



# Contention en EHPAD

Le terme « contention » recouvre tous les moyens mis en œuvre pour **limiter les capacités de mobilisation** de tout ou partie du corps ou pour **limiter la libre circulation** des personnes dans un but sécuritaire pour une personne ayant un comportement jugé dangereux ou mal adapté.

## Les types de contention

### La contention physique

o Gilets et sangles thoraciques, ceintures, sièges avec adaptable fixé, ridelles...

### La contention architecturale

o Enfermement dans la chambre, digicode, bracelet anti-fugue...

### La contention psychologique

o Injonctions collectives et répétées à la personne

### La contention chimique

o Médicaments sédatifs, tranquillisants, antipsychotiques ou d'autres médicaments ayant des effets calmants et relaxants

### Les risques de la contention physique

- Risque d'**accident avec le dispositif** mis en place : blessure, asphyxie, strangulation, chute et chute grave (hématome, troubles de la conscience, fracture, hospitalisation).
- Risque d'**infection** nosocomiale et d'**escarres**.
- Risque de **confusion** ou d'**agitation**, de colère, de cris, de révolte, de peur, d'agressivité, d'inconfort, de douleur et d'épuisement.
- **Perte d'autonomie** :
  - o Perte de la marche (ankylose articulaire, déconditionnement musculaire, perte de masse osseuse)
  - o Syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, fausses routes, perte d'appétit)
- **Incontinence** sphinctérienne vésicale et anale, **constipation**

### Les risques de la contention chimique

- **Somnolence**
- Troubles de la marche avec risque de **chute**
- Risque de **déshydratation**

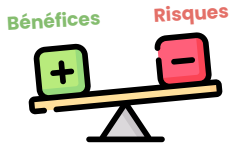


**Rappel :** le seul cadre légal de la contention concerne les établissements de soins psychiatriques (article L3222-5-1 du CSP)

## Les bénéfices de la contention

**Sécurité** de la personne dont la libre mobilité et circulation entraînent :

- des **risques de sortie inopinée** et une mise en danger
- des **risques de chutes** aux conséquences graves pour sa santé
- de l'**anxiété** pour la personne (notamment la nuit)



**La réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence humaine, organisationnelle et architecturale :**

- **Humaine** : maintenir le contact avec la personne, accompagner le déplacement, trouver un sens à son déplacement.
- **Organisationnelle** : présence humaine à la sortie de l'établissement susceptible de réagir rapidement et de manière adaptée.
- **Architecturale** : qualité des espaces et qualité de travail et d'accueil.

cf. Alternatives à la contention (page suivante)

## Référentiel de pratique pour la contention (10 critères de la HAS)

**Critère 1 :** La contention est réalisée sur **prescription médicale** éclairée par l'avis des différents membres de l'équipe.

**Critère 2 :** La prescription est faite après l'**appréciation du rapport bénéfice/risque** pour la personne âgée par l'équipe pluridisciplinaire.

**Critère 3 :** Une **surveillance** est programmée et retranscrite dans le dossier du résident. Une prévention des risques liés à l'immobilisation\* est mise en place, dont 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 résident. Il présente des garanties de **sécurité** et de **confort** pour la personne âgée\*\*.

**Critère 6 :** L'installation de la personne âgée préserve son **intimité** et sa **dignité**.

**Critère 7 :** La **contention est levée aussi souvent que possible**. La personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel.

**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 résident.

**Critère 10 :** La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une **prescription médicale motivée toutes les 24 heures**.

\* En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

\*\* 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 ridelles. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le résident



## Les étapes de mise en place d'une contention

### Décision de contention de la personne âgée

- **Évaluations objectivées** des risques
- **Constat d'échec des solutions alternatives**
- Analyse bénéfices-  
risques pluridisciplinaire
- Programme individualisé de **surveillance** et de **prévention des risques** liés à la contention

### Information de la personne et de ses proches

- Informations **adaptées, transparentes et complètes** : raisons et buts de la contention, durée prévisible, moyens et surveillance
- Compréhension et **consentement** libre et éclairé

### Prescription médicale de la contention

- **Médecin** coordonnateur ou médecin traitant
- Inscrire : motif, durée, matériel, risques à prévenir, programme de surveillance
- **Prescription limitée à 24h** -> évaluation clinique et de l'efficacité de la contention toutes les 24h

