



S. HENNEBICQ – Pr R. JUVIN

Mme N. CARLIN

F. CHAPUIS – Pr JF GUERIN

me F. DOIRET

Dr P. VASSAL – Pr B. LAURENT

Pr F. LUCHT

Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé

« *Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé* »

CONTRIBUTION A LA REFLEXION SUR LA CONTENTION PHYSIQUE DES PERSONNES AGEES

Véronique Bozon ép. GAIMARD

Mémoire soutenu le 8 septembre 2016

Tuteurs :

Tuteur Académique : Monsieur Eric MARTINENT - Lyon

Tuteur Professionnel : Madame Christelle FILLION - Lyon

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier plus particulièrement :

Monsieur Eric Martinent, mon tuteur Académique pour sa patience, ses mails et ses conseils pertinents.

Madame Christelle Fillion, ma Tutrice Professionnelle pour sa bienveillance, sa disponibilité et sa réflexion.

Ma famille pour son soutien tout au long de mon écriture du mémoire.

Toute l'équipe de l'Espace Ethique et tous les intervenants pour leurs connaissances et leur dynamisme.

Monsieur Louis Ploton pour son entretien.

Tous les professionnels de santé qui m'ont permis de réaliser mes questionnaires.

Les professionnels du centre de documentation des Hospices Civils de Lyon pour leur aide dans mes recherches.

Sonia et Christophe pour leurs conseils dans la mise en forme de mon mémoire.

Et enfin mes collègues de promotion pour leur solidarité et leur confiance.

SOMMAIRE

1	DIFFERENTES SITUATIONS D'APPEL	6
1.1	SITUATION D'APPEL EN SERVICES HOSPITALIERS GERIATRIQUES	6
1.2	SITUATION D'APPEL EN EHPAD	7
1.3	SYNTHESE DES SITUATIONS D'APPEL	8
2	LE CADRE CONCEPTUEL	8
2.1	LES CONCEPTS	8
2.1.1	<i>Le concept de vulnérabilité</i>	8
2.1.2	<i>Le concept de liberté et le concept d'autonomie</i>	11
2.1.3	<i>Le concept de personne et le concept de dignité humaine</i>	15
2.2	LA CONTENTION PHYSIQUE	18
2.2.1	<i>Quelques définitions</i>	18
2.2.2	<i>Prévalence de la contention physique passive chez les personnes âgées</i>	18
2.2.3	<i>Les motifs de la contention physique</i>	19
2.2.4	<i>Les risques liés à la contention physique</i>	19
2.2.5	<i>La surveillance</i>	20
2.2.6	<i>Le matériel utilisé</i>	21
2.2.7	<i>La réévaluation</i>	22
2.3	LE CADRE LEGISLATIF ET LA REFLEXION ETHIQUE	22
2.3.1	<i>Le principe de proportionnalité</i>	22
2.3.2	<i>La décision et la prescription médicale</i>	23
2.3.3	<i>La responsabilité morale et juridique des professionnels de santé</i>	26
2.3.4	<i>L'information et le consentement du patient</i>	27
2.3.5	<i>Le droit au risque et le droit au choix</i>	30
3	LA METHODOLOGIE DE NOTRE TRAVAIL DE RECHERCHE	31
3.1	LES OBJECTIFS	31
3.2	LE CHOIX DE L'OUTIL D'ENQUETE	32
3.3	ELABORATION DE L'OUTIL DE L'ENQUETE	32
3.3.1	<i>L'échantillon</i>	33
3.3.2	<i>L'organisation de l'enquête</i>	33
3.3.3	<i>Les lieux de l'enquête</i>	34
3.3.4	<i>Les limites de l'enquête</i>	34
4	L'ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE	34
4.1	GENERALITES	34

4.2	LES PROFESSIONNELS INTERROGES-----	35
4.3	ANALYSE SELON LES PRINCIPES DE L'ETHIQUE BIOMEDICALE-----	36
4.3.1	<i>Le principe du respect de l'autonomie</i> -----	36
4.3.2	<i>Le principe de non-malfaisance</i> -----	38
4.3.3	<i>Le principe de bienfaisance</i> -----	43
4.3.4	<i>Le principe de justice et d'équité</i> -----	48
4.4	SYNTHESE DES QUESTIONNAIRES RECUEILLIS -----	52
5	LES PROPOSITIONS D'ACTIONS -----	53
5.1	L'ACCOMPAGNEMENT EN REFERENCE A L'ETHIQUE DU CARE -----	53
5.2	REFLEXION ETHIQUE QUOTIDIENNE EN EQUIPE -----	54
5.3	LA FORMATION DES DIFFERENTS PROFESSIONNELS -----	55
5.4	ALTERNATIVES A LA CONTENTION -----	56
5.5	PROPOSITION D'UNE NOUVELLE MESURE CONCERNANT LA SURVEILLANCE DES LIBERTES EN GERIATRIE -----	58
5.6	LE PROJET D'UNE EQUIPE MOBILE EN ETHIQUE -----	59

INTRODUCTION

La contention des personnes âgées semble avoir toujours existée. De nombreux travaux de recherche, des écrits ont été réalisés autour de la thématique de la contention au sens large. La contention physique est le domaine le plus exploré, surtout au niveau de la psychiatrie.

Elle interroge les patients et leurs proches, ainsi que les professionnels de santé. Plus que jamais, elle fait non seulement débat dans les équipes, mais également au niveau de l'Etat français. La complexité de cette prise en soins semble dépendre de certains facteurs humains, institutionnels voire culturels... Des recommandations existent au travers de lois, de règles de déontologie, de chartes ; cependant certaines pratiques perdurent. La contention physique est un acte potentiellement dangereux qui pourrait être considéré par certaines personnes comme contraire à l'éthique du soin. Néanmoins, pourquoi serait-elle autant utilisée vis-à-vis des personnes âgées ? Une grande variabilité du recours à la contention physique semble être constatée d'un établissement à un autre voire d'un service à un autre. Cette hétérogénéité de pratiques serait-elle liée à une différence de "culture" entre les équipes pluri professionnelles ?

La contention physique constitue une limitation des libertés individuelles, décidée et prescrite par le médecin. Celui-ci s'engage à donner des soins consciencieux, fondés sur des données scientifiques. Cependant, comme nous le verrons plus tard, la contention physique peut préserver la personne de certains risques tout en entraînant d'autres.

Pour l'équipe, la contention serait certaines fois de nature thérapeutique mais pour le juriste, elle pourrait être perçue comme coercitive car le principe de la liberté d'aller et venir n'est pas respecté. Si elles sont suffisamment réfléchies, la mise en œuvre de ces deux dimensions semble porteuse de sens lorsqu'elles sont mises en cohérence. Il nous paraît alors convenable et juste de ne pas les opposer mais de les discuter afin que les personnes âgées et leur entourage, ainsi que les équipes professionnelles soient mieux accompagnés.

En toutes circonstances, il nous paraît fondamental de rappeler que les droits et la dignité de la personne âgée doivent être respectés.

La contention pose un problème chez les personnes âgées vulnérables dans le sens où il existe une tension éthique entre l'autonomie et la protection. Quelles seraient alors les pratiques les plus conformes au respect des principes de l'éthique ?

Les équipes se questionnent-elles, suffisamment et régulièrement pour savoir s'il est acceptable, tant du point de vue éthique, que juridique ou technique d'utiliser la contention ? Comment sont-elles formées ?

Pourquoi la multiplication des recommandations n'est pas parvenue à atténuer les pratiques d'utilisation de la contention, en dépit du consensus sur la préservation de l'autonomie ?

Un accompagnement plus pertinent pourrait-il réduire l'utilisation de la contention en gériatrie ?

Notre question de recherche est la suivante : *comment accompagner les équipes dans une réflexion autour de la contention physique chez les personnes âgées ?* Notre travail ne portera pas sur les différents types de contention et sur l'isolement mais restera centré sur la contention physique passive chez les personnes âgées au sein des établissements médico-sociaux et des services de gériatrie.

Lorsque nous aborderons l'éthique médicale et l'éthique des soins, nous souhaiterons évoquer d'une manière très générale les concepts d'autonomie et de liberté, de vulnérabilité, de personne et de dignité.

Après avoir abordé le cadre conceptuel, nous ferons le choix d'analyser les retours de notre questionnaire distribué aux équipes travaillant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes et en services hospitaliers de gériatrie. N'exerçant plus auprès des personnes âgées, le mémoire nous permettra de refaire un retour sur le terrain, car c'est surtout l'éthique quotidienne des soins qui nous anime. En effet, nous considérons que l'éthique ne peut pas être dissociée de la pratique des soins. Autrement dit, l'éthique se réfléchit, s'analyse, se comprend et se vit avec des personnes soignées accompagnées par des équipes pluri professionnelles. Ce sont dans ces contextes de travail que naissent des dilemmes éthiques et moraux. Pour mettre à jour l'éthique quotidienne et découvrir quels seraient les enjeux éthiques des équipes travaillant auprès des personnes âgées, il nous paraît indispensable de tenter de nous immerger à travers leurs pratiques et leurs vécus par l'intermédiaire d'un questionnaire.

"La dimension éthique n'est ni analysable, ni compréhensible sans appréhender les situations pratiques et les actes concrets".¹

1 DIFFERENTES SITUATIONS D'APPEL

1.1 SITUATION D'APPEL EN SERVICES HOSPITALIERS GERIATRIQUES

Lors de différents remplacements dans les services hospitaliers en gériatrie, il était possible d'observer que les prescriptions de contention étaient rares. Le principe de liberté des personnes âgées était vraiment mis en valeur. Le médecin responsable de ces services avait peut-être tendance à privilégier le bien-être du patient par rapport à sa sécurité ?

¹Xardel-Haddab H. De l'analyse des pratiques à la réflexion éthique, un pas ? Ethique et santé. 2013 ; 10 (3) : 163-8.

Même avec une réflexion sur la proportionnalité des soins, il nous semble important de rappeler qu'en médecine, le risque zéro n'existe pas : " soigner suppose savoir prendre des risques".²

Nous pouvons donc faire le parallèle avec le positionnement de ce médecin qui ose finalement de manière pertinente et subtile prendre certains risques pour le mieux-être des personnes âgées. Ou estimait-il que les risques liés à la mise sous contention étaient supérieurs aux risques de fugue, de chute ?

D'un point de vue institutionnel, peut-être que ce médecin avait réussi à instaurer dans ces services de gériatrie une culture qui encourageait plus facilement la prise de risque inhérente à tout soin par rapport à d'autres lieux de prise en soin comme les urgences ou les EHPAD ?

1.2 SITUATION D'APPEL EN EHPAD

Lorsque nous rendions des visites dans plusieurs EHPAD, le nombre de personnes âgées contenues nous paraissait élevé. Ce constat semble étonnant dans le sens où il n'apparaît pas logique que les personnes âgées résidant dans ces lieux de vie aient moins de libertés qu'en milieu hospitalier. Existerait-il davantage de contention dans les EHPAD que dans les structures hospitalières ? Comment expliquer une telle hétérogénéité des pratiques ? La prédominance des personnes âgées ayant des troubles cognitifs en EHPAD impacterait-elle sur le nombre de prescriptions de contention ?

Existe-t-il davantage une pression de prescription médicale de contention en EHPAD plutôt qu'en centre hospitalier ? Au regard de l'absence de certains médecins coordonnateurs dans certains EHPAD, les soignants et les familles ne seraient-ils pas plus demandeurs de prescriptions médicales de contention ? Certaines prescriptions de contention ne seraient-elles pas dues un excès de précautions lié à la gestion des risques ? En cas de non consentement, quelle est la mise en tension avec le respect de la volonté du patient et de la famille ? Qu'en est-il du principe d'autonomie ?

Jusqu'à quel point et dans quelles mesures, l'équipe impose-t-elle sa propre logique ? Si la logique des professionnels de santé n'est pas la même que celle de la personne âgée et ses proches, comment ces deux logiques sont-elles discutées ? Quelles en sont les limites ? Le choix de la personne âgée est-il libre et raisonné ? Comment peut-elle réaliser ses besoins fondamentaux alors que la contention l'empêche d'en prendre en compte certains ? Alors qu'il est inculqué à tout soignant dès sa formation que celui-ci doit prendre en soin les patients de manière globale et spécifique alors que dans cette pratique, cela semble être mis en tension.

² Devers G. Lettre d'un avocat à une amie infirmière. 2ème éd. Pays-Bas : Lamarre ; 2013. p. 2.

1.3 SYNTHÈSE DES SITUATIONS D'APPEL

Ces différentes situations nous ont bien montré des écarts entre les différentes pratiques voire une hétérogénéité de culture ou de philosophie de service. Les différents modes d'organisation en services hospitaliers de gériatrie et dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées influencent-ils la mise en œuvre des contentions physiques ? Un véritable dilemme est alors mis en évidence : la contention est-elle considérée plutôt comme un soin ou une contrainte ? Quelles en sont alors les représentations des professionnels de santé ainsi que leurs vécus par rapport à ces situations ? Est-ce que l'équipe se questionne fréquemment pour savoir si la contention prodiguée aux personnes âgées correspond au juste soin ou est-ce que cela aurait pu être fait autrement ? L'équipe est-elle suffisamment bien accompagnée dans cette réflexion éthique ?

2 LE CADRE CONCEPTUEL

2.1 LES CONCEPTS

Dans cette partie, les concepts que nous allons aborder nous permettent d'avoir des repères pour amorcer notre réflexion. Au regard de ceux-ci, nous avons fait le choix de les mettre en lien avec notre travail de recherche.

2.1.1 Le concept de vulnérabilité

Vulnérable : " Qui est exposé à recevoir des blessures, des coups." ³

Chaque personne, quel que soit son âge, sa situation, son état émotionnel, son histoire de vie est vulnérable à différents degrés. Ainsi, la vulnérabilité est constitutive de l'humanité.

Vulnérabilité et autonomie : "...qu'est-ce qui est engagé dans le rapport entre la vulnérabilité et l'autonomie ? Si l'imaginaire commun tend à les dissocier, faisant de l'un le contraire de l'autre et vice versa, un regard philosophique et éthique nous invite à dépasser la dissociation et à croiser les interprétations pour comprendre la relation qui se noue entre la vulnérabilité et l'autonomie."⁴

Même par rapport à la personne très dépendante, chaque professionnel doit penser à ses aptitudes à consentir, même si la personne bénéficie d'une mesure de protection légale. Il est important que le soignant considère qu'il lui reste toujours un certain degré d'autonomie même s'il est diminué chez une personne en état de grande vulnérabilité. C'est au professionnel à le mettre en évidence et à croire aux choix et aux souhaits de la personne. Il faut que le soignant garde ses missions de

³ <http://www.larousse.fr/encyclopedie/rechercher?q=vulnerabilite>

⁴ Lemoine E, Lange L, Chapuis F "et" VASSAL P. Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. Ethique et santé. 2014 ; 11 (2) : 88.

conseiller, de soutien et d'accompagnant envers une personne vulnérable, remise en question dans son intégrité physique et psychique.

L'éthique de la vulnérabilité favorise alors l'humanisation des soins et valorise l'autonomie lors de la construction d'une relation de confiance.

Vulnérabilité, confiance et fiabilité : En alliant vulnérabilité et confiance, le patient pourrait davantage compter sur les soignants. "La dépendance à autrui conduit la personne âgée à recevoir de l'aide pour ses gestes les plus simples de la vie...Choisir le moment et soigner la qualité de l'approche relationnelle (verbale- non verbale-tactile) ouvrent une chance supplémentaire de transmettre à la personne âgée cette intentionnalité protectrice et respectueuse". ⁵ D. WINNICOTT explique que cette interdépendance devrait permettre au patient de se confier, de s'en remettre à quelqu'un d'où certainement l'utilisation du titre à quel soin se fier. D'autre part, il met en exergue la notion de fiabilité d'où la référence probable au titre, à quel soin se fier ? Nous pouvons donc en déduire que la personne vulnérable a besoin d'un environnement soutenant ainsi qu'une relation de confiance basée sur la fiabilité avec les professionnels de santé.

"La fiabilité consiste à protéger l'être vulnérable de l'imprévisible... si la fiabilité est humaine... une éthique du soin, une déontologie, que requiert également une capacité à s'inscrire dans des relations d'identifications croisées, et à s'engager dans une "confrontation clinique" sans hiérarchie." ⁶ Le patient en situation de vulnérabilité aurait besoin plus que tout être humain d'altérité et d'altruisme. L'attention sensible et bienveillante apparaît capitale pour qu'il essaie de faire face à ces différentes pertes. Dans cette épreuve, le patient prend alors conscience de sa vulnérabilité et de son besoin à autrui.

D. WINNICOTT mentionne ainsi qu'un soin prend un sens spécifique et a une efficacité particulière selon la manière dont il est accepté par le patient, ainsi bien moins "passif". Nous pourrions alors avancer l'idée que la contention physique pourrait se réaliser de manière moins passive. Ainsi, la contention physique ne doit pas se résumer à un traitement technique mais à un traitement humainement fiable qui s'insère dans une éthique du "prendre soin".

Vulnérabilité et singularité : A différents degrés, la vulnérabilité est constitutive de tout un chacun. Parce qu'il est humain, l'homme est vulnérable. Le patient vulnérable est une personne unique. Chaque rencontre, qu'elle soit brève ou régulière avec un patient, doit rester singulière

⁵ Ribeaucoup L, Malaquin-Pavan E. Prévenir la maltraitance en gériatrie : une posture d'équipe bientraitante. *Ethique et santé*. 2015; 1 : 33-43.

⁶ Marin C, Worms F. A quel soin se fier ? *Conversations avec Winnicott*. Mayenne : Presses Universitaires de France ; 2015. p. 91.

car chaque patient est différent. "En effet, une pratique quotidienne des soins fondée sur la singularité de l'humain nécessite que s'instaure une relation singulière de soin afin de permettre aux professionnels d'imprégner leurs pratiques de sensibilité et de témoigner dans celles-ci d'une subtile intelligence du singulier." ⁷

Vulnérabilité et relation de soins : L'enjeu éthique de la relation de soins est rendre celle-ci la plus symétrique et la plus égalitaire possible. Une importance et une attention particulière doit donc être donnée à la personne vulnérable. Il est nécessaire de préciser qu'il n'y a pas seulement les patients ou les résidents qui peuvent être vulnérables à des degrés variables mais également les familles, les proches, les soignants. Ils partagent ainsi une certaine forme de vulnérabilité. Le patient a bien entendu besoin du savoir et des compétences des professionnels de santé et le soignant a besoin de connaître l'histoire du patient ainsi que son vécu pour qu'il puisse consentir aux soins et être accompagné. Aussi, dépendent-ils, à des niveaux différents, chacun de l'autre. La reconnaissance de cette dépendance participe à rendre la relation plus humaine.

Les personnes âgées sous contention en situation de vulnérabilité : "Avant de faire des soins au socius, on prend soin du prochain. Prendre soin exerce une responsabilité à l'égard d'une vulnérabilité remise entre ses mains..." ⁸ De par son âge, la personne âgée peut présenter une certaine vulnérabilité qui peut être augmentée par le vieillissement physiologique, psychologique et social, les pathologies et /ou situations de soins (hospitalisation, institutionnalisation...). Ainsi, il faut percevoir la vulnérabilité au-delà de la fragilité. Les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sont en situation de multiples dépendances. La contention physique peut alors augmenter ce phénomène (diminution du tonus musculaire, risque d'aggraver les troubles de la marche, restriction dans la capacité à réaliser ses besoins fondamentaux ...). Cela pourrait accentuer les deuils successifs et ainsi, accroître leur vulnérabilité.

"La perte de la verticalité est un deuil très douloureux dans la vie de l'humain, qu'il soit jeune ou âgé. La vie en mouvement permet d'être animé..." ⁹

Dès lors que les personnes âgées sont reconnues comme vulnérables, les professionnels de santé ou les familles demandeuses de contention semblent ne pas leur laisser suffisamment de liberté puisque cela les renvoie à leur propre responsabilité. Ce retrait du droit d'aller et venir, du droit au choix, au risque et à la décision ne les vulnérabiliserait-il pas davantage ?

⁷ Hesbeen W. Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin, penser une éthique du quotidien des soins. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. p.13.

⁸ Pierron J-P. Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Millau : Presses Universitaires de France ; 2014, p. 22.

⁹ Bertrand Q. "La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement !" Gérontologie et Société. 2013 ; 114-5.

Alors que selon D. WINICOTT, la médecine peut et doit alléger et soutenir à la fois l'expérience de vulnérabilité. Se confronter à la vulnérabilité et y répondre est un savoir pratique. Il est capital que les personnes âgées se sentent exister en tant que personnes dans notre regard, même si elles demeurent dépendantes psychologiquement et physiquement dans les actes de la vie quotidienne.

Vulnérabilité, droit et contention en gériatrie : Comment une personne âgée vulnérable peut-elle être protégée ? Selon le rapport Belmont, les personnes sont traitées avec éthique si leurs décisions sont respectées et si elles sont protégées contre les dommages éventuels, et si des efforts sont faits pour assurer leur bien-être.¹⁰ La Maxime d'Hippocrate citée dans le rapport Belmont rappelle : "Ne faites pas de tort", "maximiser les avantages et minimisez les dommages possibles...." Ceci est depuis bien longtemps un principe fondamental de l'éthique médicale. Cependant, les situations autour de la contention ne sont pas toujours dénuées d'ambiguïté et peuvent contraindre l'équipe médicale et paramédicale à faire des choix difficiles et à risques. Quelle place les professionnels de santé laissent-ils alors à la personne âgée vulnérable devant un refus de soins ? Comment peuvent-ils favoriser l'autonomie des personnes vulnérables ? Dans un souci éthique, chaque professionnel de santé se doit de protéger le plus faible et le plus vulnérable. L'éthique de la vulnérabilité peut se représenter ainsi : "Considérer le plus vulnérable comme capable de donner et de recevoir".¹¹

2.1.2 Le concept de liberté et le concept d'autonomie

Nous avons fait le choix de présenter ces deux concepts ensemble car ils sont intimement liés. Les professionnels de santé évoquent surtout le terme d'autonomie et les professionnels du droit celui de liberté. Ces deux concepts sont régulièrement mobilisés au cours de notre réflexion.

L'autonomie est "la capacité de quelqu'un à être autonome à ne pas dépendre d'autrui."¹² Avec pour étymologie auto : soi-même et nomos : normes ; l'autonomie pourrait alors se traduire par le fait de se donner à soi-même ses propres lois et sa règle de conduite.

