



**EHESP**

---

**Directeur d'Établissement Sanitaire,  
Social et Médico-social**

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **décembre 2019**

---

**EHPAD « Le Montel »  
SAINT-AMANT-TALLENDE**

**La Contention en EHPAD  
Dilemme ou Opportunité ?**

---

**Julie Christie MAIRE**



---

# Remerciements

---

Comme il est d'usage de distinguer ceux qui m'ont accompagné tout au long de la formation de directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, j'y souscris volontiers par ces quelques lignes.

- Je remercie tout d'abord l'ensemble des enseignants et intervenants de l'E.H.E.S.P. pour leurs apports et leurs conseils pendant ces deux années de formation.

- Je remercie vivement, **Mme Florence ARCADIO FALCO**, mon maître de stage, pour m'avoir accueillie à l'EHPAD « Le Montel » de Saint-Amant-Tallende (63) et m'avoir accompagnée sur le chemin de l'autonomie professionnelle.

- Je remercie ensuite, **Mme Emmanuelle FILLON**, ma référente mémoire, pour ses conseils utiles et sa disponibilité bienveillante

- Je remercie également les professionnels de l'EHPAD pour leurs témoignages qui ont permis d'enrichir la réflexion dans le cadre de ce travail de mémoire.

- Enfin, et pour tous ceux qui se reconnaîtront pour m'avoir aidée et soutenue dans les vents contraires, qu'ils trouvent ici le témoignage de mes sentiments affectueux et de ma gratitude.

Julie Christie MAIRE



---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>I) UNE PRATIQUE EMPIRIQUE, ATTENTATOIRE AUX DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE, ET RISQUEE .....</b>	<b>7</b>
I-1 LES ORIGINES DE LA CONTENTION : UNE HISTOIRE MOUVEMENTEE.....	7
I-2 LES FORMES CONTEMPORAINES DE LA CONTENTION .....	10
I-3 DES PRATIQUES ATTENTATOIRES AUX DROITS ET LIBERTES FONDAMENTAUX DES RESIDENTS.....	12
I-4 LA CONTENTION : DES PRATIQUES A RISQUES MULTIPLES.....	14
I-5 LES PARADOXES DE LA CONTENTION .....	20
<b>II) UNE PRATIQUE PERSISTANTE QUI INTERROGE ET QUI DIVISE .....</b>	<b>23</b>
II-1 UNE PRATIQUE SOUVENT JUSTIFIEE PAR LE PRINCIPE DE REALITE .....	23
II-2 UNE PRATIQUE SOURCE DE QUESTIONNEMENTS MULTIPLES .....	25
II-3 CONTENIR : UNE QUESTION DE LEGITIMITE, DE POUVOIR ET DE TEMPORALITE .....	35
<b>III) UNE PRATIQUE QUI DEVRAIT ETRE REDUITE, UTILISEE COMME RECOURS ULTIME ET DONT LA MISE EN ŒUVRE DEVRAIT TOUJOURS ETRE CONCERTEE ET PERSONNALISEE .....</b>	<b>39</b>
III-1 UN OBJECTIF VOLONTARISTE DE REDUCTION DE LA CONTENTION DANS LES EHPAD.....	39
III-2 UNE INFORMATION CLAIRE DONNEE AUX BONS MOMENTS AU RESIDENT ET A SA FAMILLE .....	43
III-3 LE ROLE DU DIRECTEUR DE L'EHPAD DANS LA MOBILISATION DES ACTEURS.....	44
III-4 L'APPROPRIATION DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PAR LA FORMATION .....	51
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>I</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>V</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH : attachée d'administration hospitalière

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APA : Activités Physiques Adaptées

ARS : Agence Régionale de Santé

CEPRAAL : Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de Vie Sociale

D3S : Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA : équipe spécialisée Alzheimer

ETP : équivalents temps plein

FORAP : Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé

GMP : Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré

GMPS : Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré Soins

GRH : gestion des ressources humaines

HAS : Haute Autorité de Santé

IDEC : Infirmières Diplômée d'Etat Coordinatrices

IFAS : Instituts de Formation des Aides-soignants

IFSI : Instituts de Formation en Soins Infirmiers

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PPSA : Projet Personnalisé de Soins et d'Accompagnement

QVT : Qualité de Vie au Travail

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

UPR : Unité de Vie Protégée

*Tout ce que vous faites pour moi,  
Sans moi,  
Vous le faites contre moi !*

**Nelson MANDELA**

## Introduction

Le terme « contention », étymologiquement du latin « *contentio, -onis* », signifie le conflit, la rivalité ou la lutte. La contention peut prendre diverses formes étant donné qu'elle s'identifie avant tout par son but qui est de « *restreindre, de façon plus ou moins sévère les initiatives motrices d'un individu* »<sup>1</sup>.

Si l'origine exacte de la contention n'est pas connue, des écrits témoignent qu'elle est utilisée dès l'Antiquité pour soigner et protéger les malades mentaux. L'Histoire de la contention montre que celle-ci évolue en même temps que les représentations sociales de la maladie mentale. Ainsi, le fait que les malades mentaux soient enfermés et enchaînés n'apparaît pas comme un traitement choquant ou indigne avant la Révolution française. La pratique de la contention évolue du fait de la consécration de la liberté d'aller et venir dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. La contention, qui apparaissait comme la règle en ce qui concerne le traitement des malades agités, devient alors l'exception.

En 2017 l'Islande, pays ne disposant pas de plus de moyens que la France, lui recommande d'abolir totalement la contention mécanique en psychiatrie<sup>2</sup>. Elle indique également par quels moyens elle peut y parvenir. D'autres pays comme le Royaume-Uni, ou l'Allemagne disposent de taux très bas de recours à la contention mécanique. En Allemagne, toute mesure de restriction de liberté doit être approuvée par le représentant légalement désigné et approuvée par un tribunal si son utilisation est régulière (par exemple chaque nuit) ou pour une longue durée (plus de deux jours)<sup>3</sup>. L'article 118-1 de la loi sur la santé et les services sociaux adoptée au Québec en juin 1998 dispose que « [...] *tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne [...]* ». Ainsi, le Québec donne un rôle important aux ergothérapeutes dans la régulation de l'utilisation de la contention<sup>4</sup>. En Belgique, le cadre légal ne contenant pas de loi spécifique régissant l'usage de la contention, la décision est confiée aux infirmiers et engage leur responsabilité professionnelle. De l'autre côté de l'Atlantique, les Etats-Unis ont proposé dès 1987 un projet de loi fédérale « *The Omnibus Budget Reconciliation Act* », qui oblige les établissements à tracer toute utilisation de la contention dans les dossiers médicaux, l'objectif étant de promouvoir les solutions alternatives et de réduire la contention. Cela a permis de réduire la pratique de contention

---

<sup>1</sup> NOUVEL F., 1999

<sup>2</sup> MATTHIASSEN P., Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise, L'information psychiatrique, 2017, vol. 93, pp. 558-562

<sup>3</sup> BERZLANOVICH et al. 2012

<sup>4</sup> <https://docplayer.fr/3246801-Guide-de-l-ergotherapeute.html>

mais aussi d'améliorer la qualité de vie et l'état de santé physique et psychique des patients ou des résidents.

S'appuyant sur cette expérience américaine, l'Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), devenue Haute Autorité de Santé (HAS), a établi en 2000 un référentiel pour améliorer la sécurité de l'utilisation de la contention ainsi que des critères participant à la politique de réduction de ses usages (Annexe 1). En France, bien que son utilisation ne soit pas proscrite par la loi, la contention devient peu à peu une pratique condamnable aux yeux de la société du fait qu'elle restreint la liberté d'aller et venir des citoyens. Dès lors, elle fait appel à de nouvelles techniques, de moins en moins contraignantes, du moins en apparence. Avec la découverte des neuroleptiques, l'utilisation de la contention devient quasiment imperceptible.

Les dispositifs dédiés spécifiquement à la contention tendent à disparaître des établissements sans toutefois faire disparaître la pratique et ses enjeux éthiques. En effet, la pratique de la contention perdure et tend à se banaliser, comme ont pu le constater Jean Marie DELARUE et Adeline HAZAN, contrôleurs généraux des lieux de privation de liberté. Dès lors, la banalisation de la contention soulève des critiques, non seulement de la part des usagers mais également de la part des soignants qui y sont confrontés. En effet, cette pratique va l'encontre des valeurs soignantes « *de respect, de dignité et de bienveillance* ».

De plus, comme l'ont démontré plusieurs études, la contention n'est pas dénuée de risques pour la santé des individus. Bien qu'utilisée à l'origine pour contenir les personnes atteintes de troubles mentaux, la contention s'exerce aussi pour contenir des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement ou à la maladie. Or, la fragilité de cette population vulnérable majore les risques induits par la contention. En effet, dans son rapport l'ANAES signale que « *les sujets âgés ont 3 fois plus de risques d'être attachés durant leur séjour à l'hôpital que les plus jeunes* ». Alors que « *la prévalence des contentions est estimée entre 7,4 et 17% dans les services hospitaliers de court séjour* », « *ces chiffres atteignent 18 à 22%* » pour les personnes de plus de 65 ans. Ce même rapport indique qu'« *en établissement de long séjour pour personnes âgées, la prévalence de la contention varie de 19 à 84,6%* » ce qui dénote une grande hétérogénéité des pratiques entre les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Limiter les risques de contention physique de la personne âgée, Rapport, Service évaluation en établissement de santé, octobre 2000

De ce constat a émergé la volonté d'aller vers le « *zéro contention* », c'est-à-dire d'envisager sa suppression totale, certains médecins coordonnateurs attestant de la faisabilité de cet objectif<sup>6</sup>. Il faut préciser, à ce stade, que la pratique de la contention n'est pas seulement l'apanage des établissements sanitaires et médico-sociaux. En effet, d'autres types d'établissements ou de structures publiques restreignent la liberté d'aller et venir des individus, comme par exemple les centres pénitentiaires ou les centres de rétention administrative. Par ailleurs, la contention n'est pas utilisée uniquement en institution mais peut l'être aussi au domicile des personnes.

C'est au cours du stage de professionnalisation à l'EHPAD « *Le Montel* » de Saint-Amant-Tallende (63) que j'ai pu observer la mise en œuvre concrète de la contention physique et chimique. Cet établissement public autonome, situé en milieu rural : à environ 20km de Clermont-Ferrand, accueille des personnes âgées, seules ou en couple, de plus de 60 ans en perte d'autonomie et nécessitant un accompagnement pour les actes du quotidien. Il héberge également des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

J'ai été sensibilisée aux enjeux que posent l'utilisation de la contention, et diverses situations vécues m'ont amenée à me questionner sur le sujet. Qu'en est-il de l'utilisation de la contention pour les personnes âgées ? Pourquoi continue-t-on à l'utiliser ? Quels sont réellement ses effets ? Pourrait-on s'en dispenser ? Quelles sont les représentations sociales la concernant ? Est-il possible de proposer d'autres traitements que celui-là ? Le Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, a-t-il un rôle à jouer dans la prévalence de cette pratique dans l'établissement qu'il dirige, et si oui, lequel ?

Concernant la méthodologie utilisée, la première méthode utilisée pour le recueil d'information a été l'observation du terrain de stage. Ainsi de nombreuses informations ont été « glanées » lors de réunions d'encadrement hebdomadaires et durant les transmissions auxquelles j'ai pu assister. J'ai effectué des recherches en lien avec le sujet de la contention dans divers documents de l'établissement et notamment : le projet d'établissement, le livret d'accueil, le rapport d'activité et en particulier sa partie médicale, le bilan social et les comptes-rendus des instances de représentation des usagers et des professionnels.

Afin de réaliser ce travail de mémoire, j'ai également procédé à une recherche dans la littérature. Cela m'a permis notamment de voir l'évolution de la perception de la contention au fil du temps ainsi que de la comparer avec celle d'autres pays.

---

<sup>6</sup> <https://www.ehpa.fr/actualite/zero-contention-un-objectif-atteignable/>

J'ai par ailleurs réalisé des entretiens semi-directifs avec des professionnels afin de recueillir leur ressenti par rapport à la pratique de la contention sur des sujets âgés. Ces entretiens ont été menés sur la base d'un guide d'entretien, cependant afin de rendre la conversation plus naturelle, les questions n'ont pas toujours été posées dans l'ordre préalablement établi. Elles se sont enchaînées davantage en fonction des réponses qu'ont pu donner les professionnels aux questions précédentes. J'ai pris la précaution de demander à ces derniers s'ils acceptaient que les conversations soient enregistrées afin de faciliter la retranscription et l'analyse, ainsi 3 entretiens sur les 4 réalisés ont pu être enregistrés. Il a été précisé qu'aucun nom ne serait cité dans les retranscriptions et que les enregistrements serviraient exclusivement à l'élaboration du travail de recherche que constitue le mémoire.

J'ai délibérément choisi de ne pas interroger les résidentes concernées par la contention, de crainte de réveiller un traumatisme ou une angoisse. De la même façon le fait d'interroger des familles paraissait très délicat, en effet je ne souhaitais pas « raviver » certains désaccords ou tensions qui avaient pu naître entre elles et les soignants au sujet de l'utilisation de cette pratique.

L'évolution de la pratique de la contention, sa définition, ses différentes formes, et les modalités de sa mise en œuvre font l'objet de la première partie de ce travail. Dans une deuxième partie, je décrirai des situations observées sur le terrain, en lien avec les concepts. Dans une dernière partie, je proposerai des préconisations qui pourraient permettre de mieux répondre aux enjeux de cette pratique controversée.

**Si la contention constitue une pratique empirique attentatoire aux droits et libertés des résidents (I), elle perdure et interroge autant qu'elle divise (II). De ce fait, elle ne doit constituer qu'un ultime recours appliqué de manière concertée et personnalisée (III).**

## I) UNE PRATIQUE EMPIRIQUE, ATTENTATOIRE AUX DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE, ET RISQUEE

Pour circonscrire la problématique de la contention, il convient d'identifier ses origines, son évolution, les principes qu'elle contrarie, les risques qu'elle engendre et le paradoxe de sa persistance.

### I-1 Les Origines de la contention : Une histoire mouvementée

Selon Dominique FRIARD, la contention comme « *moyen de maîtrise des malades agités et violents* »<sup>7</sup> est aussi ancienne que le traitement des maladies mentales. Le docteur Michel CAIRE, psychiatre à l'Hôpital Maison-Blanche à Paris indique qu'il existe des témoignages de son utilisation dans la Grèce et la Rome antiques. Dès l'Antiquité, deux médecins : SORANOS d'Ephèse et CELSE ont développé deux conceptions de la contention, fondées sur des représentations divergentes du malade mental et de ses capacités. Ainsi, CELSE justifie le fait d'enchaîner ses malades dans le noir et de les affamer par le fait que « *seul un traumatisme très violent* » est susceptible de soigner le malade qui est « *totalemment envahi par sa maladie* ». Pour SORANOS « *bien que malade l'individu n'en reste pas moins un sujet capable de converser sur des questions qui l'intéressent* »<sup>8</sup>, de ce fait il recommande de parler avec le malade et de prendre des précautions pour que les liens ne le blessent pas physiquement. Bien que différentes, ces deux conceptions de la contention visent à soigner, à protéger les malades vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis des autres. La contention n'est jamais utilisée pour punir.

