

initiales fbs



Réflexion éthique autour de l'usage de la contention chez les personnes âgées

SPÉCIAL COMITÉ ÉTHIQUE



Préambule

Dans le langage commun, l'institution psychiatrique, encore surnommée asile ou « HP », renvoie couramment à l'image de la camisole, (souvent associée aux chambres capitonnées). Il n'est pas innocent que cette tenue aux longues manches attachées dans le dos, issue d'une autre époque, hante encore l'imaginaire collectif.

Ces dernières années, le recours à la contention, qui subsiste encore en psychiatrie notamment est le sujet de nombreuses études et travaux de réflexion.

Le rapport de l'ANAES « *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* » d'octobre 2000, précise et démontre à quel point ces pratiques, dont on constate l'augmentation de son utilisation, ne sont pas sans conséquences tant physiques que psychologiques pour les soignés comme les soignants, pour l'attaché comme l'attachant. Il est à noter plusieurs études démontrant que les contentions ne diminuent pas le nombre de chutes, mais l'augmentent, surtout chez les personnes confuses¹. Des complications sont aussi rapportées : apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation, syndrome d'immobilisation, perte d'autonomie et augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité.

Pour l'un, le patient ou le résident, au-delà du maintien du corps et de limites concrètes alors imposées, cela fait souvent trace marquante. L'effet générateur d'angoisses est indéniable, tout comme l'augmentation du sentiment de vulnérabilité.

La liberté d'aller et de venir est le premier droit constitutionnel, fondamental, avant même celui de la sécurité. Ce droit reste donc prioritaire et « ce même pour les patients hospitalisés sans leur consentement », comme le déclarait récemment le Contrôleur

¹ Capezuti, 1996

Général des Lieux de Privation de Liberté, Adeline HAZAN, dans son Rapport du 25 mai 2016, « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale ».

Pour l'autre, l'aidant, l'utilisation et recours à ce procédé peut renvoyer à un manque d'humanisme, à un échec de la relation humaine d'aide. Il peut générer frustrations, malaise, ressenti de pénibilité, culpabilité, sentiment d'échec, comme une atteinte du lien.

De plus, sa mise en place se fait bien souvent par une intervention « musclée » aux antipodes de conceptions empathiques du métier d'aidant, d'accompagnants, qu'il soit soignant ou non. Elle amène aux frontières entre bienveillance et maltraitance, en lien parfois peut-être à des dérives sécuritaires, répressives et /ou punitives ?

Le recours à la contention, jugé parfois nécessaire, est, quoiqu'il en soit, révélateur de l'évolution d'une société ou tout du moins de la manière dont elle prend en charge ses « fous ».

Elle peut être réactionnelle à la crise, ou, souvent dans le cas des établissements pour personnes âgées dépendantes, préventive au risque de chute, par la mise en place, par exemple, de barrières. Ici, dans le contexte spécifique d'un EHPAD, la question est d'autant plus sensible que les personnes sont dans leur lieu de vie, que leur logement (chambre, salle de bain) constitue leur espace privé.

Son utilisation, dont la valeur thérapeutique reste à démontrer, diffère selon les établissements et même d'un service à l'autre. N'y a-t-il pas là, parfois, expression d'un certain arbitraire du pouvoir médical ?

Ne doit-elle pas être réservée à des cas extrêmes et ne surtout pas être banalisée ou systématisée ?

Se pose aussi ici la question de son recours de plus en plus fréquent : par manque de moyens (humains notamment), par défaut de tolérance, et / ou évolution de la culture institutionnelle ?

La contention parce que c'est plus pratique ?

Présentation d'une situation clinique

Les soignants de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de la Fondation Bon Sauveur de Bégard évoquent les difficultés de prise en soins concernant M. Yvon ; âgé de 78 ans, souffrant d'une pathologie de type Alzheimer.

M. Yvon rentre dans toutes les chambres notamment en pleine nuit où lors de l'endormissement des autres résidents. Il allume, cherche quelque chose, voire quelqu'un, et donc dérange les autres habitants de cet EHPAD.

Il arrive qu'il s'oublie là où il est, et donc occasionne des risques de chute pour lui et les autres résidents au gré de ses déambulations.

Dans un premier temps, il a pu bénéficier d'un lit Alzheimer (lit descendant près du sol, contribuant à limiter les chutes), mais malheureusement cela n'a pas suffi à calmer ses déambulations et les risques potentiels de chute.

Une chute est d'ailleurs survenue, provoquant une fracture du bassin.

La famille a été consultée plusieurs fois, et ils ont accepté l'idée d'une contention partielle initialement, notamment par un « sécuridrap » (turbulette adulte fixée au lit). M. Yvon a tout de suite compris comment l'ouvrir et s'en extraire.

Actuellement une ceinture ventro-pelvienne est prescrite la nuit « *et si besoin, avec libération par l'équipe de jour* ».

Voici quelques témoignages face à cette situation :

Aide-soignant de nuit 1 :

« Je lui ai installé son radio réveil visible de son lit, le repère de l'heure semble suffire quelques fois à l'apaiser, je n'ai pas souvent besoin de mettre la ceinture ».

