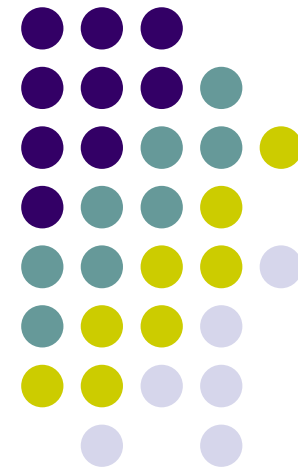


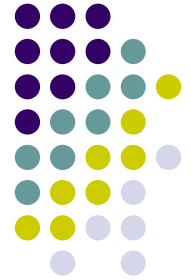
LE PERSONNEL SOIGNANT A T-IL UNE BONNE REPRESENTATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE EN JOURNEE DANS UNE RESIDENCE POUR PERSONNES AGEES ?



A.LEGRAND, psychologue
Dr M.LEROY BERTRAND, gériatre
Pôle personnes âgées, CHR d'Orléans



Cadre de l'étude 2009



Travail en binôme, gériatre et psychologue, pour qui la contention est un axe prioritaire.

- un état des lieux auprès des 160 résidents,
- une passation d'un questionnaire auprès de 60 membres du personnel,

répartition selon la fonction : AS : 47%
ASH : 23%
IDE : 12%
Autre : 10%.



Résultats

- L'état des lieux :

Une problématique liée à la connaissance des moyens spécifiques et non spécifiques.

B.Pradines : « *Au fauteuil, (la contention) consiste le plus souvent en ceintures de maintien, abdominales ou pelviennes [...]. Un fauteuil à assise profonde peut être utilisé pour rendre impossible toute tentative de retour à la station debout* ».



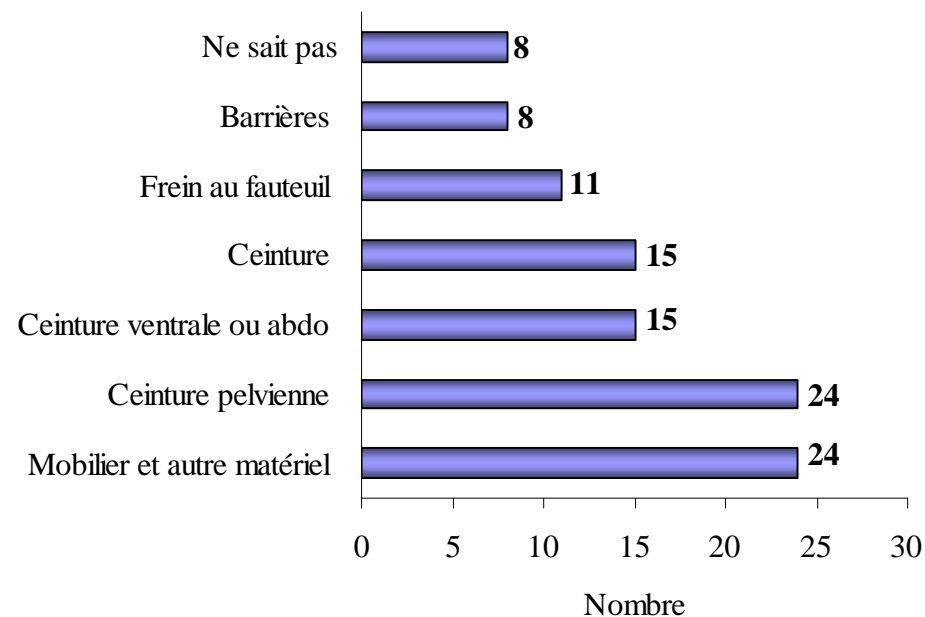
Résultats

- Le questionnaire :

- Utilisation d'un langage commun...

« Citez les contentions physiques passives en journée que vous connaissez »