Au Moyen-Age, le malade mental est contenu à domicile, par sa famille et pour sa protection. Le « fol » « furieux » qui n'a pas de famille est isolé dans les tours aux fous situées à la périphérie des villes. En 1656, Louis XIV prend un décret qui fonde l'Hôpital général. Dès lors, les pauvres et les errants, toutes les personnes jugées comme folles ou ayant un comportement déviant sont enfermées et exclues de la vie en société. Au siècle des Lumières encore, « *on utilise [...] des chaînes fixées au mur et au lit pour immobiliser les malades* ». Les pratiques des médecins de l'époque s'inscrivent dans la continuité de celles de CELSE, considérant que « *plus la contention est douloureuse, meilleurs sont les résultats obtenus* »<sup>9</sup>.

La Révolution française traduit un tournant décisif dans la conception du malade mental. En effet, ce dernier est différencié du prisonnier classique. En 1793, Philippe PINEL, que

---

<sup>7</sup><https://www.universalis.fr/encyclopedie/isolement-psychiatrie/1-origine-de-la-question/>

<sup>8</sup> ibid

<sup>9</sup> ibid

certaines considèrent comme le fondateur de la psychiatrie moderne, prend ses fonctions à Bicêtre où il rencontre un gardien, PUSSIN, convaincu des « *bienfaits de la liberté dans la maîtrise des supposés furieux* »<sup>10</sup>. Tous deux vont alors ôter les chaînes des malades mentaux contenus à Bicêtre et à la Salpêtrière. PINEL va théoriser un nouveau mode de traitement : le traitement moral, qui sera repris par la suite par LEURET et ESQUIROL. Ce traitement consistant notamment à occuper les malades par de multiples activités et travaux sera mis en œuvre au sein d'établissements réservés à leur accueil : les asiles. Pour autant, la contention physique ne disparaît pas puisque c'est à cette époque que se développe le recours à la camisole de force. Cependant, l'utilisation de ce dispositif est vu comme un progrès : les malades n'étant plus attachés aux murs, ils pouvaient circuler librement au sein de l'institution. Valentin MAGNAN, psychiatre, remplace ensuite les camisoles par un système moins contraignant : le gilet de force. Il parvient, avec l'aide d'un personnel relativement étoffé, à supprimer quasi totalement la contention au sein de l'asile Saint-Anne à Paris. Ainsi, la tendance est de laisser davantage de liberté de mouvement aux malades. La pensée innovante de PINEL va inspirer des médecins étrangers, notamment anglais, tels que John CONNOLLY et Robert GARDINER HILL, qui font l'expérience dans les années 1800 de l'abolition de la contention, du « *no-restraint* », dans les asiles où ils exercent. Samuel TUKE, un autre médecin britannique, réserve l'utilisation de la contention à des cas d'extrême agitation des malades. Il décrète dans son code de déontologie qu'il ne doit pas y avoir plus de deux malades contenus dans une même unité.

La théorie de la dégénérescence rétablit le rôle de la contention dans les soins prodigués aux patients souffrant d'agitation. Ces derniers sont toujours attachés ou isolés. Cependant, au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, les infirmiers et psychiatres, qui avaient été fait prisonniers des camps de concentration réalisent que leur situation d'alors n'était pas si éloignée du traitement réservé aux personnes qu'ils ont pour mission de soigner. L'esprit de la Libération pénètre ainsi à l'intérieur des asiles et les « fous » ne sont plus alors seulement considérés à travers leur pathologie mais en tant qu'êtres humains. Ces nouvelles considérations entraînent une fermeture des « quartiers d'agités » des asiles et la contention disparaît peu à peu des pratiques. Au début des années 1950, les progrès pharmaceutiques permettent la découverte des neuroleptiques et autres traitements sédatifs efficaces pour traiter les psychoses. De ce fait, les contentions physiques mécaniques sont de moins en moins usitées à tel point que certains établissements ne disposent même plus du matériel spécifique pour la contention.

Les historiens ne sont pas tout à fait d'accord sur l'usage qui est fait de la contention physique sur la période 1960-1990. Certains indiquent qu'elle aurait totalement disparue,

---

<sup>10</sup> *ibid*

d'autres soutiennent qu'elle était toujours présente mais que des alternatives, comme « la camisole chimique » ou encore le développement de modèles de prise en charge collective, permettaient de donner à son utilisation un caractère subsidiaire. Par ailleurs, une nouvelle théorie a émergé, soutenue notamment par les psychiatres BONNAFÉ, TOSQUELLES puis PAUMELLE, selon laquelle pour mieux soigner les malades, il fallait d'abord soigner l'institution psychiatrique. Ils considéraient en effet le recours à la contention comme un symptôme de la maladie de l'institution, qui n'était pas capable de soigner et de gérer la violence des patients autrement qu'en les attachant. Cette idée a conduit à la mise en œuvre d'une « psychothérapie institutionnelle » avec notamment une transformation de la vie sociale de l'asile, une libération de la parole des soignants et des soignés et le développement de l'écoute active et des interactions relationnelles. Ainsi, l'asile, qui était auparavant un lieu d'enfermement se transforme peu à peu en lieu thérapeutique et la contention physique des malades est de plus en plus délaissée au profit de « la fonction contenante » de l'institution, théorisée notamment par WINNICOTT, BION et ANZIEU.

De nos jours, la fonction contenante de l'institution est vue comme défaillante par certains auteurs, qui considèrent que « *du fait de la mise en œuvre des nouveaux concepts de management, la forme organisationnelle de l'institution s'est transformée* »<sup>11</sup> de même que les rapports entre les différents acteurs, qui ne sont plus aussi proches qu'ils avaient pu l'être auparavant. Cela pourrait en effet expliquer le regain de l'utilisation de la contention physique dans les établissements sanitaires et médico-sociaux français et le fait que le débat entourant cette pratique soit relancé.

En raison de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la population, la contention s'insinue progressivement au sein des EHPAD où elle est utilisée pour contenir des résidents, parfois atteints de démence et de troubles du comportement mettant en péril leur sécurité ou celle de leur entourage. Ainsi les principaux motifs du recours à la contention dans les EHPAD sont les risques de chute, l'agitation, l'agressivité et/ou une déambulation excessive. A l'EHPAD de St Amant-Tallende, la mise en place d'une contention est justifiée à 45% pour risque de chute, à 20% pour l'agitation et à 15% pour les troubles du comportement. La déambulation excessive justifie 10% des pratiques de contention, et la demande du patient ou de sa famille représente 15% des mises sous contention (Annexe 2).

Ainsi, la contention se perpétue sous des formes sans cesse renouvelées en fonction du contexte et des publics qu'elle touche.

---

<sup>11</sup> MARCHAL J., Les aléas de la fonction contenante. Après la loi de 2002, les paradoxes du travail dans le secteur médico-social », VST - Vie sociale et traitements, 2010, vol. 108, n°4, pp. 14-20.

## I-2 Les formes contemporaines de la contention

Pour FROMAGE, la contention recouvre « *l'ensemble des moyens physiques visant à restreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne et qui nécessitent l'aide d'un tiers pour être enlevés.* »<sup>12</sup>. Deux constats peuvent émaner de cette autre définition. Le premier consiste à remarquer que la contention est étroitement liée à l'idée de dépendance puisque le résident ne peut pas l'ôter lui-même. En effet, elle « *suppose [...] l'intervention d'un tiers à deux moments* » : pour la mettre en œuvre et pour la retirer. De plus, dès lors qu'il est immobilisé, le résident n'a d'autre choix que de solliciter l'intervention d'un tiers pour tous les actes de la vie : pour boire, manger, pouvoir aller aux toilettes. Le second constat est qu'il existe divers degrés de contention. La contention peut être plus ou moins contraignante selon les matériaux utilisés. Aussi, certaines contentions apparaissent socialement plus acceptables que d'autres. Plus la contention est perceptible plus elle a tendance à être contestée et combattue.

Il existe plusieurs types de contentions qui sont :

- La *contention architecturale* qui utilise les locaux pour réduire la mobilité des personnes avec par exemple une unité de vie protégée (UPR), dont l'ouverture est soumise à l'utilisation d'un code.
- La *contention relationnelle ou psychologique* qui consiste à adopter des attitudes et propos incitant le résident à l'immobilisme.
- La *contention chimique* (ou pharmacologique) qui suppose l'utilisation de médicaments de type sédatifs (tranquillisants, antipsychotiques, antidépresseurs).
- La *contention physique*, « manuelle », lorsqu'elle nécessite l'utilisation de la force physique ou « mécanique » lorsqu'elle fait appel à l'utilisation de divers matériaux.

L'ANAES a publié en octobre 2000 un rapport intitulé « *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée* » dans lequel elle définit la contention physique comme « *l'utilisation de toute méthode manuelle, tout dispositif physique ou mécanique qu'un individu ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son propre corps* ». Le dictionnaire Larousse définit la contention comme un « *procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* ». De cette définition, il convient de retenir que la contention est utilisée de manière à répondre à deux objectifs bien distincts. Soit elle est utilisée dans un but thérapeutique, soit elle est utilisée à des fins sécuritaires pour protéger une personne agitée.

---

<sup>12</sup> FROMAGE B., 2003

La contention physique « *posturale* » consiste à maintenir une partie du corps dans une position permettant son rétablissement, il s'agit par exemple de mettre une attelle ou un plâtre. La contention physique « *active* » désigne le travail réalisé par le kinésithérapeute en vue de la verticalisation de la personne. Les contentions physiques actives et posturales ayant une visée rééducative et thérapeutique indéniable, elles ne font généralement pas l'objet de critique contrairement à la contention physique dite « *passive* ». L'ANAES indique que « *la contention physique passive se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériel ou vêtement qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaires de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* ». <sup>i</sup>

Ainsi, il convient de noter qu'il existe des matériaux spécifiquement prévus pour contenir tels que : des gilets et sangles thoraciques, ceintures, attaches de poignets et de chevilles, sièges gériatriques dont certains avec adaptables, et des moyens non spécifiques : draps, inclinaison du siège en arrière qui rend le fait de se lever difficile voire impossible pour le résident. Ainsi les soignants ont la possibilité d'immobiliser les malades par des moyens détournés : en utilisant par exemple un simple drap en lieu et place d'une attache ventrale. Le fait que des matériaux non spécifiques puissent être utilisés pour contenir une personne participe du fait qu'il existe des contentions prescrites et des contentions « *sauvages* » ou « *dissimulées* » non prescrites et non tracées. Ces dernières sont ainsi les plus problématiques. En effet, ne faisant pas l'objet d'une traçabilité particulière, leur utilisation ne fait pas l'objet d'un contrôle et elles peuvent donc être utilisées de manière abusive. Alors que la contention est en principe utilisée soit dans un but thérapeutique, soit dans le but d'assurer la sécurité du résident, elle devient abusive lorsqu'elle est utilisée pour assurer la tranquillité du service ou pour faciliter l'organisation des soins.

Par ailleurs, la lecture de la définition de l'ANAES peut donner le sentiment que la décision de mise en place d'une contention se fonde sur des considérations subjectives. En effet, elle laisse aux différents acteurs une marge d'appréciation de la « *dangerosité* » des personnes. En effet, la contention repose encore bien souvent sur une appréhension fondée davantage sur des éléments subjectifs liés à l'état physique du résident ou à sa pathologie. Cela pose nécessairement la question des critères définis pour cette appréciation. Est-ce que les soignants ou les proches, qui suggèrent la mise en place de la contention, ont passé suffisamment de temps auprès du résident pour avoir une vision globale de ce qu'il est ou non capable de faire et des alternatives ? Ce faisant, ne portent-ils pas atteinte aux droits du résident alors que ce dernier est parfois dans l'incapacité de les faire valoir ?

### **I-3 Des pratiques attentatoires aux droits et libertés fondamentaux des résidents**

Les personnels des EHPAD sont régulièrement confrontés à un dilemme entre préserver la liberté d'aller et venir des résidents et assurer leur sécurité. En effet, ils ont bien conscience de priver une personne de sa liberté. D'autant qu'ils s'imaginent qu'un jour ils seront éventuellement à cette même place et qu'ils n'apprécieraient pas forcément d'être traités de cette façon. Ainsi, l'utilisation de la contention interroge sur le plan éthique. L'éthique renvoie à « *l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un.* »<sup>13</sup>.

La liberté d'aller et venir constitue un élément de la liberté personnelle d'un individu, au même titre que le droit d'avoir une vie sociale et de choisir son mode de vie. Il s'agit d'une liberté fondamentale, garantie par les articles 2 et 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. Elle figure donc en Préambule de la Constitution française de 1958. Ainsi, elle se situe au sommet de « *la hiérarchie des normes* » en Droit français. Elle est également évoquée dans les conventions internationales. Ainsi, la liberté de circulation est affirmée par l'article 2 du Protocole n° 4 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales de 1950. Les articles 9 et 12 du Pacte international relatifs aux droits civils et politiques de 1966 font également état de l'existence d'un droit à la liberté et à la sécurité.

La loi du 28 décembre 2015 dispose que la liberté d'aller et venir doit être garantie par l'établissement d'hébergement (art L311-3 du CASF). Toute restriction de la liberté d'aller et venir doit faire l'objet d'une annexe au contrat de séjour. Ces mesures sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement.

La Charte des Droits et Libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance dispose dans son article 3 que « *Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société* ». Cependant, la liberté d'aller et venir ne constitue pas une liberté absolue. En effet, elle peut faire l'objet de restrictions sous certaines conditions. La contention constitue un outil de limitation voire de privation temporaire de la liberté d'aller

---

<sup>13</sup> Dictionnaire Larousse

et venir du résident et de sa liberté de se mouvoir. Le recours à cette pratique est généralement justifié par la recherche de la sécurité du résident.

Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades dispose qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* » (Code de la santé publique art. L. 1111-4). Elle introduit également dans le Code de la santé publique, les articles L. 1110-2 et L. 1110-5 qui affirment respectivement que « *La personne malade a droit au respect de sa dignité* » et que « *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* ».

Ainsi, les personnes accompagnées au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux doivent être considérées et traitées avec tout le respect dû à leur condition d'êtres humains. Ils ne doivent pas être infantilisés mais au contraire être traités en adultes. Ils sont acteurs de leur vie quelles que soient leurs conditions physiques, psychiques et cognitives. Même lorsqu'ils ne sont pas en capacité d'exprimer leur volonté ou leur consentement, tous les actes envisagés pour leur accompagnement doivent leur être expliqués d'une manière propice à leur compréhension. De plus, l'institution doit tenir compte et répondre à leurs demandes et à leurs besoins, qu'ils aient été exprimés verbalement ou non.<sup>14</sup>

L'EHPAD, bien qu'il soit de plus en plus médicalisé pour pouvoir répondre aux besoins de soins des résidents, doit demeurer un lieu de vie et d'accompagnement avant d'être un lieu de soins. Lieu de vie dans lequel la dignité des personnes doit être respectée pour aller dans le sens des valeurs soignantes et individuelles.