Aide-soignant de nuit 2 :

« Moi je n'y arrive pas ; il est souvent en situation d'agitation ; comme j'ai 60 résidents à m'occuper et surveiller, je mets la ceinture s'il est agité et au bout d'un moment il s'endort ».

Aide-soignant de jour 1 :

« Pourquoi ai-je ce sentiment de le délivrer le matin et presque un ressenti de malaise face à cette situation ? »

Aide-soignant de jour 2 :

« La nuit, ils n'ont pas le choix et il faut que M. Yvon dorme ainsi que les autres résidents.

M. Yvon :

« Je ne comprends pas, je suis où ? Il faut que je rentre. Je ne reconnais plus rien. J'ai mes vaches à traire. Mes parents sont tous seuls, ils m'attendent à la ferme ».

Définition de la contention

D'un point de vue étymologique, le mot « contention » vient du latin *continere* (maintenir ensemble) et de *contentio* (lutte)².

La contention d'un patient se définit comme la limitation de son autonomie et de ses mouvements au moyen d'un procédé physique ou mécanique. Elle porte donc atteinte à sa liberté d'aller et venir. Le soignant est celui qui, dans cette relation inégale avec le patient, a le pouvoir : c'est lui qui attache le patient, puis le libère. Il a donc une double responsabilité.

Plusieurs sortes de contention physique des personnes âgées sont habituellement distinguées :

- les contentions à visée rééducative : la contention dite posturale qui participe au maintien d'une attitude corrigée, et la contention dite active réalisée le plus souvent par un masseur kinésithérapeute qui prépare la verticalisation après une période d'alitement prolongée.
- la contention physique, dite passive, - celle que nous allons interroger - qui 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 de garantir la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

Les moyens de contention sont ainsi répertoriés :

- les gilets et sangles thoraciques, les ceintures,
- les attaches de poignets et de chevilles,

² Christine Bigot, Le choix de la contention physique : entre les liens du soin et « les liens de soin », mémoire de master 1 de philosophie pratique, 2008-2009

- les sièges gériatriques, les sièges avec adaptable,
- les barrières de lit.

Ne sont pas considérés comme relevant de la contention :

- le maintien bref de la personne afin de la calmer ou de la réconforter,
- le maintien plus ou moins prolongé lors d'une escorte d'un endroit à un autre,
- les dispositifs médicaux incluant des appareils pour maintenir une bonne posture corporelle ou conforter l'équilibre,
- les casques et équipements de sécurité employés pour protéger un patient des risques de traumatisme liés à une chute, ou pour éviter qu'il ne se blesse lors de mouvements involontaires.

Ce type de classification, relevé dans la littérature, semble adopter le point de vue du patient, qui peut subir passivement l'intervention des soignants, ou du moins, une fois contenu, se voit dans l'impossibilité d'agir. Mais si l'on se situe du point de vue du soignant, il ne saurait y avoir de contention passive. En effet, la contention est par définition une action. Nous pourrions donc toujours la considérer comme active, et comme réactive lorsqu'il s'agit de contenir une personne en crise, c'est-à-dire agressive, opposante, dangereuse pour elle-même et/ou pour autrui. Dans cette perspective, le maintien bref de la personne afin de la calmer et de la réconforter serait également considéré comme une contention réactive.

Il est à distinguer cette contention active ou réactive de la prévention, représentée par l'espace (« les murs »), l'organisation et le travail des soignants. Ces derniers peuvent être plus ou moins aidants, structurants, donc contenant ; la contenance, étant par définition, le fait de se contenir.

Du lien à la contention

En EHPAD ou en établissement spécialisé, la contention est immédiatement associée à des situations souvent embarrassantes. Un concept associé à des prédicats négatifs. Pourtant, nous allons voir que si l'on creuse un peu, c'est une notion riche, ambiguë, un possible outil efficace dans une réflexion éthique.

Commençons par remarquer que la notion de contention surgit généralement au milieu d'un dilemme éthique déjà fermé, clos sur soi, une impasse ou plutôt une passe difficile et douloureuse, où il s'agit de choisir, comme tomber de Charybde en Scylla, entre deux maux, une liberté à risques (de chute, de désordre) et une sécurité honteuse, déshumanisante. *Liberté* versus *sécurité*, telle est la formule dans laquelle la contention semble être condamnée à trouver place dans la réflexion éthique. Un « vieux » désorienté, un malade mental : soit on le laisse libre au risque qu'il fasse du mal, à lui-même ou aux autres, soit on l'attache, on le cloue au lit ou au fauteuil, et chacun sent le malaise de la situation, faite de violence et d'autorité, de force et de facilité, de soumission et de passivité non voulue. Chaque professionnel hésite entre honte et irritation.

Pourtant, à y regarder de près, contention est le déverbal de contenir, joli mot qui évoque la main qui retient l'eau, le berceau du bébé ou les bras protecteurs. Dans sa forme pronominal le verbe évoque encore une disposition morale particulièrement positive : savoir se contenir. À mettre au rang des vertus.