L'autonomie : Dans la philosophie juridique, le concept d'autonomie doit principalement sa célébrité à l'analyse kantienne de la conduite éthique. Chez Kant, l'acte moral se caractérise comme étant un acte libre. Or la liberté implique l'autonomie, c'est-à-dire le fait que le sujet se donne à lui-même la loi qu'il respecte...L'autonomie, et donc la liberté et la moralité, consistent pour l'homme, être raisonnable, à prendre des décisions *en tant qu'être raisonnable*, sans égard à la

¹⁰ Belmont. Commission Nationale américaine pour la protection des sujets humains dans la recherche biomédicale et comportementale. 1978 ; 6.

¹¹ Pandele S. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Gap : Seli Arslan ; 2009. p.77.

¹² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779?q=autonomie#6751>

partie empirique de sa nature et en se soumettant au contraire aux commandements de la raison pratique légiférante. Alors, il devient proprement *personne*....l'autonomie ne se sépare pas de la personnalité....¹³

"... le point sublime dans la pensée de Rousseau et de Kant est qu'une personne est autonome si et seulement si elle n'est soumise qu'à sa propre législation, qu'il s'agisse des lois d'une société ou des lois de moralité. Donc l'essence de l'autonomie est la liberté d'une personne, tant qu'elle est raisonnable à suivre sa propre législation." ¹⁴

La personne autonome doit avoir une compréhension et une capacité à décider adaptées pour faire de réels choix et savoir les assumer. Ses capacités de vouloir, d'agir sont conscientes et volontaires. De manière rationnelle et libre, elle est en accord avec ses souhaits, ses préférences et ses projets. "Respecter un individu autonome, c'est, au minimum, reconnaître le droit de cette personne à avoir des opinions, à faire des choix et à agir en fonction de ses valeurs et de ses croyances." ¹⁵ Il est important de se rappeler que la personne doit être le principal acteur de sa situation à la fois particulière et unique. Certaines fois, le choix du patient prévaut sur celui du médecin à condition que le patient ait eu une information loyale et puisse donner un consentement libre et éclairé. Nous sommes là au cœur des conflits de valeur permettant de définir une pratique de soins.

Refuser l'autonomie au patient pourrait mettre à mal un principe éthique universellement reconnu, le respect de la personne. L'éthique de la liberté exige que les professionnels ne nuisent pas à la personne en voulant trop choisir et faire à sa place, trop rapidement et trop souvent. " Dans les maisons de retraite, de nombreuses personnes ont déjà moins d'aptitudes à faire des choix personnels à cause des dégradations physiques. Ce déclin de l'autonomie d'exécution ne doit pas être accompagné d'un déclin de l'autonomie décisionnelle mais les personnes qui s'occupent de ces personnes âgées, négligent, interprètent mal ou passent outre leurs décisions autonomes. " ¹⁶

Il s'agit de trouver le juste équilibre pour éviter la négligence et l'excès de sécurité. Il est également nécessaire de veiller à l'expression des souhaits des personnes pour respecter l'autonomie. "... Si le respect de l'autonomie est un droit (et donc un devoir) absolu et indiscutable, c'est sans doute parce qu'elle s'ancre dans une dimension encore plus vitale, et

¹³ Dictionnaire de philosophie, Baraquin N., Baud A., Dugue J., Laffi J., Ribes F., Wili J, 200-1.

¹⁴ Canto-Sperber M. Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. Vendoeme : Presse Universitaire de France ; 2001. p. 122.

¹⁵ Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Clamecy : Médecine et Sciences humaines/Les belles lettres ; 2008. p.101.

¹⁶ Beauchamp T L, Childress J F. Ibid., p.156.

totalement universelle, de la personne".¹⁷

Il est à espérer que la personne choisisse les règles de sa vie et les risques qu'elle accepte de prendre. Le risque suppose un choix qui correspond à l'exercice de la liberté qui est une valeur fondamentale. Pour Emmanuel KANT (1724-1804), la liberté consiste dans l'accomplissement de la loi morale, qui est la même pour tous, mais que nous donnons à nous-mêmes.¹⁸

La liberté est d'ailleurs une notion d'une rare complexité et se révèle toujours une approche délicate pour le juriste. Le dictionnaire Littré nous offre au mot liberté vingt entrées parmi lesquelles nous relèverons les suivantes : 9ème pouvoir d'agir ou de n'agir pas. 10ème terme de philosophie : libre arbitre, faculté qu'à l'homme de se décider comme il lui convient. 13ème : absence de contrainte...On le voit la liberté peut être active ou passive, une liberté d'action ou bien d'abstention et confirme à la fois à la participation et à l'autonomie.¹⁹

La liberté et la responsabilité : La liberté est la contrepartie de la responsabilité et ces deux notions ne peuvent pas être dissociées. Dans certaines situations, les professionnels de santé doivent aussi respecter le refus d'une personne. Ceci peut alors correspondre à un choix autonome et à l'expression de sa liberté. La question du respect du choix de la personne pose ainsi un problème éthique qui se situe à la rencontre du droit au choix de la personne soignée face aux devoirs professionnels des soignants.

Toute personne âgée est en effet avant toute autre considération un citoyen capable et responsable susceptible de disposer librement de sa personne, de son corps et de ses biens comme le prescrit la Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen. Celle-ci mérite sans doute d'être rappelée afin d'éviter de se cantonner dans un droit spécifique aux personnes âgées qui pourrait nous faire oublier que nous sommes avant tout dans le domaine de l'universel. Les libertés fondamentales dont doivent disposer les personnes âgées ne peuvent être restreintes que par l'autorité judiciaire (à savoir le juge des tutelles) dans le cadre d'une législation et d'une réglementation très précises. Nous l'avons déjà affirmé. Force est de constater qu'en dépit de ces protections, la parole et les actes des personnes âgées se trouvent fréquemment disqualifiés....²⁰

Respecter la liberté de la personne âgée comprend un certain risque, une incertitude ainsi que renoncer à une sécurité optimale. Il nous semble important de penser que la personne âgée ayant des troubles cognitifs soit encore apte à faire certains choix. Mais encore faut-il que les professionnels la laisse s'exprimer, et croire en cette capacité, même affaiblie, d'exercer son droit

¹⁷ Barrier P. Le patient autonome. Millau : Presse Universitaire de France ; 2015. p.57.

¹⁸ Journet N. La liberté, jusqu'où sommes-nous libres? Sciences humaines. 2015 ; 32.

¹⁹ Violla F, Bourret R, Martinez E, sous la coordination de Reynier M. et de Martinet E. Les grandes décisions du droit médical. 2ème éd. Issy-les-Moulineaux : Lextenso; 2014. p.302.

²⁰ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gérontologiques. Paris : Dunod ; 2004. p.13.

au choix. " Il est grand temps que la préoccupation éthique de la liberté redonne à chacun son humanité".²¹

L'éthique fait appel à des repères d'ordre juridiques, déontologiques, des recommandations, des chartes et pour défendre ces droits et des valeurs humaines. Ainsi, en lien avec nos concepts de liberté et d'autonomie, nous souhaitons reprendre quelques lignes de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante :

- la personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer, et de participer à la vie de la société
- la personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités
- toute personne en situation de dépendance conserve l'intégralité de ses droits conformément à la loi

Nous pouvons donc affirmer que les personnes âgées ont besoin d'être accompagnées, soutenues pour pouvoir exercer leur autonomie et leurs droits. Les professionnels peuvent être également en position de médiation entre la personne et sa famille. L'expression de son autonomie et de sa liberté commence alors par l'écouter directement, la comprendre, l'observer voire décoder les besoins qu'elle n'arrive plus à exprimer.

La liberté d'aller et venir : Des alternatives à la contention physique doivent toujours être recherchées pour préserver un droit fondamental : la liberté d'aller et venir.

Ce n'est pas par hasard si Aristote est à l'origine d'une école philosophique dont les membres étaient, en tout bien tout honneur, appelés "péripatéticiens" (les promeneurs). La pensée se déploie mieux quand le corps peut-être en mouvement. Empêcher les personnes âgées de marcher, les enfermer, réduit leur capacité d'exister, de penser. La contention physique n'est pas que physique, mais également psychique et émotionnelle.

²²

Les familles ou les soignants demandeurs de contention réduisent l'espace de libertés des personnes soignées. La contention pose donc des problèmes éthiques et philosophiques liés à la mise à l'épreuve de la liberté.

Il est important de rappeler que la dignité passe par le respect de l'autonomie et les droits de la personne. Alors, comment protéger la personne âgée sans porter préjudice à sa dignité et à sa liberté ?

Le respect de la liberté d'aller et venir est probablement un des droits des patients les plus complexes à préserver dans le cadre de la prise en charge d'un patient. Les acteurs de santé sont, en effet, confrontés à une situation des plus ambivalentes. S'ils doivent, de première

²¹ Pande S. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Op.cit. p.104.

²² Bertrand Q. "La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement !" Op.cit. 111-5.

part, assurer la sécurité du patient et mettre en œuvre les soins attendus, il leur incombe, de seconde part, de veiller au respect des droits et des libertés fondamentaux de la personne. L'équilibre entre ces deux impératifs est particulièrement délicat à assurer. La jurisprudence rendue, notamment dans le champ de la santé mentale, vient nous rappeler que si des aménagements sont parfois envisageables, le principe demeure celui de la préservation de la liberté d'aller et venir. Les libertés de penser, de s'exprimer, de disposer de son corps et de ses biens, d'aller et venir, sont des droits fondamentaux affirmés par les sociétés démocratiques.²³

"La liberté d'aller et venir figure indéniablement au tout premier rang des droits et libertés fondamentaux de la personne. Élément essentiel de nos existence "se mouvoir, stationner et séjourner font partie intégrante de ses (celles de la personne humaine) fonctions vitales".²⁴

Chez une personne sous contention, la liberté d'aller et venir étant compromise, elle finit par porter atteinte à d'autres libertés et à réduire encore son autonomie. Ce serait par exemple, le patient qui fait tomber sa revue et qui ne peut plus la ramasser, qui souhaite téléphoner, prendre un verre, aller aux toilettes... Ces différentes restrictions de liberté n'altèrent-elles pas le principe de respect de la personne et de sa dignité ?

2.1.3 Le concept de personne et le concept de dignité humaine

La reconnaissance de l'Autre en tant que personne est capitale mais également la reconnaissance de sa dignité. Le droit au respect de la dignité se doit d'être apprécié comme le respect de la personne. C'est pour cette raison que nous tentons d'allier ces deux concepts.

Définition de la personne : "Etre humain sans distinction de sexe."²⁵

Personne, du latin persona : masque de théâtre, puis rôle, personnage. 1. L'être conscient de son identité propre. Plus précisément : l'être humain concret, en tant que sujet conscient de ses actes, capable d'en répondre et de les mesurer à des droits et des devoirs. La personne n'est pas réduite à la seule existence individuelle, elle est saisie comme synthèse concrète du singulier et de l'universel, la raison étant en chaque personne son aptitude à la communication universelle, en particulier sur le plan moral. 2. *Jur.* : tout individu (personne physique) ou tout groupement d'individus (personne morale) auquel le droit confère le statut d'agent responsable, possédant des droits et des devoirs définis par la loi.²⁶

La personne responsable : "En philosophie du droit, la position de la personne comme ultime instance de ses décisions signifie qu'elle est sujet de droit, c'est-à-dire qu'elle est engagée dans un jeu de droits et de devoirs, et qu'elle peut être citée en responsabilité. "²⁷ La morale Kantienne

²³ Journet N. La liberté, jusqu'où sommes-nous libres? Op.cit. 26.

²⁴ Violla F, Bourret R et Martinez E, sous la coordination de Reynier M et de Martinet E. Les grandes décisions du droit médical. Op.cit. p.302.

²⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/personne/59812?q=personne#59447>

²⁶ Encyclopédie philosophique universelle, les notions philosophiques. Dictionnaire 1, A à L.

²⁷ Petit dictionnaire d'éthique. Sous la direction de Otfried Höffe. Edition Du Cerf. Paris : 1993. p.246-7.

estime que certains êtres ne sont pas des personnes non pas au sens de personne humaine mais au sens de personne responsable. Selon Emmanuel KANT, la personne est un être moral. Elle possède ainsi une raison et une volonté, sa liberté s'exprime alors comme autonomie morale. Le statut de personne responsable est-il suffisamment reconnu à la personne âgée ? Et pour la personne âgée présentant des troubles cognitifs, qu'en est-il ?

La personne humaine :

Pour le droit, le corps est le substratum de la personne. Atteindre le corps, c'est atteindre la personne. D'où une protection très vigilante...Le corps est la personne. Ce n'est pas la volonté qui est la marque de la spécificité humaine. L'idée peut paraître séduisante, mais elle est insuffisante car elle reviendrait à dire que la personne atteinte d'une maladie mentale, ou de troubles de conscience dus à l'âge ou à une maladie, verrait sa qualité de personne altérée.²⁸

Les personnes sont perçues comme des êtres à part entière, uniques, avec des besoins, des sentiments, des souffrances. Cela implique leur respect inconditionnel sans aucune distinction. Nous sommes sensibles à ce statut de personne accordé. Même avec des troubles cognitifs importants, la personne âgée doit être respectée en paroles et en soins. Le respect repose sur la compréhension de ses besoins ce qui constitue à la fois une difficulté mais aussi la subtilité du travail des professionnels de la santé. La reconnaissance de la personne âgée comme une personne est capitale, quelles que soient les altérations physiques et psychiques affectant son état de santé. Même très âgée et très vulnérable, la vie de la personne âgée continue et elle a le droit de garder du désir et du plaisir ainsi que du bonheur. Pour cela, la prise en considération de son histoire, de sa situation, de son vécu est importante afin de mieux connaître ses souhaits, ses choix et respecter sa dignité.

Définition de la dignité : "Respect que mérite quelqu'un ou quelque chose."²⁹

On s'interrogea pour savoir en quoi consiste notre dignité (la raison, la volonté, la liberté, la conscience, la sensibilité ou la valeur intrinsèque), dans un champ sanitaire où, sous l'épreuve de la maladie, toutes ses capacités semblent malmenées. Le grand malade vit l'expérience d'un dépouillement, d'une perte de dignité. Mais que perd-on exactement lorsque l'on dit perdre sa dignité ? La dignité peut-elle se perdre comme on perd son habit ?³⁰

E. FIAT s'interroge également sur le fait que la dignité peut se perdre : "La dignité est-elle intrinsèque à la personne humaine, ou bien peut-elle se perdre sous l'effet des conduites ou des

²⁸ Maufaoux-Immergout R, Devers G, Devers K B. Précis de législation, éthique et déontologie. Pays-Bas : Lamarre ; 2012. p.63.

²⁹ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dignite/c3%a9/25525?q=dignite#25404>

³⁰ Pierron J-P. Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Op.cit. p.102.

situations ?" ³¹ La dignité est un droit fondamental reconnu à toute personne. Elle est également au cœur de la déclaration des droits de l'homme. La dignité ne peut donc pas se dissocier de l'humanité. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a en effet inséré dans le Code de la Santé Publique l'article L.1110-2 selon lequel la personne malade a le droit au respect de sa dignité. Toute personne a donc droit à une existence digne, valant la peine d'être vécue, dès le commencement de sa vie et jusqu'aux derniers instants de celle-ci. C'est une valeur intrinsèque à la personne humaine qui correspond à l'estime de soi et c'est à la fois une notion morale et éthique. "Regarder un homme comme une fin en soi, c'est aussi pour Kant interdire qu'il soit jamais traité comme un simple moyen." ³² Le principe éthique le plus souvent présenté comme condition à la dignité est le respect. Etre digne, c'est se faire respecter par les autres physiquement, psychologiquement, socialement et se respecter soi-même. C'est garder son statut de personne et que celui-ci soit confirmé par le regard et les mots d'autrui. La dignité perçue dépend également du regard donné par l'Autre. La reconnaissance par l'Autre permet de donner de la dignité à la personne soignée. La dignité de la personne âgée trouve son sens dans la considération quotidienne. Le respect de la dignité passe par le respect de la personne tel qu'elle est, ainsi que de ses habitudes. Une attention et une personnalisation de ses soins ainsi que l'amélioration des pratiques professionnelles sont donc indispensables.

...Si la dignité est souvent invoquée en ce qui concerne les personnes âgées, c'est parce que certains actes, pratiques ou attitudes à leurs égards semblent les nier en tant que personnes. Les représentations actuelles de la vieillesse contribuent à assimiler ce temps de la vie à la dépendance et à la perte d'autonomie. L'âge est associé à un manque de discernement, et les différentes pertes qui affectent les personnes peuvent très vite être perçues comme le signe de la " perte de leur dignité". Ces représentations...contribuent également en retour à "disqualifier" les personnes à leurs yeux. ³³

Si le professionnel n'estime plus que le patient est une personne et ne peut pas respecter la dignité humaine de celui-ci ; ne s'oublierait-il pas lui-même en tant que personne ? Si certains patients ne sont plus réellement considérés comme des personnes par des professionnels, comment ne peuvent-ils pas être discriminés en n'étant pas reconnus comme une valeur égale aux autres patients ? Pourquoi auraient-ils moins d'importance que les patients plus autonomes ? Alors qu'une des missions principales des professionnels de santé est de soigner et d'accompagner les patients en mettant tout en œuvre pour le respect de la personne et faire en sorte que le respect de sa dignité se doit d'être apprécié comme respect de l'autonomie. Ainsi,

³¹ Fiat E. Petit traité de dignité. Mayenne : Larousse ; 2012. p.146.

³² Fiat E. Ibid. p.146.

³³ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gérontologiques. op.cit, p.186-7.

nous considérons que la relation de soin à l'Autre ne peut être éthique qu'à la condition même du respect de sa dignité. Ce postulat nous semble donc être la base pour toute prise en soins éthique.

2.2 LA CONTENTION PHYSIQUE

2.2.1 Quelques définitions

La contention : Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, comprimer des tissus ou de protéger un malade agité.³⁴

La contention physique passive se définit comme : "... 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 adapté".³⁵ Cette définition exclut les contentions actives, utilisées par exemple en rééducation.

2.2.2 Prévalence de la contention physique passive chez les personnes âgées

Après vous avoir présenté nos situations d'appel qui sont le témoin de notre regard profane et singulier, nous souhaitons présenter des données chiffrées qui donnent plus d'objectivité concernant les pratiques de contention chez les personnes âgées. Nous faisons donc le choix de vous présenter deux enquêtes. En lien avec nos situations d'appel, l'une est réalisée dans des EHPAD, l'autre en services hospitaliers de gériatrie. En 2011, une étude avait été effectuée auprès de 20 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes du Nord-Pas-de-Calais. Elle avait montré que la prévalence de la contention était stable par rapport à 2008. Celle-ci étant de 45,7% pour ces deux années.³⁶ Les personnes âgées contenues avaient un degré de dépendance et une altération cognitive plus importante que celles non contenues. Les barrières de lit étaient utilisées chez 97,6% des sujets ayant une contention. La crainte de la chute demeurait le principal motif de prescription (93,1 %), chez des personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés (65,1 %).

La contention était décidée par le médecin ou par une équipe pluridisciplinaire dans 75,7% des cas. Le résident en faisait lui-même la demande dans (15,9%). Le décideur n'était pas retrouvé dans 2,4% des cas ; dans 1%, c'était la famille. Les transmissions écrites étaient les suivantes : la traçabilité de la prescription (64,4% de prescription écrite dont 64,1% motivée), la traçabilité de la surveillance (48,1%), l'information de la personne âgée (67,8%) et de ses proches (69,1%). Un

³⁴ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580?q=contention#18478>

³⁵ <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>. Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé. 2000 ; 10.

³⁶ Pelisset A., Durocher A.-M., Marie G., Puissieux F., Di pompeo C. "et" le comité scientifique de la société septentrionale de gérontologie clinique. Contention Physique Passive Evaluation régionale des pratiques en EHPAD en 2011. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. 2014 ; 205 : 193.

seul type de contention (le plus souvent les barrières de lit) était présent pour 68,1% des personnes âgées, 31,9% avaient deux contentions ou plus. Conformément à la littérature, cette étude a montré que plus l'état cognitif et l'autonomie était dégradé, plus le risque d'être contenu par plusieurs moyens de contention était grand. Les professionnels sensibilisés aux questions que soulève cette pratique intégraient davantage les propositions de la Haute Autorité de Santé. Des progrès sont encore possible d'où la nécessité de poursuivre des formations auprès de ces professionnels.

Concernant le milieu hospitalier, une enquête a été réalisée en 2006 dans le service de gériatrie clinique et dans l'unité de neuro psychogériatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne. 168 patients ont été inclus à cette étude et avec une moyenne d'âge de 85 ans. 70 % des personnes hospitalisées présentaient une démence. Les patients étaient considérés à risque de chute pour 68 % des soignants. La prévalence de la contention physique passive était de 65%. La contention de jour concernait 22 % des patients. Il en a été conclu que la formation des professionnels aux maladies neuro dégénératives et à la sensibilisation des dangers de la contention pourrait réduire l'usage de la contention en gériatrie.³⁷

2.2.3 Les motifs de la contention physique

La contention physique doit rester exceptionnelle et relever exclusivement d'une prescription médicale. Elle n'est envisageable qu'en cas d'échec des mesures environnementales, relationnelles et pharmacologiques et lorsqu' un péril imminent est avéré. "Chez la personne âgée, la contention est utilisée pour prévenir les chutes, limiter les troubles du comportement, et faciliter la mise en œuvre des soins." ³⁸

2.2.4 Les risques liés à la contention physique

Les principaux risques physiques correspondent au risque de décès (une personne sur 1000 selon l'ANAES), risque de compressions neurologiques/ vasculaires, risque thromboembolique, infections (respiratoires, urinaires...), déshydratation, dénutrition, risque orthopédique, atrophie musculaire, chutes, troubles du sommeil, escarres, dépendance accrue, risque troubles intestinaux, incontinence...

Les risques psychologiques peuvent être : désorientation, agressivité, agitation, angoisse, humiliation, repli, résignation, privation de la liberté, perte du sentiment de dignité, sentiment d'emprisonnement, sentiment d'être maltraité, dépression, syndrome de glissement, risque suicidaire... "La grande détresse et l'inconfort physique que cette immobilisation est susceptible

³⁷ Dumas V, Dorey J-M, Vercherin P, Chaneliere A-F, Celarier T "et" Gonthier R. Intérêt d'une prise en charge spécifique pour limiter l'usage de la contention en gériatrie. Risques et qualité. 2008, 5 (3) : 158-164.

