

## La contention

# Une question d'équilibre

Laetitia Beaulieu-Pillet, membre de la commission éthique

*Il nous est arrivé à tous d'entrer dans la chambre d'un patient, en Ehpad, en hospitalisation ou à son domicile et de le retrouver contenu physiquement dans son lit ou au fauteuil.*

**L**a plupart du temps, la séance d'orthophonie peut se construire malgré cela, même si plusieurs versants de la communication se trouvent limités : la communication gestuelle, le para-verbal, le non-verbal... Concrètement, il est souvent possible de trouver, avec les équipes, un aménagement pour nos séances quotidiennes ou hebdomadaires. Au-delà de cet aspect pratique, un sentiment particulier peut nous toucher. Il est

alors possible de se sentir en difficulté sur les questions éthiques mises en tension par ces situations. Comment se passe la décision d'une contention physique pour un patient ? Quelles en sont les raisons ? Quelles sont les conséquences ? Qu'en est-il de la volonté du patient ?

La pratique de la contention est généralement utilisée pour éviter les chutes, pour limiter l'agitation et contenir les déambulations des patients. Elle est indiquée pour le protéger quand son comportement est jugé dangereux ou mal adapté. Il existe différents types de contention :

- La contention physique : c'est l'utilisation de moyens spécifiques ou de matériels détournés de leur usage qui restreignent ou contrôlent les mouvements ou les comportements (gilets et sangles thoraciques,

ceintures, attaches de poignets et de chevilles, sièges gériatriques, barrières de lit mais aussi un drap, un vêtement, une table placée devant le siège de la personne...).

- La contention chimique : ce sont des médicaments qui servent à modifier ou à restreindre un comportement (sédatif, tranquillisant, antidépresseur, anxiolytique).
- La contention architecturale : elle change ou modifie l'environnement de la personne afin de restreindre ou de contrôler ses mouvements dans un espace (enfermement, isolement, digicode, bracelet anti-fugue, caméras de surveillance).
- La contention psychologique : elle peut être verbale ou non, ce sont les injonctions collectives et répétées à la personne.

## Focus sur la contention physique

La prévalence se situe autour de 80% (avec une variation de 19 à 85%) dans les services de soins de longue durée; elle varie de 18 à 22% dans les services hospitaliers de courts séjours pour les personnes de plus de 65 ans (Anaes, 2000). Pourtant, dans plusieurs études, la pratique de la contention chez

d'errance, entre dans les chambres des autres résidents, etc. La personne sort non accompagnée de l'établissement ou bien elle est agitée, violente ou confuse. Elle se met en danger ou représente un danger pour les autres. Mais Yves Carreau, gériatre, évoque d'autres raisons... Dans sa présentation *contention zéro*, il parle également d'une pression infligée par les proches des patients qui exigent *des demandes sécuritaires*, de pratiques de chefs d'établissement pour *protéger les professionnels craignant d'engager*

pour assurer la qualité de l'utilisation de la contention.

- **Critère 1 :** La contention physique se fait sur prescription médicale.
- **Critère 2 :** Une évaluation du rapport bénéfice/risque réalisée en équipe pluridisciplinaire.
- **Critère 3 :** Une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier.
- **Critère 4 :** Une information est donnée à la personne âgée et à ses proches.
- **Critère 5 :** Le matériel est approprié et garantit confort et sécurité.
- **Critère 6 :** L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.
- **Critère 7 :** La contention est levée le plus souvent possible. Des activités de la vie quotidienne sont réalisées.
- **Critère 8 :** Des activités pour assurer le confort psychologique sont proposées.
- **Critère 9 :** L'état de santé et les conséquences de la contention sont évalués au moins toutes les 24h.
- **Critère 10 :** La contention est reconduite par prescription médicale motivée toutes les 24h.