De même pour les liens.

Lier, ligoter au lit, fixer bras et jambes à l'aide de liens à des accoudoirs ou ceinture ventrale. Cet objet, le lien, qu'il soit corde ou ceinture, synonyme de restriction, instrument de forçage et moralement épineux.

De même, à s'y intéresser de plus près, le lien est ce même mot si porteur de vertus

dans l'action sociale ou le discours politique : on entend qu'il faut restaurer le lien, qu'il faut créer du lien, bref, qu'il faut lutter contre l'isolement, l'épouvantail du social ou du calcul politique.

Le lien semble donc être aussi porteur de connotations amicales ou amoureuses. On se sent lié à quelqu'un, on entretient des liens, on sent un lien très fort entre deux personnes. Considéré dans son extension temporelle, le lien devient liaison, amoureuse, extraconjugale parfois. Et dans l'intimité des liens noués, au cœur de la liaison le jeu peut prendre des formes perverses. Ces jeux où l'un se munit d'une ceinture, l'autre d'un bâillon, où le plaisir de certains couples se démultiplie à force de pieds et de poings liés, de corps saucissonnés et de muscles endoloris.

On le voit, il peut y avoir un plaisir très fort à sentir un lien, à se sentir lié, soumis ; comme il en existe un autre, en miroir, à lier et soumettre. La contention peut être rassurante, maternelle, l'expression d'un lien d'amour.

Il va donc s'agir maintenant de dégager les conditions de ces bons liens et de ces bonnes contentions. C'est sans doute là que commence le travail d'une réflexion éthique, le partage raisonné entre le bon et le mauvais, la découverte de leurs articulations.

Dans le jeu sadomasochiste, la soumission de l'un, l'emprise de l'autre sont volontaires, elles conditionnent et visent expressément le plaisir. Il y a une jouissance possible, sous conditions, à se sentir objet du désir et du plaisir de l'autre. Il y en a une autre à soumettre, le sentiment de la puissance, de la toute puissance sur l'autre, la maîtrise de son objet peut assurément être une source de jouissance.

Cette dernière remarque nous invite à introduire un couple nouveau de concepts, *dépendance/indépendance*. Ce qui se décrit essentiellement à l'aide des termes *contention* et *lien* est fait de situations de dépendances interpersonnelles. Lier quelqu'un c'est le mettre sous sa dépendance. L'obliger par exemple à demander, à formuler sa demande, à verbaliser son désir et attendre que le lieur lui en accorde la satisfaction. Celui qui est lié est dépendant de celui qui lie. C'est ici que nous pouvons faire cette remarque paradoxale : le lieur offre des conditions de possibilité de verbalisation du désir, donc de sublimation, et invite à une ouverture à l'autre, en l'occurrence à la personne du lieur. Cette remarque pourrait paraître exagérée, peut-

être provocatrice. Mais n'y a-t-il pas caché au fond de chacun de nous, dans notre revendication d'indépendance, dans notre volonté de ne dépendre de personne, un fondamental refus d'avoir des comptes à rendre, un dégoût, une peur ou tout simplement l'envie ou le fantasme de ne plus rencontrer l'autre ? Aristote souligne très pertinemment que pour vivre seul (i.e. indépendant des autres), il faut être un *dieu* ou une *bête*³. Il y a à l'évidence dans l'absence de liens qui caractérise l'indépendance une forme de monstruosité tentante. Cette peur du lien et de la dépendance à l'autre, qu'on trouve aussi bien dans le refus du Contrat à Durée Indéterminée ou le refus du mariage, s'affirme généralement au nom de la *liberté*. On voudrait, c'est l'indépendance fantasmée, être libre comme un dieu ou comme la bête dans la nature. Libre comme l'air, sans liens, sans engagements ni entraves.

Hegel pourtant nous prévient : il ne faut pas confondre la liberté folle, celle fournie à l'imagination par la pauvre richesse des possibles, et la liberté concrète, la liberté en acte, qui se réalise dans l'homme qui fait concrètement des choix et s'engage à leurs suites⁴. La liberté, nous dit Hegel, se réalise dans les contraintes et les entraves qu'elles imposent, par retour de ces choix. La multiplication des liens que nous tissons avec les autres ne restreint donc pas notre liberté, mais au contraire l'accroît. Dans le même ordre d'idée et pour citer un autre auteur, disons avec Sartre que « *Jamais nous n'avons été plus libres que sous l'Occupation* »⁵. Pour le dire plus simplement, quelqu'un qui n'aurait aucun lien effectif avec le monde serait certes « libéré » du monde, mais n'aurait aucune liberté effective *dans* le monde. La dépendance, par exemple celle de la personne âgée au personnel soignant, ne mesure pas en soi son degré de liberté ; sa dépendance ne mesure que *les conditions d'exercice* de sa liberté effective. Je ne suis pas moins libre parce que je ne peux pas *tout* faire, il me suffit d'avoir à choisir entre quelques options, mêmes réduites à deux, pour être pleinement libre dans ma délibération. Sartre lui va jusqu'à penser que même sans possibilité d'action le seul fait de juger et de se positionner par rapport au passé ou à la situation présente suffit à affirmer notre liberté.