Ainsi, quel que soit le type de contention utilisée, celle-ci pose un questionnement éthique car elle peut également être considérée comme une pratique portant atteinte à la dignité des personnes. En effet, en EHPAD, les résidents passent beaucoup de temps à s'observer et à se juger. Le résident qui fait l'objet d'une mesure de contention doit ainsi obligatoirement bénéficier d'une chambre seule. De plus, une attention particulière doit être portée au respect de son intimité. En effet, si une famille ou un autre résident voit en passant devant la chambre que le résident est attaché à son lit, cela peut porter atteinte à sa dignité. Dès lors, cela peut impacter sa réputation et contribuer à sa stigmatisation. Ainsi, la contention physique passive impacte inévitablement la vie sociale du résident.

De plus, comme en témoignent les définitions de la contention donnée par l'Encyclopédia Universalis : « *Immobilisation d'un malade, d'un animal, pour mieux le soigner* » et le

---

<sup>14</sup> SIPOS I., Comment le directeur arrive à concilier libre choix des résidents et contraintes institutionnelles, *Gérontologie et société*, 2009, vol.32, n°131, pp.123-129

dictionnaire Larousse « *procédé employé pour immobiliser les animaux domestiques afin d'effectuer un diagnostic, de mettre en œuvre un traitement ou de pratiquer une intervention chirurgicale* », la contention tend à rapprocher le traitement réservé aux personnes vulnérables de celui mis en œuvre pour les esclaves ou les animaux dont il faut s'assurer la garde, ce qui confirme l'idée que la contention physique passive ne respecte pas la dignité humaine.

Comme on va le voir ci-après, elle a bien d'autres inconvénients.

#### **I-4 La contention : Des pratiques à risques multiples**

##### I-3-1 Les effets délétères de la contention sur l'état de santé des personnes

La contention physique passive est une source de risques pour le résident. En effet, de multiples études, notamment celles de CAPEZUTI et celle de TINETTI, réalisées respectivement en 1996 et 2002, ont démontré que non seulement les bénéfices de la contention n'étaient pas démontrés mais que celle-ci pouvait avoir des effets négatifs sur la santé des personnes. Ainsi, le recours à la contention présente des risques majeurs d'atteinte à l'intégrité physique des personnes et a des effets tant sur l'état physique que sur le psychisme des individus. Les personnes âgées présentent des fragilités sur le plan physique, liées au vieillissement. En effet, le vieillissement ou la sénescence se traduit par « *l'affaiblissement des capacités d'un individu inhérent à l'altération progressive des tissus de son organisme et celle de son psychisme.*»<sup>15</sup>

Ainsi, si la contention présente des risques pour des personnes en bonne condition physique, elle en présente encore bien davantage pour des personnes déjà affaiblies soit du fait du vieillissement et/ou d'une pathologie. Elle augmente l'état de dépendance et peut contribuer à la grabatisation. L'immobilisation entraîne la fonte des muscles, des risques cutanés comme la formation d'escarres. La personne contenue peut pâtir d'une thrombophlébite, de troubles respiratoires, d'inhalation par régurgitation, de dénutrition et de déshydratation. Elle peut également souffrir de troubles urinaires et de constipation. Le fait d'être maintenu dans une mauvaise position peut engendrer des raideurs et une perte de la mobilité articulaire. De plus la personne contenue est vulnérable en cas de danger imminent comme par exemple en cas d'incendie.

Par ailleurs, de nombreux accidents sont liés à une mauvaise utilisation du matériel de contention. En effet, les précautions d'emploi du matériel ne sont pas toujours scrupuleusement respectées. Les accidents peuvent également survenir du fait du manque

---

<sup>15</sup> <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/vieillessement>

d'entretien et de maintenance du matériel ou encore de l'utilisation d'un matériel qui n'est pas adapté à la morphologie du résident. De plus, même lorsque le matériel de contention est utilisé conformément aux précautions d'usage établies par le fabricant, la contention demeure risquée.

Ainsi, le 21 juillet 2017, le Ministère des Solidarités et de la Santé a publié un message d'alerte concernant l'arrêt de l'utilisation du dispositif de *Sécuridrap*® au sein des établissements : « *Plusieurs incidents impliquant notamment la présence du Sécuridrap® avec pour conséquence le décès du patient, ont amené à la révision de la notice d'utilisation et le renforcement des précautions d'utilisation en mars 2017. Deux nouveaux incidents [...] ont conduit l'ANSM à prendre la décision de suspendre l'utilisation de ces dispositifs médicaux le 19 juillet 2017. En effet, les conséquences graves constatées lors des incidents survenus malgré les précautions d'utilisation, remettent en cause le bénéfice de l'utilisation de ce dispositif, au regard, notamment des alternatives disponibles pour permettre une contention du patient. [...] Par mesure de précaution, il est demandé, dès à présent, de ne plus utiliser le Sécuridrap® et de le retirer des services* »<sup>16</sup>. Ainsi, la contention peut également causer le décès des personnes qu'elle est censée protéger.

### I-3-2 Les atteintes portées à l'intégrité psychique et émotionnelle

La mise en place d'une contention peut générer de l'anxiété pour le résident, qui ne comprend pas toujours ce qui se passe ou pourquoi on l'attache. En effet, même lorsque l'information sur les circonstances qui justifient la mise en place de la mesure de contention et les conséquences qu'elle peut avoir sont données au résident, ce dernier n'est pas toujours en capacité de consentir, de comprendre ou de se souvenir des explications qui lui ont été fournies par les soignants. En effet, « *les maladies cognitives génèrent des troubles de la mémoire, du jugement, d'abstraction et de la compréhension, qui altèrent les capacités de décision* » des résidents. « *Comment choisir quand on ne se souvient pas de ce qu'il y a à choisir ou que les éléments du choix ne prennent pas de sens ?* »<sup>17</sup>.

L'ergothérapeute de l'EHPAD de Saint-Amant-Tallende témoigne de nombreuses anecdotes de résidents qui ont montré des signes d'agitation dès le moment où ils ont été contenus. Ainsi, elle mentionne également une résidente, que je croise régulièrement le matin en arrivant, car elle est souvent installée dans un fauteuil à proximité de l'accueil.

---

<sup>16</sup> FRANCE. MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE Message d'Alerte Rapide Sanitaire publié le 21/07/2017

<sup>17</sup> THOREZ D., NOEL J., DE MONTGOLFIER S. et al., Le libre choix du patient dément en institution, Gérontologie et société, 2009, vol. 32, n° 131 pp. 131-146

Parfois, elle enlève ses chaussures de sorte que les personnes qui passent devant elle lui propose de l'aider à se rechausser. Elle ne parle pas mais son visage s'illumine d'un immense sourire dès qu'on lui adresse la parole. Quand elle ne se repose pas dans ce fauteuil, cette résidente marche. Son équilibre est très précaire, elle fait de tout petits pas et rase les murs, mais elle marche, beaucoup.

A chaque fois que je la vois, je me dis qu'elle va finir par tomber et instinctivement je lui propose de s'asseoir pour qu'elle se repose, pour éviter une chute, par crainte des conséquences que cela pourrait avoir pour elle. D'un autre côté, je ne peux que constater son besoin et son envie de marcher. En effet, cela lui demande beaucoup d'efforts mais elle continue inlassablement de marcher, faisant plusieurs kilomètres tous les jours. Les personnels qu'elle croise ne semblent pas inquiets de la voir ainsi vaciller par moments, ce qui a n'a pas manqué de m'interpeler.

L'ergothérapeute m'indique que quelques années plus tôt cette résidente avait fait l'objet d'une mesure de contention physique. « *Elle hurlait, elle n'arrêtait pas d'hurler et de se débattre dès qu'elle était attachée, elle hurlait si fort qu'on l'entendait à l'autre bout du service, les anciens (soignants) s'en souviennent encore* ». Depuis, cette résidente n'a plus été contenue, et elle se déplace, même si c'est d'une manière mal assurée. Selon toute vraisemblance, la contention était à l'origine de l'agitation et de l'anxiété de cette résidente. Parfois deux types de contention sont associés : aux urgences par exemple, la contention physique mécanique est généralement associée à la contention chimique<sup>18</sup>. En effet, afin de limiter l'agitation ou l'anxiété de la personne contenue, le médecin prescrit des neuroleptiques. Les risques des deux contentions peuvent ainsi se cumuler. En effet, la contention chimique présente également des risques iatrogènes. Ainsi, certaines chutes ou comportements d'errance peuvent être mis en relation avec les effets secondaires des médicaments prescrits.

Après la mise en place d'une contention, le résident peut montrer les signes cliniques d'un syndrome de glissement. Par exemple : avoir un comportement de repli avec altération de la communication, devenir mutique, montrer une opposition aux soins avec soit de l'agressivité, soit au contraire de la passivité ou de la résignation : « *Je m'en fous* ». La contention peut générer chez le résident un sentiment de mise à l'écart et de déshumanisation. Elle peut également être source de dépression, de manque d'appétit et d'un négativisme avec le désir exprimé de mourir ou de se laisser mourir. Pour Marie-

---

<sup>18</sup> CHARPEAUD T. et al., La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre, *SFMU, Urgences 2012*, Chapitre 112, pp.1-12

Christine BLOCH-ORY « *La perte de la verticalité est un deuil très douloureux dans la vie d'un humain, qu'il soit jeune ou âgé.* »<sup>19</sup>

Lors de l'entretien, l'ergothérapeute de l'EHPAD fait également le récit d'une résidente qui avait demandé aux soignants, après avoir été attachée au fauteuil : « *Pourquoi vous m'enchaînez ?* » (Annexe 3). Cette phrase de la résidente avait été notée dans les transmissions et avait profondément marqué les esprits. Les soignants avaient ressenti de la culpabilité et un malaise certain du fait d'avoir attaché cette résidente. En effet, ce faisant, ils avaient agi en contradiction avec leur éthique professionnelle ce qui avait fait baisser leur estime de soi. En effet, certains ont eu le sentiment d'être maltraitants. Ainsi, « *l'accusation extensive de violence ou de maltraitance plane sur l'activité des soignants* »<sup>20</sup>. La contention n'a pas uniquement des effets sur le psychisme des résidents mais également sur celui des soignants.

Un autre risque présenté par la contention est celui d'en abuser. En effet, si certains soignants culpabilisent à l'idée d'attacher les résidents, d'autres manifestent au contraire peu de scrupules à le faire. Les résultats d'une enquête menée en 2016 au Centre Mutualiste de Kerpape, spécialisé dans la rééducation et la réadaptation fonctionnelle, montrent que la « *sécurité* » est le premier mot clé évoqué par les soignants pour définir la contention. Vient ensuite la « *protection* », avant la « *contrainte* » et la « *privation de liberté* » qui arrivent respectivement en 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> place (Annexe 4). Plusieurs soignants indiquent que le fait de lever les barrières dès que le résident est couché est devenu une habitude à laquelle il leur est difficile de résister. La contention serait devenue pour eux une pratique routinière, banale. Pour d'autres, le fait qu'il existe une prescription de contention, établie par le médecin, les soulage, les déculpabilise, car même s'ils sont à l'origine de la demande de contention, ce ne sont pas eux qui ont tranché et qui ont choisi de valider cette mesure contraignante. De plus, les familles sont plus facilement convaincues de la nécessité de la mesure lorsqu'elle leur est expliquée par un médecin.

D'un autre point de vue, certains soignants sont susceptibles de développer un sentiment de toute puissance vis-à-vis des personnes mises sous contention ainsi dépendantes à plusieurs titres. En effet, comme vu précédemment l'utilisation prolongée de la contention est susceptible d'accroître l'état de dépendance des personnes. De plus, ces dernières ne sont pas en capacité de lever la contention elles-mêmes. Elles se trouvent ainsi dans une

---

<sup>19</sup> QUENTIN, B., La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement ! *Gérontologie et société*, vol. 36, n° 144, 2013, pp. 111-119.

<sup>20</sup> LECHEVALIER HURARD L., Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique, *Sociologie du travail*, 2013

situation dans laquelle elles dépendent totalement du bon vouloir des soignants. Dès lors, il peut être tentant d'utiliser la contention non pour soigner ou protéger le résident mais pour faciliter l'organisation et le fonctionnement du service. En effet, les troubles du comportement présentés par certains résidents peuvent perturber le déroulement de la journée de travail des soignants. Par exemple, un résident qui arrache sans arrêt ses pansements obligeant l'infirmière à les refaire à plusieurs reprises alors que d'autres résidents attendent de recevoir des soins. A un moment il va pouvoir s'entendre dire par une IDE excédée : « *Arrêtez de l'enlever (le pansement) ou sinon je vous attache* ». Ainsi, la menace du recours à la contention devient une forme de violence psychologique et peut-être assimilée à de la maltraitance. Les soignants peuvent également avoir le sentiment de se comporter comme des tortionnaires.

La gestion des troubles du comportement des résidents non contenus demande du temps et de la patience. Or, ce sont deux choses dont manquent parfois les soignants qui disent avoir le sentiment de devoir « *courir pour avoir le temps de tout faire* ». Pourquoi prendre le temps d'essayer de comprendre pourquoi le résident arrache les pansements - est-ce en raison de démangeaisons ou bien pour une raison esthétique ? – quand il est possible de l'attacher pour l'en empêcher et ainsi pouvoir passer à autre chose. Pourtant le fait d'essayer de comprendre ce comportement pourrait faire gagner du temps à l'infirmière et du confort au résident.

Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, la contention, en tant que pratique à risque, doit faire l'objet d'une surveillance. De plus la contention doit avoir une durée limitée dans le temps. En effet, il est nécessaire de détacher la personne régulièrement et de lui faire faire de l'exercice afin qu'elle puisse conserver des capacités motrices. Or, la surveillance de la contention et la programmation de temps de mobilisation de la personne nécessite la mise en place d'une organisation spécifique et accroissent la charge en soins et le temps d'accompagnement individuel du résident.

### I-3-3 Les risques encourus par l'établissement du fait de la contention

La mise en contention implique une surveillance régulière avec notamment une traçabilité dans le dossier médical. Or, il semble que cette surveillance de la contention ne soit pas toujours mise en œuvre du fait que certains professionnels ont le sentiment erroné que la contention physique passive remplace la nécessité de surveiller l'évolution du résident. Par ailleurs, si l'on en croit les résultats de l'étude menée à l'hôpital gériatrique Saint Périne, la surveillance de la contention semble se limiter pour les soignants à vérifier que le résident

n'enlève pas le dispositif de contention<sup>21</sup>. Ainsi, des accidents peuvent survenir et les personnes ayant un intérêt à agir, tels que les ayants droits du résident, vont pouvoir engager la responsabilité de ce dernier devant le juge administratif. Les plaignants évoquent fréquemment la négligence ou le manquement des établissements à leurs obligations de prudence ou de sécurité.

Le juge exerce à la fois un contrôle d'opportunité et de proportionnalité de la mesure privative de la liberté d'aller et venir de la personne. Il contrôle en effet l'adéquation de la mesure avec l'état de santé du patient ou du résident. Ainsi, dans un arrêt de la Cour administrative d'appel (CAA) de Marseille en date de 2007, le juge a indiqué « *que la mesure de contention préconisée par la mère de la victime est réservée aux cas extrêmes et en dernier recours après échec de la parole, de la pharmacopée et enfin de la chambre d'isolement ; qu'au surplus, le physique du malade rendait difficile la réalisation de la contention* ». <sup>22</sup>

D'après un arrêt rendu le 25 janvier 1995 par la Cour administrative d'appel (CAA) de Nantes, l'absence de recours à la contention peut également avoir pour effet d'engager la responsabilité de l'établissement.<sup>23</sup> En l'espèce, le juge a indiqué : « *Considérant que la circonstance, alors que l'on n'avait pas utilisé des moyens de contention mécanique pour l'immobiliser, que M. Y... ait été placé dans un pavillon où se trouvaient seules trois infirmières qui ne pouvaient le maîtriser ainsi que le retard mis à le secourir sont constitutifs d'un défaut dans l'organisation du service hospitalier de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier [...]* ». Ainsi, l'opportunité de la mise en œuvre de la contention fait bien l'objet du contrôle du juge.