³⁸ Dumas V, Dorey J-M, Vercherin P, Chaneliere A-F, Celarier T "et" Gonthier R. Ibid. 159.

de causer, le niveau de souffrance et d'humiliation, peuvent ne pas être jugés compatibles avec l'article 3 (traitements inhumains et/ou dégradants). " ³⁹ Au niveau de notre réflexion, les personnes âgées contenues pendant de longues périodes pouvant aller de plusieurs mois voire des années, constitue un traitement encore plus inhumain et dégradant qu'une contention de courte durée.

Les risques sociaux correspondent quant à eux essentiellement au sentiment d'isolement, d'être mis à l'écart. Chez certains patients, la contention risque-t-elle d'augmenter la situation de vulnérabilité ?

2.2.5 La surveillance

La mise sous contention d'une personne nécessite une surveillance spécifique, rigoureuse et personnalisée de la part des professionnels. Tous les éléments de surveillance ainsi que les éventuelles conséquences de la contention doivent être notés dans le dossier du patient.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : ... Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ; la surveillance clinique du patient immobilisé entraîne des risques importants. Cette surveillance doit être d'autant plus attentive que la décision prive le patient d'une part de sa liberté.⁴⁰

La surveillance dépend ainsi d'un certain nombre de facteurs humains et organisationnels (dotation en personnel, qualification, taux d'encadrement...), de facteurs architecturaux (salle à manger commune, nombre de chambres...). Des précautions importantes sont donc à respecter, la surveillance de la personne soignée étant capitale pour sa sécurité physique. "Avoir toujours à portée de main les dispositifs de levée de contention physique en cas d'urgence. Si le matériel de contention comporte des aimants de fixation, attention au patient porteur d'un pace maker : risque d'interaction avec les aimants, donc pas à proximité du pace maker. Ne pas laisser au patient des objets coupants, tranchants ou des briquets." ⁴¹

La surveillance nécessite alors une évaluation régulière des besoins fondamentaux du patient. Sur le plan psychologique, une importance doit être accordée à l'accompagnement personnalisé de la personne soignée et de ses proches. Lorsqu'une personne âgée a encore la possibilité de marcher malgré sa contention, il est important que les intervenants la sollicitent pour réaliser les

³⁹ Martinent E. De la contention de personnes en état de vulnérabilité. Soins gérontologie. 2013 ; 103 : 38.

⁴⁰ Maufaux-Immergout R, Devers G, Devers K B. Précis de législation, éthique et déontologie. Op.cit. p.122-4.

⁴¹ Anonyme. Législation et déontologie concernant l'isolement, la contention, la limitation des mouvements et des droits des patients. Revue Turbulances. 2010 ; 52, 30-2.

transferts et la faire marcher en dehors des temps de kinésithérapie prévus. En effet, un des risques de la mise sous contention est que la personne âgée finisse par ne plus pouvoir marcher. Si le patient est en situation de crise, une surveillance rapprochée doit être réalisée. Une surveillance doit se faire tous les quarts d'heure la première heure. Celle-ci doit être prescrite et programmée. L'observation de la tolérance vis-à-vis de ce soin est capitale et doit être notifiée. Chaque surveillance comportant les horaires doit être systématiquement tracée dans le dossier du patient (paramètres vitaux et comportement...) ainsi que sur la fiche de liaison lors d'un transfert. La traçabilité de l'information donnée au patient et à la famille doit être également notée. La surveillance doit porter sur tous les besoins fondamentaux du patient au regard des différents risques que nous avons cités. Le matériel doit être approprié et vérifié : taille adaptée au patient, conformité et intégrité du matériel. Si le patient n'est pas en visu directement avec un soignant, un système d'appel doit toujours être laissé à sa portée. Les professionnels de santé se doivent donc de veiller à la sécurité et au confort du patient ainsi qu'au respect de sa dignité et son intimité.

Selon le principe de justice, l'information et l'intérêt de la contention délivrés à la personne âgée et à son entourage sont capitales pour les accompagner en vue d'obtenir leur adhésion. Il est important de donner des explications simples et argumentées. Cela nécessite patience et disponibilité de la part des intervenants.

Il est également souhaitable d'avoir un comportement calme, apaisant et une voix posée. Selon le principe de bienfaisance, le prendre soin des professionnels favorisent souvent la réassurance et la compréhension de cette pratique de soins.

2.2.6 Le matériel utilisé

Au lit : Les attaches de poignets et de chevilles sont exceptionnellement utilisées. En cas d'agitation importante, elles doivent être uniquement laissées en place une courte durée.

La ceinture abdominale doit systématiquement être munie d'une sangle périnéale pour éviter le risque de strangulation. Elle doit être fermée avec cinq points différents et être installée sans barrière pour permettre au patient de s'asseoir au bord du lit. Le lit est laissé en position basse. Les barrières ne sont pas conçues pour empêcher un patient de sortir de son lit. Elles doivent être utilisées pour éviter la chute principalement pendant le transport. Le sécuridrap n'est pas adapté pour une personne agitée mais pour une personne désorientée. Avec ce système, les barrières doivent être installées et le patient peut s'asseoir dans le lit et se tourner sur le côté.

Au fauteuil : Les sangles abdominales sont utilisées pour des patients peu agités. Les sangles pelviennes sont prévues pour des personnes agitées. Les fauteuils coquilles peuvent être adaptés

avec une assise inclinable. Des tablettes de fauteuil peuvent être installées sur des fauteuils fixes ou sur des fauteuils roulants.

2.2.7 La réévaluation

La contention est un soin dont la mise en œuvre, le maintien et l'arrêt nécessitent une surveillance appropriée ainsi que des évaluations régulières des besoins et des risques. L'évaluation comprend les besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux de la personne âgée. Ceci doit être systématiquement tracé. Le rythme de renouvellement de la prescription devrait être journalier. N'est-ce pas utopique notamment dans les EHPAD où il n'y pas de médecin coordonnateur ?

Le maintien de la contention : Toutes les contentions ne peuvent pas être arrêtées ; certaines peuvent être considérées comme indispensables.

Des mesures de réévaluation sont essentielles et doivent être tracées. Le maintien doit être justifié par des explications adaptées à la personne, pour rester dans l'objectif thérapeutique et ne pas être perçu comme une punition.

Si la contention doit être poursuivie, l'intérêt de la réflexion en équipe pluridisciplinaire serait que la personne âgée puisse tout de même conserver au mieux une certaine qualité de vie perceptuelle.

La levée de la contention : Pendant l'épisode de contention, si cela est réalisable, le médecin doit prescrire les périodes de levée. L'ablation des dispositifs de contention relève d'une prescription médicale. Le retrait de la contention doit être fait le plus tôt possible. Cela nécessite une surveillance rapprochée au début de la levée de la contention afin que la sécurité et le confort du patient soient assurés.

2.3 LE CADRE LEGISLATIF ET LA REFLEXION ETHIQUE

Pour avancer dans notre travail de recherche, il nous a semblé nécessaire de reprendre la citation de G. DEVERS, "le droit ne protège rien de plus que l'être humain".⁴² Partant de ce principe, nous souhaitons donc nous appuyer sur quelques textes réglementaires et citations pour étayer notre cadre législatif.

2.3.1 Le principe de proportionnalité

Dans un certain nombre de situations, la décision médicale doit être prise après une procédure collégiale accompagnée d'une dimension éthique.

⁴² Devers G. Lettre d'un avocat à une amie infirmière. Op.cit. p.5.

Toute personne a, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.⁴³

"Mettre un malade sous contention physique est une décision grave qui aliène la liberté du malade, lui fait courir de nouveaux risques et est censée le protéger d'autres risques, qu'il faut préciser. Le poids des divers risques doit être comparé".⁴⁴

"Etre bienfaisant, de façon appropriée, implique généralement qu'une personne puisse déterminer quelles actions produiront une quantité suffisante de bienfaits pour justifier leurs coûts." ⁴⁵ Au travers de ces différentes citations, nous pouvons donc en déduire que le médecin doit juger avec prudence et avec justesse les risques de l'absence de contention ainsi que ceux de la mise sous contention.

Il faut qu'il ait soigneusement vérifié l'échec d'alternatives à la contention physique et que la décision de contenir un patient soit bien argumentée. Il se doit également de rechercher si les bénéfices probables l'emporteront sur les risques encourus par la personne âgée. Pour mettre en place une contention, le médecin doit doser le rapport bénéfice/risque en concluant que celui-ci est favorable Il ne doit pas faire courir un risque injustifié, inutile ou déraisonnable au patient.

2.3.2 La décision et la prescription médicale

Toute décision médicale comporte en arrière-plan une analyse bénéfice/risque. La mise sous contention est une décision médicale motivée. La prescription médicale doit être écrite, horodatée, motivée et signée. L'identification du médecin prescripteur doit être lisible. C'est un acte strictement médical. Chaque décision médicale est singulière et se fonde sur des critères objectifs et subjectifs. En fonction de son choix thérapeutique, c'est uniquement le médecin et lui seul qui a la légitimité pour établir la prescription. La décision finale appartient au médecin qui engage sa responsabilité. Aucune contention ne doit être réalisée sans évaluation de l'état clinique du patient. Le médecin porte la décision finale et assume les risques inhérents à l'option choisie. La première prescription ne doit pas dépasser 24 heures. Si la contention doit se poursuivre, une deuxième prescription doit être réalisée. La prescription précise les points de contention et le matériel utilisé. Si le patient a le droit à des temps sans contention, ceux-ci

⁴³ Abondo M, Bouvet R, Le Gueut M. Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? Revue droit et santé. 2014 ; 62 : 1628.

⁴⁴ Rumeau P, Marzais M. Attachage, contention physique passive ou contention physique réfléchie ? Gérontologie. 2001 ; 119 : 44.

⁴⁵ Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Op.cit. p.240.

doivent être précisés dans la prescription (ex : pour le repas, pour la toilette, lors d'une marche...).

La prescription de la contention doit être réévaluée toutes les 24 heures. Il faut vérifier que celle-ci soit encore nécessaire. En fonction de l'état clinique du patient, elle sera soit prolongée, soit levée. Il est important de rappeler que la contention physique doit être exceptionnelle et utilisée en dernier recours. En urgence, la décision peut être prise si les soignants isolés doivent faire face à une situation qu'ils estiment dangereuse pour le patient, son entourage et/ou pour eux-mêmes. La notion de péril imminent est avérée. Ce geste devra être notifié dans le dossier médical en précisant les circonstances qui l'expliquent.

Si le médecin n'est pas présent, le soignant devra faire valider par le médecin le plus rapidement possible la prescription de la contention. Nous pouvons alors nous interroger sur la fréquence de péril imminent chez les personnes âgées.

L'utilisation de la contention physique ne serait-elle pas disproportionnée par rapport à la notion du péril imminent ?

Une réflexion par rapport aux bénéfices/ risques doit être élaborée par l'équipe pluridisciplinaire. Le médecin ainsi que les autres professionnels doivent expliquer au patient et à ses proches les raisons de la contention et obtenir un consentement. En référence à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, la personne doit garder son libre choix et c'est à elle de décider sauf impossibilité.

L'équipe paramédicale arrive-t-elle à influencer la décision médicale ? Quel poids a-t-elle dans cette prise de décision ? Quelle légitimité le corps médical accorde-t-il à l'équipe soignante ?

En EHPAD, la place de l'équipe soignante ne semble pas être la même s'il y a un médecin coordonnateur ou si les personnes âgées sont uniquement suivies par des médecins libéraux. En centre hospitalier, les pratiques de l'équipe sont-elles imprégnées par la culture du médecin prescripteur ? Quel est le positionnement du cadre de santé à ce niveau ? S'implique-t-il dans cette prise de décision ? Comment réalise-t-il son alliance avec le corps médical ?

Et d'un point de vue institutionnel, comment concilier : sécurité des soins, qualité des soins et gestion des risques ? L'usage peut-être excessif de la contention ne privilégierait-il pas sécurité des soins et gestion des risques au détriment de la qualité des soins ? La sécurité du prescripteur et de l'équipe soignante, de la direction de l'établissement sont-elles mises en tension avec le bien-être et la liberté du patient ? Cependant, la banalisation de la contention ne ferait-elle pas oublier la singularité des personnes âgées et des situations de soins ? La norme de sécurité ne

s'opposerait-elle pas à l'unicité de chaque personne soignée ? Un excès de normalisation des soins ne peut-il pas entraîner la banalisation de ceux-ci ?

La pertinence de l'indication posée par une contention physique doit passer par une discussion collégiale car la décision médicale a des conséquences sur les soins réalisés par les professionnels au quotidien. Quel sens donne l'équipe à ce soin et quel sens la personne âgée et son entourage donnent à ce soin ? Peut-il y avoir divergence ? Il ne faudrait pas oublier que la vérité de l'autre n'est pas forcément la nôtre. La mise sous contention permet-elle toujours d'agir au mieux dans les intérêts des patients ? Qu'en pensent les soignants, y réfléchissent-ils vraiment ou se réfugient-ils derrière la prescription médicale ? Quelle est la place de la réflexion éthique ? Cependant, faut-il que l'équipe soit suffisamment dans une démarche réflexive, ait une certaine maturité et soit capable de faire le pas de côté pour s'interroger sur ses pratiques professionnelles. Existe-t-il une auto-évaluation vis-à-vis de cette pratique ?

Quel est le vécu des personnes âgées, de leur entourage ainsi que de celui des professionnels ? Une réflexion sur les effets de cette pratique est-elle suffisante ?

Selon le code de la Santé Publique (art. R.4312-29), le décret de compétences infirmières précise : "L'infirmier applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur ..." ⁴⁶ Cependant, il ne faut pas oublier que l'infirmier doit demander au médecin des compléments d'information si la prescription ne lui paraît pas claire ou cohérente. Avoir un regard critique peut permettre d'éviter certaines erreurs ou certaines situations inacceptables. Ceci relève entièrement de la responsabilité de l'infirmier. Il serait à souhaiter que le médecin oriente avec prudence son choix vers le juste soin et le bien et non pas uniquement en vue de l'efficace.

L'homme prudent est, selon Aristote, comme un navigateur : il est celui qui parvient à garder le cap malgré la tempête, celui qui préserve le sens de son action malgré les contraintes. Et donc la décision est parfois difficile, mais il faut décider. La décision se déploie toujours sur fond d'incertitude ; elle émerge toujours dans la pénombre du doute, est par essence crépusculaire : il peut y avoir un doute sur chacune de nos décisions ! ⁴⁷.

La prise de décision avant la prescription médicale serait un art subtil et complexe qui tenterait de s'adapter à la situation singulière de chaque personne âgée. "Décider une contention physique

⁴⁶ Anonyme. Prescription médicale : quelle marge de manœuvre ? Le bulletin de l'Ordre national infirmier. 2015 ; Octobre, 5.

⁴⁷ Pande S. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Op.cit. p.97.

passive chez un malade qui ne peut y coopérer, ni même y consentir est une décision grave. Il faut donc que les raisons soient majeures".⁴⁸

"Pour les droits de l'Homme, la contention est une mesure suspecte qui doit toujours être considérée comme exceptionnelle et subsidiaire et qui ne peut être mise en œuvre que dans des situations exceptionnelles en droit de la santé. Elle demeure toujours une pratique à risques qui est sujette à contentieux".⁴⁹

2.3.3 La responsabilité morale et juridique des professionnels de santé

Les pratiques de la contention nécessitent à la fois une responsabilité juridique et une responsabilité morale chez les professionnels de santé. Les notions d'obligations et de devoirs contribuent à promouvoir la sécurité, la qualité des soins et le respect des personnes âgées. Le médecin prend la décision médicale de prescrire une contention. La responsabilité paramédicale revient aux soignants qui la mettent en place et qui surveillent le patient mais aussi à l'ensemble des professionnels qui travaillent auprès de la personne contenue. La contention est une situation à risques qui met en jeu une problématique de la responsabilité en engageant toute une équipe. Il serait à souhaiter que la personne âgée soit écoutée et entendue ainsi que chaque membre de l'équipe. "La responsabilité, du latin "respondere", répondre, est la nécessité morale, l'obligation de répondre de ses actes ou de ceux des autres, de s'en porter garant devant une autorité, d'accepter de supporter les conséquences de ses actes. " ⁵⁰

"La responsabilité morale ne relève d'aucune législation. Elle est fonction de notre conscience morale et de codes, de chartes qui expriment les grandes valeurs auxquelles on adhère individuellement ou collectivement".⁵¹

Des guides de bonnes pratiques sont écrits et présentent ce qui est bien pour des personnes en général mais ils ne disent pas ce qu'est la bonne pratique pour une personne singulière. C'est donc à ce niveau que réside toute la subtilité de la responsabilité morale et de l'éthique : prendre en compte une personne unique dans son contexte personnel. Ces supports écrits sont-ils suffisamment diffusés ou connus par les équipes ? Quelle part de responsabilité juridique et morale, l'équipe peut-elle avoir dans son devoir d'agir si elle ne connaît pas les règles de bonnes pratiques ? Les représentations des professionnels ne sont-elles pas faussées s'ils associent essentiellement l'image de la contention à la sécurité ?

⁴⁸ Rumeau P, Marzais M. Attachage, contention physique passive ou contention physique réfléchie ? Op.cit. 43.

⁴⁹ Martinent E. De la contention de personnes en état de vulnérabilité. Op.cit. 35.

⁵⁰ Maufaoux-Immergout R, Devers G, Devers K B. Précis de législation, éthique et déontologie. Op.cit. p.171.

⁵¹ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gérontologiques. Op.cit. p.63.

"... la fragilité de la personne âgée, perçue par le proche comme par le professionnel, peut induire, à l'opposé d'une négligence, une hyper vigilance par crainte dont l'excès à vouloir empêcher toute prise de risque supposée nuit à l'expression de l'autonomie de la personne âgée. La marge avec la privation de liberté peut, dans ce contexte, s'observer aisément".⁵²

Dans certaines circonstances, assurer la sécurité de la personne âgée pourrait passer par une mise sous contention au détriment d'une part de sa liberté. Les personnes âgées sont-elles soumises à l'excès d'utilisation de la contention par des professionnels refusant de prendre le risque de voir leur responsabilité engagée ?

Selon G. DEVERS, des comptes sont demandés uniquement à des personnes responsables. Sa conviction est que " le droit ne doit pas être un obstacle dans les pratiques de soins mais un allié ! " ⁵³ Selon cet auteur, la responsabilité est également liée à la reconnaissance. Au cours de la formation du 3/11/2015 sur la contention physique des personnes âgées, le Dr S. AHMINE, gériatre, le rejoint dans ses propos en évoquant que la traçabilité des soins réalisés auprès de la personne âgée contenue permet une reconnaissance et une valorisation de la fonction soignante.

Sur le plan juridique, le décret de compétences infirmières précise de vérifier la cohérence de la prescription avec la situation du patient. Selon l'article R.4312-29 du code de la Santé Publique, l'infirmier doit communiquer "au médecin prescripteur toute information susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état du patient et de son évolution".⁵⁴ En effet, dans la pratique professionnelle quotidienne, les soignants ne doivent pas être réduits à des simples exécutants mais doivent garder l'esprit de critique et d'initiative en articulant les aspects juridiques, éthiques et moraux. Compte tenu du temps qu'ils passent quotidiennement auprès des personnes âgées, nous pouvons dire qu'ils doivent avoir la responsabilité de surveiller la tolérance de la contention et veiller au bien-être de la personne âgée.

2.3.4 L'information et le consentement du patient

L'information :

Un devoir, qui paraît être le corollaire du consentement à l'acte médical, ... Selon l'article L.1111-2 issu de la loi du 4 mars 2002, il est décliné :

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves

⁵² Ribeaucoup L, Malaquin-Pavan E. Prévenir la maltraitance en gériatrie : une posture d'équipe bientraitante. Op.cit. 35.

⁵³ Devers G. Lettre d'un avocat à une amie infirmière. 2ème éd. Pays-Bas : Lamarre ; 2013. p.XI.

⁵⁴ Anonyme. Prescription médicale : quelle marge de manœuvre ? Le bulletin de l'Ordre national infirmier. Op.cit. 5.

normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver... Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.⁵⁵

L'article R.4311-5 va dans le même sens et précise : " Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage ..." ⁵⁶ Ce temps d'information nous semble capital pour la personne âgée et ses proches. Ceux-ci doivent être informés des raisons et des buts de la contention. C'est au médecin et aux soignants de trouver le juste équilibre dans ce qu'il est souhaitable de transmettre aux patients et aux familles. L'explication sur l'objectif de la contention doit être répétée à la personne âgée ayant des troubles cognitifs chaque fois qu'elle ne comprend pas pourquoi elle est contenue ou lorsqu'elle ne s'en souvient plus.

"Parmi les points d'ancrage de la reconnaissance des droits de la personne, l'information joue un rôle particulièrement important... La reconnaissance passe par la connaissance, le rétablissement des droits par l'établissement et la diffusion d'une information accessible au plus grand nombre".⁵⁷ Selon le critère 1 de l'ANAES présenté dans notre annexe 3, 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. Ce document est-il réellement formulé et présenté aux personnes citées ?

Une information délivrée dans de bonnes conditions peut être un premier pas vers le consentement de la personne âgée et son adhésion aux soins. C'est à partir de ce principe même que peut débiter une relation de confiance. L'information a également pour objectif de permettre au patient d'être plus autonome dans sa décision.

Le consentement libre et éclairé : L'art.16.3 du Code civil issu des lois de bioéthique de 1994 dispose que "le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement à toute intervention thérapeutique." ⁵⁸ L'article L.1111-4, issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, précise :

⁵⁵ Dictionnaire permanent de bioéthique et biotechnologies. Editions législatives. 2015; Article 89, p.756

⁵⁶ Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Berger-Levrault ; 2013. p.164.

⁵⁷ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gérontologiques. Op.cit. p.86.

⁵⁸ Amyot J-J, Villez A. Ibid. p.138.

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le dictionnaire permanent de bioéthique et biotechnologie précise en plus : " Il ne s'agit donc plus d'obtenir le consentement, même si celui-ci est visé dans l'article, mais de décider ensemble, ce qui diffère symboliquement..."⁵⁹ Hormis un péril imminent, le consentement de la personne doit toujours être recherché quel que soit son niveau de compréhension et quel que soit son état de vulnérabilité. Qu'il soit oral ou écrit, le consentement de la personne doit être noté dans le dossier de soins. Dans les pratiques professionnelles, est-il bien tracé ? Lorsque le consentement est libre et éclairé, il ne pose pas de problème car la personne adhère aux soins (par exemple si la personne âgée souhaite avoir des barrières pour la nuit). Par contre, un des enjeux éthiques est celui du recueil du consentement des personnes ayant des troubles cognitifs. Comme nous l'avons vu lors des deux précédentes études, il est ainsi nécessaire de rappeler que la grande majorité des personnes âgées contenues en présentent. Malgré la présence des troubles cognitifs, "... le médecin a l'obligation de s'enquérir de la volonté du patient".⁶⁰ Dans certaines situations, le médecin se réfère à la famille ou à la personne de confiance pour essayer de rendre la relation la plus éthique et la plus symétrique possible.