³« Que donc la cité soit à la fois par nature et antérieure à chacun de ses membres c'est clair. S'il est vrai en effet que chacun pris séparément n'est pas autosuffisant il sera dans la même situation que les autres parties vis à vis du tout alors que celui qui n'est pas capable d'appartenir à une communauté ou qui n'en a pas besoin parce qu'il suffit à lui-même n'est en rien une partie d'une cité si bien que **c'est soit un dieu soit un dieu** » Aristote, *La Politique*, I, 2.

⁴Hegel, *Leçons sur la philosophie de l'histoire*, Vrin p. 51.

⁵ Publié dans *Les Lettres françaises* en septembre 1944.

Ainsi, ce n'est pas parce que nous imposons des contraintes à l'autre que nous le privons de liberté. C'est même quand nous l'obligeons à choisir et à se positionner que nous le forçons à être libre. Robinson ne devient vraiment libre qu'avec l'arrivée de Vendredi. Notre société ne nous aurait-elle pas fourni un modèle de liberté calqué sur le fantasme du retraité consommateur, allant et venant librement dans son camping-car, choisissant ses plaisirs parmi des kilomètres de rayonnages sans avoir jamais rien à demander à personne, sans avoir donc besoin de faire l'effort de rencontrer autrui, et *faire avec* les désirs d'autrui ?

La question éthique ne se pose donc pas dans une équation qui viserait à réduire la dépendance pour augmenter la liberté. La question est bien plutôt d'interroger la qualité des liens que nous formons avec les personnes dont nous dépendons. Avec lesquels nous sommes contraints de tisser des liens. Pensons un instant à *Misery*, de Rob Reiner (d'après le roman de Stephen King), film dans lequel un écrivain, physiquement blessé et cloué au lit, subit les tortures et la folie de son infirmière-geôlière qui le « soigne ». Certes, en lui cassant volontairement les jambes, elle le maintient sous sa dépendance, elle le lie à elle par des procédés de contention abominables. Pour autant la liberté du héros n'est pas en cause. Il doit sans cesse *choisir* ses mots et tenter d'échapper cette folie meurtrière qui le menace. Sa très forte dépendance l'oblige donc au contraire à un grand exercice de sa liberté. C'est même en jouant sur ce vertigineux sentiment de la liberté et des conséquences difficilement prévisibles des choix du héros que l'auteur nous maintient en haleine.

En revanche il convient d'admettre et de reconnaître que pour la personne vieillissante, la dépendance croissante contraint à des rencontres et à l'obligation de tisser des liens et à un exercice nouveau, difficile et douloureux de sa liberté. Il s'agit parfois, en long séjour gériatrique ou en EHPAD, après avoir passé sa vie auprès d'amis choisis et une famille fondée, de devoir reconstruire l'essentiel de sa vie sociale en dialogue avec des professionnels inconnus, actifs et sollicités.

La contention, elle, pose un autre problème éthique, que nous articulerons cette fois, non avec le couple *dépendance/indépendance*, mais avec le couple de concepts *autonomie/hétéronomie*.

La contention suppose toujours, au-delà des liens imposés, un sujet atteint dans son autonomie. On ne parle généralement de contention qu'en psychiatrie et face à la personne âgée désorientée. Voire en salle de réveil, où parfois des contentions sont posées en situation post-interventionnelle, pour prévenir les désintubations involontaires par exemple. Dans ces trois cas, il s'agit de patients altérés dans leur autonomie, c'est-à-dire dans leur capacité à faire des choix par eux-mêmes et pour eux-mêmes. C'est donc bien ici l'exercice de leur liberté qui est atteint. On disait d'ailleurs autrefois d'un patient en psychiatrie qu'il était *aliéné* (du latin : *alienus*, qui signifie « autre », « étranger »). Ainsi, le malade mental souffrirait d'être mû par un « autre », subirait la loi d'un autre. Bref serait *hétéronome*. On dit encore du patient atteint de la maladie d'Alzheimer qu'il subit une *altération* de ses fonctions cognitives, et finalement que sa personnalité est *altérée* (i.e. devenue « autre »). Qu'il est donc essentiellement hétéronome.

La contention, les liens qu'on impose, posent donc autrement la question de la responsabilité du soignant.

En effet, de même qu'il existe une tentation de vouloir minimiser les liens pour maximiser l'indépendance, drainant par là la pensée sous-jacente d'une prévalence éthique de l'indépendance sur la dépendance, de même il existe une tentation de penser une prévalence éthique de l'autonomie sur l'hétéronomie et de biaiser par là la réflexion sur la contention.

Encore une fois, n'existe-t-il pas un mythe de l'autonomie, dont on veut aujourd'hui nous faire la promotion politique à tout crin, porté par le modèle de *l'homo-economicus*, individu hyper-rationnel capable de décider pour lui-même en toute transparence, en toute liberté ?