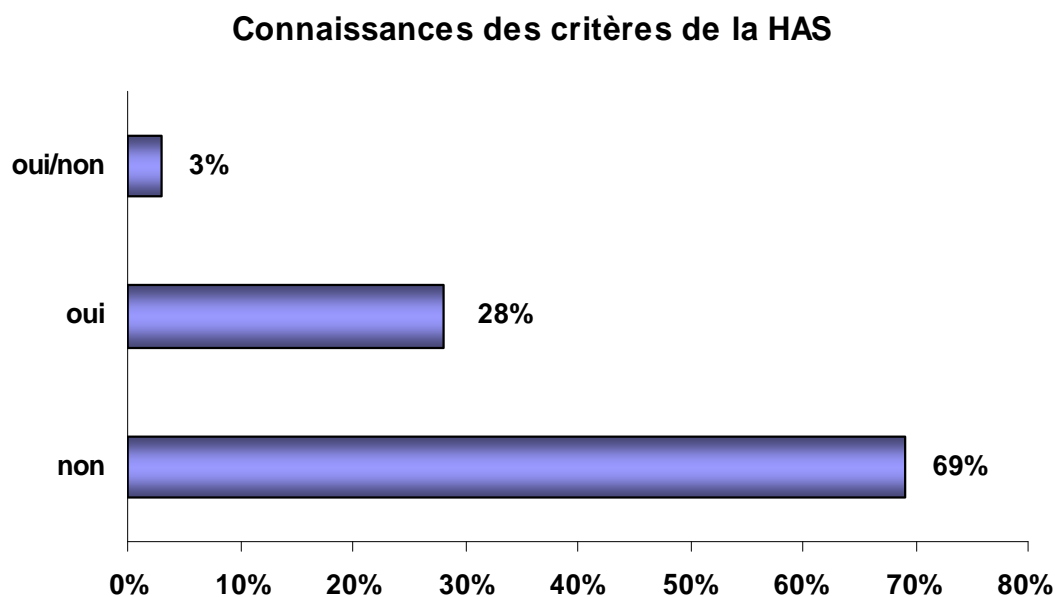
27 termes ont été cités !





Résultats (suite)

- Insuffisance de connaissances des critères

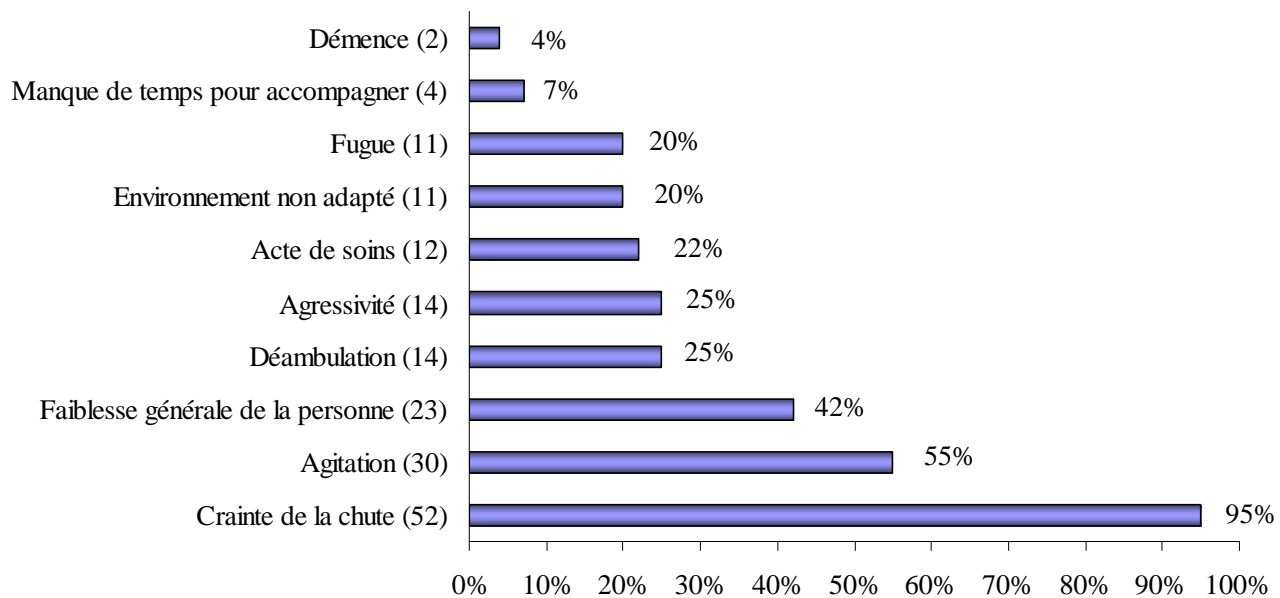


Résultats (suite)



- Acte de soin sécuritaire?

Représentation des motifs de la mise en place d'une contention passive en journée



Résultats (suite)



- Connaissances des conséquences :

Les études démontrent que la contention aggrave les chutes graves et qu'il y a une diminution de l'autonomie (physique et psychique).

Et les soignants aussi...