L'éthique de l'autonomie et l'éthique de la vulnérabilité semblent être mises en tension. Comment le niveau de compréhension et la vulnérabilité influencent-ils ce consentement ?

Le consentement aléatoire et l'absence de consentement : " La contention physique est souvent appliquée sans le consentement du patient, qui porte atteinte à sa dignité et à sa liberté."⁶¹ Dans ce cas, la contention met en jeu la problématique du choix et de la décision. Pour les personnes âgées ayant des troubles cognitifs, il reste donc au médecin à évaluer le degré de discernement de la personne âgée. Pouvons-nous plutôt parler d'un consentement aléatoire ? Au cours de cette période de vulnérabilité, sur le plan éthique, comment peuvent s'exprimer le choix et le consentement de la personne âgée ? Quand le discernement du patient est atténué ou aboli, il

⁵⁹ Dictionnaire permanent de bioéthique et biotechnologies. Op.cit. p 756.

⁶⁰ Hervé C, Martinet E. Interactions entre médecine et droit de la santé. Revue générale de droit médical. 2016 ; 59 : 342.

⁶¹ Brousse A. Un cadre pour l'éthique. Objectifs soins et management. 2014 ; 223 : 37.

serait important que la personne âgée ait pu désigner une personne de confiance qui puisse participer à la décision. Le consentement renvoie au statut de la personne mais si celle-ci n'est plus capable de l'exprimer à cause d'un certain degré d'atteinte de son discernement, les professionnels de santé doivent passer outre s'il y a une nécessité thérapeutique.

... Le consentement et l'information médicale fondent la légitimité d'une telle pratique et non la prescription médicale seule. Le recueil du consentement éclairé de la personne distingue les soins contraints et /ou sous contrainte, des soins qui relèvent du pacte de soin et de l'alliance thérapeutique. Là est le point essentiel : les protocoles, les prescriptions et les compétences des professionnels de santé sont soumis à ce principe des droits de l'homme malade ou de la personne âgée en institution ou en établissement.⁶²

Les intervenants de la santé doivent respecter le choix des personnes dont ils s'occupent, y compris quand ce choix est un refus de soins sauf s'il y a une prescription médicale en souhaitant que cette décision soit bien argumentée et réfléchie en équipe. En l'absence de consentement, la contention doit être réalisée dans un souci de respect de la dignité de la personne soignée.

2.3.5 Le droit au risque et le droit au choix

Dans le rapport Belmont, il est stipulé que : "L'évaluation des risques et des avantages exige un examen attentif des données pertinentes. Le terme risque fait référence à la possibilité qu'un dommage puisse arriver. Le terme avantage s'applique à quelque chose de positif relatif à la santé et au bien-être".⁶³ Le risque indique ce qu'il faut éviter et non ce qu'il faut faire.

Il est préférable d'imaginer que la façon d'organiser la prise de risque serait une réflexion en équipe pluridisciplinaire. La personne âgée peut avoir une prise de risque qui est différente selon la culture du médecin et de l'équipe. Le degré de prise de risque peut également varier d'un service à un autre comme nous l'avons abordé dans nos situations d'appel. Il existe une tension entre la prise de risque et la recherche de la sécurité. Dans certaines situations, les personnes peuvent être jugées inaptes à prendre des décisions sans pour autant être reconnues comme incapables.

La prise de risque manifeste une autonomie dont les personnes âgées ne bénéficient pas toujours. Le droit au risque, s'il n'est pas reconnu par l'équipe, réduit l'autonomie de la personne. L'utilisation de la contention sans l'accord de la personne âgée et/ou de sa famille va à l'encontre du droit au choix, du droit au risque et du droit de décider. Comment décider de ce qui est préférable pour une personne qui n'a plus toutes ses capacités de décider elle-même ? Jusqu'où aller dans l'accompagnement de ces situations à risques ? Comment les personnes âgées peuvent-elles revendiquer leur liberté donc leur choix de prendre un risque quand leur vie ne s'exerce plus

⁶² Martinent E. De la contention de personnes en état de vulnérabilité. Soins gérontologie. Op.cit. 35.

⁶³ Belmont. Commission Nationale américaine pour la protection des sujets humains dans la recherche biomédicale et comportementale. Op.cit. p.11.

de manière complètement autonome, lorsqu'elles souffrent de troubles cognitifs ? Leur degré de vulnérabilité peut-il légitimer la remise en cause par les professionnels du droit au choix et du droit au risque ? Où commence l'abus de pouvoir et où commence celui de la négligence ?

Partant du principe que toute vie humaine se caractérise par une prise de risque, il devient mythique voire illusoire d'espérer épargner toute prise de risque à une personne âgée... A ce stade de la réflexion un postulat s'impose : la liberté absolue de choix et de prise de risques s'arrête pour les personnes âgées là où commence la responsabilité éthique, morale et juridique des soignants. De fait, liberté et responsabilité se rejoignent indissociablement telles les branches d'un faisceau, au point de ne plus pouvoir distinguer très clairement ce que relève de l'un ou de l'autre. La responsabilité morale et éthique qui voudrait privilégier la volonté de la personne âgée est annihilée par l'angoisse et l'insécurité que fait naître chez les soignants la prise de décision, l'orientation, la prescription. Dans ce domaine, la hiérarchie joue son rôle puisque c'est le médecin qui en portant la décision finale assume les risques inhérents à l'option choisie.⁶⁴

Décider, c'est toujours prendre des risques. "Les règles de décision qui doivent leur être coordonnées se fondent sur la règle d'or qui exige de chacun qu'il s'agisse comme s'il avait à supporter lui-même les conséquences négatives et les préjudices causés par son action."⁶⁵ La personne âgée a le droit au risque à condition que celui-ci soit justifié et ne soit pas démesuré. Comment parvenir à trouver la bonne décision qui permet à la fois de concilier l'exercice des libertés avec le besoin de sécurité des personnes âgées ainsi que la qualité de vie perceptuelle ?

"Chez Aristote, il existe un système plus complexe : trouver la bonne décision n'est possible que si l'on sait pratiquer plusieurs vertus à la fois, et non une seule, courage et tempérance, justice et compassion, fermeté et tendresse, etc. Et ce n'est possible que si l'on pratique la bonne vertu au bon moment!"⁶⁶

Essayer de mesurer les risques, c'est accepter d'en prendre. C'est reconnaître en équipe qu'il n'y a pas de solution parfaite : chaque décision comprend des bénéfices et des inconvénients à savoir justement doser. La question du droit au risque et du droit au choix apparaît comme une question philosophique et éthique car elle nous renvoie à l'autonomie de la personne âgée.

3 LA METHODOLOGIE DE NOTRE TRAVAIL DE RECHERCHE

3.1 LES OBJECTIFS

Les objectifs de notre enquête exploratoire consistent à approfondir notre analyse afin de tenter d'identifier quels sont les enjeux au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans la prise en soin des personnes âgées sous contention physique.

⁶⁴ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gérontologiques. Op.cit. p.117.

⁶⁵ Petit dictionnaire d'éthique. Op.cit. p.84-5.

⁶⁶ Pande S. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Op.cit. p.99.

Nous souhaitons également étudier la problématique concernant le manque d'accompagnement des équipes de professionnels. Ceci va nous permettre d'infirmier ou d'affirmer une de nos hypothèses de départ à savoir que le nombre de contentions physiques des personnes âgées serait peut-être plus élevé par manque d'accompagnement des équipes. Nous verrons également si notre proposition d'action de créer une équipe mobile d'éthique peut être retenue par les professionnels interrogés.

3.2 LE CHOIX DE L'OUTIL D'ENQUETE

Concernant ce travail de mémoire, le choix de l'outil d'enquête s'est orienté vers les questionnaires. Nous souhaitons que de nombreuses catégories socioprofessionnelles soient représentées. La complémentarité et la diversité des professionnels est souvent source de richesse dans une équipe. Nous avons préféré distribuer des questionnaires aux équipes pluridisciplinaires pour avoir un certain nombre de réponses sur le plan quantitatif mais aussi sur le plan qualitatif en proposant des questions ouvertes.

De plus, le caractère individuel et anonyme des questionnaires permet de s'exprimer plus librement et donc de répondre avec plus d'objectivité et de sincérité. L'enquête par questionnaires a pour objectif d'obtenir des réponses objectives mais également subjectives notamment celles qui s'intéressent aux valeurs et aux vécus autour de la contention. Pour mieux évaluer les pratiques, il nous a semblé important d'interroger les professionnels sur les représentations qu'ils avaient du vécu de la contention des patients, de leur entourage ainsi que de leur propre vécu.

3.3 ELABORATION DE L'OUTIL DE L'ENQUETE

L'élaboration de l'outil de l'enquête repose sur les différents contextes et concepts traités ainsi que la question de recherche : *comment accompagner les équipes pluri professionnelles dans une réflexion autour de la contention physique chez les personnes âgées ?*

Les questionnaires sont constitués de dix-neuf questions précédées d'une brève introduction de présentation de l'enquête. Pour mieux cerner les personnes interrogées, nous avons demandé des renseignements relatifs à leur fonction, leur lieu d'exercice professionnel et leur ancienneté d'expérience professionnelle auprès des personnes âgées. Nous avons fait le choix qu'une majorité de questions soit à choix multiples en gardant une possibilité supplémentaire d'inscrire une réponse personnalisée. L'objectif étant que les différents acteurs puissent nous expliquer la diversité de leurs pratiques professionnelles. Quelques questions ouvertes permettent une plus large liberté d'expression et également de connaître leur représentations et leurs vécus. Les professionnels de santé exercent dans une pratique à la fois objective, subjective et d'une manière singulière d'où notre intérêt à obtenir des réponses personnalisées.

3.3.1 L'échantillon

Nous avons fait le choix de distribuer ces questionnaires à des professionnels représentant plusieurs métiers de la santé afin de nous permettre d'avoir des angles de vue différents. Le choix de notre questionnaire montre l'importance que nous accordons au pluralisme. Que ce soit en centre hospitalier ou en EHPAD, il y a une multiplicité d'acteurs qui travaillent avec les personnes âgées. C'est cette complémentarité que nous souhaitons mettre en exergue. De par notre expérience professionnelle, nous souhaitons aussi reconnaître la place du travail de chacun. Nous avons dépassé notre objectif fixé vu l'hétérogénéité des participants : Stagiaires, Agents de Service Hospitaliers, Auxiliaires Médico-Psychologiques, Aides-soignants, Animateur, Infirmiers, Cadres de santé, Ergothérapeute, Kinésithérapeutes, Psychologues, Médecins.

Nous tenons à préciser que nous avons sollicité trois kinésithérapeutes libéraux car cette catégorie socioprofessionnelle n'avait pas répondu à notre questionnaire. Quatre médecins ont accepté de nous accorder de leur temps pour répondre à notre enquête : trois médecins libéraux et un médecin coordinateur. Nous avons également souhaité intégrer les réponses des trois stagiaires. Le regard d'une personne extérieure à l'équipe peut être source d'étonnement et apporter un nouvel éclairage sur les pratiques professionnelles que les membres de l'équipe ne sont plus toujours à même de percevoir.

"...Plus une activité est appréhendée, pour reprendre les termes d'Emilie Durkheim, "de l'extérieur" et meilleure est son objectivation." ⁶⁷

La partie sur les pratiques professionnelles nous permet d'essayer de comprendre à la fois les manières de travailler et le sens que les professionnels donnent à leur travail (les différents vécus autour de la contention, les valeurs, la dignité...). "L'intérêt des questions d'opinion personnelle... réside aussi dans la possibilité ainsi de rendre visible des écarts entre la pratique objectivée et le rapport subjectif à cette pratique." ⁶⁸

3.3.2 L'organisation de l'enquête

Avant de diffuser ces questionnaires, trois personnes ont accepté de le remplir pour le tester et pouvoir le valider. Cela nous a également permis de faire quelques corrections et de nous apercevoir qu'une dizaine de minutes étaient nécessaires pour répondre aux différentes questions. Nous avons rencontré un seul directeur d'établissement et les cadres des services concernés. A chaque fois, nous nous sommes présentés aux équipes pour expliquer l'intérêt de notre travail de recherche.

⁶⁷ De Singly F. L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire. 2ème éd. Edition. Barcelone : Armand Colin ; 2006. p.37.

⁶⁸ De Singly F. Ibid., p.39.

Nous avons pu récupérer des questionnaires directement ou dans un second temps. Les cadres de santé ont coordonné leur distribution et leur retour auprès des personnes qui n'étaient pas présentes. Nous sommes ensuite retournés les chercher. Nous avons trouvé les temps d'échanges intéressants avec les équipes. L'enquête s'est déroulée de fin janvier à fin mars dans les différentes structures. Nous avons été étonnés par la participation importante des professionnels de santé quant à cette thématique.

3.3.3 Les lieux de l'enquête

En lien avec notre proposition d'action de créer des équipes mobiles d'éthiques qui interviennent au sein des centres hospitaliers et dans les EHPAD, il nous a semblé opportun d'interroger les professionnels exerçant dans ces différents établissements.

3.3.4 Les limites de l'enquête

L'échantillon idéal aurait été d'avoir le même prorata de personnes interrogées en centres hospitaliers qu'en EHPAD. Cependant, cela n'a pas été possible. Un directeur des soins nous avait donné son accord pour réaliser notre enquête auprès de différentes EHPAD mais n'avait mentionné aucun service de gériatrie au sein du centre hospitalier. Un autre directeur des soins nous avait donné son aval pour plusieurs services de gériatrie mais un seul cadre de santé nous a fait un retour favorable. Au début de notre enquête, nous avons eu des réponses négatives de différents EHPAD. Lorsque nous avons récupéré le nombre de questionnaires préconisé par notre directeur universitaire de mémoire, un cadre d'un autre service d'un EHPAD a donné son accord pour la distribution des questionnaires. Néanmoins, nous avons préféré ne pas accepter sa proposition car il y aurait eu encore davantage de disparités entre le nombre de professionnels interrogés en EHPAD et en centres hospitaliers. Plutôt que de faire de nouvelles démarches auprès d'autres directeurs de soins, nous avons préféré débiter l'étape de l'analyse de l'enquête exploratoire. Cependant, " C'est la taille de l'échantillon qui interdit de pousser très loin l'analyse des déterminants sociaux et non une conception théorique, voulant laisser du jeu aux acteurs sociaux." ⁶⁹

4 L'ANALYSE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE

4.1 GENERALITES

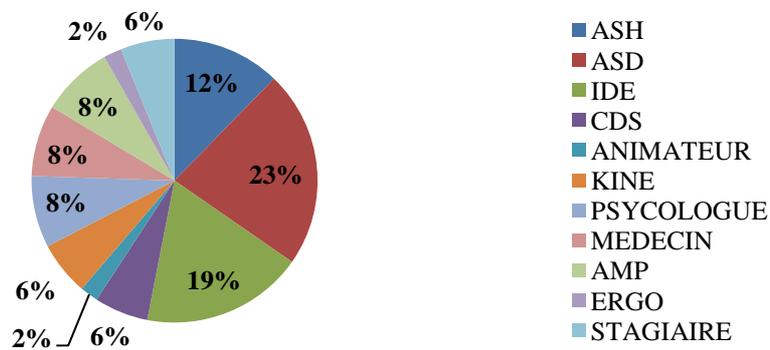
Nous choisissons de regrouper les réponses non pas par ordre chronologique mais par principe éthique. Pour faciliter la compréhension de notre analyse, nous présentons les résultats en

⁶⁹ De Singly F. L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire. Op.cit. p.113.

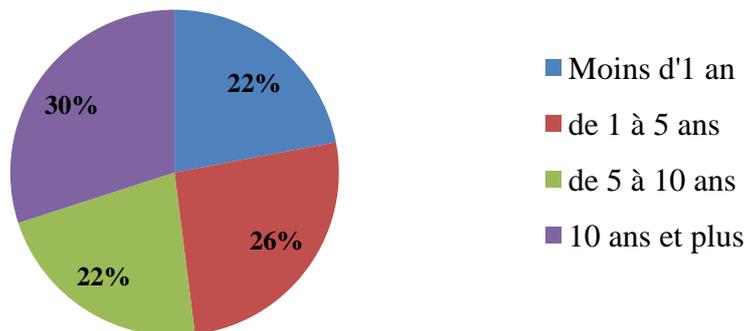
pourcentages. Nous les commentons en faisant ressortir les données les plus représentées vers les données les plus singulières. Nous avons choisi que l'analyse de notre contenu soit une analyse des signifiés.

L'analyse thématique va permettre de confronter les données du terrain avec le cadre conceptuel et notre problématique de départ, à savoir si les professionnels se sentent suffisamment bien accompagnés sur la thématique de la contention physique des personnes âgées. Nous verrons alors au cours de l'analyse des données issues du terrain si nos hypothèses sont infirmées ou confirmées.

4.2 LES PROFESSIONNELS INTERROGES



Nous constatons que la majorité des personnes interrogées sont des aides-soignants (22%) et des infirmiers (18%). Ceci nous paraît logique car ce sont les catégories socioprofessionnelles les plus représentées auprès des personnes âgées. Cette prédominance de professionnels correspond aussi bien aux EPHAD qu'en milieu hospitalier. En ce qui concerne le lieu d'exercice, 66% des professionnels interrogés travaillent en EHPAD et 34 % en services hospitaliers.



La population interrogée nous montre que les expériences professionnelles allant de moins d'un an, d'un à cinq ans ainsi que de cinq à dix ans sont homogènes. Un tiers des professionnels interrogés sont très expérimentés car ils exercent depuis plus de 10 ans dans le domaine de la gériatrie.

4.3 ANALYSE SELON LES PRINCIPES DE L'ETHIQUE BIOMEDICALE

Dans le cadre de notre travail de recherche, il nous a semblé pertinent de faire nos premiers pas vers une analyse de notre questionnaire en nous appuyant sur les principes de l'éthique biomédicale de Tom L. Beauchamp et James F. Childress qui sont basés sur le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice. En effet, il serait à souhaiter que la pratique soignante s'inspire de ces quatre principes.

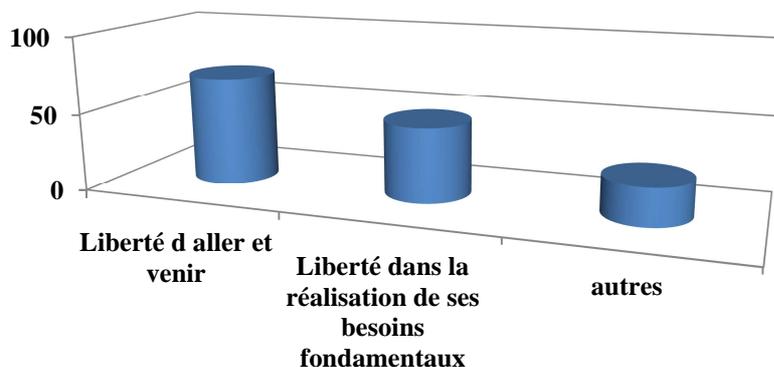
4.3.1 Le principe du respect de l'autonomie

L'autonomie est le premier des principes mis en jeu dans le principisme, démarche éthique décrite par Beauchamp et Childress. Le respect de l'autonomie est important mais ne doit pas avoir de priorité vis-à-vis des autres principes de l'éthique biomédicale. Tous les principes ont un sens que nous devons leur accorder. Le principe d'autonomie traduit le libre choix de la personne soignée. Il met en évidence la participation du patient et de sa famille. L'information, la recherche de consentement, la confidentialité sont principalement fondés sur le respect de l'autonomie.

Certains estiment que ces obligations se fondent sur la bienfaisance obligatoire du professionnel de santé. Il y a débat entre les partisans du modèle autonome et ceux du modèle de bienfaisance. La bienfaisance est le premier but et la raison d'être de la médecine et des soins médicaux. Le respect de l'autonomie (avec la non malfaisance et la justice) fixe des limites morales aux actions des professionnels. La notion de paternalisme est employée dans la bienfaisance.

L'intervention paternaliste forte peut diminuer les droits individuels et restreindre le choix libre de façon excessive. Le respect de l'autonomie peut-il exister si les libertés des personnes âgées sont restreintes ? Lorsque l'autonomie des patients n'est que partielle, le respect du principe d'autonomie entre-t-il en réellement en conflit avec le principe de bienfaisance ?

Les libertés et la contention



De quelle (s) liberté (s), pensez-vous que la personne âgée sous contention soit privée ?

Au niveau de la question destinée à cerner les différentes libertés dont la personne sous contention pourrait être privée, 70% des professionnels interrogés estiment que les patients sont privés de leur liberté d'aller et venir et 48% montrent que la liberté pour réaliser leurs besoins fondamentaux est compromise. 24% mettent en exergue d'autres atteintes aux libertés (de choix, de décision...).

En droit, la contention est une atteinte à la liberté, et les soignants doivent la considérer comme telle. Pour que cette atteinte à la liberté ne dérive pas en violation de la liberté, la mesure doit être décidée en fonction d'impératifs thérapeutiques, et être strictement proportionnée à ce qui est nécessaire. Toute facilité, toute négligence fait basculer dans l'abus de droit et dans la faute. La question est très sensible sur le terrain de la responsabilité. Dès lors que l'on entrave une personne, on lui fait perdre une large part de sa liberté, et donc autant de responsabilité. La contention opère ainsi comme une sorte de transfert de la responsabilité, et la vigilance doit être d'autant plus grande que toute personne entravée cherche à se libérer.⁷⁰

C'est le principe d'autonomie qui semble être le moins bien respecté vis-à-vis des personnes ayant une contention physique.

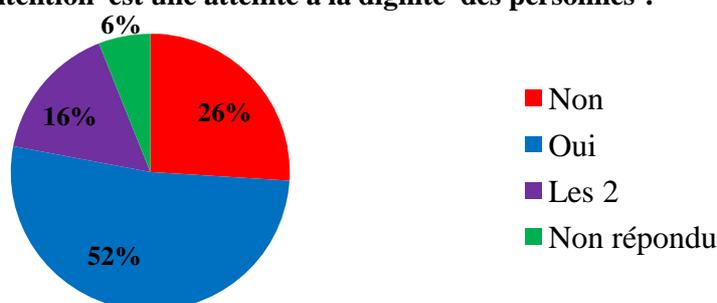
La contention comme une contrainte

Les professionnels considèrent à 26% la contention comme une contrainte. Le terme de contrainte pourrait rejoindre la question précédente concernant la liberté. La contrainte pourrait-elle être le premier degré d'atteinte aux libertés ? Comment faire la différence entre les contraintes sécuritaires et les contraintes abusives ?