Concernant la proportionnalité de la mesure, le juge peut condamner l'établissement s'il estime que la mesure n'est manifestement pas adaptée à la situation de l'utilisateur comme le démontre l'arrêt de la CAA de DOUAI du 13 juin 2006. En l'espèce, le juge s'était rangé à l'avis d'un expert qui avait indiqué que la contention avait été mise en œuvre davantage en tant qu'usage que véritable nécessité pour la sécurité de la patiente ou son entourage.

Par ailleurs, le juge examine les conditions dans lesquelles la mesure privative ou limitative de la liberté a été mise en œuvre. Ainsi, la 2ème chambre de la CAA de Marseille a indemnisé le préjudice moral d'un patient en se fondant sur l'atteinte à la dignité de la

---

<sup>21</sup> BAGARAGAZA E., VEDEL I., CASSOU B., Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive, *Gérontologie et société*, 2006, vol. 29, n° 116, pp. 161-170

<sup>22</sup> CAA de MARSEILLE, 25 janvier 2007

<sup>23</sup> CAA de NANTES, 25 janvier 1995

personne.<sup>24</sup> En l'espèce, le plaignant ne contestait pas le bienfondé de la mesure de contention mais demandait à être indemnisé à hauteur de 115 000€ pour le préjudice moral subi du fait des conditions de séjour durant la mesure qu'il considérait comme inhumaines et dégradantes.

Ainsi, les risques encourus par les établissements sont doubles voire triples. On leur reproche tantôt de ne pas avoir mis en œuvre la contention qui aurait pu empêcher une atteinte à l'intégrité de la personne, tantôt d'avoir porté atteinte à l'intégrité de la personne ou à sa dignité du fait d'avoir mis œuvre la contention. Dès lors, on peut facilement comprendre l'embarras des responsables des établissements face à ce dilemme insoluble. C'est sans compter les incidences financières pour les établissements condamnés, qui manquent parfois déjà de moyens. De plus, cela peut jouer sur leur réputation. En effet, *« Les affaires de maltraitance en institutions pour personnes âgées sont fortement médiatisées et les familles n'hésitent plus à manifester leur condamnation d'actes qui jusqu'alors passaient inaperçus. »*<sup>25</sup>

Ainsi, les établissements se débattent dans ce qui peut s'assimiler à une injonction paradoxale.

## **I-5 Les paradoxes de la contention**

On met en place la contention pour faire diminuer le risque de chutes, en particulier après une sortie d'hospitalisation. Or, elle est susceptible de faire augmenter le nombre de chutes et leur gravité (grabatisation, moins de tonus musculaire, tentative ratée de sauter la barrière, etc...). En effet, après une étude menée dans un service de rééducation dans les années 90, SCHLEENBAKER a démontré que le nombre de chutes graves est plus important chez les patients qui ont subi une contention. Cela a été confirmé par une étude menée par TINETTI. SCHLEENBAKER a par ailleurs indiqué que la fréquence des chutes sans conséquence grave augmentait du fait de l'absence de contention. Cependant, il a été contredit sur ce point par une étude menée par CAPEZUTI. Ce dernier a affirmé que la contention participait également à l'augmentation des chutes. Ainsi, non seulement la contention présente des risques graves pour la santé du résident mais en plus les risques qu'elle prétend prévenir s'avèrent plus grands du fait de son utilisation. Ainsi, en toute logique, l'utilisation de la contention devrait être interdite. En effet, sa mise en œuvre est en principe soumise à une évaluation bénéfices/risques pour le résident et ce rapport semble pencher davantage en faveur des risques. Pourtant cette pratique continue d'être utilisée,

---

<sup>24</sup> CAA de Marseille, 21 mai 2015

<sup>25</sup> LECHEVALIER HURARD L., Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique, *Sociologie du travail*, 2013

davantage en France que dans d'autres pays, ce qui peut paraître aberrant ou du moins surprenant.

Certaines contentions sont mieux acceptées que d'autres alors qu'elles sont tout aussi contraignantes pour le résident. Par exemple, le fait de mettre les deux barrières de lit est mieux perçu que le fait de mettre une ceinture ventrale. Le relevage des deux barrières de lit est la forme de contention la plus souvent utilisée au sein des établissements bien que la finalité soit la même que les autres dispositifs de contention : empêcher le résident de se lever. Alors même que les risques générés par l'utilisation des barrières sont tout aussi élevés que ceux générés par d'autres types de contention. En effet, les barrières sont à l'origine d'un bon nombre de strangulations et de chutes graves : le résident peut faire une chute mortelle en tentant de les enjamber.

Le résident a un droit à l'information alors qu'en pratique, s'il ne souhaite pas prendre le traitement pour la contention chimique, celui-ci est dissimulé dans sa nourriture ou sa boisson. Ainsi, le droit à l'information, inscrit dans la loi du 04 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, semble souffrir des exceptions au sein des établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées dépendantes. On peut en effet s'interroger sur la légalité et sur la légitimité d'une telle pratique. Peut-on encore parler d'une relation de confiance avec la résidente qui respecte son libre choix et sa personne ?

La contention nécessite une surveillance constante, or elle est quelque fois mise en place sous prétexte de pallier le manque de moyens pour surveiller la personne grâce à des moyens humains. Ainsi, selon l'ANAES, « *paradoxalement l'utilisation de la contention ne semble pas générer un sentiment de sécurité pour les infirmières* ». En effet, compte tenu de l'obligation de surveillance des conséquences de la contention, leur charge de travail est augmentée. Elles doivent montrer davantage de vigilance vis-à-vis du résident contenu. Même les établissements, comme l'EHPAD de Saint-Amant-Tallende, ayant mis en place une politique de réduction de la contention respectant les 9 critères préconisés par l'HAS peuvent se retrouver confrontés à des dilemmes éthiques au sujet du recours à la contention et de sa justification.



## II) UNE PRATIQUE PERSISTANTE QUI INTERROGE ET QUI DIVISE

Bien que la contention soit encore bien souvent justifiée par le principe de réalité, cette pratique génère un certain nombre de questionnements, de malaises et de tensions menant parfois jusqu'au conflit ouvert.

### II-1 Une pratique souvent justifiée par le principe de réalité

Certains établissements, notamment l'hôpital gériatrique Sainte-Périne, qui ont évalué la mise en pratique des recommandations de l'HAS, se sont aperçus que les résultats concernant la réduction de la contention n'étaient pas à la hauteur des espérances<sup>26</sup>. Malgré une communication faite autour des bonnes pratiques recommandées par l'ANAES et la mise en place de formations, pour beaucoup, la contention demeure synonyme de sécurité. Les résultats de cette enquête menée en 2004 suggèrent en effet que malgré la campagne de sensibilisation mise en œuvre, la prévalence des contentions n'a pas diminué (Annexe 5). L'intervention a permis toutefois d'améliorer la qualité des prescriptions de contention, davantage motivées, ainsi que leur traçabilité. La surveillance des risques et l'information des patients ont également été améliorées mais demeurent insuffisantes : elles sont réalisées seulement 1 fois sur 3. Ainsi, les recommandations de l'ANAES ont eu des effets positifs mais pas sur la réduction de l'utilisation de la contention, du moins pas dans cet établissement. Ainsi, cette étude a conclu que l'idée de l'efficacité de la contention « *est solidement ancrée* »<sup>27</sup> dans les esprits des soignants.

Il est vrai que l'absence de contention peut également avoir des inconvénients. En effet, elle peut obliger le personnel à réitérer des actes techniques sources de souffrance pour la personne, comme le fait de devoir remettre une perfusion ou une sonde vésicale. Par ailleurs, le principe de réalité est souvent évoqué pour justifier l'utilisation de cette pratique. En effet, les soignants estiment souvent qu'ils n'ont pas le temps et qu'ils ne sont pas suffisamment nombreux, ce qui ne leur permet pas d'assurer un accompagnement personnalisé pour chaque résident comme l'exige la loi à travers l'obligation d'élaborer et de suivre un projet de vie du résident.

---

<sup>26</sup> BAGARAGAZA E., VEDEL I., CASSOU B., Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive, *Gérontologie et société*, 2006, vol. 29, n° 116, pp. 161-170

<sup>27</sup> VEDEL I., LECHOWSKI L., SIMON I. et al., La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES, *Gérontologie et société*, 2006, vol. 29, n° 116, pp. 153-160.

Dans la réalité, le taux d'encadrement des résidents au sein des établissements n'est pas d'un pour un. De ce fait, les résidents ne peuvent bénéficier d'une surveillance constante, ce que les familles ont parfois du mal à accepter. Ainsi la contention peut donner l'illusion au soignant, quelle remplace la surveillance et qu'il maîtrise ainsi la situation et donc le risque d'atteinte à l'intégrité du résident. C'est ce que Marie-Christine BLOCH-ORY a pu appeler « *le paradigme de la contention* »<sup>28</sup>. Ainsi, en gériatrie, les soignants ont parfois le sentiment qu'il n'existe pas d'autres alternatives que de recourir à la contention. Le manque de moyens semble dès lors justifier le maintien de la pratique de la contention en France.

Par ailleurs, la chute, premier motif de recours à la contention en EHPAD, est un évènement traumatisant non seulement pour le résident mais également pour sa famille et pour les soignants. En effet, il n'est pas rare que le résident, craignant de chuter de son lit 1 place durant la nuit, demande lui-même aux soignants de mettre les deux barrières de lit. En ce qui concerne les soignants, il peut être à la fois déplaisant et angoissant de retrouver le résident au sol après une chute. L'hospitalisation du résident du fait d'une chute grave est également un facteur de stress pour les professionnels et la famille, qui peuvent craindre que cela se reproduise une fois le résident de retour à l'EHPAD.

En 2018, 427 fiches de chute ont été renseignées sur le logiciel de soin de l'EHPAD contre 531 en 2017. Ainsi, le nombre de chute a quantitativement diminué, sous réserve que toutes les chutes aient bien été tracées. En revanche, ces chutes ont occasionné 10 fractures, contre 9 l'année précédente, dont 7 fractures du col du fémur, 2 fractures des os propres du nez et 1 fracture des côtes. Elles ont eu pour conséquence 56 plaies, contre 39 en 2017. Les sensations de douleur sont de 66 en 2018 contre 63 en 2017. Le nombre d'hématomes est restés stable sur les deux années (40). Ainsi, la gravité des chutes semble avoir augmenté. Cependant, plus de la moitié des chutes, 61%, sont « sans gravité », un tiers des chutes ont une gravité modérée (hématomes, plaies superficielles), seulement 2% ont des conséquences graves et nécessitent un appel au médecin, des points ou une radio et 3% ont des suites très graves et nécessitent un transfert à l'hôpital et une opération chirurgicale. Ces données peuvent être interprétées de manière différente par les acteurs. L'analyse des fiches de chute renseignées par les soignants, qui précisent notamment les circonstances dans lesquelles elles ont eu lieu, peut permettre de développer des alternatives à la contention et ainsi de diminuer la prévalence de cette pratique. A contrario, les données relatives à l'évolution de la gravité des chutes peuvent être utilisées pour remettre en cause la politique de réduction de la contention en vigueur au sein de la

---

<sup>28</sup> QUENTIN B., La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement ! *Gérontologie et Société*, 2013, vol.36, n°144, pp. 111-119

structure et pour solliciter une nouvelle réflexion des acteurs sur le sujet. Ainsi, la pratique de la contention va constituer un véritable dilemme suivi de multiples questionnements.

## **II-2 Une pratique source de questionnements multiples**

### II-2-1 Constats réalisés sur le lieu de stage

Le stage s'est effectué au sein d'un EHPAD public autonome de 92 lits avec un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 12 places, d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 67 places et d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA) de 10 places. La structure emploie au total 110 agents dont 81 fonctionnaires et 29 contractuels. La moyenne d'âge des agents est de 46,91 ans et 87% des agents sont des femmes. Le pilotage de la structure est assuré par une directrice, secondée par un adjoint des cadres pour la gestion des ressources humaines (GRH), une attachée d'administration hospitalière (AAH) pour la gestion financière et un cadre de santé pour le management de proximité. Deux infirmières coordinatrices (IDEC) encadrent les agents du SSIAD. Un médecin coordonnateur, une qualitiennne, un ergothérapeute et une psychologue sont présents à mi-temps sur la structure. L'équipe soignante de l'EHPAD est composée de 6 infirmières soit 5,5 équivalents temps plein (ETP) et 25 aides-soignantes soit 23,9 ETP.

Le taux d'absentéisme global de l'EHPAD, toutes causes confondues, est de 16.8 %. Il est supérieur à la moyenne des établissements comparables (situés dans la même tranche au niveau du nombre d'agents) qui est de 12,6%.

Le taux d'occupation est de 97,32%. La durée moyenne de séjour à l'EHPAD est de 3 ans et 83 jours. Le profil des résidents de l'EHPAD montre un Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré (GMP) à 727 et un Pathos Moyen Pondéré (PMP) à 208 (soit un Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré Soins, GMPS, à 1 265). Les trois quart des résidents sont des femmes (66 femmes et 21 hommes). Par ailleurs, 65 % des résidents présentent des troubles cognitifs soit 2 résidents sur 3.

Selon une enquête de l'Association de coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en Auvergne-Rhône-Alpes (CEPPRAAL), structure d'appui pour aider à analyser les pratiques en Auvergne-Rhône-Alpes, réalisée en 2018, l'EHPAD de Saint-Amant-Tallende a une pratique relativement exemplaire dans le recours à la contention. (Annexe 1). La Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et des organisations en santé (FORAP) qui est un regroupement de structures d'appui dans toute la France, et dont le CEPPRAAL est un membre fondateur, a permis de

faire cette enquête au niveau national. Au total, 172 établissements ont participé au niveau national dont 27% d'EHPAD, 25 % d'hôpitaux, 16% d'établissements psychiatriques et 14% de Soins de Suite et de Réadaptation. 25 établissements ont contribué à l'enquête en Auvergne-Rhône-Alpes. Cette enquête a mobilisé au total 10 292 participants, soit 39% des professionnels de ces établissements. L'EHPAD « Le Montel » a comptabilisé 60% de participation.

L'EHPAD mène une politique de limitation du recours à la contention. L'établissement est ouvert sur l'extérieur et permet une libre circulation à l'ensemble des résidents. Le personnel porte une attention toute particulière aux résidents les plus fragiles ou présentant des comportements troublés. Il fait partie des 55% d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui mettent en œuvre cette politique au niveau national. Selon l'enquête du CEPPRAAL, à peine la moitié des établissements qui ont participé à l'enquête disposent d'un registre de traçabilité de la contention. 75 % de ces établissements ont mis en œuvre une formation spécifiques sur ce thème. L'enquête révèle un taux supérieur au taux national concernant le vécu, difficile à très difficile, de la contention par les professionnels. On peut également remarquer que le recours à la contention au lit par 2 barrières a diminué dans les 3 secteurs de l'EHPAD entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2017.