“ La contention, quelle qu'elle soit, est une décision médicale motivée et relève donc de la responsabilité du médecin. ”

la personne âgée s'est révélée inefficace voire nocive. En 2002, Tinetti *et al.*, ont montré que l'incidence des chutes graves, avec lésions, est nettement supérieure chez ceux qui ont été soumis à la contention (Tinetti *et al.*, 2002). D'autres études, notamment celle de Capezuti *et al.*, ont confirmé le fait que la contention est associée à l'augmentation des chutes (*odds ratio* de 1,65) ainsi qu'à l'augmentation du risque de chutes à répétition (*odds ratio* de 2,46). Certaines études montrent même que son utilisation chez les patients âgés augmente les chutes graves avec traumatisme (Tinetti *et al.*, 2002; Evans *et al.*, 1989).

leur responsabilité face à une crainte de judiciarisation croissante des rapports avec les usagers et leurs familles. Parfois, il s'agit également de pallier un manque de personnel (défaut de surveillance) ou de punir la personne (maltraitance directe). Mais alors, qui protège-t-on ?

## Un encadrement pour une démarche éthique

En 2000, l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé) a accompagné 20 établissements dans la France entière dans une démarche expérimentale d'audit clinique appliquée à la *contention physique chez la personne âgée*. Ce thème avait fait l'objet d'un guide *Limiter les risques de contention physique chez la personne âgée* publié par l'HAS (Haute Autorité de Santé). Elle établit alors 10 critères

## Qui décide ?

La contention, quelle qu'elle soit, est une décision médicale motivée et relève donc de la responsabilité du médecin. Elle ne doit être qu'un ultime recours. *Pour chaque patient le bénéfice/risque de la contention est évalué, des motivations sont clairement posées et inscrites dans le dossier du patient, un programme individualisé de surveillance et de prévention des risques liés à la contention est établi*, Anaes, 2000. Les recommandations de la HAS sont les suivantes : *toute décision de contention se fera dans le respect de l'autonomie et de l'indépendance*

## Mais alors pourquoi la contention ?

Parce que la personne présente un risque de chute quand elle se déplace, parce qu'elle déambule, a un comportement



de l'adulte âgé concerné. La bonne compréhension des informations données et le consentement éclairé de la personne sont systématiquement recherchés.

Une réévaluation est à faire au bout de 24 heures, précédée d'un passage toutes les heures. Il est recommandé, toujours selon la HAS, de détacher la personne toutes les 2h et de la faire marcher.

## Quelles peuvent être **les conséquences ?**

**B**ien que cette thérapeutique soit dans certains cas nécessaire, ces pratiques posent des problèmes éthiques majeurs. En effet, elles portent atteinte à la liberté d'aller et venir du patient, à sa dignité et limitent la vie sociale de la personne. Les risques et les conséquences qu'elles entraînent sont

parfois irréversibles chez les sujets âgés fragiles.

Les études ont montré que la contention peut avoir des conséquences psychologiques et physiques négatives : confusion, dépression, augmentation des incapacités voire de la mortalité (Capezuti *et al.*, 1996, Frank *et al.*, 1989; Grimshaw *et al.*, 2001; Davis *et al.*, 1995). Le patient contenu physiquement se retrouve dans une situation où sa dépendance à l'autre est encore plus marquée. Un sentiment de mise à l'écart et de déshumanisation peut entraîner un repli sur soi ou à l'inverse, un comportement plus agité. Les risques d'escarres sont majorés. Les médecins évoquent également un syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, fausses routes, perte d'appétit) et une perte de la marche (ankylose articulaire, déconditionnement musculaire et perte de la masse osseuse).

## Les alternatives

**L'**annexe 3-9-1 du code de l'action sociale et des familles met en avant le paradoxe suivant : il s'agit d'*assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir*. Trouver le juste équilibre...