Si la contention n'est pas perçue comme un soin mais comme une contrainte, nous pouvons alors nous interroger sur la légitimité de cette pratique d'autant plus que les contentions physiques ne doivent être utilisées qu'exceptionnellement et qu'en dernier recours. Le sont-elles toujours réellement ? Pour aller plus loin dans notre analyse, il aurait été intéressant de savoir si les professionnels considèrent plutôt la contention comme une entrave.

La contention et la dignité de la personne âgée

Pensez-vous que la contention est une atteinte à la dignité des personnes ?



⁷⁰ Devers G. Contention et responsabilité. Objectifs soins et management. 2014 ; 223 : 15.

Concernant notre questionnaire pour voir si la contention peut être considérée comme une atteinte à la dignité de la personne, la majorité des professionnels (52%) répondent par l'affirmative. Cette question pourrait nous faire penser que nous obtiendrions une seule réponse mais 18 % des personnes sondées ont noté à la fois l'affirmative et la négative. Pouvons-nous penser que selon la personne âgée ainsi que le contexte et la manière dont est réalisée la contention, celle-ci peut être ou ne pas être considérée comme une atteinte à la dignité ?

Pour approfondir notre analyse, il aurait été intéressant de savoir si cette contention physique est considérée comme une atteinte à la dignité si elle n'a été mise en place qu'en dernier recours après que les soignants aient insisté sur les bienfaits de la parole et que la pharmacopée ait été utilisée à dose adaptée à la personne âgée. La mise sous contention est d'autant plus une atteinte à la dignité si la personne âgée la refuse. "Le consentement à l'acte médical se rattache au principe du respect de l'intégrité du corps humain, qui est lui-même une conséquence du principe de dignité de la personne humaine : chacun a le droit à l'intangibilité de son corps et nul ne peut y porter atteinte sans sa volonté, même dans un but curatif".⁷¹ La contention pose la question de la considération de la personne et du respect de sa dignité. La dignité est également associée à la liberté. Nous pouvons donc en déduire que les professionnels exercent dans un certain tiraillement même s'ils essaient de prendre en compte l'état de la personne sur le plan médical tout en prenant en considération cette personne à travers le respect de la dignité.

4.3.2 Le principe de non-malfaisance

Dans ce principe, nous devons retrouver l'obligation de ne pas infliger de mal, de blessures ou de faire du tort à autrui. Il incite à réfléchir en équipe, à analyser la balance "bénéfices/risques" pour la personne soignée. Cependant, si nous reprenons les différents risques liés à la contention physique, il n'en est pas certain. Faire du tort implique violer les droits de quelqu'un sachant que la liberté est un droit fondamental de tout être humain. Faire du mal entraîne plutôt une injustice et correspondrait au terme de contrarier, de faire échouer, ou d'entraver les intérêts.

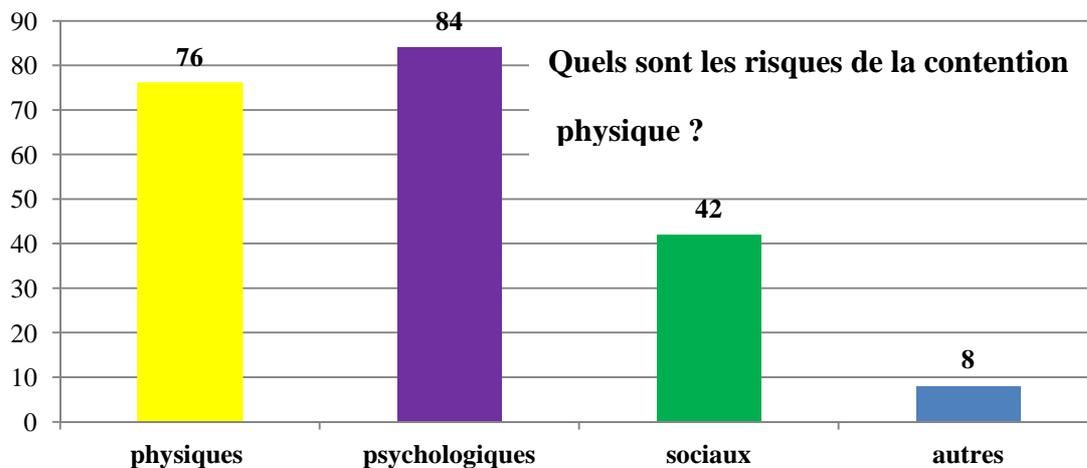
Le terme mal a un sens si large que, dans certains écrits, il semble embrasser presque toutes les situations dans lesquelles l'action autonome est susceptible d'être restreinte, comme les situations de malaise, d'humiliation, d'offense et de mécontentement... Ces termes ont été évoqués à plusieurs reprises lorsque les professionnels s'exprimaient à propos du vécu des personnes âgées concernant leur contention physique. D'autres écrits, avec une vision plus étroite, considèrent le mal exclusivement comme une entrave faite aux intérêts physiques et psychologiques...⁷²

⁷¹ Maufaoux-Immergout R, Devers G, Devers K B. Précis de législation, éthique et déontologie. Op.cit. p. 93.

⁷² Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Op.cit. p.173.

Le principe de non-malfaisance comporte plusieurs règles morales : "ne tue pas, ne cause pas de douleur ni de souffrance, ne mets personne dans une situation d'incapacité, n'offense personne, ne prive pas autrui des biens de la vie". Les obligations de non-malfaisance sont des obligations de ne pas faire de mal mais également des obligations de ne pas imposer des risques pouvant faire du mal. Certains soignants peuvent mettre en place des contentions physiques dans des situations à risques sans intentions malveillantes pouvant être alors ou ne pas être moralement ou légalement responsables de ce mal.

Les risques de la contention



Dans la question concernant les risques liés à la contention, nous pensons que les risques physiques allaient être mis en avant. Pourtant, ce sont les risques psychologiques qui sont cités en grande majorité par 84% des professionnels. Les risques physiques viennent en seconde position pour 76% et les risques sociaux sont cités par 42%. Ainsi, nous pouvons donc voir que les risques majeurs des contentions pour les professionnels de santé ne sont pas clairement connus. Serait-ce un manque de formation ?

100% des élèves et des Agents de Service Hospitaliers et psychologues trouvent que la contention présente des risques sur le plan physique ainsi que 89% des infirmiers et 82% des aides-soignants. Ceci nous amène à nous interroger dans le sens où certains professionnels estiment que la contention n'entraîne pas de risques sur le plan physique. Serait-ce un déni non intentionnel ou inconscient de ces risques ?

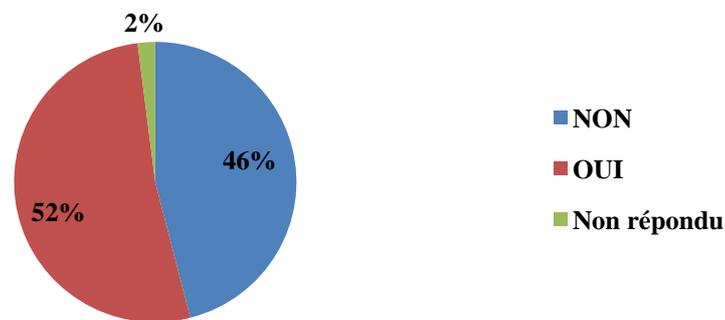
Nous pouvons faire un autre constat, 50 % des cadres de santé et 50% des médecins de l'enquête ne voient pas de risques physiques à la contention alors que ce sont eux qui ont le niveau d'études le plus élevé. Ceci nous paraît paradoxal et nous interroge. Les médecins qui estiment que la contention physique n'entraîne pas de risque physique seraient-ils plus facilement prescripteurs de contention que ceux qui craignent ces risques ?

Nous pouvons donc supposer une hétérogénéité au niveau des prescriptions médicales montrant alors un décalage entre les exigences légales et les connaissances médicales, les données acquises de la science. "De très grands risques doivent être à la hauteur de buts très importants pour être justifiés ; les situations d'urgence justifient des risques qui ne sont pas justifiés dans une situation de non-urgence." ⁷³ Toute personne a le droit de recevoir des soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue. Scientifiquement, il n'a jamais été prouvé que la contention soit une thérapeutique efficace et garantisse la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées.

La formation : les professionnels ayant eu des notions d'éthique

Dans un premier temps, nous avons voulu savoir si les professionnels se sentaient sensibilisés par l'éthique. La grande majorité des professionnels (84%) ont des notions d'éthique. 68% en ont eu pendant leurs études et 40 % au cours de leur vie professionnelle. 8% répondent par la négative. Nous trouvons cela étonnant que les professionnels aient eu plus de notion d'éthique dans leur formation que dans leur vie professionnelle car l'éthique s'appuie beaucoup sur la réflexion et la discussion. La réflexion éthique semble donc bien à développer en équipe.

La formation : les professionnels sensibilisés sur la thématique de la contention



Avez-vous une formation sur la contention ?

Après notre question pour savoir si les professionnels sont sensibilisés à l'éthique, nous souhaitons maintenant découvrir si les participants ont eu une formation plus spécifique sur la contention. 52% des interviewés sont formés. Ceci est d'autant plus regrettable au regard du nombre des risques qu'elle peut engendrer. Si les professionnels n'ont pas été correctement sensibilisés à ces risques, sont-ils plus facilement demandeurs de prescriptions ou prescripteurs ?

⁷³ Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Op.cit. p. 174.

Que penser de la vigilance par rapport à la surveillance de cette pratique professionnelle ? Les personnes formées accompagnent-elles suffisamment leurs pairs sur cette pratique ?

La formation sur la contention est-elle suffisante ?

Parmi les personnes formées, 42% estiment que la formation n'est pas suffisante. 31% semblent plutôt indécis dans le sens où ils ne se prononcent pas ; est-ce parce qu'il leur a été difficile d'établir une norme pour savoir s'ils sont correctement formés ou parce que nous avons trop posé de questions sur cette thématique ? 27 % sont quant à eux satisfaits de leur niveau de formation. Pour approfondir l'analyse, il aurait été pertinent de savoir si ces professionnels ont eu régulièrement des réactualisations de leurs connaissances au cours de leur activité professionnelle. Cependant, un certain nombre nous ont répondu qu'ils ont été formés sur la mise en place de sécuridrap. Ce matériel ne devait probablement pas exister auparavant dans ces services. Néanmoins, cette technique n'est plus autorisée en Allemagne car elle a provoqué des décès de plusieurs personnes.

La formation des professionnels, quelle que soit leur fonction, est indispensable pour la connaissance des droits des personnes âgées, de la nature et du degré de leur responsabilité... Cette formation sur les droits et libertés des personnes âgées doit s'ancrer tout d'abord à l'absence de spécificité de ces droits : ils sont les mêmes que pour tout citoyen même s'ils doivent être considérés dans un contexte particulier et à "haut risque" du fait de la dépendance des personnes, des logiques professionnelles et institutionnelles. Cette formation sur les droits, comme toute autre formation en gérontologie, permet de mettre l'accent sur l'autonomie des personnes qui reste le plus souvent confondue avec l'indépendance. Cette confusion, renforcée par des logiques de protection, peut aboutir à une assimilation dangereuse où la personne dite "dépendante" risque de perdre toute autonomie.⁷⁴

Le vécu des personnes âgées exprimé par les professionnels :

Nous n'avons pas souhaité donner un questionnaire aux des personnes âgées contenues car ceci aurait été trop intrusif. Cependant, sur le plan éthique, il nous paraît nécessaire d'avoir une approche du vécu des personnes âgées à travers notre questionnaire rempli par les professionnels de santé. Connaître leur ressenti nous paraît capital pour pouvoir mieux accompagner les patients, les familles et les équipes.

Le vécu négatif de la contention chez les personnes âgées est mis en exergue par tous les professionnels. Certains citent plusieurs réponses à cette question. Les atteintes aux libertés sont les plus fréquemment mentionnées (18%). L'incompréhension de la mise sous contention est rapportée par 16% des personnes interrogées. Pourrait-elle être due aux troubles cognitifs de ces

⁷⁴ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gérontologiques. Op.cit. p. 87.

patients ? Pourrait-elle être synonyme d'un manque d'explications voire d'accompagnement des personnes âgées ?

Le sentiment d'enfermement est cité dans 12% des cas. Ce terme utilisé nous évoque une grande souffrance des personnes âgées et nous fait penser à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme :

Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Dans de telles circonstances, apporter un traitement à quelqu'un est parfois inhumain ou cruel. Même pour la personne incapable de jugement, les inconvénients d'un traitement peuvent être plus lourds que les avantages et donc le traitement devient mauvais plutôt que facultatif, comme il le serait dans le cas où une personne capable de jugement refuse un traitement.⁷⁵

Selon ces professionnels, 8% considèrent que la contention physique est mal vécue par les personnes âgées et qu'elle peut être ressentie comme une agression. Les notions de traumatismes psychologiques sont mentionnées à 4%, de contrainte sont citées par 4% et d'agitation par 4%. Ensuite, chaque professionnel a répondu avec son libre arbitre et les réponses sont très variées et représentent chacune 2% (peur, humiliation, dévalorisation, violation des droits, sentiment de persécution...).

Au travers des différents recueils des professionnels de santé, nous pouvons constater que la contention physique, lorsqu'elle est subie par la personne âgée, affecte son image de soi. Pour refaire le lien avec le concept de la vulnérabilité, nous pouvons donc dire que certaines personnes âgées contenues sont particulièrement vulnérables et ressentent une atteinte à leur dignité. "Toutefois, la vulnérabilité telle qu'elle a été envisagée jusqu'ici suppose que le milieu soit non seulement actif, mais qu'il soit agressif : le vulnérable est sans moyen de défense envers ce qui exerce une influence sur lui."⁷⁶

Il est important de rappeler que le principe de non malversation ne requiert pas la mise en œuvre ou la poursuite d'un traitement sans tenir compte de la douleur, de la souffrance et de l'inconfort du patient. Il semble primordial de s'intéresser à ces arguments afin de déterminer s'ils sont suffisamment importants pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées pour déterminer si la contention est un soin facultatif ou obligatoire.

Pour les patients ayant des troubles cognitifs, les jugements moraux sur la qualité de vie perceptuelle ne doivent-ils pas autant être pris en considération que les indications médicales d'autant plus que les facteurs médicaux objectifs montrent qu'il serait plus délétère d'utiliser la contention physique ? En aucun cas, que ce soit sur le plan juridique et éthique, la personne âgée ne doit pas être "l'objet de soins, comme un être silencieux et soumis".⁷⁷

⁷⁵ Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Op.cit. p.200.

⁷⁶ Boarini S. La vulnérabilité. L'humanité, au risque de la vulnérabilité. Ethique et santé ; 2013 ; 10 (1), 43.

⁷⁷ Devers G. Lettre d'un avocat à une amie infirmière. Op.cit. p.10.

Le vécu de l'entourage décrit par les professionnels :

Pour 52% des professionnels, il est retranscrit comme négatif. Tout comme le vécu des professionnels, il est qualifié de difficile dans 18% des réponses voire de choquant pour 8% des personnes interrogées. L'atteinte aux libertés est également retrouvée tout comme dans le vécu des patients, mais à une proportion moindre, c'est-à-dire 4%. Les perceptions négatives de l'entourage sont essentiellement retranscrites par les professionnels lorsqu'il y a un manque d'explications sur cette pratique professionnelle. Pouvons-nous alors penser que les familles ou les proches ne s'estiment pas être suffisamment accompagnés ?

Le vécu des professionnels:

30% des professionnels estiment avoir un vécu négatif concernant la contention. 6% la trouvent choquante et 6% difficile. Ce vécu pourrait-il être amélioré avec davantage de discussion, de réflexion et d'accompagnement ?

4.3.3 Le principe de bienfaisance

Dans l'éthique du soin, le principe de bienfaisance est présent. "...l'éthique du soin articule souci de bien faire et exigence de faire le bien. Elle recherche comment. " ⁷⁸ Ce principe est plus exigeant que celui de non-malfaisance car il doit prendre des mesures positives pour aider les autres. Il a pour principe d'action le bien d'autrui. Le terme de bienfaisance évoque les idées d'indulgence, de gentillesse et de charité ainsi que des notions d'altruisme, d'amour et d'humanité. Le principe de bienfaisance suppose la reconnaissance de la personne soignée et l'obligation d'une évaluation régulière de son bien-être. Il s'intéresse également à la recherche de son bonheur et de son plaisir.

Nous parlons de conflits entre la bienfaisance et le respect de l'autonomie. Quelques règles de bienfaisance : protéger et défendre les droits d'autrui, empêcher toute action qui nuit à autrui, supprimer toute situation pouvant nuire à autrui. " Promouvoir le bien-être des patients et pas seulement éviter de leur faire du mal est le but, la raison d'être et la justification de la médecine. Les obligations et les vertus du professionnel de santé peuvent être interprétées comme des actes de bienfaisance. ⁷⁹ La notion de paternalisme est employée dans la bienfaisance. L'intervention paternaliste forte peut diminuer les droits individuels et restreindre le choix libre de façon excessive. Les anti-paternalistes ne sont pas pour que les libertés soient restreintes.

⁷⁸ Pierron J-P. Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Op.cit. p.21.

⁷⁹ Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Op.cit. p.250.

Selon les propos de G. Devers, l'acte de soin est une atteinte à l'intégrité physique. "Nul doute que l'acte de soin soit bienveillant... mais dans l'analyse juridique, l'acte de soin n'est pas bienfaisant par nature. Il constitue pour le patient un acte intrusif. Animé du souci de bien faire, il emprunte un chemin dangereux. Chère amie infirmière, attention à ne pas minorer la dimension violente dans l'acte de soin " ! ⁸⁰

Le vécu des personnes âgées exprimé par les professionnels :

Nous retrouvons comme principal argument de vécu positif de la contention physique, la sécurité qui est mise en avant par 16% des professionnels interrogés. Les autres éléments cités sont l'apaisement (8%), la bonne tolérance s'il y a une compréhension de la nécessité de la de ce que contention (4%), la réassurance (4%) et enfin l'acceptation (4%).

...A partir dit l'équipe soignante de la situation de la personne, mise en place d'une recherche collégiale du désir de la personne à l'aide des informations recueillies par chacun tant auprès de la personne elle-même que de son entourage...le bénéfice escompté s'appréciant non pas en fonction d'une amélioration clinique de la situation mais dans la perspective d'un confort maximal de la personne.... ⁸¹

Le vécu de l'entourage décrit par les professionnels :

46% des familles ont plutôt un vécu positif. 14% se sentent rassurés. 12% ont un sentiment de sécurité et 10% sont dans l'acceptation. D'autres réponses de l'entourage apparaissent pourtant plus nuancées : cela dépend des familles (2%), du patient, de son histoire, de son état cognitif, de l'explication qui lui a été donnée (2%), de la manière dont le patient vit la contention (2%).

Le vécu des professionnels :

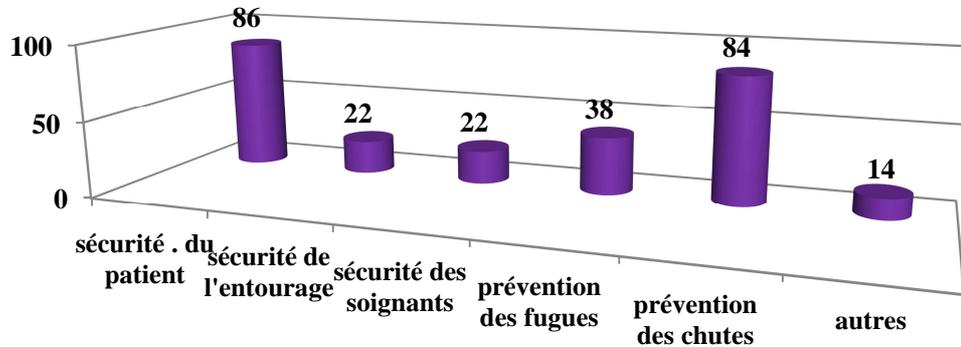
Il est nettement mieux perçu que le vécu des patients qu'ils décrivent. 46% des professionnels ont plutôt un vécu positif et 10% d'entre eux mettent en avant la notion de sécurité. Pouvons-nous avancer l'idée qu'un certain nombre de contentions auraient tendance à rassurer les soignants ? Si nous partons de ce postulat, pouvons-nous émettre l'hypothèse qu'ils sollicitent plus facilement les médecins pour leur demander des prescriptions ? Chez les quatre médecins interrogés, 50% des médecins n'ont pas souhaité répondre à cette question. 6% des professionnels décrivent la contention comme bien vécue et 4% comme bénéfique. Le terme de parfait est employé par 4% des professionnels. Pourrions-nous penser que la meilleure utilisation de la contention peut

⁸⁰ Devers G. Lettre d'un avocat à une amie infirmière. Op.cit. p.11.

⁸¹ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gériatriques. Op.cit. p.37.

correspondre aux personnes âgées demandeuses et ayant un consentement libre et éclairé ? Est-il possible de qualifier une contention physique de parfaite ? Serait-ce éthique ?

Les avantages de la contention



Quels sont les bénéfices de la contention physique dans votre exercice professionnel ?