Toujours selon cette enquête, quelques axes d'amélioration ont été relevés. Il s'agit d'améliorer la recherche d'alternatives à la contention et la discussion avec le résident et son entourage. En effet, les scores les moins élevés de l'EHPAD se situent dans le domaine de l'information et de la concertation avec le résident et sa famille sur la contention et sur la surveillance de la mesure notamment en ce qui concerne le ressenti du résident lié à la mise en œuvre de la contention. Deux situations observées lors du stage de professionnalisation ont pu confirmer ces constats.

## II-2-2 Présentation de deux situations observées sources de questionnements

### *II-2-2-1 Première Situation*

Madame C, résidente de l'EHPAD, âgée de 86 ans est hospitalisée après une chute qui a occasionné une fracture du col du fémur. Pendant son hospitalisation elle est mise sous contention au fauteuil et au lit car ses troubles cognitifs génèrent une déambulation nocturne non maîtrisée au cours de laquelle elle pourrait se mettre en danger en rechutant, ce qui retarderait son rétablissement. Elle réintègre sa chambre à l'EHPAD trois semaines après l'intervention chirurgicale qui a permis de traiter sa fracture. Elle peut se lever et marcher avec l'aide d'un professionnel de santé. Elle n'a plus de contention ni au lit, ni au fauteuil. Madame C. a deux fils, dont un est la personne de confiance qui s'occupe d'elle et vient la voir régulièrement, est très proche et attentif à son bien-être.

Son fils s'étonne que Madame C. ne soit pas attachée, au moins la nuit à l'EHPAD et sollicite l'équipe pour qu'une contention soit mise en place. L'infirmière lui explique alors que ceci n'est possible que sur prescription médicale de son médecin traitant établie en présence du médecin coordonnateur de l'EHPAD. Le fils de Madame C. sollicite alors son médecin traitant pour obtenir une prescription de contention et la transmet à l'EHPAD. L'EHPAD ne disposant pas du matériel adapté pour réaliser la contention, il décide de l'acheter lui-même à la pharmacie et apporte une sangle ventrale à l'EHPAD en demandant qu'elle soit utilisée pour réaliser la prescription de contention au lit. La contention ne sera pas mise en œuvre par l'infirmière qui constate que le matériel est fait pour une attache au fauteuil et non au lit, ce qui pourrait mettre en danger la résidente. Elle explique les risques de l'utilisation d'une contention inadaptée au fils de Madame C.

Suite à cet épisode, le fils de Madame C., très mécontent, et par une présence permanente auprès de sa mère, fait pression sur l'équipe et harcèle constamment les soignants. Très angoissé, il passe même une nuit au chevet de sa mère pour surveiller qu'elle ne se lève pas du lit. Son comportement excède les soignants qui opposent à chaque fois la même réponse à ses demandes de mise sous contention. Les soignants lui répètent inlassablement les risques d'une contention non adaptée mais il reste sourd à tous les arguments présentés. Les soignants remontent l'information au Cadre de Santé qui leur confirme qu'ils n'ont pas à mettre à place une contention inadaptée. Le cadre de santé effectue des démarches auprès des fournisseurs de matériel médical pour recevoir un dispositif de contention adapté, qui selon elle serait « *du style pyjama-drap* ». Les fournisseurs lui indiquent qu'elle ne recevra pas le matériel avant plusieurs semaines, d'autres lui précisent que les soignants doivent avoir reçu une formation spécifique pour l'utilisation de ce type de matériel. La cadre de santé sollicite alors le prêt du matériel par un autre établissement.

Après une réflexion collégiale, en raison de l'existence d'une prescription médicale et de l'insistance du fils de Mme C., une contention au lit est mise en place. La contention est à plots aimantés, une partie est fixée au lit, l'autre partie autour de l'abdomen. Elle nécessite la mise en place des deux barrières, ce qui constitue également une contention. La cadre de santé recommande aux soignants de se montrer très vigilants quant aux conséquences que cette contention pourrait avoir et de tout tracer dans le logiciel de soin. Tandis que Mme C. fait remarquer aux soignants qu'elle ne peut plus se mouvoir, son fils se félicite que sa demande ait enfin été prise en compte. La contention est enlevée uniquement lorsque le fils est présent. Toutefois, ce dernier est inquiet car reprenant le travail, il ne va plus pouvoir être présent la journée auprès de sa mère. Il souhaite donc qu'elle ait également une

contention au fauteuil. L'infirmière lui propose alors de mettre un adaptable devant son fauteuil afin de la dissuader de se lever sans toutefois l'attacher.

En raison de ses troubles cognitifs, la résidente demande régulièrement aux soignants pour quelle raison elle est attachée au lit. Lorsqu'ils lui expliquent les motifs de la contention et lui demandent son ressenti, elle leur répond « *Je m'en fous* » et indique que cela ne la gêne pas pour dormir la nuit. Cependant, Mme C. commence à avoir des problèmes cutanés dus à l'immobilisation. En effet, elle développe une escarre de stade 1 localisée au sacrum. Dès lors, son médecin traitant décide de mettre fin à la mesure de contention. Dans la nuit, Mme C. fait une chute dans le couloir à proximité de sa chambre. Sa famille en est informée et bien que Madame C. n'ait pas de séquelles, son fils est bouleversé par cette nouvelle chute et insiste auprès du médecin traitant pour remettre la contention au lit. Le médecin accepte de remettre la contention pour deux jours. Les soignants ne comprennent pas cette décision qui bénéficie davantage au fils de Mme C., pour sa tranquillité d'esprit, qu'à la résidente. Pour eux, elle n'est donc pas légitime et va à l'encontre de leurs valeurs. Les relations entre les soignants et la famille de Madame C. sont de plus en plus tendues avec de la défiance de part et d'autre.

Le médecin coordonnateur, informé de la situation décide d'organiser un entretien avec le fils de Mme C. en présence de la psychologue. Il tente de sensibiliser le fils quant aux effets iatrogènes de l'utilisation de la contention. Cet entretien est un échec, Monsieur C. refuse la discussion et menace de porter plainte contre l'établissement pour défaut de surveillance, défaut de sécurité et mise en danger de son parent. Le médecin coordonnateur et la psychologue alertent alors la Directrice du comportement du fils de Mme C. et des pressions qu'il exerce sur l'équipe soignante.

Sensibilisée à la situation, la Directrice décide de recevoir le fils de Mme C. en entretien. En vue de la préparation de cet entretien, elle sollicite les conseils de l'équipe mobile de gérontologie (EMG). Son interlocutrice la conforte dans l'idée d'expliquer au fils de Mme C. que, contrairement à un établissement hospitalier ou à un établissement psychiatrique, l'EHPAD est un lieu de vie devant promouvoir la liberté d'aller et venir des résidents et que les effectifs ne permettent pas d'assurer une surveillance permanente de tous les résidents. Ainsi, si le fils de Mme C. souhaite qu'elle soit attachée et puisse bénéficier d'une surveillance accrue, il est libre d'effectuer des démarches auprès d'un autre établissement ou service du type soins de suite et de réadaptation (SSR).

En attendant la décision du fils, le médecin de l'EMG suggère également une alternative à la contention, qui consiste à mettre le matelas au sol en l'entourant de tapis mousse au cas où la résidente roulerait hors du lit. Cette solution devrait empêcher Mme C. de se lever

tout en évitant de l'attacher au lit et en la laissant libre de ses mouvements. Cette solution est expliquée au fils qui l'accepte. Le médecin coordonnateur, présent lors de l'entretien, informe l'équipe de cette décision par une transmission écrite en indiquant qu'elle est mise en place à titre provisoire, pour le week-end.

Le lundi suivant, les représentants du personnel sollicitent un entretien avec la direction pour exprimer leur désarroi face à la mise en œuvre de cette décision qui va à l'encontre de leurs valeurs soignantes. En effet, ils la trouvent irrespectueuse de la dignité de la résidente. Les transmissions indiquent que la résidente n'a pas compris que son matelas soit posé à même le sol et a interrogé à plusieurs reprises les soignants à ce sujet, ce qui a généré chez eux une sensation de malaise. De plus, ils indiquent avoir eu des difficultés durant le week-end pour apporter les soins de confort et d'hygiène à la résidente, qu'ils ont dû à chaque fois relever de son matelas, notamment pour l'accompagner aux toilettes, avec des difficultés pour la recoucher car « *elle avait l'impression de tomber* ». Ils indiquent également que le fait d'avoir dû effectuer les soins « *à quatre pattes* » leur a occasionné une fatigue supplémentaire.

Après une nouvelle concertation en équipe pluridisciplinaire, il est décidé de remettre un lit Alzheimer dans la chambre de Madame C. Le lit est dans la position la plus basse, une seule barrière est levée côté fenêtre et un tapis mousse est laissé au sol côté porte. Il est noté dans les transmissions que ce dispositif devra être expliqué au fils de Mme C. et devra également faire l'objet d'une évaluation régulière. De plus, l'ergothérapeute fait remarquer que Mme C. reste tranquille la journée lorsqu'elle est en compagnie d'autres résidents : elle ne tente pas de se lever et n'est pas agitée. Ainsi, Madame C. n'est plus mise sous contention. Les jours suivants Mme C. fait deux chutes, sans gravité puisqu'elle se laisse simplement glisser de son fauteuil. La famille n'est pas informée de ces chutes. Au fil des séances de kinésithérapie et de marche avec l'ergothérapeute, Mme C. marche de mieux en mieux, elle regagne de la confiance et peut à nouveau marcher toute seule, à l'aide d'un déambulateur. Les relations avec la famille s'apaisent et l'accompagnement de Madame C. ne semble plus poser de problème.

#### Analyse de la première situation

Les soignants de l'EHPAD « Le Montel » n'ont pas été informés que Madame C. avait fait l'objet d'une contention au lit et au fauteuil pendant son hospitalisation. Cette donnée permet de comprendre l'étonnement et la position de son fils qui la voit régulièrement. Ainsi il convient de noter que la pratique de la contention ne fait pas toujours l'objet de transmission formalisée dans le dossier patient. Sur la demande initiale du fils de Madame C. de recourir à la contention, plutôt que d'évoquer le fait que cette pratique ne doit pas être utilisée en première intention en raison des risques qu'elle induit, l'infirmière semble se

retrancher derrière l'avis du médecin traitant en indiquant au fils de Mme C. que la contention est soumise à l'existence d'une prescription. L'infirmière n'évoque pas non plus le fait que la contention d'une personne âgée est contraire aux valeurs des professionnels de l'établissement. Cette idée n'est évoquée par la suite que lors de l'entretien entre le fils de Mme C. et la directrice. Il convient donc de voir le rôle joué par la directrice dans la défense des valeurs portées par l'établissement. Elle met en parallèle les besoins de la résidente avec les moyens dont dispose la structure et les prestations qu'elle est en mesure de proposer. Ces dernières ne sont pas les mêmes que dans d'autres types de structures. Le fait de ne pas recourir à la contention n'est pas seulement une question de moyens, il s'agit également d'une question de volonté.

L'établissement a en effet fait le choix de promouvoir la liberté d'aller et venir des résidents. C'est pourquoi, lors des restructurations successives, il a été fait le choix de privilégier la construction d'un PASA sur celle d'une unité fermée. Malgré la prescription de contention du médecin traitant et l'achat d'un matériel ad hoc, la contention ne sera toujours pas mise en œuvre par l'équipe soignante, ce qui permet de comprendre le fort mécontentement du fils de Mme C. Sur l'intervention du cadre de santé et après une réflexion en équipe, la contention au lit est mise en place et fait l'objet d'une traçabilité dans le logiciel de soin. Il convient donc de voir que la mise en œuvre de la contention nécessite un temps d'échange et de communication entre les acteurs concernés pour être socialement acceptée.

Toutefois, il faut noter que des effets négatifs n'ont pas manqué de se manifester, à plusieurs niveaux et pour les différents acteurs. Pour la résidente, la contention a eu pour conséquence la formation d'une escarre, une atrophie musculaire et une augmentation de son anxiété, qui s'est manifestée au travers des questions répétitives posées aux soignants. Par la suite, à la levée de la contention, Madame C., que les quelques jours d'immobilisation ont affaiblie, a rechuté. Pour les soignants, le fait de devoir attacher Mme C., de voir son état de santé se dégrader et de percevoir son incompréhension de la situation a généré un sentiment de malaise et ils se sont sentis maltraitants.

Dès lors que le médecin traitant décide d'ôter la contention, Mme C. fait une chute. Le fait de remettre la contention risque d'aggraver les problèmes cutanés de Mme C. Aucune des solutions envisagées n'est donc exempte de risques pour la sécurité et le bien-être de la résidente. Ainsi, on peut aussi s'interroger sur le fait qu'on ait pu atteindre les limites d'une prise en charge d'une qualité suffisante de Mme C. au sein de l'EHPAD.

Si la mise en place de la contention a pu calmer les angoisses du fils de Madame C., le fait qu'il se soit félicité devant les soignants d'avoir enfin obtenu satisfaction a pu renforcer leur

opposition à la mesure, trouvant qu'elle était davantage bénéfique pour le fils de Mme C. que pour cette dernière.

On peut ainsi se demander si le recours à la contention est toujours guidé par la recherche de la sécurité du résident ou s'il ne répond pas davantage à la volonté de protéger son entourage. Il semble en effet, qu'à aucun moment l'avis de Madame C. n'ait été sollicité, son fils et les soignants ayant estimé qu'elle n'était pas en capacité de donner un avis éclairé sur la question, ni de consentir à la mesure. Dès lors, l'avis de son fils, désigné comme personne de confiance, semble peser le plus fortement sur la décision. Le fait que la contention soit mise en œuvre, en raison notamment de son insistance, met en lumière un rapport de force qui semble pencher en faveur du fils de Mme C. Pourtant Madame C. s'interroge sur les conséquences des décisions prises par d'autres et qui la concerne directement.

Lorsque le fils de Mme C. demande la mise sous contention de sa mère au fauteuil durant la journée, l'infirmière lui propose de placer un adaptable devant son fauteuil pour l'empêcher de bouger sans l'attacher. Or, cela constitue également une contention. Cependant, le fait qu'elle soit déguisée, apparaît plus acceptable aux yeux de l'infirmière. Si elle restreint la liberté d'aller et venir, cette contention semble moins porter atteinte à la dignité de la résidente. Ainsi, le fait d'utiliser une contention « cachée » ou indirecte est mieux vécu par l'infirmière que le fait d'utiliser une alternative à la contention consistant à mettre le matelas par terre, qu'elle trouve, comme une majorité d'autres soignants, indigne. Il convient aussi de voir que la demande du fils de Mme C. suggère que la contention peut constituer une alternative à une surveillance humaine constante de sa mère. Or, la contention ne doit pas être considérée comme une alternative à la surveillance, elle doit elle-même faire l'objet d'une surveillance régulière afin de s'assurer que le rapport bénéfices-risques penche toujours en faveur des bénéficiaires. De ce fait, quoi qu'en pense le fils de Mme C., la contention n'allège pas la charge de travail des soignants mais l'alourdit.

