPAD, ils sont agités et puis petit à petit ça se calme, ils ont besoin d'une reconnaissance des lieux. Alors je ne sais pas quel est le pourcentage de patient contenu à Curtafond. En plus on a un ergothérapeute qui est remarquable. Et ça c'est important. Comme quoi le côté aussi technique... par ce que nous en tant que médecin, on fait croire qu'on sait tout. On ne sait pas tout, on a un avis mais... Alors il y en a un qui disait le spécialiste c'est celui qui sait tout sur pas grand-chose, et le généraliste pas grand-chose sur tout. Quelque part dans tous ce qui est paramédical on est un peu limité. On ne peut pas dire qu'on nous apprenne la contention vraiment en cours de médecine, c'est sur le tas. Mais ça mérite effectivement en EHPAD, ça mérite une écoute voilà. Pour pouvoir comprendre, parce qu'en fait on se met toujours à la place du malade quand on est soignant. Est-ce que si c'était moi qui était allongé comme ça est ce que je serais heureux, donc

après voilà. Après si on nous explique bien, si on pose les bonnes questions et puis après voilà. Et il faut aussi une équipe motivée et motivante, en fait c'est un ensemble, comme de partout.

C'est pour la contention, mais on pourrait mettre ça en soins palliatifs pour la douleur, etc. en général les gens sont assez dans la bientraitance et dans l'écoute et la vision des maisons de retraite où les gens sont attachés au fond du lit c'est fini. On a quand même bien progressé en 20 ans.

Je pense aussi que ce qui est important c'est que je suis médecin coordonnateur dans l'EHPAD et moins médecin traitant. Donc je connais moins les patients à l'EHPAD. Parce qu'on a beau dire, pour connaître les gens il faut prendre le stéthoscope, et il faut un peu faire comme dans Inception, le film là, il faut se projeter dans la tête des gens pour en sortir quelque chose.

FC : en pratique comment se passe la prescription ?

N10 : alors, c'est une prescription médicale, alors ils nous disent, on met un securidrap, est ce que vous êtes d'accord ? Alors on évalue en fait. C'est beaucoup le securidrap, les contentions de maintien c'est discuté parce que c'est surtout les débuts à l'arrivée qui sont un peu difficile et puis après c'est quand ils tombent par terre parce que parce que parce que et puis bon. La famille se inquiète.

FC : C'est une décision qui se prend en équipe ?

N10 : oui c'est collégial. Je pense que ça doit être collégial, enfin moi là-bas, bon il y a équipe et équipe, mais bon, l'infirmière me rapporte ce qu'elle a entendu. Et quand ça me choque j'en parle, voilà c'est ça.

FC : le patient est informé ?

N10 : à Curtafond, en fait c'est des grands déments. Alors on peut leur dire on vous attache mais c'est pour votre bien, pour pas que vous ne tombiez, mais enfin il y en a beaucoup avec on ne communique que très difficilement. Ceux qui communiquent bien en général ce sont ceux qui vont déambuler et ils ne sont pas forcément attachés. C'est ça qui ne va pas.

FC : y a-t-il pour vous des alternatives à la contention en EHPAD ?

N10 : l'alternative c'est la non contention, donc c'est l'alternative la plus étudiée. Pour moi la contention c'est l'échec de la non contention. Quand l'infirmière dit on fait une contention, je fais ah bon ! Ce n'est pas à la non contention que je fais ah bon, c'est à la contention. Ça m'interpelle de faire une contention parce que moi ça me paraît être agressif pour un résident. Je le vois comme ça, la contention m'interpelle, le but ça sera de la lever. Mais ça n'est pas toujours facile. Ce qui m'embête c'est quand j'enlève la contention chez un chuteur et puis qu'il tombe. On se dit zut on aurait dû la laisser. Mais après tout, si après il devient grabataire... c'est difficile quoi. C'est pour ça qu'on avait essayé le youpala. Mais peut être que ça se fera. Par exemple ils font des gros ballons, les gens jouent au foot dedans. En fait on les mettrait dedans et puis ils feraient des tours... par ce que je trouve que quelque part dans nos EHPAD, c'est vrai que moi à l'EHPAD j'ai défendu la pratique sportive, parce que plus ils marchent plus ils se détendent. Puis ils évitent la sarcopénie, ensuite ils se fatiguent donc ils n'ont pas besoin de somnifères, ils mangent. Moi à curtafond, on a une patiente, on a mesuré avec un podomètre, elle fait quinze kilomètre par jour. Mais c'est impressionnant, elle