Toute la clinique psychiatrique depuis Freud nous montre que pareille conception est illusoire, non seulement concernant les patients dits « aliénés », mais aussi de tout sujet, même « sain ». Il n'est pas besoin ici de nous engager théoriquement dans une hypothèse de l'inconscient pour en défendre l'idée. Toute la littérature à travers l'histoire nous montre qu'il n'est pas d'individus sans passions ni soumissions aux « lois de l'autre ». L'observation quotidienne de tout à chacun suffit aussi pour nous convaincre que personne n'est une pure construction autonome de lui-même, hors

toute influence des autres, de ses parents, de sa culture et des lois que chacun intériorise sans en avoir la claire pensée. Qu'on soit darwiniste, comportementaliste, lacanien ou créationniste, chacun admet dans sa formule une forme d'hétéronomie constitutive, irréductible et à revouloir. Il y a pour chacun une bonne hétéronomie, celle de Dieu pour le croyant, celle de la nature ou celle du nom-du-père.

La réflexion éthique au sujet de la contention se place donc dans l'articulation entre autonomie et hétéronomie, et non dans la promotion unilatérale de l'autonomie du patient, cette dernière position plaçant inévitablement le soignant en position insoutenable et insoluble.

Penser dans la clinique le problème de la contention exige donc de faire une place légitime à l'hétéronomie du patient, mais aussi à celle du soignant et de son équipe. Le mythe à déconstruire ici est peut-être celui d'une rencontre entre une équipe parfaitement autonome et un patient parfaitement autonome lui aussi. Cette pensée sous-jacente, absurde en elle-même, logiquement absurde (puisque alors il n'y aurait pas rencontre du tout, parce que toute rencontre exige précisément une « altération » réciproque), cette pensée impensée est sans doute vivace et pernicieuse, épuisante pour autant qu'elle conduit tout le monde à l'échec réel.

La contention est le symptôme majeur du jeu social où se jouent essentiellement les parts respectives d'autonomie et d'hétéronomie. On lie, on impose sa loi, et on se demande avec inquiétude d'où nous vient la légitimité d'un tel geste d'autorité. Ici, dans cette interrogation sur l'origine de cette loi que le soignant impose (la sienne propre, autonomie, ou la reprise de celle d'un autre, hétéronomie ?) commence peut-être la sphère proprement éthique de l'exercice de son métier et de sa responsabilité.

La littérature en éthique médicale insiste partout sur la relation dissymétrique et la responsabilité accrue des services de soin face à des populations dites « vulnérables », comme le sont de fait les quatre types habituellement mentionnés : petite enfance, personnes âgées, personnes en situation de handicap et personnes souffrant de troubles psychiatriques. Notre réflexion s'y inscrit volontiers ; elle vise quelques points de vigilance au cœur de cette dissymétrie :

- la promotion trop impensée de l'autonomie et de l'indépendance ;
- la tentation d'abus de pouvoir et d'une mauvaise perversion du lien, du fait de la dissymétrie (et aux motifs pulsionnels dissimulés, tant du côté

des professionnels que de celui des patients) ;

- une conception parfois fantasmée de la liberté.

Enfin, nous avons voulu montrer que mener une réflexion éthique au sujet de la contention et du lien devait intégrer, pour leur faire bonne mesure, l'idée qu'il existe de bon liens, des liens souhaitables, et une bonne contention, une contention souhaitable. C'est-à-dire que nous invitons les professionnels à remplacer la question :

Comment éviter la contention et les liens ?

En :

Comment bien contenir et établir des liens bénéfiques ?

La contenance comme alternative à la contention

Comment donc *bien contenir et établir des liens bénéfiques* avec une personne âgée dont le comportement entraîne des risques tels que la question de la contention se pose parmi les professionnels ?

Nous l'avons vu, la contenance est ce qui dans l'architecture (les murs de la Fondation en sont un exemple frappant), l'organisation de l'établissement ou le travail des professionnel-le-s apporte un cadre sécurisant et structurant permettant aux personnes de se contenir.

Des études scientifiques ont montré que développer la contenance d'un établissement permettait de diminuer le recours à la contention dans des proportions importantes. L'ANAES (maintenant renommée HAS), dans le rapport nommé en préambule et datant d'octobre 2000, intitulé « *Limiter les risques de contention physique de la personne âgée* », a dressé un tableau récapitulatif permettant de rechercher une alternative à la contention. (Nous l'avons joint en annexe.)

Il s'agit tout d'abord de s'interroger sur le risque à l'origine de la contention (principalement de trois ordres : le risque de chute, le risque lié à l'agitation, la confusion et le risque lié à la déambulation excessive).

Nous pouvons nous interroger dans un premier temps si des **raisons médicales** ne sont pas à l'origine de cette déambulation : ainsi un échange avec le médecin est nécessaire pour évaluer si la déambulation de M. Yvon est liée à de l'anxiété ou à une douleur qui pourraient être diminuées par un nouveau traitement médicamenteux.