Dans un premier temps, l'information et le consentement éclairé représentent les piliers de la décision éthique d'une contention ou non. Les réunions d'information auprès des familles, en présence du patient, permettent de présenter les bénéfices/risques de la thérapeutique. Ils participent ainsi à la décision. Ces entretiens aboutissent également à une acceptation partagée d'une prise de risque de chute. Selon l'Anaes, *trop souvent encore, l'information n'est que*

*partielle ou tardive*. Au cours de ces entretiens, le projet individuel de soins et d'accompagnement est discuté. On définit ensemble les adaptations des conditions d'exercice d'aller et venir, on les adapte aux besoins et attentes du patient et de sa famille, à ses capacités. Les Ehpad qui s'inscrivent dans un projet de *contention zéro* évoquent la nécessité *d'associer la famille à l'élaboration du projet de soins et d'accompagnement personnalisé, de la mobiliser, de la responsabiliser et de rechercher systématiquement son aide pour l'exercice de la liberté d'aller et venir*. En effet, il est possible de limiter le temps contenu en fauteuil ou au lit par la présence des proches. *La préservation de la liberté d'aller et venir se fonde sur un principe de prévention individuelle et non sur un principe de précaution générale*. (Anaes 2004)

Les exemples de programmes étrangers, qui ont visé à réduire la fréquence d'utilisation des contentions physiques, montrent que les méthodes d'amélioration continue de la qualité sont adaptées pour induire d'autres pratiques, souvent

innovantes (matelas directement placés au sol, bracelets de géolocalisation...).

Il est évident que la présence humaine constitue la première sécurité de la personne. Mais nous connaissons bien les difficultés relatives au manque de personnel dans toutes les structures de soins.

L'adaptation architecturale constitue une autre piste de réflexion : suppression du mobilier inutile, éclairage suffisant, installation des objets et des meubles à l'endroit choisi par la personne, aménagement d'espaces de déambulation sécurisés... La recherche d'alternatives passe également par la correction d'éventuels troubles sensoriels (lunettes, prothèses auditives), par le respect du rythme de la personne (repas, coucher, activités), le port de chaussures adaptées à la marche, des barres de couloir à la bonne hauteur et visibles, des aides à l'orientation et surtout, la favorisation de la communication.

L'orthophoniste pourrait-il donc avoir une place légitime dans la prise de décision

de la contention ? Les travaux réalisés en faveur d'une contention limitée mettent en évidence l'importance de privilégier le contact relationnel avec le patient et de l'accompagner vers une autonomie renforcée : travail d'orientation spatiale, verbalisation des besoins, compréhension du fonctionnement de son environnement, recherche de communication...

Ces éléments ne constituent-ils pas la clé de voûte de notre travail auprès de ces personnes ?

Comment nous positionner quand une indication de contention est posée ou à l'inverse quand elle est levée ? L'orthophoniste, dans son travail clinique quotidien, est un partenaire faisant lien : lien avec le patient, avec la famille, lien avec le passé et la mémoire. Pourrions-nous alors intégrer les comités de réflexion éthique des structures (quand elles en ont un) en tant que personne ressource extérieure ? Dans un rôle d'observation et d'écoute, nous pourrions peut-être alors faire le lien entre le patient et la structure et ainsi permettre de réfléchir au sens donné à l'acte de contention.

## Références bibliographiques

- **HAS**, *Contention physique de la personne âgée*, Juin 2005.
- **HAS**, *Rapport de l'expérimentation nationale, audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée*, Juin 2006.
- **Code de l'action sociale et des familles, annexe 3-9-1**.
- **Chantal Regnier**. Questions éthiques en gériatrie, Laennec, vol. Tome 57, no. 1, 2009, pp. 8-24.
- **Hélène Lapprand, Nassima Ichir Dahlab**, *la pratique de la contention physique en Ehpad : évaluation auprès de 20 médecins coordinateurs d'Ehpad*, 2011-20012.
- **Adeline Durand**, *La contention*, Géroscopie, n° 29 - Février 2013.
- **Anne-Daphnée Brice**, *Objectif zéro contention, possible ou impossible en Ehpad ?*, printemps des Ehpad, Mars 2014.
- **Anaes**, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, Octobre 2000.
- **Emmanuel Bagaragaza, Isabelle Vedel, et Bernard Cassou**. *Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive*, *Gérontologie et société*, vol. vol. 29 / 116, no. 1, 2006, pp. 161-170.
- **Isabelle Vedel, 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 et société*, vol. vol. 29 / 116, no. 1, 2006, pp. 153-160.