A la question sur les bénéfices que peut prodiguer la contention physique, une grande majorité des personnes interrogées la considère avant tout comme une sécurité. Le principal argument utilisé pour cette mise en place correspond à la sécurité du patient (86%). Proche de celui-ci, apparaît la prévention des chutes (84%). Beaucoup de soignants souhaitent prévenir les chutes des personnes âgées mais peut-être n'ont-ils pas la notion que "... des études ont prouvé que la réduction de la pratique de la contention n'entraînait pas d'augmentation corrélative du risque de chutes graves ; le risque de blessure consécutive à la chute d'un résidant sous contention est trois fois supérieur à celui d'un résidant non contenu ; le taux de mortalité des résidents sous contention est plus élevé que la normale. " ⁸²

"La contention n'empêche pas la personne de tomber du lit et lorsqu'elle tombe, elle le fait le plus souvent en tentant de se libérer de sa contention. Les blessures sont alors plus sévères." ⁸³

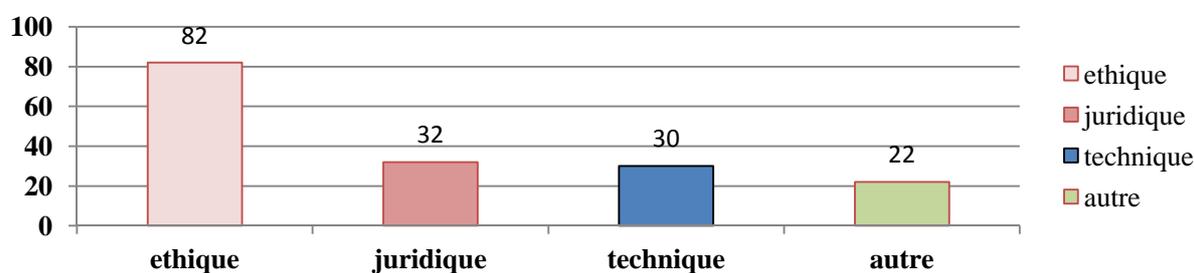
En approfondissant notre analyse, nous pouvons nous demander comment les chutes sont-elles recensées ? N'existe-t-il pas un réel décalage entre les chutes objectives et le risque de chute subjectif considéré par les professionnels ? N'y aurait-il pas une surestimation de ce risque ? Selon les représentations des professionnels, la sécurité prévaudrait-elle sur le droit au choix et donc le droit au risque ?

⁸² <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf> Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. ANAES. 2000 ; 32.

⁸³ Roy O, Fréchette M. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Programme de formation. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec. 2006 ; 7.

Ensuite figure une autre raison pour justifier la contention ; la prévention des fugues (38%). Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, ce motif ne devrait pas être une indication de mise sous contention. Aucun médecin n'a validé cette indication. Viennent après, la sécurité de l'entourage (22%) et celle des soignants (22%). Seulement 4% des professionnels estiment que la contention ne fait pas partie du principe de bienfaisance dans le sens où selon eux, elle n'apporte aucun bénéfice. Si ce nombre de professionnels était plus élevé, pourrions-nous supposer que le taux de contention soit moins important en France et que davantage d'alternatives à la contention soient développées ou que les durées de contention soient réduites ? "...Les risques de chutes et de fugues sont généralement surévalués alors que ceux liés à la perte d'intégrité psychique et sociale sont facilement minimisés. A l'évidence, la sensibilité des professionnels se porte davantage sur les conduites à risque accidentel dans lesquelles le défaut de surveillance et leur responsabilité pourraient être plus facilement mis en cause." ⁸⁴ Les représentations que les professionnels de santé ont sur le fait que la contention en dehors d'un péril imminent améliore la sécurité des personnes âgées semblent contribuer à augmenter son usage et l'idée qu'ils respectent le principe de bienfaisance. En lien avec cette méconnaissance, les libertés des personnes âgées semblent réduites.

Les questions soulevées par la contention physique des personnes âgées

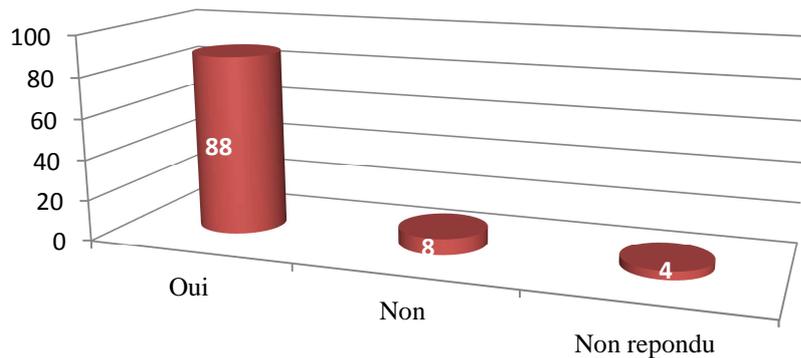


La contention des personnes âgées vous pose-t-elle question du point de vue éthique, juridique, technique et/ou autre ?

Même si nous avons vu précédemment que les professionnels de santé ne sont pas toujours bien formés, il est intéressant de voir que la contention leur pose des questions du point de vue éthique pour la grande majorité (82%). Ils s'interrogent aussi sur les notions juridiques (32%) et techniques (30%). Pour les personnes interrogées qui ont rempli la rubrique autre ; ceci correspond à l'aspect psychologique.

⁸⁴ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gérontologiques. Op.cit. p.11.

La réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire



Estimez-vous que la réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire soit nécessaire sur ces pratiques professionnelles ?

Nous observons un constat rassurant : la quasi-unanimité des professionnels (88%) considère que la réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire est nécessaire. (8%) des personnes interrogées n'en voient pas l'intérêt (la moitié est représentée par les infirmiers et l'autre partie correspond à un ASH et un stagiaire). Cette décision est donc presque tout le temps validée en équipe. Ces données rejoignent les préconisations de l'ANAES de discuter chaque prescription de contention en équipe, après évaluation du rapport bénéfice/risque.

Ce qui nous a étonnées, c'est qu'un certain nombre de contentions sont demandées par les familles. Ceci nous a été expliqué par notre directrice de mémoire et a été relayé par un des médecins et nous tenons à reprendre sa réflexion : les familles ont-elles vécu la contention ne serait-ce qu'une demi-heure ? Si tel était le cas, pouvons-nous nous permettre de supposer qu'il y aurait peut-être moins de demandes par l'entourage ?

Les professionnels et les familles ont une fâcheuse tendance à privilégier dans le soutien qu'ils accordent aux personnes âgées, la recherche d'une sécurité optimale... à savoir le sentiment ou le devoir de sécurité et une représentation marquée par une perte partielle du statut d'adulte, peut être mortifère pour les personnes. Vivre c'est prendre des risques : ce précepte devrait figurer au frontispice des établissements, dans les chartes de bénévoles et être rappelé aux familles qui prennent en charge des parents âgés.⁸⁵

"Les familles, plus que les soignants (ou autant que les soignants ?) participent à diminuer l'espace de liberté de la personne. La contention pose une question qui rejoint le champ de l'éthique : existe-t-il une contention légitime ? Quelle forme doit-elle prendre ?"⁸⁶

⁸⁵ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gérontologiques. Op.cit. p.84.

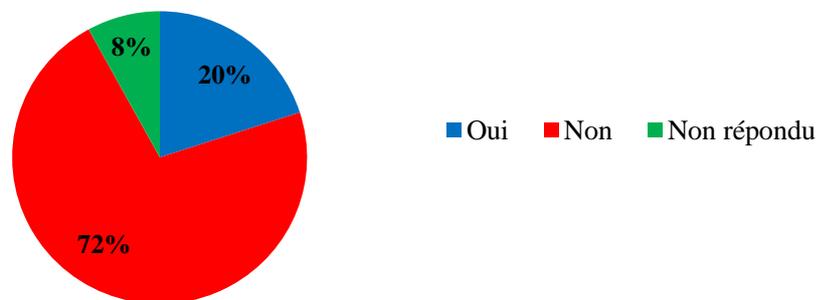
⁸⁶ Amyot J-J, Villez A. Ibid. p.92.

4.3.4 Le principe de justice et d'équité

Des normes de justice sont nécessaires dès lors qu'une personne est en droit de recevoir des bénéfices ou des désavantages en raison de sa situation personnelle et de circonstances particulières, comme le fait d'être productif ou d'avoir été victime d'un tort. En justice, le détenteur d'une revendication valide a un droit, de sorte que quelque chose lui est dû. Une injustice implique donc un acte injustifié ou une omission qui prive une personne d'un bénéfice auquel elle a droit ou lui porte un tort de façon injustifiée.⁸⁷

L'analyse éthique se concentre sur les risques de la contention et sur le besoin de protéger les personnes âgées contre le mal, les abus. Un de ces principes matériels de justice est celui du besoin. "Dire qu'une personne a besoin de quelque chose revient à dire que, sans ce quelque chose, elle subira un tort ou sera affectée négativement...De toute évidence, nos obligations se limitent aux besoins fondamentaux. Dire que quelqu'un a un besoin fondamental revient à dire qu'il subira un tort ou sera négativement affecté de façon fondamentale, si ce besoin n'est pas satisfait."⁸⁸ Chacun doit recevoir en fonction de ses besoins. La justice consiste dans l'application de procédures justes et non pas l'obtention de résultats justes. Le principe de justice est un principe d'égalité et de solidarité qui affirme le lien social. Il invite à l'interdisciplinarité. La contention en dehors d'un péril imminent peut-elle être juste et justifiée uniquement si la personne soignée l'a librement choisie ?

Les soins prodigués chez une personne âgée contenue



Pensez-vous que davantage de soins sont prodigués chez une personne âgée contenue plutôt qu'à une autre non contenue ?

Dans les représentations soignantes, nous sommes curieux de savoir si les équipes pensent qu'il y a plus de soins à accorder chez une personne âgée contenue. 72% considèrent qu'elles ont moins de soins à réaliser et seulement 20% pointent le contraire. Ceci ne nous paraît pas être juste et

⁸⁷ Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Op.cit. p.322.

⁸⁸ Beauchamp T L, Childress J F. Ibid. p.325.

équitable car les personnes âgées contenues physiquement demandent une surveillance plus accrue sur le plan physique au regard des risques encourus. Face à cette représentation, il nous paraît intéressant de s'interroger sur les raisons qui amènent les soignants à avoir cette pensée. Si le contrôle de la personne âgée sous contention n'est pas suffisamment régulier, le manque de traçabilité sur le dossier du patient ne risque-t-il pas d'être déploré ? "Les soins dus impliquent de veiller à la sécurité de façon suffisante et appropriée, en fonction des circonstances, afin d'empêcher de causer du mal ; et cela comme il se doit pour une personne raisonnable et prudente." ⁸⁹

"La contention opère ainsi comme une sorte de transfert de la responsabilité, et la vigilance doit être d'autant plus grande que toute personne entravée cherche à se libérer. C'est dire l'importance du travail qui doit être fait en amont, par l'élaboration de meilleures pratiques, le recours à un matériel adapté, et la sensibilisation de tout le personnel." ⁹⁰

D'après notre analyse, il semble que les équipes ont un contact relationnel et social de moins bonne qualité chez une personne contenue. Selon les représentations de certains professionnels ; comment un soin qui est censé prodiguer davantage de sécurité peut-il par une moindre surveillance risquer d'aller à l'encontre de cette intention ? La restriction de liberté des personnes âgées sous contention ne permettrait-elle pas à l'équipe soignante d'avoir plus de liberté et de diminuer la vigilance de surveillance auprès de ceux-ci ?

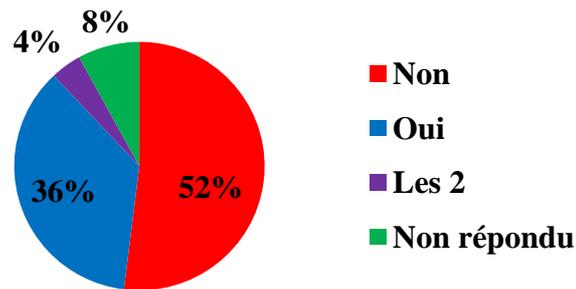
Sur le plan psychologique, les personnes âgées contenues méritent bien plus de bienveillance, d'accompagnement et d'attention. Il est important de rappeler que la personne âgée est avant tout une personne et qu'elle est porteuse de valeurs. Sur le plan social, il serait souhaitable qu'elles soient encore plus sollicitées pour participer aux activités et à la vie sociale car sinon, la contention risque de créer un sentiment d'isolement. Si elle se sent délaissée, la personne âgée ne risque-t-elle pas d'accorder moins de confiance aux professionnels ?

Les soignants sont-ils en accord avec cette pratique ? La contention va-t-elle à l'encontre de leurs valeurs ?

⁸⁹ Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Op.cit. p.174.

⁹⁰ Devers G. Objectifs soins et management. Op.cit. 15.

Les valeurs et la contention

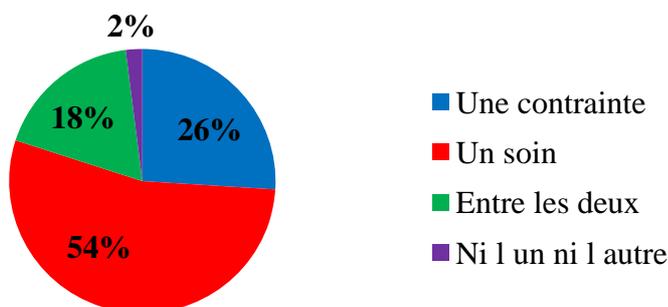


La contention va-t-elle à l'encontre de vos valeurs ?

Concernant les valeurs, il ressort de l'enquête que 52% des professionnels estiment que la contention ne va pas à l'encontre de leurs valeurs. 36 % répondent par l'affirmative et 26% d'entre eux estiment que la valeur la plus mise à l'épreuve est la liberté. 8% ne se prononcent pas.

Nous pouvons nous interroger sur la manière de prodiguer des soins alors qu'ils vont à l'encontre des valeurs des soignants. Pour certains, la contention est un conflit entre des valeurs et un existant qu'ils n'ont pas toujours choisi. Les conflits de valeurs ont leur place dans un débat éthique et ceci nous montre un réel dilemme éthique et moral. Il existe bien chez certains professionnels un écart entre leurs valeurs et les pratiques de la contention. Comment la personne âgée peut-elle recevoir voire adhérer aux soins si le soignant n'est pas en accord avec lui-même ? Réaliser cette pratique professionnelle contre ses propres valeurs semble paradoxal. Pouvons-nous considérer qu'un soin est juste vis-à-vis des patients s'il va à l'encontre des valeurs des soignants ? Dans un tel contexte, l'alliance thérapeutique peut-elle se créer ? Quelle part de confiance le patient peut-il accorder au soignant ? D'ailleurs, nous pouvons faire le lien avec la question pour savoir si les professionnels considèrent plutôt la contention comme un soin ou comme une contrainte.

La contention comme un soin

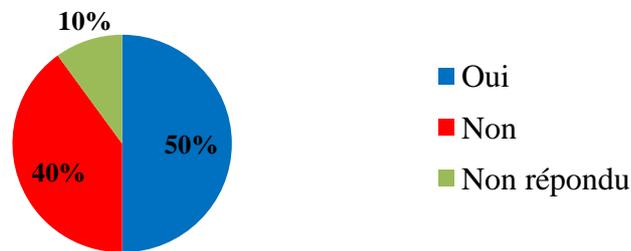


Considérez-vous la contention plutôt comme un soin ou une contrainte ?

Un peu plus de la moitié des personnes interrogées (54%) pensent que c'est un soin. 26% la représentent comme une contrainte. 18 % sont plus nuancés et la situent entre les deux. Comment le soignant peut-il faire comprendre à la personne âgée, l'intérêt thérapeutique de la contention s'il ne considère pas que celle-ci est un soin ? Comment la personne âgée va t'elle pouvoir cheminer pour accepter la décision médicale ?

Chaque membre de l'équipe, quelle que soit sa fonction, est tenu d'essayer de convaincre de l'utilité des soins. Il nous semble alors capital de nous demander quel est le réel intérêt thérapeutique pour être au plus près du soin le plus juste.

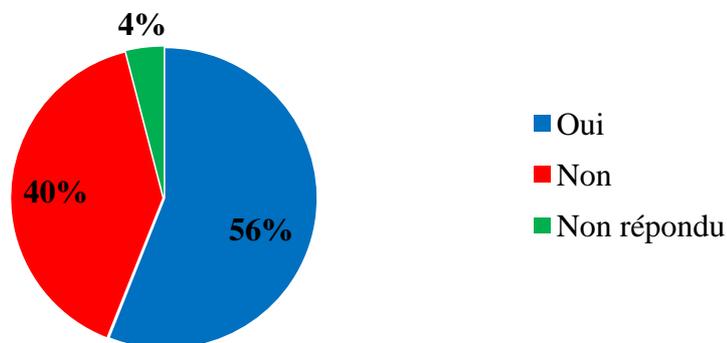
L'accompagnement sur la thématique de la contention



Estimez-vous être suffisamment accompagnés sur cette thématique ?

La moitié des équipes interrogées (50%) ne s'estime pas suffisamment accompagnées sur cette thématique. Ceci nous amène à nous poser la question : comment une équipe qui ne se trouve pas assez accompagnée peut-elle accompagner suffisamment bien les personnes âgées dont elle doit prendre en soin et prodiguer alors le juste soin ?

La proposition d'une création d'une équipe mobile d'éthique



Auriez-vous l'utilité d'une équipe mobile "d'éthique" qui se déplace sur votre lieu de travail ?

Au regard des résultats précédents, nous avons vu que seulement la moitié des équipes estime être suffisamment accompagnée sur la thématique de la contention physique. En ce qui concerne notre proposition de création d'une équipe mobile d'éthique, 56% seraient favorable à cette idée. Pour approfondir notre analyse et connaître l'avis de chaque membre des équipes, nous avons souhaité voir les différents degrés de motivation de tous les professionnels interrogés par notre proposition d'action. La catégorie socioprofessionnelle des animateurs ne s'est pas positionnée pour répondre à notre question.

- 0% des médecins estiment qu'une équipe mobile d'éthique est nécessaire
- 30% des kinésithérapeutes libéraux sont partisans pour la création d'une équipe mobile d'éthique
- 50% des AMP en EHPAD sont demandeuses
- 54% des ASD sont partantes dont la moitié en EHPAD ou en services hospitaliers
- 56 % des IDE sont favorables. Parmi les IDE, 60 % exercent en EHPAD
- 67 % des ASH exerçant en EHPAD sont favorables
- 67 % des stagiaires sont favorables

Que ce soit en EHPAD ou en services hospitaliers, 100 % des ergothérapeutes, des psychologues et des cadres de santé sont favorables à cette démarche. Ce sont les professions libérales les moins intéressées par cette demande (médecins et kinésithérapeutes). Est-ce parce qu'elles exercent moins en proximité des personnes âgées ?

Sinon, nous ne pouvons pas vraiment retrouver de logique par rapport aux différentes catégories socioprofessionnelles. Concernant les lieux d'exercice, ce seraient les EHPAD qui semblent plus favorables à cette proposition sachant que les ASH et les AMP n'ont pas été représentés en milieu hospitalier. Ainsi, nous pouvons retenir que l'idée de créer une éthique mobile d'éthique intéresse aussi bien le personnel travaillant en EHPAD qu'en milieu hospitalier. A la vue des données recueillies lors de notre enquête, nous pourrions alors développer l'idée de création d'une équipe mobile d'éthique dans la dernière partie de notre mémoire.

4.4 SYNTHÈSE DES QUESTIONNAIRES RECUEILLIS

Tout d'abord, à la lumière de ces cinquante questionnaires, il apparaît nettement que la contention physique pose question aux professionnels d'un point de vue éthique. De nos résultats, il ressort des tiraillements ressentis par ceux-ci ainsi que des incertitudes générées par le contexte de la contention. Une certaine ambivalence entre le fait que la contention peut prodiguer une sécurité à la personne âgée mais aussi être une atteinte à sa liberté et à sa dignité. Pour certains professionnels, ceci semble poser un dilemme éthique et moral.

Même si la contention est considérée comme un soin par près d'une personne interrogée sur deux, le vécu des personnes âgées est transcrit comme essentiellement négatif et celui de l'entourage et des professionnels de santé pouvant être considérés comme favorables ou défavorables selon le contexte. Au regard des résultats obtenus, le ratio avantage/inconvénient ne semble pas toujours être acceptable et juste pour la personne âgée.

Le conflit entre le respect de l'autonomie de la personne âgée et la nécessité de la contenir pour la soigner semble être mis en cause. Le principe de bienfaisance et celui de non malfaisance sont également mis en tension car pour soigner une personne âgée, le recours à la contention physique passive peut être vécu comme difficile, voire excessif pour le patient et/ou son entourage. Ainsi, ceci peut culpabiliser certains soignants voire leur donner l'impression d'être maltraitant.

En ce qui concerne la formation, même si les personnes interrogées ne sont pas assez formées, elles souhaitent une réflexion en équipe pluridisciplinaire. Près d'un professionnel sur deux ne se sent pas suffisamment bien accompagné sur cette thématique et plus de la moitié serait favorable à la création d'une équipe mobile d'éthique.

5 LES PROPOSITIONS D'ACTIONS

5.1 L'ACCOMPAGNEMENT EN REFERENCE A L'ETHIQUE DU CARE

A partir des travaux de Carol Gilligan (psychologue), l'éthique du Care s'est construite en opposition au caractère rationnel et universaliste de la morale kantienne. Elle porte un intérêt à la singularité des personnes et aux situations particulières. L'attention aux personnes fragiles, à leurs difficultés ainsi que leur vulnérabilité est privilégiée. Se soucier des personnes telles qu'elles sont, et non pas telles qu'elles devraient être. Cela demande une certaine sensibilité et une attention bienveillante pour anticiper et percevoir les besoins individuels de la personne soignée tout en cherchant son bien-être. Le Care apparaît comme une forme de souci pour autrui qui demanderait une vigilance active. L'éthique du Care nous permet de disposer d'une vision plus éthique du soin et surtout de sa pratique. " La démarche des soins d'accompagnement est recherche de soulagement, de protection, de sécurité, d'apaisement. " ⁹¹ Les émotions et les sentiments ont un rôle dans la compréhension des personnes et des situations.

Dans l'accompagnement, une importance est accordée au maintien des relations humaines et à la préservation de ce lien, de nature empathique qui nous permet d'avoir la juste relation à l'Autre. L'éthique du Care a pour objectif de sensibiliser les professionnels au souci du respect de la personne. Il est capital que la personne âgée reste au centre de la réflexion et de la préoccupation des professionnels.

⁹¹ Pande S. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Op.cit. p.32.

Accompagner c'est aussi discuter, informer, rassurer, reformuler dans ce qui n'a pas été compris ou entendu. C'est essayer d'avoir la démarche la plus juste envers autrui tout en gardant une juste proximité tout en cheminant à ses côtés.

Dit en d'autres termes, le Care nous rappelle une vérité que nous souhaitons parfois oublier, car elle nous dérange : à tout âge, quel que soit notre statut social, nos capacités physiques ou intellectuelles, notre culture ou notre appartenance spirituelle, nous avons toujours besoin de la présence d'autrui. Nous nous construisons, jamais seul, et nos capacités ne peuvent s'exprimer sans l'aide et le soutien d'autrui. Reconnaisant la vulnérabilité comme un élément central de nos vies, les éthiques du care proposent une perspective morale nouvelle qui donne à l'activité soignante une autre dimension.⁹²

L'éthique du Care donne une attention particulière à la vie et à la personne soignée. Elle invite au "prendre soin", certes invisible mais au combien essentiel dans les relations humaines, que ce soit aussi bien dans l'accompagnement des personnes soignées, de leur entourage et des équipes. L'accompagnement varie selon les attentes de celui ou de ceux que nous accompagnons. Il requiert de la part de l'accompagnant une compréhension adaptée aux besoins de l'Autre ou des Autres.