marche à fond de ballon dans ces couloirs, je l'appel TGV. En fait, c'était remarquable, elle mangeait bien, mais le jour où elle a été alitée pour une grippe, elle a fait l'escarre tout de suite, parce qu'en fait elle était dénutrie, elle marchait tellement qu'elle utilisait toutes ses protéines pour ça. L'exercice physique, pour moi, ça doit être, en fait c'est un, c'est toujours pareil la gériatrie, on commence par quoi ? Et moi je suis désolé de voir qu'ils ne font pas d'exercice physique, parce que ça les empêche d'être chuteur. Parce qu'il y a un nombre de chute à l'EHPAD c'est infernal, 300 400 chutes dans l'année quand même. Si on pouvait leur faire faire une pratique sportive, ça va venir, c'est évident, mais pour l'instant, il faut franchir des étapes psychologiques des barrières psychologiques. Parce qu'on se rend compte que dans le médicament, on n'y arrive pas. On voit bien tous ce qui est Alzheimer, un Alzheimer qui a commencé vingt ans avant, et ben c'est trop tard. Du coup les médicaments... Alors il faut faire avec ce qu'on a quoi. Sur le plan cérébral on ne peut pas les améliorer donc on va essayer sur le plan physique et sur le plan diététique et voilà. A l'EHPAD on a lancé une action sur la dénutrition. On a 55 dénutris alors que la sécu estime que ça doit être 30%. On s'est dit mais comment ça se fait qu'on ait tant de dénutris, mais on se rend compte que ça n'est pas évident. Je m'éloigne un peu de la contention, mais en fait c'est globale la prise en charge. C'est tellement globale que la contention c'est une période d'une vie d'une personne âgée, voilà c'est tout. Parce que la personne qui chute qu'on va contenir, ba il faut lutter contre la chute. La personne qui tombe parce que d'un seul coup, ben peut être aussi qu'elle est dénutrie, c'est tout un ensemble. La contention c'est une étape pour éviter une chute, pour éviter... après comment on en arrive là quoi. Le but c'est de la lever, ou alors le patient est tellement grabataire qu'il n'en a plus besoin.

Alors avec toujours cette barrière qu'on a toujours quand on rentre dans la chambre quoi.

FC : devant qui vous sentez vous responsable ?

N10 : alors il faut faire attention, parce que moi j'ai vu quelqu'un à Bourg en Bresse, un patient qui était mort suite à une barrière qui était tombée, qui avait coincé sa jambe, il avait fait une ischémie aiguë, en début de nuit. Quand l'infirmière le matin est arrivée, le patient avait presque un crush syndrome, il est parti à l'hôpital et il est mort. Ça c'est les cas extrêmes. Alors après, la responsabilité, ba par rapport aux familles, aux malades et à leur famille, on explique, il faut expliquer pourquoi on fait comme ça. Mais quand c'est bien expliqué c'est bien compris. Et en fait après la dedans, quel sera la place de la directive anticipée, je ne veux pas être contenu... je ne sais pas. Le patient qui dit je ne veux pas mourir attaché à un lit, on explique, faut expliquer, faut parler quoi. En fait pour moi pour éviter d'aggraver il faut agir. On ne va pas attendre qu'il tombe pour dire on aurait dû quand même. C'est un peu la place du médecin dans l'histoire. On n'est pas psychologue, on n'est pas si...on n'est pas dans l'empathie : « s'il tombe on verra ce qu'il fait » non, non. On a un rôle quand même préventif sur le plan médical, et si la contention est un acte de prévention d'une dégradation de son état de santé, alors on va pratiquer la contention et on en assume la responsabilité. Ensuite dès qu'on peut la lever il faut la lever.

Mais je crois que les soignants ont bien compris ça. C'est l'intérêt d'une relève où les gens parlent voilà. Les relèves c'est fait pour ça. Moi ce qui me fait plus peur c'est celui qui ne fait pas de bruit et qu'on attache tous le temps.

FC : dans ce contexte, que pensez-vous du refus du patient ?