Ensuite, nous pourrions chercher à **adapter l'environnement**, afin de permettre à M. Yvon de continuer à déambuler, puisque cette déambulation a une fonction pour lui,

mais de manière sécurisée. Nous pourrions par exemple aménager des espaces de déambulation sécurisés et veiller à améliorer la sécurité des lieux.

Enfin, nous pouvons éviter la contention par l'**accompagnement de la personne**. Les professionnels pourront calmement réorienter M. Yvon et capter son attention par des barrières visuelles. Il est, par exemple, possible de mettre des photographies, miroirs, posters sur les issues, ou de l'installer près d'une fenêtre ou dans un lieu où son attention peut être captée.

Lorsqu'aucune alternative n'est possible, il existe un référentiel permettant de s'assurer que la contention est effectuée dans les conditions les moins dangereuses pour la personne contenue. (Nous l'avons également joint en annexe). Mais au-delà de cet aspect, il est essentiel de veiller à **entretenir un lien bénéfique** avec la personne contenue. En effet, comme nous l'avons vu, c'est en permettant à la personne contenue de rester *dans* le monde qu'elle pourra exercer une liberté effective.

Un lien solide et positif avec le professionnel viendrait arrêter la recherche perpétuelle par la personne âgée d'un ailleurs plus réconfortant.

Pour ne pas conclure...

Nous voudrions ici au terme de ce travail ouvrir quelque peu le champ de la réflexion et précisément poser deux questions pratiques.

Nous venons de constater que de nombreux travaux existent (cf. plus haut), qui présentent des alternatives efficaces et sans surcoûts humains ou matériels pour l'institution. La difficulté est donc dans leur mise œuvre. Comment intégrer ces recommandations de bonnes pratiques dans les différents services, comment en faire la promotion et par quels canaux ?

La deuxième question est plus générale et vient se heurter au domaine du droit, elle ne pourra donc pas trouver réponse effective dans le cadre de notre institution. Elle vise les prescriptions de contention *a priori*. Celles que les médecins délivrent *si besoin*, à l'attention des personnels soignants lorsque ces premiers sont absents. La contention revêt parfois un caractère d'urgence, et relève souvent de situations difficilement prévisibles. Autant certaines contentions sont clairement d'ordre médicale, c'est-à-dire qu'elles prolongent une logique qu'imposent l'examen et le diagnostic du médecin, autant la question est plus délicate dans d'autres situations, pourtant courantes, comme celles relevant de l'accompagnement des personnes âgées désorientées. De fait, en laissant, par exemple, à l'équipe du soir une prescription *si besoin*, le médecin laisse l'équipe soignante juger des situations et lui fait confiance. Une question peut alors se poser : pour ces situations qui tiennent à l'écoute et l'observation au plus près du chevet du patient, pour ces situations d'urgence, surgissantes, situations qui ne découlent pas toujours directement de l'examen médical et du diagnostic proprement dits, le personnel soignant a-t-il - ou non - la légitimité d'évaluer et de décider de l'usage - ou non - de la contention ?

Annexes

Cadre législatif⁶

- **La loi n° 90-527 du 27 juin 1990**, *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, assure une protection optimale des droits de la personne hospitalisée en termes de liberté individuelle, de consentement éclairé et d'information sur sa situation juridique et ses droits.

- **La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002**, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, réaffirme les droits fondamentaux de la personne. Elle reconnaît aux patients et aux professionnels de santé un rôle citoyen avec des droits, des responsabilités et des devoirs.
La question de la compréhension de l'information de la personne et de ses proches et celle du consentement sont centrales et essentielles ; elles renvoient également à la désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE notamment dans le cas de l'urgence vitale ou de l'incapacité pour la personne majeure de prendre une décision la concernant.

- **Le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995**, *portant code de déontologie médicale* rappelle au médecin qu'il exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le médecin doit au malade une information loyale, claire et appropriée à son état. Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le

⁶ Avis N°2 du Comité d'Éthique de l'hôpital Esquirol

médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, *sauf urgence ou hospitalisation (Art.36).*

- **Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004**, articles R.4311-1 à R. 4311-15 et R. 4312-1 à R.4312-32 (Livre III, Titre I, Chapitre 1^{er} et Chapitre 2) relatifs à l'exercice de la profession d'infirmier et aux règles professionnelles.
- **L'article 36 et 42 du code de déontologie médicale** article R.4127-36 du code de la santé publique « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.* »
- **La charte du patient hospitalisé**, légitimée par la **circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995**, précise et informe les personnes hospitalisées de leurs droits en même temps qu'elle redéfinit les devoirs des établissements de santé. Ces derniers doivent garantir la qualité des soins, des traitements et de l'accueil, être attentifs au soulagement de la douleur, veiller à l'information du patient et à la confidentialité des informations qu'ils détiennent. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne qui doit être traitée avec égards dans le respect de sa vie privée, de son intimité et de ses croyances.
- **La charte de l'utilisateur en santé mentale**, signée le 8 décembre 2000 par la FNAP et les Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés, en présence de la Secrétaire d'Etat à la santé, rappelle que l'utilisateur en santé mentale est une personne à part entière, responsable, citoyenne. Elle doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine, être informée de façon adaptée, claire et loyale et associée aux décisions la concernant.