### Mise en œuvre de la contention

- **Matériel** adapté
- Surveillance écrite et programmée
- Contrôle des **symptômes physiques** : respiration, état cutané, hydratation, continence...
- Écoute active des **conséquences psychologiques**

### Arrêt de la contention

- **Réévaluation journalière** (bénéfices-  
risques)
- Informations adaptées, transparentes et complètes de la personne et de son entourage en cas d'arrêt



# Alternatives à la contention en EHPAD

La réponse à la déambulation et au risque de sortie inopinée doit être de préférence humaine, organisationnelle et architecturale

## Devant un risque de chute

### Traiter les facteurs médicaux contribuant au risque de chute

- **Pathologies somatiques**
  - Hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil, dépression, déshydratation, pathologies cardiovasculaires, iatrogénie, etc.
- **Déficits sensoriels**
  - Vérifier l'adaptation ou le port de lunettes, de prothèse auditive, etc.

### Adapter l'environnement

- Enlever tout équipement inutile et optimiser l'**éclairage**
- Adapter le **mobiliier**
  - Lit bas (< 45 cm), matelas de gymnastique en bas du lit
  - Blocage des roulettes (lit, table de nuit, adaptable, etc.)
  - Aides techniques adaptées (fauteuil, accoudoir, canne, déambulateur, etc.) et apprentissage de leur utilisation
- Installer le fauteuil là où la personne le souhaite et placer les **objets familiers ou nécessaires à portée de main**



### Accompagner la personne

- Vérifier le port de **chaussures fermées, adaptées**
- Inciter à l'**activité physique** (en complément de sa participation à des ateliers d'Activité Physique Adaptée)
  - Rassurer la personne si elle a peur de tomber et lui indiquer les endroits à risque (sol glissant, pentes, etc.)
  - Inciter la personne à marcher et l'assister dans ses déplacements si nécessaire (aller à la salle à manger, aux animations, dans le jardin ou les terrasses, aux toilettes, etc.)
  - Éviter que la personne reste assise trop longtemps
- Informer la personne sur le rythme de **passage des professionnels**
  - Accompagner régulièrement la personne aux toilettes si nécessaire, y compris la nuit
- Lui **apprendre à utiliser les aides techniques** proposées
  - Apprendre à se lever et s'installer au fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs
  - Apprendre à utiliser les ustensiles d'aide à la marche, les rampes, les barres d'appui, etc.



Voir les capsules vidéos d'**Éléonore Durand** sur **LinkedIn**

## Devant une agitation

### Traiter les raisons médicales et corriger les déficits sensoriels

- Pathologies **somatiques** : douleur, troubles du sommeil, dépression, hyperthermie, fécalome, globe vésical, etc.
- **Iatrogénie**.

### Adapter l'environnement

- Éviter les **stimulations auditives** excessives (télévision, interpellations, etc.).
- Éviter la présence de personnes au **comportement perturbateur**.

### Accompagner la personne

- **Présence calme et rassurante** des soignants.
  - De préférence des soignants qu'elle connaît.
  - Au besoin lui rappeler le nom et la fonction du soignant.
- **Respecter ses habitudes** : alimentaires, rythme de vie, y compris les phases de sommeil, ses centres d'intérêt...
- Favoriser le **contact relationnel**.



## Devant une déambulation excessive

### Corriger des facteurs médicaux

- Iatrogénie, anxiété, douleur, etc.

### Adapter l'environnement

- Améliorer la **sécurité des lieux** et les possibilités d'**orientation dans l'espace**.
- Aménager des **espaces de déambulation** sécurisés.

### Accompagner la personne

- Lui **expliquer l'agencement** des locaux, lui montrer les interrupteurs.
- Lui rappeler le **déroulement d'une journée** (repas, présence du personnel, animations, etc.).
- La **réorienter calmement**, capter son attention (photos, posters, télévision, fenêtre, etc.).



### Guides et sources à consulter :

- [Article L3222-5-1](#) du Code de la Santé Publique
- Guide HAS "[Contention physique de la personne âgée](#)"
- Flyer de l'ARS Île-de-France à destination des personnes et de leur entourage : « [A propos de la contention physique des personnes âgées](#) »
- Webconférence de l'Anap : « [Réduire l'isolement et la contention](#) » - Organisations réussies et retours d'expérience inspirants »
- La [Charte des Droits et Libertés](#) de la personne accueillie
- Le [Code de la déontologie](#) médicale
- [Loi 2002-303](#) du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé



Sylvie HENRY-ESPARGILLERE  
Consultante anti- « usines à gaz »