Par ailleurs, il convient d'observer qu'il existe une crainte de la judiciarisation des relations lorsque le fils de Mme C. menace de porter plainte contre l'établissement. Or, il n'est pas prouvé que les désaccords ou les conflits qui opposent les soignants ou les responsables des structures sanitaires et médico-sociales et les usagers aboutissent de manière systématique devant un juge, loin s'en faut. En effet, la médiation permet bien souvent d'éviter d'aller jusqu'au procès et même avant cela, le simple fait de s'entretenir posément en présence des parties prenantes permet de désamorcer les tensions et les situations de conflits.

L'équipe mobile de gériatrie (EMG), tiers externe à l'établissement et qui détient une position de neutralité, peut parfois jouer un rôle de médiation dans les conflits opposant les soignants et les familles. Elle propose deux alternatives. La première découle du fait que les besoins de Mme C. et les exigences de son fils ne semblent plus correspondre à ce que l'EHPAD est en mesure de proposer, de ce fait l'alternative à la mise en place de la contention dans l'établissement serait de changer la résidente d'établissement. Cependant les démarches en vue d'un changement de structure pour une structure plus adaptée pouvant prendre un certain temps, une seconde alternative est suggérée : mettre le matelas au sol. Aucune autre alternative n'est recherchée ou évoquée. L'état clinique de la résidente au moment de cette conversation n'est pas non plus abordé : est-elle agitée ou non ? Finit-elle mine de vouloir se lever pour déambuler ? On ne sait pas. Les matériels susceptibles de l'aider à se lever et à déambuler tout en limitant le risque de chute ne sont pas évoqués. D'une manière générale, l'environnement immédiat de Mme C., qui peut soit l'aider soit constituer une source de risque pour elle, n'est pas mentionné. Le conflit qui oppose les soignants et la famille semble prendre toute la place et la conversation tourne uniquement autour de la recherche d'une solution qui soit acceptable pour tous et en particulier pour le fils de Mme C., dont le comportement problématique pèse sur l'ambiance de travail.

La directrice décide, sans s'être entretenue au préalable avec l'équipe, de positionner le matelas de Mme C. au sol. Cette alternative lui semble davantage acceptable que d'attacher Mme C. à son lit. En effet, elle ne constitue pas en soi une restriction à la liberté d'aller et venir de Mme C. puisque celle-ci est limitée par ses seules capacités physiques et elle permet de préserver sa sécurité. Pourtant si cette solution semble constituer un compromis satisfaisant entre le respect de la liberté et la sécurité de la résidente, elle apparaît aux yeux des soignants comme un traitement indigne et dégradant. De plus, elle occasionne pour ces derniers des contraintes supplémentaires du point de vue de la prise en charge. La résidente semble également perturbée par le choix de cette solution.

Ainsi cette alternative à la contention a également des effets indésirables du point de vue de la qualité de la prise en charge. Ayant anticipé ces réactions, la directrice avait bien précisé que cette solution n'était mise en place que de manière temporaire et à titre expérimental, et que ses conséquences devaient faire l'objet d'une traçabilité. Cette alternative n'ayant pas convenu aux soignants, une nouvelle discussion est engagée.

Finalement la mise en place du lit Alzheimer dans la position la plus basse (15 cm du sol), sans les barrières, a permis de résoudre la situation en apportant une solution satisfaisante et acceptable par tous. Cette solution n'aurait-elle pu émerger plus tôt s'il y avait eu concertation entre toutes les parties prenantes ?

### *II-2-2-3 Seconde situation*

Madame V., une résidente de l'EHPAD âgée de 83 ans est victime de démence et arpente les couloirs de l'EHPAD de jour comme de nuit. Très désorientée et dans l'incapacité de retrouver sa chambre, elle entre parfois dans la chambre d'autres résidents croyant qu'il s'agit de la sienne. Ne comprenant pas qu'il y ait une autre personne dans le lit, elle peut se montrer agressive et parfois violente. De ce fait, Madame V. s'est vu prescrire un traitement médicamenteux pour limiter sa déambulation. Ce traitement lui est administré sans son consentement du fait de ses troubles : des gouttes sont versées dans sa nourriture. Madame V. a une fille, qui est également sa personne de confiance. Il s'agit d'une professionnelle de santé qui a donc une bonne connaissance des traitements utilisés et de leurs effets. Elle vient voir sa mère très régulièrement en journée. La trouvant très apathique, elle l'emmène voir son médecin traitant et lui demande de modifier les posologies des traitements à la baisse, ne tenant pas compte de l'agitation nocturne de Madame V. et de ses conséquences pour elle et pour son entourage (soignants et autres résidents).

Les posologies étant diminuées, Madame V. recommence à déambuler, est anxieuse et désorientée, et retrouve un comportement agressif envers les autres résidents et les soignants. Les soignants signalent à nouveau dans les transmissions des comportements inadaptés de Madame V. et sollicitent le médecin afin qu'il réajuste le traitement. Une nouvelle visite de la fille se conclue par une nouvelle diminution du traitement. Les modifications de traitement s'enchaînent jour après jour sans qu'un consensus ne soit trouvé entre les soignants et la fille, au détriment de la santé de la résidente. Cette situation génère un malaise au sein de l'équipe soignante au point de suggérer que la résidente change d'établissement. La psychologue a effectué des démarches auprès d'un établissement spécialisé disposant d'une unité d'hébergement renforcée. En attendant, la résidente pourra effectuer un séjour en psychiatrie pour explorer sa pathologie et équilibrer son traitement.

#### Analyse de la seconde situation

Dans cette situation, il s'agit d'une contention chimique, mise en place à la demande des soignants, confrontés à une résidente non seulement déambulante mais qui peut également se montrer violente envers eux et les autres résidents. On peut noter l'absence de déplacement du médecin traitant auprès de la résidente et de l'équipe soignante. Il a donc un défaut de concertation entre les parties prenantes. On peut s'interroger sur le fait que le médecin traitant accepte de diminuer la posologie sans examen clinique de la résidente et sur la seule demande de la personne de confiance. Il est étonnant que le médecin traitant donne davantage de crédit aux dires de la fille de Mme V. qui ne voit cette dernière qu'en journée qu'au témoignage de l'équipe soignante qui l'accompagne 24h/24h.

L'observation du comportement du résident sur un longue période peut avoir un impact sur la décision de mettre en œuvre ou non la contention, sur le choix du degré et du moyen utilisé.

Les conséquences de ce désaccord sont subies par la résidente et par les autres résidents du secteur. Par ailleurs, il est noté dans les transmissions que certains soignants prennent des coups. Les familles des résidents victimes des agressions de Mme V. sont également interpellées par cette situation. Elles ont du mal à comprendre pourquoi cette résidente est maintenue dans l'établissement et continue de côtoyer leur proche, les mettant en insécurité. On peut observer que l'absence de consensus abouti, dans ce cas précis, au départ du résident et que c'est le plus souvent le cas dans ce type de situation. Ces deux situations interrogent les formes de la décision de mise en œuvre de la contention en institution pour personnes âgées. On peut en dégager plusieurs constats.

- Tout d'abord, ces deux situations montrent que la contention est évoquée en première intention avant même d'avoir recherché, envisagé et expérimenté d'autres solutions. De plus, elle n'est pas toujours mise en œuvre pour protéger ou sécuriser le résident. En effet, d'autres considérations interfèrent dans la décision et notamment celles émanant des soignants ou des proches.
- Ensuite, et dans le premier cas, les soignants s'opposent à ce que la résidente soit attachée conformément à la demande de la personne de confiance. Cependant, la mise en œuvre d'une contention déguisée, informelle et non prescrite, proposée par l'infirmière, semble moins les déranger. Dans le second cas, les soignants étaient à l'origine de la prescription de la contention médicamenteuse, prescription jugée excessive et contestée par la famille. Ainsi la contention apparaît bien comme un enjeu de pouvoir entre les parties prenantes qui s'opposent autant sur le bien-fondé que sur le degré de la mesure. Comme on l'observe ici, la contention est une réponse qui résulte souvent d'une démarche individuelle alors même qu'elle devrait relever d'une démarche collective associant l'ensemble des acteurs concernés et en premier lieu le résident.
- Par ailleurs, le manque de communication et de prise de décision concertée s'avère préjudiciable au résident et au bon fonctionnement du service. Les résidents subissent ainsi les décisions prises par d'autres car ils sont jugés en incapacité d'exprimer leur volonté ou même leur consentement. Les deux situations montrent un rapport conflictuel entre les soignants et les familles des résidents, chacun tentant d'avoir le dernier mot. La nature des rapports entre les soignants et les aidants familiaux a cependant un impact décisif sur la qualité de l'accompagnement du résident. Le

recours à la contention montre à l'évidence une altération de la relation de confiance établie au moment de l'accueil du résident entre les soignants et les aidants familiaux.

- Au surplus, on peut constater que les alternatives possibles à la contention sont très peu exploitées. Lorsqu'il en émerge une, elle est suggérée par un acteur extérieur à la structure et devient paradoxalement considérée comme étant davantage attentatoire à la dignité de la personne. De plus, l'établissement réutilise une alternative à la contention déjà expérimentée dans d'autres établissements, ce qui exclue toute forme de créativité pour élaborer une solution en fonction de ses moyens propres. L'établissement agit ainsi davantage sur le résident que sur leur environnement. La prescription est génératrice de division et de conflits. En effet, la contention étant un sujet qui fait débat, notamment sur le plan éthique, il n'existe pas de réponse préfabriquée, ce qui justifie l'émergence d'opinions diverses et nécessite donc une recherche et une réflexion plus approfondies.

Pour chaque situation, les soignants et les familles ont interrogé le positionnement de la direction qui n'a eu connaissance des faits que tardivement. Le directeur doit ainsi arbitrer entre des positions inconciliables, faute de dialogue initial entre les parties prenantes alors même que les demandes de chacune des parties sont à la fois recevables et légitimes.

### **II-3 Contenir : Une question de légitimité, de pouvoir et de temporalité**

Le sujet de la contention génère des problèmes relationnels. Ces problèmes relationnels se situent non seulement entre les soignants et les usagers mais également entre les soignants, selon qu'ils sont plus ou moins au contact des usagers et plus ou moins impliqués dans la mise en œuvre de la mesure de contention.

#### **II-3-1 La question de la légitimité du décideur**

La vision de la contention n'est pas la même suivant le temps passé par le parent ou par le professionnel auprès du résident. Dans la 2<sup>ème</sup> situation décrite, la fille de la résidente obtient du médecin traitant qu'il diminue la posologie du neuroleptique parce qu'elle n'a qu'une vision partielle de la situation, n'étant présente auprès de sa mère qu'une matinée par semaine. La contention doit être limitée dans le temps pour limiter l'apparition d'effets iatrogènes. Or dans la 1<sup>ère</sup> situation décrite, on constate que malgré la formation d'une escarre, le médecin traitant prolonge la mesure de contention à la demande du fils de la résidente. On peut également constater, que si le médecin traitant a une écoute effective auprès des familles, il exerce peu de contrôle direct auprès du résident et échange peu avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'EHPAD.

La contention paraît plus légitime aux yeux des soignants lorsque ce sont eux qui sont à l'origine de la demande de prescription. En effet, ils vivent mal que les familles soient à l'origine de cette demande, car ils ont tendance à le percevoir comme un manque de confiance dans leurs savoirs et l'exercice de leurs compétences. Leur relation avec le résident est une relation professionnelle. La relation entre le résident et ses proches est une relation affective. La nature des relations joue un rôle dans la manière de percevoir l'utilité de la contention.

De leur côté, les familles qui se sont beaucoup investies auprès de leur parent avant leur entrée en institution détiennent des informations sur leurs habitudes de vie, leur caractère, les goûts et aversions, des informations qui peuvent être très utiles aux soignants pour améliorer les prises en charge. Souvent associés aux démarches visant à faire entrer leur proche en institution, ils peuvent ressentir un sentiment de culpabilité et/ou de l'anxiété. Celles-ci peuvent se traduire par des revendications sécuritaires. Ils peuvent se comporter, non plus comme de simples usagers mais comme des clients exigeants qui payent pour des prestations de services de qualité. En cela, des enjeux de pouvoirs opposent les familles aux soignants dans l'obtention d'une prescription de contention. Ces différends peuvent amener les familles à la menace de judiciarisation de la relation. Ainsi, comme observé dans la première situation, le fils de Mme C. menace de porter plainte contre l'établissement pour défaut de surveillance, ce qui génère un malaise des soignants et aboutit à ce que la directrice soit priée d'intervenir à la demande de l'équipe.

### II-3-2 Affrontement des valeurs et temporalité

Le médecin est chargé de prescrire la contention mais sa mise en œuvre revient aux soignants : infirmiers et aides-soignants. En effet, le rôle propre de l'IDE dans la contention est régi par l'article 4311-5 point 27. Ainsi, l'IDE doit rechercher « *des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* ». Dans le cadre de son rôle prescrit, l'article R4311-9 point 6 autorise « *la pose de dispositifs d'immobilisation* » mais « *à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment* ». L'article R4311-7 point 12 autorise « *l'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention* ». Ainsi, le médecin qui prescrit la mesure de contention n'est pas toujours présent pour en constater les effets, contrairement aux soignants qui peuvent constater l'évolution de l'état du résident et qui sont témoins de sa résignation, de ses moments d'angoisse et de ses efforts de résilience.

Au sein de l'équipe, les soignants n'ont pas tous le même avis sur la contention. Tandis que l'ergothérapeute, présente à 30% sur l'établissement, le médecin coordonnateur et la

psychologue, présentes à 50% sur l'établissement, se montrent prudentes vis-à-vis du recours à cette pratique dont elles n'ignorent pas les risques et dont elles évoquent les enjeux éthiques. En ce qui concerne les soignants présents à temps plein au sein de l'établissement, les avis au sujet de la contention sont davantage partagés. Bien qu'ayant été à plusieurs reprises sensibilisés aux enjeux éthiques et aux risques induits par la pratique de la contention, ils évoquent davantage l'aspect protecteur de cette pratique. Ils indiquent parfois ne pas avoir le choix du fait que la contention fait l'objet d'une prescription médicale. Ils semblent ainsi se ranger à l'avis médical sans toujours se poser la question du bienfondé de la mesure.

Dans la réalisation de l'acte, le soignant s'identifie au résident. De plus, cet acte va à l'encontre des valeurs soignantes enseignées en formation professionnelle. La définition du métier d'infirmier donné par le recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession d'infirmier est la suivante : « *Les infirmiers dispensent des soins de nature préventives, curatives ou palliatives, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Ils contribuent [...] à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie.* ». En outre le décret du 16 février 1993 dispose que « *l'infirmier [...] exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité [...]* ». Ainsi, le malaise ressenti par les soignants peut s'expliquer par le fait que la pratique de la contention rentre en contradiction avec les préceptes acquis en formation.

A l'heure où l'établissement souhaite développer la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels, la pratique de la contention remet en cause la réalisation de cet objectif à plusieurs titres. Tout d'abord, le développement de la QVT implique de travailler avec les équipes sur le contenu, sur le sens du travail. Or, le recours à la contention peut sembler contraire à certaines des valeurs des soignants, tel le maintien de l'autonomie des résidents et la préservation de leurs capacités résiduelles. Ainsi agir en contradiction avec ses valeurs entraîne une diminution de l'estime de soi, l'un des piliers de la qualité de vie au travail. De plus, la QVT est en lien avec la santé et plus généralement le bien-être au travail. Or, ces derniers dépendent en partie des interactions sociales, de la cohésion et de la solidarité au sein de l'équipe.