Référentiel de pratique professionnelle pour la contention⁷

❖ 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.

⁷ ANAES : *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, octobre 2000

❖ **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**

Selon son état, des activités lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

❖ **Critère 9**

Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.

❖ **Critère 10**

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

Tableau 1.

Le risque de chute et les propositions d'alternatives à la contention physique.⁸

Raisons médicales

- Ne pas négliger les raisons médicales qui nécessiteraient un traitement rapide :
 - hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil ;
 - dépression, déshydratation, pathologies cardio-vasculaires.
- Revoir les différentes associations médicamenteuses.

Adaptation de l'environnement et du mobilier dans la chambre

- Enlever tout équipement inutile (meuble et autre) ;
- Augmenter l'éclairage (une personne âgée a besoin d'un éclairage deux à trois fois supérieur, notamment en cas de cataracte) ;
- Disposer un matelas de gymnastique près du lit en cas de chute ;
- Lit bas recommandé (moins de 45 cm de hauteur) ;
- Enlever les roulettes de la table de nuit, de l'adaptable ;
- Bloquer les roulettes du lit en permanence, le mettre en position basse ;
- Prévoir des repères temporels (calendrier, horloge).

Accompagnement de la personne âgée

- Inciter à l'activité physique, à la marche, à l'autonomie ;
- Informer du rythme de passage des soignants ;
- Proposer des activités occupationnelles ;
- Quand le patient est réveillé, l'accompagner toutes les heures aux toilettes, et une ou deux fois dans la nuit.

Lors des déplacements

- Assister la personne lors des déplacements ;

⁸ ANAES : *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, octobre 2000

- Lui fournir des aides techniques (sur élévateur de toilettes, barres d'appui) ;
- Vérifier l'usage de chaussures adaptées, fermées ;
- S'assurer du bon usage des lunettes de vue, aide auditive, aide à la marche ;
- Indiquer à la personne les lieux et endroits à risque (sols glissants, escaliers) ;
- Encourager la personne à prendre appui sur les mains courantes de sécurité le long des couloirs.

Lors de l'installation au lit ou au fauteuil

- Mettre le fauteuil à l'endroit choisi par le patient ;
- Stabiliser le lit ou le fauteuil (bloquer les roulettes) ;
- Installer confortablement le résident (vêtement et position) ;
- Adapter l'inclinaison du fauteuil ou la hauteur du lit pour faciliter le passage en position debout ;
- Adapter les accoudoirs à une hauteur qui permet au patient de prendre appui ;
- Ne pas placer d'objets devant le fauteuil qui gêneraient les transferts ;
- Installer ses effets personnels et familiers à proximité (montre, lunettes, photos...) ;
- Expliquer l'utilité et l'utilisation du système d'appel ;
- Ne pas laisser en position assise trop longtemps.

Lors des transferts

- Ne pas tracter la personne, mais se placer à côté d'elle pour l'aider afin d'éviter le réflexe de rétro pulsion ;
- Apprendre à la personne à se lever et à s'installer au fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs.

Tableau 2.

Les risques liés à l'agitation, la confusion

et les propositions d'alternatives à la contention physique.⁹

Raisons médicales

- Ne pas négliger les raisons médicales d'une agitation ou d'une confusion qui nécessiteraient un traitement rapide :
 - vérifier l'adaptation du traitement médicamenteux (médications multiples, interactions médicamenteuses) ;
 - rechercher des signes de douleur, de troubles du sommeil, de dépression, d'hyperthermie.
- Corriger les éventuels déficits sensoriels.

Adaptation de l'environnement

- Diminuer les stimuli auditifs ;
- Éviter la présence de personnes au comportement perturbateur.

Accompagnement de la personne

- Organiser des temps de présence des soignants auprès du patient : solliciter si possible la présence des proches.
- Repérer les habitudes du patient et respecter son rythme de vie :
 - respecter les phases de sommeil, habitudes alimentaires, zones d'intérêt.
 - favoriser le contact relationnel.
- Faire en sorte que le patient connaisse les soignants :
 - rappeler son nom et sa fonction autant que de besoin ;
 - l'informer de la présence continue de l'équipe soignante.
- Adopter une attitude calme et rassurante.

⁹ ANAES : *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, octobre 2000

Tableau 3.

Les risques liés à la déambulation excessive

et les propositions d'alternatives à la contention physique.¹⁰

Raisons médicales

- Ne pas négliger les raisons médicales d'une déambulation qui nécessiteraient un traitement rapide :
- nouveau traitement médicamenteux, absorption de certains médicaments, anxiété, douleur.

Adaptation de l'environnement

- Améliorer la sécurité des lieux,
- Aménager des espaces de déambulation sécurisés.