N10 : Le refus il va, il va...il va être limité par sa mise en danger. On peut accepter son refus, mais si après il tombe et qu'il se fait mal on va lui dire regardez monsieur X on vous a écouté et vous êtes tombé, ça s'est pas trop mal passé, on n'a pas d'autre moyen de vous protéger que la contention. Alors ou la personne le comprend, ou elle ne le comprend pas. Et moi ça me fait toujours de la peine quand ils ne comprennent pas, par ce qu'ils sont toujours sur ce siège à essayer de se lever. Mais bon comme l'enfant sur sa chaise haute. Quelque part on se demande si ce geste de vouloir se lever ce n'est pas celui qu'on retrouve chez un enfant sur sa chaise haute, je ne sais pas. Mais bon faut beaucoup voir, il faut regarder...ça interpelle une contention on ne peut pas...ça peut tellement vite nous arriver que quelque part on fait attention. C'est là qu'il faut être dans l'écoute pour tous les soignants. Et il faut se méfier du tout contention pour avoir la paix.

Par contre ce qui m'embête le plus c'est aussi, on voit dans ces EHPAD là, on voit de plus en plus de patient qui relève d'une unité d'hospitalisation renforcée, et en fait il n'y a pas de place, ça se fait en urgence, ils arrivent on a un dossier et le patient ne correspond pas. Il y a des périodes un peu aigue comme ça et après tout...dans la chronologie de l'urgence on fait face, mais est-ce qu'on fait toujours bien ? Je ne pense pas, la médecine c'est une leçon d'humilité. Dans ce qu'on fait on n'a pas forcément raison, mais bon, il faut rester dans l'écoute et puis après... voilà c'est pas évident

CLAPPAZ Florent : vécu et représentations des médecins généralistes et coordonnateurs, lors de la prescription de contentions physiques passives en EHPAD

Th. Méd : Lyon 2015 n° 293

Résumé :

Contexte : La contention physique passive est une pratique courante en EHPAD. Cette pratique, qui prive les patients de leur liberté, est justifiée par la volonté de les protéger. Pourtant, elle n'a jamais fait la preuve de son efficacité. Dans ce contexte, la contention peut-elle être considérée comme un soin ? Et qui prend réellement la décision de la mettre en place ?

Méthode : Etude qualitative, analysant le vécu et les représentations de médecins généralistes et coordonnateurs, lors de la prescription de contentions physiques passive en EHPAD. Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de cinq médecins généralistes et cinq médecins coordonnateurs d'EHPAD de la région de Bourg en Bresse.

Résultats et discussion : Les médecins interrogés considèrent que la contention physique passive est un soin à part entière. Cependant, lors de notre étude, nous avons mis en évidence, chez les médecins, des représentations assez ambivalentes de ce soin. Cela nous fait penser qu'il s'agit malgré tout d'un soin en marge des soins classiques. Il est également apparu une volonté de réduction des risques à tout prix, de la part des médecins, plutôt dans une optique de protection contre d'éventuelles mises en cause médico-légales. Les indications, décrites, de contention physique sont le risque de chute, la déambulation, l'agitation, ou même simplement le manque de moyens humains. Nous avons aussi mis en évidence que les médecins se sentent dépossédés de l'analyse de la situation menant à la contention physique. Ils sont parfois amenés à régulariser des prescriptions déjà mises en œuvre. Dans les faits, l'équipe soignante prend, la plupart du temps, la décision, et la soumet au médecin.

Conclusion : La généralisation des unités de vie protégées, une meilleure formation des personnels soignants, et une meilleure évaluation de la dépendance des patients devraient être envisagés afin de mieux répondre aux besoins croissants dans la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux en EHPAD. Une présence médicale quotidienne en EHPAD semble, également, indispensable à la prise de décision, et au suivi de la contention dans de bonnes conditions. Enfin, le cadre réglementaire de la contention devrait être clarifié.

MOTS CLES

Contention physique, EHPAD, médecine générale, recherche qualitative

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Pierre KROLAK SALMON

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Louis TERRA
Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART
Madame le Professeur Liliane DALIGAND
Madame le Docteur Christèle RIVIERE

DATE DE SOUTENANCE : 29 octobre 2015

Adresse de l'auteur : Les Marcs 01270 Coligny ; clappazf@yahoo.fr