L'état d'esprit dans lequel travaillent les professionnels est également important, d'où les efforts menés pour la prévention des risques psychosociaux. Dès lors, le fait que les soignants vivent difficilement la mise sous contention d'un résident peut avoir un impact sur le moral de l'équipe et donc indirectement sur la qualité de vie au travail. Les débats entourant cette pratique peuvent en effet créer un climat de tension et une dégradation de

l'ambiance de travail. Toutes deux sont préjudiciables à l'organisation des soins, non seulement pour le résident et ses proches mais également pour tous les autres résidents.

Le développement de la qualité de vie au travail constitue également un objectif aux yeux des autorités de tarification (ARS et Conseil départemental). En effet, cet objectif figure dans la bibliothèque des objectifs élaborés par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Cette bibliothèque doit servir de référentiel pour la négociation du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) que devra signer l'EHPAD de Saint-Amant-Tallende, en fin d'année 2019. Dans cette bibliothèque des objectifs, on trouve également celui de la prévention et la prise en charges des chutes. Ainsi, un autre enjeu va consister à concilier ces deux objectifs.

Cela reste un sujet qui fait débat au sein de la société. Débat dans lesquels s'expriment de fortes divergences d'opinions. C'est donc, un sujet qui nécessite de définir une politique claire au sein des établissements. En effet, il est intéressant pour un établissement d'anticiper les évolutions en termes de représentations sociales et de politiques publiques. Or, au vu des derniers textes de loi promulgués, ces dernières vont dans le sens de la promotion des droits et libertés des usagers du service public de santé. De ce fait, il paraît souhaitable que la politique des EHPAD fasse référence aux recommandations de bonnes pratiques. De plus, ils répondront ainsi aux attentes en termes d'objectifs, en particulier qualitatifs, des autorités de régulation de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale. Dès lors, il est préconisé pour les établissements et services accueillant des sujets âgés de réduire au maximum le recours à la contention et de faire en sorte que sa mise en œuvre, si elle apparaît inévitable, soit personnalisée et le fruit d'une concertation entre toutes les parties prenantes.

### **III) UNE PRATIQUE QUI DEVRAIT ETRE REDUITE, UTILISEE COMME RECOURS ULTIME ET DONT LA MISE EN ŒUVRE DEVRAIT TOUJOURS ETRE CONCERTEE ET PERSONNALISEE**

Au vu de l'utilisation controversée de la contention, l'utilisation de cette pratique devrait logiquement être réduite au maximum par les établissements et considérée comme un recours ultime ne pouvant être mis en œuvre que lorsque toutes les alternatives envisagées et testées ont échoué. De plus sa mise en œuvre devra toujours être personnalisée et décidée de manière concertée entre tous les acteurs impliqués.

#### **III-1 Un objectif volontariste de réduction de la contention dans les EHPAD**

##### III-1-1 Une réflexion éthique prenant en compte les différents aspects de la contention

La politique de contention doit tenir compte de multiples considérations qui peuvent entrer en contradiction, d'où la nécessité de pouvoir mener une réflexion éthique. En effet, on peut se demander si la pratique de la contention ne contribue pas à donner l'image que l'EHPAD est davantage devenu un lieu de soin qu'un lieu de vie. Le projet de soin doit-il primer sur le projet de vie du résident ? La sécurité du résident doit-elle primer sur son libre choix ? Doit-on sacrifier la santé des professionnels au profit de celle des résidents ? La politique en matière de contention doit tenir compte non seulement des principes et des valeurs mais également des réalités et des moyens concrets dont disposent les établissements. De plus, la réflexion autour de la contention doit aboutir à un compromis acceptable pour tous alors que l'on a observé précédemment qu'il existait des enjeux de pouvoir entre les soignants et les familles.

La création d'un comité d'éthique au sein d'une structure hospitalière ou médico-sociale ne constitue pas aujourd'hui une obligation réglementaire. Dès lors, la réflexion éthique peut prendre différentes formes. Toutefois, l'article 5 de la loi du 4 mars 2002<sup>29</sup> impose que cette réflexion ait lieu au sein de chaque établissement de santé. De plus, en 2010, les recommandations de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM, fusionnée avec l'HAS au 1<sup>er</sup> avril 2018) relatives aux « *Questionnements éthiques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* » incitent au déploiement d'une réflexion éthique via la création d'une

---

<sup>29</sup> LOI n°2002-303 du 4 mars 2002

instance spécifique dans les établissements médico-sociaux. Ainsi, l'EHPAD de Saint-Amant-Tallende a décidé de créer un Comité d'éthique commun avec un autre EHPAD géographiquement proche et de taille comparable. La contention pourra ainsi faire partie des sujets abordés par cette instance. A cette occasion, elle sera être abordée non seulement sous l'angle des professionnels de santé mais également sous l'angle d'experts dans divers domaines, tels que le Droit ou la Philosophie, qui pourront apporter un éclairage particulier à la situation. L'avis de profanes sera également recueilli pour pouvoir bénéficier d'un maximum de points de vue sur la question.

Toutefois, lors de ces instances, les situations évoquées sont anonymisées et les personnes concernées ne sont pas présentes. Ainsi, si un comité d'éthique permet de mener une réflexion globale, en rassemblant un grand nombre d'éléments d'informations susceptibles d'éclairer la conduite à adopter, et formuler des avis, il ne peut en aucun cas être décisionnaire des suites à donner à la situation. En outre, il arrive que des situations abordées appartiennent au passé ou aient déjà trouvé une résolution.

La contention, constituant une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir, devrait en toute logique être interdite par la loi. En France, ce n'est pas le choix qui a été fait pas le législateur. Seules les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS encadrent pour le moment cette pratique. Cependant, le Conseil d'Etat a reconnu par décision du 27 avril 2011 que ces recommandations ont une valeur réglementaire. De plus, un décret d'application de la loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>30</sup>, qui reprend les principes énoncés par les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, confirme leur valeur réglementaire et donc leur opposabilité.

L'opposabilité désigne la « *qualité d'un moyen de défense qu'il est possible de faire valoir en justice contre la partie adverse ou d'un acte juridique ou judiciaire qui a des effets juridiques vis-à-vis des tiers* ». Le fait de porter cette information à la connaissance des professionnels pourrait éventuellement permettre de mettre fin à leurs craintes de judiciarisation et de voir leur responsabilité engagée pour avoir refusé de mettre en place une mesure de contention.

Par ailleurs, les alternatives à la contention préconisées par l'ANAES devraient être davantage exploitées comme le fait d'apporter des modifications à l'environnement du résident en lui proposant des aides à la marche, en rapprochant de lui les objets dont il a le plus souvent besoin, en veillant à ce que ses éventuelles déficiences sensorielles soient compensées : par des aides auditives, visuelles ou encore par un chaussage adapté. Il existe également la possibilité d'adopter une approche occupationnelle, en développant les

---

<sup>30</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

activités journalières et les animations, le contact relationnel en général. L'écoute active et l'observation de la personne peuvent également contribuer à améliorer la compréhension des troubles et pouvoir agir dessus de manière efficace. Ainsi, la contention devrait pouvoir être mise en place uniquement de manière exceptionnelle, en cas d'urgence de nature médicale et après épuisement de toutes les alternatives acceptables.

### III-1-2 Une réflexion s'inspirant des exemples des pays étrangers

En Allemagne, le fait de mettre en place une contention, et donc de priver une personne de sa liberté, constitue un acte grave. De ce fait, la contention ne peut pas être mise en place avant l'émission d'un jugement. Le fait de soumettre la décision de recourir à la contention à la validation par un juge permet d'éviter l'utilisation abusive de cette pratique. Cela encourage au contraire à ne l'utiliser qu'en tout dernier ressort et à rechercher en priorité des alternatives. Ainsi, les gériatres allemands proposent comme alternative des exercices de marche, de gymnastique et de longues promenades pour réduire l'agitation des personnes âgées. « *Une attention particulière est accordée aux animations qui procurent du mouvement aux personnes* »<sup>31</sup>.

Plutôt que d'attacher le résident pour lui éviter la chute, les soignants allemands préfèrent utiliser des matériaux permettant de limiter les conséquences de cette dernière tels que des protecteurs de hanches, des casques et des tapis d'alerte placés dans les chambres. Ainsi, les allemands privilégient le fait d'agir sur la diminution de la gravité que sur le nombre de chutes. La contention physique et la contention chimique n'ont pas totalement disparu en Allemagne mais le fait de devoir faire valider ces mesures par un juge dissuade très fortement le recours à ces pratiques. De plus, des campagnes de communication et de sensibilisation pour lutter contre la contention sont menées par les soignants de certains établissements allemands tels l'hôpital de Stuttgart.

Par ailleurs, certains établissements en Allemagne et en Suisse, afin d'éviter l'utilisation de la contention médicamenteuse pour les personnes atteintes de démence et qui déambulent la nuit, ont mis en place une alternative créative et réellement innovante consistant à créer des « bars de nuit » où les noctambules peuvent se déplacer librement, se rencontrer et échanger autour d'un chocolat chaud.

De son côté, l'Islande n'utilise plus la contention mécanique depuis 85 ans au profit de méthodes moins contraignantes s'appuyant sur le « désamorçage » des situations tendues

---

<sup>31</sup>QUENTIN B., La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement ! Gérontologie et Société, 2013, vol.36, n°144, pp. 111-119

et sur une tolérance plus large à la notion de risque. Dans cette démarche, l'Islande recommande à la France de supprimer radicalement les moyens et dispositifs de contention et de promouvoir des leaders en capacité d'entraîner les communautés professionnelles pour atteindre l'objectif de supprimer la contention mécanique.

Ainsi, certaines alternatives mises en place démontrent d'une part, qu'une véritable réflexion a été menée pour s'adapter aux besoins du public accueilli et d'autre part, que les établissements ont pu montrer une certaine inventivité dans la recherche de ces alternatives à la contention.

### III-1-3 La nécessité de faire preuve de créativité dans la recherche d'alternatives

En France, la conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux a abouti notamment au constat que la réponse à la déambulation et au risque de fugue devait être de préférence humaine, organisationnelle et architecturale. Ainsi, les bâtiments doivent être adaptés pour recevoir notamment des personnes atteintes de démence et qui déambulent. Il est souhaitable de prendre l'évolution des publics accueillis en considération dès la construction.

A l'EHPAD de Saint-Amant-Tallende, 5 kinésithérapeutes libéraux sont intervenus pour 34 résidents différents en 2018. Lors du Conseil des résidents et des familles, ces dernières ont demandé davantage d'interventions de kinésithérapeutes auprès des résidents. Le kinésithérapeute intervient chez la personne âgée au niveau de l'entretien musculaire et articulaire, du travail de l'équilibre, de la posture et de la marche. Il aide ainsi les résidents à conserver leurs capacités motrices pour rester le plus longtemps autonomes. A partir d'une prescription médicale, le kinésithérapeute établit un bilan des capacités du résident et fixe des objectifs dans le cadre d'un programme adapté de rééducation. Il peut également intervenir sans prescription médicale dans le domaine du sport, de la prévention et de la remise en forme.

Or, au niveau de l'établissement, toutes les demandes ne peuvent pas être satisfaites et beaucoup demeurent en attente. Le recrutement d'un professeur d'activités physiques adaptées (APA) permettrait de répondre au besoin d'activité physique des résidents et de réserver l'intervention des kinésithérapeutes en priorité à la rééducation en sortie d'hospitalisation. Il serait également intéressant, à titre préventif d'apprendre aux résidents à chuter sans se blesser et à se relever.

Les alternatives possibles à la contention sont très nombreuses : il en existe autant que de personnes. En effet, il convient de considérer qu'une solution trouvée et mise en œuvre pour un résident ne va pas nécessairement convenir pour un autre résident. Chaque situation est bien spécifique et doit être considérée comme telle, afin que la ou les alternatives proposées soient les mieux adaptées à la situation du résident. Ainsi, il semble également important pour les soignants d'une part, de savoir faire preuve de créativité dans la recherche d'alternatives à la contention et d'autre part de se sentir libres de proposer des alternatives innovantes et un protocole d'accompagnement personnalisé du résident.

Les résidents et leurs familles peuvent contribuer utilement à cette recherche d'alternatives à la contention, à condition qu'elles reçoivent une information claire sur la politique de l'établissement en la matière et que cette information leur soit communiquée au bon moment.

### **III-2 Une information claire donnée aux bons moments au résident et à sa famille**

Bien que le livret d'accueil de l'EHPAD de Saint Amant Tallende mentionne le fait que « *l'établissement veille à respecter la liberté d'aller et venir de chaque résident afin de garantir leur dignité en lien avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de l'article 8 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie* », cette information est quelque peu noyée dans la masse des autres documents fournis au résident et à sa famille au moment de son entrée dans l'établissement. Le fait que l'établissement ne dispose pas d'unité fermée est rappelé par le Cadre de Santé au moment de la visite de préadmission et rappelé par la suite lors de l'admission. Cependant, tant que le résident n'est pas directement concerné par le risque de chute, l'information concernant la politique de réduction de la contention au sein de l'établissement n'est pas remise en cause ni par lui, ni par ses proches. Toutefois, l'état de santé des résidents évolue une fois en EHPAD. Du fait du vieillissement, les capacités sensorielles, cognitives et mnésiques s'amenuisent et les résidents sont susceptibles de se blesser, parfois gravement, en chutant lors de leurs déplacements. Or, certaines chutes sont spectaculaires. Le fait pour un soignant ou une famille de trouver le résident au sol peut générer un traumatisme psychique : la crainte que cela puisse se reproduire avec potentiellement des conséquences plus graves.

C'est à partir de ce moment-là que l'attitude des familles tend à changer radicalement. Elles attirent l'attention des soignants sur la situation de leur parent, craignant que ce dernier ne bénéficie pas suffisamment d'attention. Certaines familles, culpabilisant d'avoir confié la prise en charge de leur parent à l'institution, reportent sur cette dernière leurs attentes en termes de sécurité et de qualité de la prise en charge sans nécessairement tenir compte

des moyens réels dont dispose l'établissement. Les familles étant très demandeuses de sécurité, cela a tendance à fausser les décisions qui sont prises par rapport à celles qui auraient dû être prises. Ainsi, il serait souhaitable que des réunions d'informations sur le sujet soient organisées avec les familles.

De plus, il est nécessaire pour l'établissement d'anticiper ce type de réaction en donnant aux personnes concernées une information claire au bon moment, c'est-à-dire au moment où l'équipe détecte lors d'une évaluation de l'équilibre et de la marche du résident que celui-ci présente un risque élevé de chute. C'est à ce moment précis que l'information relative à la problématique de la contention doit être donnée. Il apparaît alors une alternative qui doit être tranchée. Soit, on priorise la mobilité et la liberté de déplacement du résident en acceptant un risque accru de chute, soit on privilégie la sécurité en limitant les déambulations du résident pour éviter les chutes. En tout état de cause, les deux situations sont génératrices d'inconvénients. On entre ici dans une réflexion éthique autour de la notion de bénéfices/risques pour le résident et de risques socialement acceptables.