5.2 LA REFLEXION ETHIQUE QUOTIDIENNE EN EQUIPE

"La normalisation des procédures visant la prise en compte des besoins du malade sert l'efficacité, mais doit être prolongée par une éthique et une déontologie du soin, portés par le professionnel du soin mais aussi par son institution. A cet endroit l'injonction éthique du prendre soin réveille la routine efficace de faire des soins."⁹³

"L'éthique serait-elle alors ce liant entre ce que je pense, ce que je suis, ce que je veux et peux et ce qui relève des normes et exigence de mon métier ? "⁹⁴

La réflexion quotidienne permet de donner du sens à ce que vivent les soignants dans la relation avec la personne âgée, vulnérable. Elle essaie de définir ce qui est juste en tenant compte des normes extérieures, d'être en accord avec soi-même dans un souci de l'Autre.

Elle nous invite à dispenser les soins, à penser les soins et prendre soin tout en recherchant la vie bonne, l'action bonne, c'est-à-dire ce qu'il est bon de faire. En lien avec notre thématique de recherche, la réflexion est : comment concilier l'exercice de la liberté, le respect de la dignité et la sécurité des personnes âgées soignées ?

⁹² Svandra P. Le care entre éthique, travail et politique. Recherche en soins infirmiers. 2015 ; 122 : 23.

⁹³ Pierron J-P. Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Op.cit. p.46.

⁹⁴ Xardel-Haddab H. De l'analyse des pratiques à la réflexion éthique, un pas ? Op.cit. 167.

La réflexion en équipe pluri-professionnelle part de situation où l'incertitude de bien faire peut être mise en exergue. Elle se réalise à partir d'une incertitude, d'une prise de conscience, d'un cheminement, indispensables à l'éthique des soins. Le temps du respect, de la patience, de l'écoute prend tout son sens lors de cette réflexion en équipe. "Et n'est-ce pas aussi le travail spécifique de l'éthique que de mettre un peu de raison sur beaucoup d'émotion et d'offrir un espace de réflexion à propos d'une inquiétude révélatrice des enjeux éminemment éthiques de la pratique ? " ⁹⁵

Malgré un environnement professionnel de plus en plus complexe, les acteurs de la santé doivent faire preuve de subtilité pour identifier voire créer des espaces de libertés pour faire émerger une certaine créativité qu'ils souhaitent partager avec les personnes âgées. Ainsi, le principe d'autonomie peut s'exprimer par les professionnels et pour les personnes âgées.

Il nous semble capital que le professionnel se sente impliqué par la situation de la personne soignée pour réaliser une pratique humble, sensible et subtile, empreinte d'humanité. La compréhension de la situation doit rester singulière car chaque personne âgée est unique.

Le cadre de santé a sa place au sein de l'équipe pour créer et entretenir un climat éthique et une ambiance de respect et de liberté où chacun se sent responsable. Il peut accompagner l'équipe pluridisciplinaire dans une éthique du quotidien auprès des personnes âgées. L'encadrement de proximité veille à ce que chaque personne de son équipe soit entendue pour favoriser le principe de justice et d'équité. Il favorise les temps de concertation car l'éthique serait le fruit d'un travail collectif issu de pensées personnelles discutées et parfois confrontées. Ceci apprend à l'équipe à travailler ensemble. L'importance de la vigilance de tous permet également un engagement et une responsabilité éthique. L'accompagnement des équipes doit passer par une réflexion sur la considération que les membres de l'équipe ont vis-à-vis des personnes âgées à qui elles prodiguent des soins. Respecter, écouter la personne âgée et la croire nous paraît être une des premières étapes d'une éthique des soins.

5.3 LA FORMATION DES DIFFERENTS PROFESSIONNELS

Comme nous le montrent les résultats de nos questionnaires, les professionnels ne se trouvent pas suffisamment formés. Selon notre conception, la formation fait partie de l'accompagnement qui peut être prodigué aux professionnels. Tout un chacun doit se former et réactualiser ses connaissances. Cependant, l'institution où le soignant travaille lui en donne-t-elle suffisamment la possibilité ?

⁹⁵ Xardel-Haddab H. Ibid. 168.

La formation des professionnels de santé pourrait porter sur différentes thématiques. Comme nous l'avons vu lors de la prévalence de la contention en EHPAD et en services hospitaliers de gériatrie, trois quarts des personnes âgées présentent des troubles cognitifs. Le premier motif d'entrée en institution étant la maladie d'Alzheimer, il serait important que le personnel soit formé sur cette pathologie et sur les troubles apparentés pour mieux accompagner les personnes âgées.

Les troubles du comportement correspondent au deuxième motif de mise en place d'une contention. Une formation sur cette thématique pourrait donc être utile. Une formation concernant la prévention des chutes serait aussi déterminante pour préserver la dignité et l'autonomie de la personne âgée. Une formation plus spécifique sur la contention pourrait avoir comme objectif de diminuer son utilisation en sensibilisant les professionnels aux différents risques qu'elle peut entraîner. L'accent pourrait alors être mis sur l'importance de ne pas la banaliser mais de la personnaliser car chaque personne est unique. Les alternatives à contention devront être également développées.

Toute formation permet d'avoir des connaissances, des outils, du temps pour réfléchir ensemble. Elle favorise un raisonnement réflexif plutôt qu'applicatif pour travailler autrement en tentant de changer certaines représentations et habitudes afin d'améliorer les pratiques professionnelles et cheminer vers un changement de culture. Une approche de l'éthique des soins pourrait peut-être permettre de contribuer à réduire les risques de maltraitements des personnes âgées. Des réflexions en éthique pourraient redonner une forme d'espoir dans les capacités d'autonomie restantes de la personne âgée.

Il n'est pas rare que la maltraitance s'installe insidieusement, parce que l'entourage familial ou professionnel ne supporte plus la personne âgée dépendante physiquement et/ou psychiquement... La vulnérabilité est un autre facteur d'influence, en particulier quand les modalités de relation à l'autre régressent chez la personne âgée, laissant place à l'expression de la violence produite par autrui, cette dernière n'étant plus en mesure de raconter cet état de fait. Dans ce contexte, force est de constater que la peur (des représailles, d'être à l'origine d'un conflit dans la famille, de perdre le peu de relations restantes, d'être abandonnée..) entraîne souvent la victime à se taire... L'intensité de la charge en soin liée à la dépendance comme la fragilité du réseau de soutien socio-familial ou professionnel majorent la difficulté à vivre le quotidien, d'autant plus quand les troubles comportementaux et/ou cognitifs s'associent à la dépendance physique...⁹⁶

5.4 LES ALTERNATIVES A LA CONTENTION

Quels sont les moments de liberté qu'une équipe accorde à une personne âgée sous contention ? Ceux-ci sont-ils réellement suffisants ? Si la réponse est négative, les soins sont-ils alors

⁹⁶ Ribeaucoup L, Malaquin-Pavan E. Prévenir la maltraitance en gériatrie : une posture d'équipe bientraitante. Op.cit. 35.

suffisamment « bons » et peuvent-ils être considérés comme justes ? "Il y a injustice lorsqu'une personne se voit refuser certains avantages auxquels elle a droit sans une bonne raison, ou lorsqu'un fardeau est imposé excessivement".⁹⁷

Nous pensons d'une part, que les alternatives pour éviter à certaines personnes âgées d'être mis sous contention ne sont pas suffisamment exploitées et d'autre part, que lorsque la contention physique est considérée comme incontournable, il pourrait exister des possibilités d'inventer ou d'optimiser "des zones de liberté" afin d'améliorer leur qualité de vie perceptuelle. Partant de ce principe, certaines personnes âgées mises sous contention pourraient montrer aux équipes et à leur famille qu'elles ont encore certaines capacités voire une créativité insoupçonnée. Ceci prouverait que malgré leur vulnérabilité, des brins d'autonomie peuvent être préservés en créant ses espaces de liberté.

Une réflexion sur les critères de préférences d'une ou plusieurs alternatives est à envisager pour voir quelles alternatives seraient les plus appropriées en lien avec l'état de santé de la personne âgée. Ceci nécessite une évaluation des besoins individualisés de la personne âgée et de son environnement. Ainsi, nous vous suggérons quelques idées d'alternative à la contention :

- lorsque la famille est présente, il serait intéressant de lever la contention car celle-ci peut avoir ce rôle de contenance et de soutien. Ceci, bien entendu, lorsque les circonstances sont favorables et lorsque l'entourage est d'accord et en a les capacités
- en sollicitant également l'équipe d'animation, faire oublier à la personne âgée l'envie de se lever en l'aidant à se concentrer autrement et à participer à différentes activités occupationnelles
- l'accueil d'un groupe restreint de personnes dans une salle adéquate pourrait améliorer la surveillance et favoriser les liens sociaux
- la contention pourrait être également levée lors des repas par exemple, lors des soins d'hygiène... en faisant diversion et en faisant participer la personne. Ceci ayant aussi pour objectif de favoriser son autonomie et d'améliorer sa dignité
- favoriser différentes techniques d'apaisement comme la musicothérapie ...
- l'utilisation de lit en position basse permettrait d'éviter le recours aux sécuridraps et aux sangles
- le port de protecteurs de hanches serait à discuter chez des personnes ayant des risques de fractures plus élevés.

⁹⁷ Belmont. Commission Nationale américaine pour la protection des sujets humains dans la recherche biomédicale et comportementale. Op.cit.7.

Maintenant, sur le plan institutionnel, nous souhaitons vous présenter deux exemples d'alternative à la contention.

En Allemagne, pas de contention, pas de barrière de lit, pas de pose de bracelet anti-fugue, sans l'émission d'un jugement. On ne prive pas quelqu'un de sa liberté, comme ça, c'est un acte grave... Cela veut dire que nous faisons beaucoup d'exercices de marche, de gymnastique et de promenades afin de réduire l'agitation des personnes âgées. Une attention particulière est accordée aux animations qui procurent du mouvement aux personnes. Beaucoup de pensionnaires portent des protecteurs de hanche, parfois des casques de vélo. Ce n'est pas très esthétique mais c'est efficace. Les chambres sont équipées de tapis d'alerte plutôt que de barrière de lit... On s'est rendu compte que les barrières étaient à l'origine d'un bon nombre de strangulation et de chutes graves, la personne passant par-dessus. Certains systèmes utilisés en France sont également interdits en Allemagne, comme ces charmants sacs de couchage au doux nom de "Cocoon"... Ceux-ci ont été interdits outre-Rhin suite à plusieurs décès.⁹⁸

" A Tonneins, Unité de Soins de Longue Durée dans le Lot-et-Garonne, les personnes ne sont pas contenues, on les fait marcher chaque jour, même à petits pas, même sur la pointe des pieds. Il y a davantage de chutes qu'ailleurs, mais elles sont moins graves. Il y a moins de fractures, ce qui signifie moins d'hospitalisation et moins de mortalité. " ⁹⁹

Tout comme la première situation d'appel que nous vous avons présentée, ces exemples d'accompagnement différents nous montrent bien qu'il existe des alternatives à la contention chez les personnes âgées que ce soit en France ou dans d'autres pays. Ils pourraient être discutés en formation et permettre alors de changer certaines représentations des professionnels en ayant comme objectif une diminution de l'utilisation de la contention.

"Prouver et convaincre que la réduction des contentions ne s'accompagne pas d'une majoration des chutes et des blessures est donc fondamental pour changer les représentations et les pratiques dans ce domaine". ¹⁰⁰

5.5 LES PROPOSITION D'UNE NOUVELLE MESURE CONCERNANT LA SURVEILLANCE DES LIBERTES EN GERIATRIE

Les personnes dont l'autonomie est diminuée ont le droit d'être protégées.

Aujourd'hui, l'usage de la contention et de toute contrainte intéresse les obligations négatives des Etats quand les personnes sont placées dans des établissements sanitaires et/ou sociaux. Il revient, de même, à l'Etat de garantir la bienveillance des aînés et des personnes âgées dépendantes. Les personnes qui se trouvent dans les centres de gériatrie ou de gérontologie sont des individus en état de vulnérabilité devant être l'objet de protections

⁹⁸ Bertrand Q. "La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement !" Gérontologie et Société. 2013 ; 114.

⁹⁹ Bertrand Q. Ibid. 117.

¹⁰⁰ <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf> Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000 ; 12.

accrues.... En matière de contention physique passive, le mouvement alliant le juriste "une plus grande sécurité et un respect accru des droits des usagers" se conjugue, pour les professionnels de santé, en une politique de lutte contre la maltraitance, où il convient de passer d'une culture de la contention à une culture de l'abstention; une culture de bientraitance et de contenance. Il serait tout d'abord à désirer que le droit français de la gérontologie et/ou de la gériatrie s'inspire de la loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades en Ontario. Il serait à désirer ensuite qu'une analyse critique des pratiques soit mise en œuvre d'une manière quantitative et qualitative. Enfin, il serait à désirer que le législateur précise les conditions relatives à la légalité de telles mesures et que le régime juridique relatif à leurs justifications et leurs modalités soit précisément déterminé par voies réglementaires.¹⁰¹

Chaque professionnel de santé se doit de protéger le plus faible et le plus vulnérable. Ne serait-ce pas également une des missions de notre politique de santé ?

La surveillance en matière de contention physique n'est pas prévue dans le Code de la Santé Publique pour la gériatrie et les contrôles des libertés ne sont pas réalisés dans cette spécialité. Le seront-ils ultérieurement ? "Il revient au droit de protéger les personnes qu'un élément de vie place en situation de vulnérabilité".¹⁰² ".la visée de Ricœur qui nous aidait à saisir que l'éthique impliquée lors d'une relation intersubjective n'est rendue possible que grâce et dans des institutions justes."¹⁰³

5.6 LE PROJET D'UNE EQUIPE MOBILE EN ETHIQUE

Notre idée de création de l'équipe mobile d'éthique est née de notre travail de recherche sur la contention physique chez les personnes âgées.

Cependant, l'intérêt de cette équipe mobile est d'élargir ses champs d'intervention à d'autres thématiques. D'une part, les patients ou les familles qui ne comprendraient pas le sens et l'intérêt de certains soins pourraient la solliciter. D'autre part, les équipes vivant des situations complexes voire déroutantes qui souhaiteraient les partager avec l'équipe mobile d'éthique. Aussi lorsque les professionnels n'arriveraient plus à prendre suffisamment le recul nécessaire, auraient besoin de temps d'échange et de réflexion pour réaliser le juste soin et progresser par rapport à la prise en soin d'une personne. Il serait alors pertinent que d'autres acteurs plus distanciés apportent un regard plus panoramique ou un nouvel éclairage éthique.

" C'est de la juste confrontation, au travers du débat, que naissent les meilleures idées. Confrontation qui doit s'effectuer dans le respect le plus total de l'autre dans sa différence, afin d'ouvrir sur une réelle collaboration."¹⁰⁴

¹⁰¹ Martinet E. De la contention de personnes en état de vulnérabilité. Op.cit. 38.

¹⁰² Callu M.F. Droit, soins et personnes âgées. Soins gérontologie. 2013 ; 103 : 21.

¹⁰³ Anonyme. Les lieux de l'éthique. Ethique et santé. 2014 ; 11 (2), 59.

¹⁰⁴ <http://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2010-3-page-62.htm>

Cette autre forme d'échanges et d'accompagnement pourrait également prodiguer du soutien porteur de sens et respectueux de la personne soignée. Cela pourrait s'avérer plus fructueux surtout lorsque l'équipe commencerait à se sentir dépourvue d'idées. Une intelligence de chaque situation doit rester singulière et ne pas être transférable car chaque patient est unique. Chaque personne âgée vit sa situation de manière personnelle et intime. Tout au long de la démarche éthique, la finalité de cette concertation avec l'équipe mobile serait la réponse la plus adaptée pour le bien-être du patient. Cela amène à une réflexion collective et un engagement de chacun au sein du groupe sur la base du volontariat et de la motivation.

Les objectifs :

L'équipe mobile d'éthique permettrait donc une réflexion sur les pratiques professionnelles tout en ouvrant le débat sur la bonne intention et la justesse des soins. Ceci en vue de permettre au patient d'avoir les soins les plus appropriés, les plus justes et les plus respectueux en lien avec son état. Envers les patients, la réflexion éthique a une visée humaniste fondée sur l'altruisme. Ce projet d'équipe mobile aurait pour objectif de renforcer le sens que les professionnels donnent aux soins. Ceci nous paraît important pour l'intérêt et le bien-être du patient mais également des soignants. L'idée serait de renforcer les valeurs de respect, d'équité, de prendre soin envers les personnes âgées mais aussi envers les équipes. Ceci permet également de partager des connaissances entre professionnels.

Dans certaines situations complexes, l'équipe mobile d'éthique pourrait éviter que certains professionnels soient livrés à eux-mêmes ou se sentent isolés. Elle pourrait donner des repères aux professionnels pour leur conférer un certain cadre et éviter que certains s'égarent dans leur pratique professionnelle. Elle pourrait aussi encourager les professionnels, revaloriser leur travail, leurs expériences en les accompagnant vers une optimisation de leur prendre soin.

Les lieux d'exercice de l'équipe mobile d'éthique :

Les bureaux seraient situés au sein d'un centre hospitalier. L'équipe mobile pourrait dépendre d'un centre hospitalier et intervenir au sein de ses services. Il serait intéressant que ses missions soient étendues au niveau des EHPAD (ceux qui sont rattachés à un centre hospitalier et éventuellement ceux qui travaillent de manière indépendante). Ainsi, la coordination des soins et le travail en réseau seraient renforcés.

Les professionnels exerçant dans l'équipe mobile :

Il serait important que ces professionnels soient des intervenants externes à l'équipe demandeuse avec de ce fait une prise de recul et un regard plus distancié et peut-être plus objectif sur la

situation du patient. Pour avoir un éclairage différent, il pourrait être intéressant d'avoir un philosophe, un juriste.

D'autres catégories socioprofessionnelles pourraient aussi la constituer : médecin, psychologue, cadre de santé, infirmier, aide-soignant..." Si l'on vise à parler ensemble, n'importerait-il pas que soit introduite et reconnue la diversité des langues (langues médicales scientifiques, philosophiques, juridiques...) ? ... La recherche de l'action éthique (la bonne action)..."¹⁰⁵ "... le partage des risques et le soutien de professionnels extérieurs sont essentiels au bien-être de tous".
106

D'ores et déjà, la collégialité peut se réaliser entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur d'EHPAD. Cependant, dans les EHPAD où il n'y a pas de médecin coordonnateur, la présence d'un médecin au sein de l'équipe mobile nous paraît pertinente.

La collégialité pourrait alors peut-être prendre forme entre le médecin traitant de la personne âgée et le médecin de l'équipe mobile ? Serait-ce ainsi une ouverture vers une réflexion collégiale lorsqu'une prise en soin devient trop complexe ? Dans un souci de non-concurrence, la réflexion collégiale autour de la décision médicale pourrait également s'étendre dans les EPHAD où il n'y a pas de médecin coordinateur et pas d'équipe mobile intervenant.

La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, invite à une réflexion sur la proportionnalité des soins en s'appuyant sur une réflexion collégiale.

La nouvelle loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie renforce cette notion de collégialité en s'étendant notamment aux EHPAD. Notre idée de création d'une équipe mobile d'éthique pourrait-elle prendre forme dans ce cadre-là ?

Les modalités d'intervention :

Une communication efficace au sein de l'établissement pour faire connaître l'équipe mobile d'éthique aux professionnels sera un préalable. L'équipe mobile se rendra directement dans les services et les EHPAD. Cela nous paraît adapté pour que les professionnels des différents services ne perdent pas du temps à se déplacer. Le lieu de la rencontre sera prévu par le service qui fera la demande.

Le cadre de santé du service de gériatrie ou de l'EHPAD organisera la participation des professionnels en concertation avec son équipe. Certaines fois pour des raisons d'organisation, la vidéo conférence pourrait être une option intéressante.

¹⁰⁵ Anonyme. Chercher une voie à plusieurs voix. Ethique et santé. 2015; 12 (2) : 73.

¹⁰⁶ Amyot J-J, Villez A. Risques, responsabilités, éthique dans les pratiques gériatriques. Op.cit. p.99.

Le rythme des réunions :

Il sera à déterminer lors de la première réunion. Si toutes les pistes de réflexion ne semblent pas être suffisamment explorées lors de cette intervention, il sera tout à fait possible de prévoir un deuxième temps de rencontre. La programmation d'une prochaine séance se discutera avec l'équipe présente. Si les professionnels pensent qu'il est judicieux que l'équipe mobile rencontre le patient et ses proches, il nous semble important qu'elle puisse déjà dans un premier temps échanger avec l'équipe. Ensuite, il nous paraît cohérent qu'il y ait différents temps dans cette rencontre. Un temps où le patient puisse parler directement à l'équipe, un autre où les proches sont entendus sans le patient et enfin le dernier temps où le patient et ses proches sont ensemble pour discuter avec l'équipe mobile.

Ceci permettrait alors de prendre en considération les dire du patient et les considérer comme une personne à part entière tout en mettant en exergue sa dignité. Le patient doit toujours rester au centre des soins et de la préoccupation éthique. Si le patient arrive à exprimer son choix et son vécu, le principe d'autonomie sera mis en exergue. Le principe d'équité prend forme pour les proches dans le sens où ceux-ci seront entendus et où tous les professionnels travaillant auprès des patients pourront être acteurs, s'ils le souhaitent, en participant aux réunions avec l'équipe mobile d'éthique. Etablir une relation de confiance avec le patient, ses proches et l'équipe nous semble une nécessité professionnelle.

Pour mieux analyser la situation, il nous paraît important de voir ce qu'en pense le patient, sa famille ou ses proches. La coopération avec l'équipe mobile permettrait de réaliser une démarche éthique en vue d'améliorer le soin, de le rendre le plus juste pour la personne soignée.

Tout en étant accompagnés par deux personnes de l'équipe mobile, l'intérêt est que les professionnels arrivent à résoudre au mieux les dilemmes éthiques. La décision concernant le patient pourra être identique ou différente de celle qui existait avant l'intervention de l'équipe mobile d'éthique.