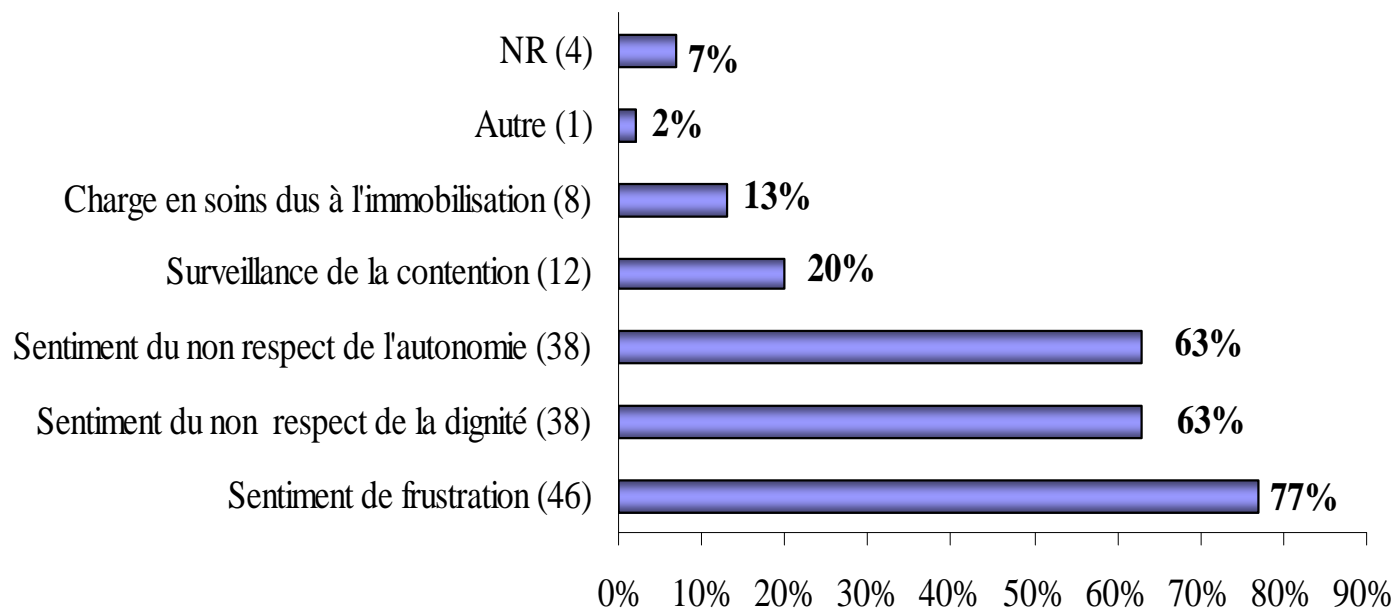
- Perte de la marche 77%
- Traumatisme psychique 72%
- Aggravation des troubles du comportement 63%
- Aggravation de la faiblesse générale 52%
- Augmentation des chutes graves 20%



Résultats (suite)

- Lieu de vie ?

Question 12 : Quels sont les inconvénients possibles de la mise en place de la contention pour le soignant ?





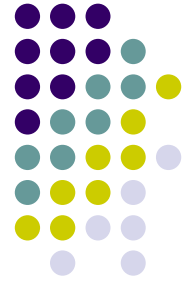
La contention se présente comme un **soin complexe** qui réveille des **ambivalences** pour le soignant :

- Devoir de compenser les insuffisances dues à la maladie / Respect de liberté, de choix
- Culpabilité (chute, fracture) / maltraitance (attacher, empêcher de...)
- Sécurité (protéger) / frustration

Situation clinique :



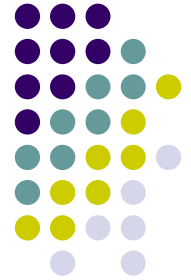
- Mme C. est née le 12 décembre 1909. Elle réside depuis 3 ans dans l'établissement.
- Elle chute le 15 novembre 2010 et présente une fracture du bassin.
- Elle est en contention (ceinture pelvienne au fauteuil et double barrière au lit) pour le temps de la consolidation : contention active.
- Puis lors de l'autorisation de la reprise de la marche Mme C. a perdu son autonomie de déplacement du fait de l'immobilisation.
- Elle bénéficie d'une kinésithérapie
- Mais lors de ses transferts seule, elle chute. Elle veut aller aux toilettes ou se recoucher et ne veut pas attendre les soignants.
- L'équipe soignante est inquiète pour elle, craint une nouvelle fracture. Une contention est mise en place en urgence.
- Mme C. perçoit cette contention comme « une perte de liberté, à 100 ans ce n'est pas correct »
- Lors des transmissions, la contention est discutée.
- Aujourd'hui : elle est installée dans un fauteuil confort en position inclinée avec une ceinture pelvienne. A sa demande, elle bénéficie toujours d'une kinésithérapie pour la marche.
-



Notre travail :

- Maintenir une réflexion interdisciplinaire (évaluation, suivi, matériel...)
 - Définir la contention comme un acte de soin adapté aux besoins du résident et répondant aux moyens et objectifs de l'institution.
- ⇒ Donner un sens partagé à ce soin et s'appuyer sur une démarche institutionnelle.

Conclusion



Le personnel soignant de la résidence pour personnes âgées :

- a une bonne représentation de la contention
- exprime l'ambivalence face à ce soin
- est disponible pour appréhender la contention comme un projet de soin individualisé.