Accompagnement de la personne

- Améliorer et faciliter l'orientation du sujet :
 - lui présenter le service et l'agencement des locaux (salle à manger, couloirs, toilettes, salle de soins, bureau infirmier) ;
 - lui indiquer où se situent les interrupteurs et leur fonctionnement ;
 - expliquer le déroulement d'une journée (horaires des repas et de la présence du personnel) ;
 - rappeler les conseils et consignes ;
 - réorienter le patient calmement.
- Capturer l'attention du patient par des barrières visuelles :
 - disposer des photos, posters, télévision, miroirs sur les issues ;
 - l'installer près d'une fenêtre ou dans un lieu où son attention peut être captée.

¹⁰ ANAES : *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, octobre 2000

Critères pour conduire une politique de réduction de la contention¹¹

Le référentiel de pratique présenté plus haut vise à minimiser les dangers de la contention par l'amélioration du processus qui s'étend de la prescription à la surveillance du patient.

Compte tenu du rapport bénéfice/risque souvent défavorable de l'immobilisation du sujet âgé, il convient de réduire cet acte au minimum. Ceci n'est réalisable qu'avec des programmes structurés, conduits au niveau d'un établissement, voire d'un service.

Le référentiel suivant est proposé pour orienter une politique de réduction des risques. Il inclut des critères qui portent sur les décisions, l'organisation et les actions nécessaires pour conduire des changements progressifs des pratiques professionnelles. Une telle démarche revient à un programme d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des soins.

❖ Critère 1

Une politique de l'établissement ou du service concernant l'usage de la contention physique est traduite dans un document accessible aux soignants, aux patients/résidents et à leurs proches.

❖ Critère 2

Le taux d'utilisation de la contention est mesuré, enregistré et analysé.

❖ Critère 3

Le recueil et l'analyse des incidents et accidents liés à la contention donnent lieu à des plans d'action préventifs.

❖ Critère 4

Des actions d'information sur les dangers de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

¹¹ ANAES : *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, octobre 2000

❖ **Critère 5**

Des actions de formation sur l'usage approprié de la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

❖ **Critère 6**

Des actions de formation sur les différents outils d'évaluation de l'état de santé des personnes âgées sont réalisées auprès des équipes soignantes.

❖ **Critère 7**

Des formations sur les alternatives à la contention sont réalisées auprès des équipes soignantes.

❖ **Critère 8**

L'utilisation d'alternatives à la contention est encouragée et facilitée. L'évaluation de ces méthodes est organisée.

❖ **Critère 9**

Dans les cas de reconduction de la mesure de contention sans issue satisfaisante pour la personne âgée, l'établissement est en mesure de prévoir le recours à un professionnel présentant une expertise sur le thème de la contention (médecin, infirmier, psychologue) dans le but d'aider les équipes à clarifier les avantages et inconvénients de la contention et à trouver des alternatives.

Références bibliographiques

- ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, octobre 2000.
- Aristote, *La politique*, I, 2.
- Bigot C., Le choix de la contention physique : entre les liens du soin et « les liens de soin », mémoire de master 1 de philosophie pratique, 2008-2009.
- Capezuti E., Evans L., Strumpf N., Maislin G., Physical restraint use and falls in nursing home residents, *J Am Geriatr Soc.*, 1996 ; 44 : 627-33 dans ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, octobre 2000.
- Comité Ethique de l'hôpital Esquirol, avis n°2 : usage de la contention.
- Hegel, *Leçons sur la philosophie de l'histoire*, Vrin, p. 51.
- Sartre, dans *Les Lettres françaises*, septembre 1944.

Sommaire

Préambule	3
Présentation d'une situation clinique	5
Définition de la contention	7
Du lien à la contention	9
La contenance comme alternative à la contention	15
Pour ne pas conclure	17
Annexes	18
Cadre législatif	19
Référentiel de pratique professionnelle pour la contention	21
Tableau 1. Le risque de chute et les propositions d'alternatives à la contention physique.	23
Tableau 2. Les risques liés à l'agitation, la confusion et les propositions d'alternatives à la contention physique.	25
Tableau 3. Les risques liés à la déambulation excessive et les propositions d'alternatives à la contention physique.	26
Critères pour conduire une politique de réduction de la contention	27
Références bibliographiques	29

Réflexion éthique autour de l'usage de la contention chez les personnes âgées



Ont participé à l'élaboration de ce document :
Mathieu Guyomard, infirmier, SAVS/SAMSAH,
Sylvie Lemonnier, psychologue au CMPEA, CATTP et CMP de Lannion,
Anne Nicol, aide-soignante à l'EHPAD «La Résidence de l'Abbaye»,
Guillaume Salis, éducateur spécialisé, SAVS/SAMSAH,
Jean-Marie Vidament, philosophe.

Exemplaires disponibles sur demande :
Fondation Bon Sauveur | 1 rue du Bon Sauveur | 22140 Bégard
Tél. 02 96 45 37 36 | mtrouve@fondationbonsauveur.fr
ou comite.ethique@fondationbonsauveur.fr

Publié par le Comité éthique de la Fondation Bon Sauveur,
finalisé en décembre 2016 et publié en janvier 2017