L'intervention de cette équipe pourra éventuellement apporter un nouvel éclairage aux différents membres de l'équipe. Sachant que la responsabilité de la décision finale et de la prescription médicale reviendra toujours au médecin traitant du patient. "La dimension collective amène une certaine garantie juridique et éthique..."¹⁰⁷

¹⁰⁷ Pérotin V. Rôle de facilitateur en éthique dans la qualité de la concertation collégiale. *Ethique et santé*. 2015 ; 12 (1) : 31.

Dans notre analyse des questionnaires, il est apparu que 88% des professionnels interrogés estiment que la réflexion en équipe pluridisciplinaire est importante. L'objectif serait que davantage de professionnels puissent la considérer comme capitale. La réflexion éthique avec l'équipe mobile permettrait un espace de réflexion plurielle où une éthique de la discussion permettrait d'entendre et de comprendre les différents points de vue, de les analyser tout en cheminant dans le temps afin de trouver une décision interdisciplinaire qui soit la plus proche possible de la sécurité et du confort de la personne soignée.

Le financement de l'équipe mobile :

La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 qui préconise un renforcement de la collégialité permettra t'elle d'avoir des budgets supplémentaires pour réaliser de telles actions en transversal ?

CONCLUSION

Le début de notre réflexion est parti de notre étonnement sur les écarts entre les pratiques concernant la contention physique chez les personnes âgées hospitalisées dans différents services et celles résidant en EHPAD. Notre questionnement a été d'autant plus critique lorsque nous avons dû réaliser un cours sur la contention. Des interventions de plusieurs juristes auprès des étudiants nous ont également apporté d'autres éclairages.

Nos lectures ont montré qu'il existe beaucoup d'écrits sur la thématique de la contention. Elles ont contribué à écrire les concepts que nous vous avons présentés et à enrichir notre réflexion.

Des recommandations spécifiques autour de la contention physique chez les personnes âgées ont été publiées par l'HAS en 2005. Cependant elles n'ont pas toujours été suivies d'où l'utilisation plus élevée de cette pratique professionnelle, en France, par rapport à d'autres pays.

Nous nous sommes alors interrogées sur les raisons d'un tel fait et nous avons avancé l'hypothèse suivante : les équipes ne seraient peut-être pas suffisamment accompagnées sur cette thématique. Ainsi, nous avons formulé notre question de recherche :

Comment accompagner les équipes pluri professionnelles dans une réflexion autour de la contention physique chez les personnes âgées ?

Ne travaillant plus auprès des personnes âgées, il nous a semblé important d'avoir les retours des professionnels exerçant en gériatrie et en EHPAD. Nous avons donc fait le choix de leur faire remplir un questionnaire. A l'issue des données recueillies, une certaine ambivalence a été mise en évidence entre le fait que la contention peut prodiguer une sécurité pour la personne âgée mais aussi une atteinte à ses libertés et à sa dignité. Ceci pose alors un dilemme éthique chez certains professionnels. Nos résultats ont mis à jour des conflits de valeurs et de principes éthiques. Ainsi, pour notre analyse, il nous a semblé pertinent de nous appuyer sur les principes de l'éthique biomédicale de Tom L. Beauchamp et James F. Childress.

Notre travail de recherche a montré également qu'une majorité des professionnels ont des représentations erronées. Une sous-estimation des risques de la contention physique est mise en évidence par certains professionnels, et malgré les recommandations, son recours n'est pas exceptionnel. Les vécus de cette pratique professionnelle sont souvent difficiles pour les patients mais également pour l'entourage et pour certains soignants.

Notre hypothèse de départ a pu être vérifiée car un peu plus de la moitié des équipes ne s'estime pas suffisamment accompagnée sur cette thématique. Il ressort à la quasi-unanimité qu'une

réflexion en équipe pluridisciplinaire est nécessaire. Leurs réponses ont aussi montré qu'il reste des progrès à faire concernant la formation et que les équipes seraient plutôt favorables à notre proposition de créer une équipe mobile d'éthique afin de les accompagner. L'équipe mobile d'éthique pourrait alors renforcer la préoccupation éthique de la collégialité mise en avant par la loi du 2 février 2016.

La réflexion collégiale et l'accompagnement des équipes pourraient permettre aux patients d'avoir les soins les plus appropriés, les plus justes et les plus respectueux de leur état.

L'objectif de cette réflexion pluri professionnelle consiste à permettre une décision prise au plus près de la sécurité et du confort de la personne soignée. L'éthique médicale et l'éthique des soins ont pour devise l'humanisation des soins basée sur l'altruisme.

Néanmoins, notre travail de recherche nous montre qu'il reste encore du chemin à parcourir pour que la prise en soin et le respect des droits fondamentaux des personnes âgées soient améliorés. Ainsi, le cheminement d'une culture de la contention vers une culture de l'accompagnement est à soutenir.

Une collégialité inter professionnelle en équipe et en réseau pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins et se rapprocher davantage vers le juste soin.

La réflexion autour de la justesse des soins a été finalement le fil conducteur de notre travail de recherche et ne peut être réduit à la thématique de la contention physique mais aussi à tous les soins à prodiguer aux personnes.

Aujourd'hui, le cheminement de notre travail correspond davantage à un souci d'équilibre entre les différents concepts étudiés (liberté, autonomie, vulnérabilité, personne et dignité) et les principes de l'éthique biomédicale abordés.

Notre réflexion ne se limite donc pas à la thématique de notre mémoire mais s'étend bien entendu à l'éthique des soins et du prendre soin.

Pour terminer notre travail de recherche et faire le lien avec notre précédent mémoire, nous souhaitons reprendre la même citation :

" L'Autre est indispensable à mon existence." Sartre J-P (écrivain et philosophe français)

BIBLIOGRAPHIE

Les articles

- Abondo M, Bouvet R, Le Gueut M.** Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? *Revue droit et santé.* 2014 ; 62 : 1626-31.
- Anonyme.** Chercher une voie à plusieurs voix. *Ethique et santé.* 2015 ; 12 (2) : 73-76.
- Anonyme.** Législation et déontologie concernant l'isolement, la contention, la limitation des mouvements et des droits des patients. *Revue Turbulances.* 2010 ; 52 : 30-2.
- Anonyme.** Les lieux de l'éthique. *Ethique et santé.* 2014 ; 11 (2) : 59.
- Anonyme.** Prescription médicale : quelle marge de manœuvre ? *Le bulletin de l'Ordre national infirmier.* 2015 ; Octobre, 5.
- Anonyme.** La vulnérabilité. *Ethique et santé.* 2013 ; 10 (1), 1.
- Bagaraza E., Vedel I., Cassou B.** Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive. *Gérontologie et société.* 2006 ; 116 : 161-70.
- Bertrand Q.** "La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement !" *Gérontologie et Société.* 2013 ; 114 : 111-5.
- Bourgeois F.** Envisager une contention physique passive. *La revue de l'infirmière.* 2008 ; 145 : 43-4.
- Boarini S.** La vulnérabilité. L'humanité, au risque de la vulnérabilité. *Ethique et santé.* 2013 ; 10 (1) : 43-7.
- Borella C.** La démarche éthique comme conscience et courage collectifs. *Ethique et santé.* 2010 ; 7 : 71-75.
- Bouchara J.** Psychogériatrie et troubles du comportement. *Soins gérontologie.* 2008 ; 73 : 15.
- Brousse A.** Un cadre pour l'éthique, Objectifs soins et management. 2014 ; 223 : 36-8.
- Callu M-F.** Droit, soins et personnes âgées. *Soins gérontologie.* 2013 ; 103 : 20-1.
- Callu M.F.** Norme juridique et vulnérabilité. *Ethique et santé.* 2013 ; 10 (1) : 48-51.
- Chanques G, Matul M, Jong A, Jung B « et » Jaber S.** La contention physique est-elle prohibée en réanimation ? *Le praticien en Anesthésie Réanimation,* 2015, 19 (1) : 41-4.
- Chvetzoff G, Henry J.** Pour une éthique anthropologique des situations ordinaires. *Ethique et santé.* 2015, 12 : 145-9.
- Chvetzoff G, Chvetzoff R, Pierron J.P.** La visée éthique en santé : l'enseignement des conflits éthico-pratiques. *Ethique et santé.* 2014 ; 11 : 123-32.
- Chvetzoff R.** L'éthicien, s'il existe... *Ethique et santé.* 2015, 12 : 116-23.
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté.** *Journal Officiel de la république française.* 2016 ; mars ; 16, texte 102 sur 130.
- Cornu-Lesprit A.** La stimulation cognitive dans le cadre d'une prise en charge orthophonique des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie.* 2014 ; tome XXI, 207 : 300-1.
- De Brocca A.** Violences et soins. *Ethique et santé.* 2013 ; 10 (3) : 117-8.

- Dejoint-Hugouvieux M.** Neuropsychologie et prise en charge des personnes présentant ne maladie d'Alzheimer présentant une maladie d'Alzheimer en EHPAD. *Soins Gérontologie*. 2008 ; 73 : 21-5.
- Devers G.** Contention et responsabilité. *Objectifs soins et management*. 2014 ; 223 : 15-8.
- Dumas V, Dorey J-M, Vercherin P, Chaneliere A-F, Celarier T « et » Gonthier R.** Intérêt d'une prise en charge spécifique pour limiter l'usage de la contention en gériatrie. *Risques et qualité*. 2008 ; 5 (3) : 158-164.
- Groupe Contention du Pôle d'Activités Médicales de gériatrie des Hospices Civils de Lyon.** La contention : une intervention de soin. 2015, janvier.
- Guedj M.J, Raynaud Ph, Braitman A, Vanderschootend D.** Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. *L'encéphale*. 2004 ; 1 : 32-8.
- Journet N.** La liberté, jusqu'où sommes-nous libres? *Sciences humaines*. 2015; novembre, 26-37.
- Herve C, Martinent E.** Interactions entre médecine et droit de la santé. *Revue générale de droit médical*. 2016 ; 59 : 335-372.
- Hyvert L.** Soins contenant, alliance thérapeutique et bienveillance. *Soins psychiatrie*. 2014 ; 294 : 22-4.
- Lagarde M, Vandroux J-L.** Liberté d'aller et venir dans un service d'urgence. *Soins cadres*. 2009 ; 70 : 21-2.
- Laloue M.** Le cadre juridique de la privation de liberté en vue d'un traitement médical. *Soins Cadres*. 2009 ; 70 : 16-9.
- Lemoine E, Lange L, Chapuis F « et » Vassal P.** Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. *Ethique et santé*. 2014 ; 11 (2) : 85-90.
- Maillard A.** La contention physique, un soin de dernier recours. *Soins gérontologie*. 2008 ; 73 : 28-9.
- Maroudy D.** L'éthique du soin. *Soins*. 2015 ; 801 : 27-35.
- Martinent E.** De la contention de personnes en état de vulnérabilité. *Soins gérontologie*. 2013 ; 103 : 35-8.
- Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.** Maltraitance des adultes vulnérables. 2010 ; octobre : 1-11.
- Melon P.** Spécificité des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 2014 ; tome XXI (207) : 306-8.
- Menier C, Blasindar R., Lassauniere J-M.** La contention physique passive : une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire. *Médecine palliative, soins de support, Accompagnement, Ethique*, Issue 5. 2010 ; 9 : 232-41.
- Nourhashemi F.** Les alternatives à la contention physique chez la personne âgée. *Hebdomadaire des praticiens*. 2004 ; 13 : 727-9.
- Pelisset A, Durocher A-M, Marie G, Puissieux F « et » Di Pompeo C.** "et " le comité scientifique de la société septentrionale de gérontologie clinique. *Contention Physique Passive Evaluation régionale des pratiques en EHPAD en 2011. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 2014 ; tome XXI, 205 : 193-7.

- Permal L.** L'Anaes met la contention sous liberté conditionnelle. *L'infirmière magazine*. 2000 ; 155 : 16.
- Pérotin V. Rôle de facilitateur en éthique dans la qualité de la concertation collégiale. *Ethique et Santé*. 2015 ; 12 (1) : 29-37.
- Pierron J.P.** Où est le lieu de l'éthique ? *Ethique et santé*. 2015; 12 : 110-5.
- Retailleau B.** Le projet d'accompagnement personnalisé. *Soins Aides-soignantes*. 2015 ; 64 : 9-16.
- Ribeaucoup L, Malaquin-Pavan E.** Prévenir la maltraitance en gériatrie : une posture d'équipe bientraitante. Dossier "la maltraitance"/réflexions. *Ethique et santé*. 2015; 1 : 33-43.
- Rumeau P, Marzais M.** Attachage, contention physique passive ou contention physique réfléchie ? *Gérontologie*. 2001 ; 119 : 42-6.
- Saragoni A.** Etes-vous attachés à la contention ? Point de vue du rééducateur. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 2014 ; tome XXI ; 207 : 302-5.
- Svandra Ph.** Le care entre éthique, travail et politique. *Recherche en soins infirmiers*. 2015 ; 122 : 18-24.
- Thomas Ph, Hazif-Thomas C, Peix R-O.** Les troubles du comportement des personnes âgées. *Soins Gérontologie*. 2008 ; 73 : 16-20.
- Torres E.** Le transport d'un patient agité sous contention. *Turbulances*. 2014 ; 67 : 18-9.
- Touzet P.** Entre liberté et contrainte, le soin en psychiatrie. *Soins Cadres*. 2009 ; 70 : 23-5.
- Vedel, I, Lechowski L., Simon I, Lazarovici C, De Stampa M, Pedono V. et al.** La contention physique en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES. *Gérontologie et Société*. 2006 ; 116 : 153-9.
- Les livres lus
- Barrier P.** Le patient autonome. Millau : Presse Universitaire de France ; 2015.
- De Singly F.** L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire. 2ème éd. Barcelone : Armand Colin ; 2006.
- Fiat E.** Petit traité de dignité. Mayenne : Larousse ; 2012.
- Hesbeen W.** Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin, penser une éthique du quotidien des soins. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011.
- Devers G.** Lettre d'un avocat à une amie infirmière. 2ème éd. Pays-Bas : Lamarre ; 2013.
- Marin C, Worms F.** A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott. Mayenne : Presses Universitaires de France ; 2015.
- Maufaux-Immergout R, Devers G, Devers K B.** Précis de législation, éthique et déontologie. Pays-Bas : Lamarre ; 2012.
- Rameix S.** Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Mesnil-sur-l'Estrée : ellipses ; 2014.
- Pandelé S.** Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité. Gap : Seli Arslan ; 2009.
- Pierron J-P.** Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin. Millau : Presses Universitaires de France ; 2014.
- Les chapitres des livres
- Anonyme.** Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Berger- Levrault ; 2013. p.161-9.

Baertschi B. L'autonomie à l'épreuve de la fragilité mentale sévère. Alzheimer et autonomie. Paris : Les belles lettres ; 2010. p.1-14.

Bardin L. L'analyse de contenu. Mayenne : Presses universitaires de France ; 2016. p.1-92.

Beauchamp T L, Childress J F. Les principes de l'éthique biomédicale. Clamecy : Médecine et Sciences humaines/Les belles lettres ; 2008. p.91-403.

Fontanel J. Questions d'éthique. Grenoble : sciences sociales et humaines ; 2007. p.7-8.

Pelluchon C. L'autonomie brisée. Lonrai : Presses Universitaires de France ; 2014. p.1-306.

Sicard D. L'éthique médicale et la bioéthique. 3ème éd. Paris: Presses Universitaires de France ; 2013. p.94-100.

Vialla F, Bourret R, Martinez E, sous la coordination de Reynier M. et de Martinent E. Les grandes décisions du droit médical. 2ème éd. Issy-les-Moulineaux : Lextenso ; 2014. p.243-6.

Les lois consultées

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (J.O 5 mars 2002).

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. (J.O 22 mai 2005).

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. (J.O 3 février 2016).

Les procédures

Gestion Electronique des Documents des Hospices Civils de Lyon.

Logiciel Blue Medi du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

Les chartes

La charte de la personne hospitalisée (2 mars 2006).

La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (version révisée en 2007).

La charte Alzheimer (éthique et société, 2011).

Les rapports

Belmont. Commission Nationale américaine pour la protection des sujets humains dans la recherche biomédicale et comportementale). 1978.

Les dictionnaires

Dictionnaire permanent de bioéthique et biotechnologies. Editions législatives, 2015.

Petit dictionnaire d'éthique. Sous la direction de Otfried Höffe. Paris, Edition Du Cerf, 1993.

Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. Canto-Sperber M. Vendoeme, Presse Universitaire de France, 2001.

Dictionnaire de la langue française. Emile Littré. 2001.

Dictionnaire de philosophie. Baraquin N, Baud A, Dugue J, Laffi J, Ribes F « et » Wili J.

Encyclopédie philosophique universelle. Les notions philosophiques. Dictionnaire 1 ; A/L.

Les formations

Formation du 3/11/15 sur la contention organisée par le Pôle d'Activités Médicales de Gériatrie des Hospices Civils de Lyon, coordonnée par le Dr S. Ahmine, gériatre.

Conférences :

Hesbeen W. S'engager dans une formation universitaire pour un professionnel de la santé : quels bénéfices pour le professionnel, la personne soignée, les élèves ? Journée Institut de Formation des Cadres de Santé du Territoire Lyonnais. 2016 Janv 28 ; Lyon.

Hervé C. La vulnérabilité de la personne dans les structures de soins (établissements hospitaliers et médico-sociaux). Premières printanières de l'éthique en santé en région Rhône-Alpes. 2016 Juin 21 ; Lyon.

Programme de formation

Roy O, Fréchette M. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Programme de formation. Ministère de la santé et des services sociaux. Québec. 2006.

Les mémoires des DIU

Doiret F. Comment accompagner une équipe dans une réflexion éthique ? Mémoire DIU, Lyon 1 ; 2002.

Moulin D. La contention physique passive en gériatrie, un dilemme pour les soignants. Mémoire DIU, Lyon 1 ; 2015.

Les sites internet

<http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

<http://www.cairn.info.fr/>

<http://www.ccne-ethique.fr> : avis 87, refus de traitement et autonomie de la personne.

<http://www.chu-lyon.fr/>

<http://www.espace-ethique-alzheimer.org/>

<http://www.ererra.com>

<http://www.has-sante.fr/>

<http://www.larousse.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/decider-de-lutisation-de-la-contention/>

Les DVD

Alzheimer : l'accompagnement en actions. Fondation Nationale de Gérontologie. 2008.

Alzheimer en EHPAD : liberté, consentement, prise de décision, famille. Espace Ethique /AP-HP/IDF. 2011.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I :

Questionnaire pour les équipes pluridisciplinaires travaillant auprès des personnes âgées

ANNEXE II :

Référentiel de pratique pour la contention

ANNEXE III :

Critères pour conduire une politique de réduction de la contention

ANNEXE I

QUESTIONNAIRE POUR LES EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES TRAVAILLANT AUPRES DES PERSONNES AGEES

Bonjour,

Je suis actuellement cadre de santé formatrice à l'Institut de Formation des Ambulanciers aux Hospices Civils de Lyon. J'ai comme projet professionnel de travailler en unité de gériatrie. Afin de compléter mon travail écrit préparant au Diplôme Inter Universitaire d'Ethique en Santé", vous serait-il possible de répondre à mon questionnaire ce qui vous prendra une dizaine de minutes au maximum ?

Pour les questions fermées, je vous remercie de bien vouloir entourer la ou les réponse(s) que vous validez et de répondre aux questions dans l'ordre chronologique.

1) Quel est votre métier ?

ASH ASD IDE CDS animateur kinésithérapeute psychologue médecin autre

2) Travaillez-vous ?

en EHPAD en unité de gériatrie (précisez si court séjour, long séjour....)

3) Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?

Moins d'1 an de 1 à 5 ans de 5 à 10 ans 10 ans et plus

4) Quels sont selon vous les bénéfices de la contention dans votre exercice professionnel?

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| - sécurité - du patient | - prévention des chutes |
| - de l'entourage | - prévention des fugues |
| - des soignants | - autre (s) |

5) Quels en sont les risques ?

- | | |
|------------------|-------------|
| - physiques | - sociaux |
| - psychologiques | - autre (s) |

6) Quel est selon vous le vécu des patients mis sous contention ?

16) Pour vous, considérez-vous la contention plutôt :

comme une contrainte ?

comme un soin ?

17) Estimez-vous que la réflexion éthique en équipe pluridisciplinaire est nécessaire sur ces pratiques professionnelles ?

non

oui

précisez...

18) Vous sentez-vous suffisamment accompagné sur cette thématique ?

oui

non

précisez...

19) Auriez-vous l'utilité d'une équipe mobile "d'éthique" qui se déplace sur votre lieu de travail ?

non

oui

précisez...

En vous remerciant tout particulièrement pour votre attention et votre participation.

Véronique GAIMARD

verogaimard@gmail.com

ANNEXE II

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

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

ANNEXE III

CRITÈRES POUR CONDUIRE UNE POLITIQUE DE RÉDUCTION DE LA CONTENTION

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. Mais 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. 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.

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.

Titre

Contribution à la réflexion sur la contention physique des personnes âgées.

Résumé

En 2005, la Haute Autorité de Santé a publié des recommandations concernant l'utilisation de la contention physique dans les établissements accueillants des personnes âgées. Elles avaient pour objectif d'améliorer les pratiques professionnelles et de proposer une politique visant à diminuer son utilisation. Notre interrogation s'est portée sur les freins en lien avec ces recommandations. Notre hypothèse de départ étant que les professionnels de santé ne seraient pas suffisamment accompagnés sur cette thématique.

La contention physique doit rester exceptionnelle mais notre enquête par questionnaires nous montre qu'elle est certaines fois banalisée. Par moment, les risques sont sous-estimés et les représentations des professionnels sont erronées. Les vécus de cette pratique professionnelle sont souvent difficiles pour les patients mais également pour l'entourage et pour certains soignants.

Pour les professionnels, un dilemme est mis en évidence entre la nécessité de protéger la personne âgée vulnérable et le devoir de respecter ses droits tels que le droit d'aller et venir, le droit au choix, le droit au risque...

Comment parvenir à trouver la bonne décision permettant à la fois de concilier l'autonomie et la liberté avec le besoin de sécurité de la personne âgée ainsi que sa qualité de vie perceptuelle ?

Comment la réflexion éthique en équipe pluri professionnelle favoriserait-elle le juste soin ?

En quoi la collégialité en réseau pourrait-elle améliorer la sécurité et la qualité des soins ?

Mots clés

accompagnement/ autonomie/ contention/ contention physique/ dignité/ éthique/ équipe/ liberté/ personne/ personnes âgées/ réflexion/ risque/ vulnérabilité

Adresse de l'auteur

Véronique GAIMARD

17 place de la Pêcheurie Les grands communaux 01330 VILLARS LES DOMBES