L'anticipation et la pédagogie sont généralement considérées comme des compétences dont le directeur d'un EHPAD doit disposer. De ce fait, ce dernier a un véritable rôle à jouer dans la mobilisation des acteurs pour apporter une réponse au dilemme de la contention.

### **III-3 Le rôle du directeur de l'EHPAD dans la mobilisation des acteurs**

Le directeur élabore des stratégies visant à optimiser les outils, institués par la loi, visant la promotion de la liberté d'aller et venir des résidents et l'encadrement des limitations qui peuvent y être apportées. Il a également un rôle à jouer dans la diffusion des valeurs humaines et professionnelles par le biais du recrutement, de la politique de formation qu'il met en place et l'animation de réunions et de groupes de travail. Sa capacité à communiquer avec les professionnels et les usagers et notamment sa capacité à décider et à informer au bon moment les parties concernées est indispensable à l'atteinte de l'objectif de réduction de la contention.

#### III-3-1 Optimiser l'utilisation des outils institués par la loi n° 2002.2

##### *III-3-1-1 Associer les professionnels à l'élaboration du projet d'établissement*

Le Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social (D3S) a un rôle dans la mobilisation des acteurs et notamment dans l'optimisation de l'utilisation des outils institués par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. En effet, il doit

s'assurer que les documents institutionnels : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour et projet d'établissement soient régulièrement actualisés et fassent mention des conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir. Le règlement intérieur de l'établissement peut également évoquer la liberté d'aller et venir du résident et ses limites dans le but d'informer les personnes. De plus, le directeur doit veiller à ce que tous les métiers présents au sein de l'établissement soient bien représentés au sein des groupes de travail pour l'élaboration du projet d'établissement.

Le projet d'établissement en particulier est le garant de la cohérence de la politique institutionnelle vis-à-vis de la liberté d'aller et venir et du recours exceptionnel à la contention. Le projet d'établissement de l'EHPAD « Le Montel » a été établi pour la période 2009-2014 et doit être réactualisé. Ce projet comporte une partie précisant les valeurs portées par l'établissement et qui fondent les principes de son action. C'est au nom de ces valeurs que les acteurs de l'institution vont accepter des principes et des règles partagés par tous, et en particulier les bonnes pratiques professionnelles. Ces valeurs conduisent ainsi à fixer un cadre éthique. Les valeurs défendues sont celles de liberté, de respect et d'humanité.

En ce qui concerne **La liberté**, elle est définie comme la « *situation de quelqu'un qui se détermine en dehors de toute pression extérieure ou de tout préjugé* », qui a la « *possibilité d'agir selon ses propres choix, sans avoir à en référer à une autorité quelconque. C'est également l'état de quelqu'un [...] qui n'est pas retenu prisonnier [...] qui ne se sent pas contraint, gêné dans sa relation avec quelqu'un d'autre* ».

**Le respect** est défini comme le « *sentiment de considération envers quelqu'un, et qui porte à le traiter avec des égards particuliers* ». En situation professionnelle, il s'agit de respecter l'individualité des résidents qui ne sont ni une masse homogène, ni des clients ou des patients. Ce sont des individus à part entière. Le respect de leur volonté, de leur parole, de leur désir, de leur intégrité physique et mentale et plus largement de leurs droits et libertés est donc fondamental. Le respect n'est pas seulement dû aux résidents mais également à leurs proches et doit aussi se manifester entre les personnels de la structure. Il convient d'ajouter que le respect implique la réciprocité entre tous les acteurs. Il n'est donc pas simplement un devoir des soignants. Dès lors, les compétences, les contraintes et l'organisation du travail de ces derniers doivent également être respectées.

**L'humanité** sert à qualifier une attitude de bonté, d'altruisme, de bienveillance envers autrui. En situation professionnelle, l'humanité consiste à reconnaître l'autre dans sa qualité d'être humain. Le résident n'est pas qu'un usager du service c'est avant tout une personne,

titulaire de droits, de liberté et de devoirs. Il est important de prendre en compte son individualité et de le considérer dans sa globalité et de mettre en avant une relation humaine et non uniquement une relation soignant/soigné. Le projet d'établissement indique que le personnel doit malgré tout se préserver du versant affectif. Il insiste sur la nécessité de conserver une distance professionnelle pour éviter les transferts et contre-transferts. C'est-à-dire pour éviter que les soignants projettent et imposent leurs propres visions et leurs craintes sur le résident. Cela permet notamment d'éviter les situations de maltraitance passive.

Au-delà des définitions, il faut que les valeurs se concrétisent dans les pratiques du quotidien. Or, la pratique n'est pas aussi simple qu'une définition : elle montre parfois des oppositions entre les valeurs. Lorsqu'une opposition entre deux valeurs se manifeste, le résident devrait pouvoir trancher lui-même celle qu'il souhaite voir primer sur l'autre. Cependant, dans le cas où il est dans l'incapacité de faire ce choix, le projet d'établissement indique qu'« *il appartient aux équipes d'en discuter avec les différents responsables (Directeur, cadre de santé, médecin coordonnateur, omnipraticiens prescripteurs...), au cas par cas, selon chaque situation, afin d'adopter une position commune et de ne pas laisser un agent seul prendre une décision qui risquerait d'être préjudiciable au résident ou de poser à l'agent un douloureux cas de conscience professionnel et personnel* ».

Ainsi, le directeur doit également veiller à l'effectivité des principes et protocoles déterminés de manière concertée par les différentes parties prenantes. Le projet d'établissement omet de parler de l'association de la famille et du médecin traitant à la décision. Dès lors, dans le prochain projet d'établissement, élaboré avec la participation des professionnels de chaque service, il serait judicieux et enrichissant de questionner la place des aidants familiaux dans la décision de mise en place de la contention et de mener une réflexion sur la collaboration avec les médecins traitants des résidents.

### *III-3-1-2 Une annexe au contrat de séjour assurant la promotion de la liberté d'aller et venir*

Le contrat de séjour peut comprendre des mentions rappelant la politique de l'établissement en matière de contention. Conformément à l'article 27 de la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le contrat de séjour comprend une annexe mentionnée à l'article L.311-4-1 qui doit être conclue dès que des mesures individuelles visant à assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et à promouvoir l'exercice de sa liberté d'aller et venir sont prises par l'établissement. Le décret 2016-1743 précise en outre que les modalités d'information, de participation et d'expression du résident doivent être également précisées. Ces mesures réglementaires s'appuient sur les

recommandations de la conférence de consensus organisée par l'ANAES en 2004 ainsi que sur celles de l'ANESM en 2009. Elles doivent permettre de promouvoir et de conserver la liberté d'aller et venir et l'autonomie du résident. Les mesures prises doivent être réévaluées au moins tous les 6 mois. Ainsi, la signature d'un contrat de séjour doit garantir que l'information et le consentement du résident seront toujours recherchés avant la mise en place d'une contention. Dès lors, cela favorise la naissance d'une relation de confiance entre les résidents et les professionnels. Cependant, on peut aller encore plus loin et proposer l'instauration d'une « charte de confiance EHPAD-familles »<sup>32</sup>.

Le projet personnalisé de soins et d'accompagnement (PPSA) définit les adaptations des conditions d'exercice de la liberté d'aller et venir aux besoins de la personne, à ses capacités et aux possibilités de compensation de ses déficits. Cela participe ainsi de l'idée que si l'usage de la contention est parfois justifié, la décision doit être prise au cas par cas, selon les besoins du résident et que si la contention peut être nécessaire un jour, elle ne l'est pas nécessairement toujours. Le moment de la contention doit également faire l'objet d'une réflexion. En effet, lorsque la famille est présente au chevet du résident, il n'est pas nécessaire de maintenir la contention. De plus, pour chaque résident, les risques doivent être mesurés dans les deux situations : si on décide de mettre en place la contention ou si on ne la met pas.

### *III-3-1-3 L'animation des instances institutionnelles*

Un autre levier pour soigner l'institution consiste à transformer la vie sociale à l'intérieur de l'établissement, à libérer la parole, en particulier celle du résident. Ainsi, le bon fonctionnement des instances représentatives des usagers telles que le Conseil de Vie sociale (CVS) peut participer à l'amélioration des pratiques adoptées au sein de la structure, notamment en matière de contention.

Bien qu'il ne préside pas le CVS, le D3S doit veiller à créer les conditions du dialogue avec les usagers. En principe, le Conseil de Vie sociale remplit cette fonction et doit se réunir au moins 3 fois par an.

Le Conseil de Vie Sociale de l'EHPAD « Le Montel » fonctionne mal du fait qu'il n'y ait pas de candidatures sérieuses pour représenter les usagers. De nombreux résidents ont renoncé à exercer leur citoyenneté en rentrant à l'EHPAD. Ils ne souhaitent pas s'embarrasser à participer à des réunions qu'ils trouvent souvent très longues et peu suivies d'effets. De plus, ils craignent pour certains que leurs suggestions d'amélioration soient regardées comme des critiques du fonctionnement de l'établissement et que cela se

---

<sup>32</sup> BRAMI G., EHPAD-familles - Une pratique professionnelle innovante : la mise en place d'une « charte de confiance EHPAD-familles », Les Etudes Hospitalières, 2014, 120 p.

répercute sur leur prise en charge. Ainsi, un conseil des résidents et des familles a été institué à l'EHPAD de Saint-Amant-Tallende. Les familles manifestent moins de scrupules à émettre des propositions d'amélioration du fonctionnement du service. Elles peuvent donc être force de propositions en ce qui concerne la recherche d'alternatives acceptables par tous à la contention. Au fil du temps, de nouvelles familles sont concernées par la qualité de vie de leur proche résidant en EHPAD. Il est donc nécessaire d'assurer une continuité dans l'information, la sensibilisation et la concertation sur les difficultés induites par la contention. Le fonctionnement des instances représentatives des usagers permet de considérer le résident dans sa globalité et non uniquement sous le prisme de sa maladie ou de sa vulnérabilité et de tenir compte de ses choix. Ainsi, il est important de donner la possibilité au résident, dès son entrée dans l'établissement de jouer d'autres rôles sociaux que celui d'une personne dont il faut prendre soin.

Le fait d'avoir un dialogue social constructif est également important pour l'amélioration des pratiques. Bien que le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) n'aient pas les mêmes attributions, les sujets évoqués dans ces deux instances sont souvent très proches, ce qui a d'ailleurs conduit au projet de les regrouper. Il y est souvent question de la santé des personnels et de la qualité de vie au travail. Or, comme vu précédemment, la pratique de la contention peut avoir des effets sur la perception de la qualité de vie au travail. Il ne semble donc pas inutile de profiter de ces instances pour rechercher le point de vue des professionnels sur la question ainsi que des propositions d'alternatives. Bien que ces instances ne puissent pas non plus à elles seules trancher le dilemme posé par la contention.

### III-3-2 La validation d'un protocole de mise en œuvre de la contention prévoyant la création d'un espace d'échange avant toute décision

Tous les jours, une réunion de transmission orale se tient de 13 H 50 à 14 H 25, avec les IDE, les AS et les ASH des équipes du matin et du soir du matin. Le médecin coordonnateur y participe les mardis et les vendredis. L'ergothérapeute et la psychologue y participe le vendredi. L'IDE de psychiatrie y assiste le vendredi, et l'animatrice y assiste le lundi. Bien que cette réunion de transmission ou « relève » soit un moment important pour l'évocation des situations de chaque résident et la coordination des soins, elle n'associe pas toutes les personnes concernées par la mise en œuvre d'une mesure de contention, et notamment la famille. Les aspects sanitaires sont davantage évoqués que les aspects concernant la vie sociale du résident et plus globalement sa qualité de vie au sein de l'institution.

Ainsi, l'animation, qui constitue l'élément primordial pour le bien-être du résident apparaît comme sous représentée, sous-estimée et au final dévalorisée. Les transmissions ne

peuvent donc être le lieu et le moment dans lequel la décision de mise en œuvre de la contention doit être tranchée. Dès lors, un espace d'échange et de discussion « sui generis » devrait être créé pour chaque demande de contention, quel qu'en soit le demandeur. Cet espace devrait pouvoir réunir le résident, le médecin traitant, le médecin coordonnateur, la famille, le référent contention de l'établissement, le psychologue et éventuellement des tiers experts extérieurs. Il pourrait s'appuyer sur l'exemple de la forme d'un conseil de famille. Il pourrait également permettre d'associer plusieurs membres de la famille du résident et non uniquement la personne de confiance. En effet, il peut parfois exister des désaccords sur la conduite à tenir entre les membres d'une même famille. Le fait de réunir plusieurs proches du résident permettrait de garantir que ces derniers agissent bien dans son intérêt et non dans le leur, si le résident n'est plus en mesure de le faire lui-même.

#### *III-3-2-1 La nécessité d'une mise en œuvre concertée et comprise par tous les acteurs*

La mise en œuvre de la contention ne peut donc être que la résultante d'une décision concertée. Celle-ci implique nécessairement d'engager une réflexion partagée et une discussion avec tous les intervenants. En effet, la contention ne peut s'envisager et ne peut être décidée par un seul acteur, fût-il médecin. Toutes les personnes concernées doivent être consultées et le résident, lui-même, au premier chef. C'est à cette seule condition que la décision de contention peut être comprise par les acteurs et acceptée par le résident. Elle le sera d'autant mieux, si chacun des acteurs a participé à l'élaboration de la décision et en a compris les éléments qui la sous-tendent et ses impacts sur la sécurité et l'autonomie du résident.

C'est également de cette façon que « *la violence cesse d'être le problème des seuls soignants ou des seuls patients, elle devient un problème collectif qui doit être régulé collectivement.* »<sup>33</sup>

#### *III-3-2-2 La recherche du consentement du résident, un préalable*

Le consentement du résident à la mesure de contention doit être systématiquement recherché. Dans ce cadre, l'information donnée au résident est primordiale. Elle doit permettre au résident de comprendre l'utilité et l'objectif recherché. C'est dans le cadre d'une alliance thérapeutique que la mesure de contention peut être acceptée et comprise. Ainsi, il existe des cas où la contention est demandée par le résident lui-même. Craignant pour sa sécurité, le résident sollicite du médecin ou de l'équipe soignante une mesure de contention. Le médecin coordonnateur précise que les lits à une place étant relativement étroits, certains résidents, craignant de tomber du lit en se retournant dans la nuit,

---

<sup>33</sup> Encyclopédie Universalis [en ligne]

demandent à ce que des barrières soient installées de chaque côté du lit. La réponse donnée à cette demande n'est pas anodine. En effet, et même lorsqu'elle est requise pas le résident, la contention demeure une pratique à risque. Ainsi, l'utilisation des barrières de lit, qui constitue le mode de contention le plus répandu dans les EHPAD, expose le résident à 4 risques bien identifiés : le piégeage des membres entre les barreaux, le piégeage de la tête ou du thorax et les chutes, provoquées par le matériel ou le patient. Ainsi par exemple, entre 1996 et 2000, au moins 18 décès ont été causés du fait de la mise en place des barrières de lit<sup>34</sup>.

Le résident doit être regardé dans son intégralité, quels que soient son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive, son âge ou ses capacités à accomplir les tâches quotidiennes (se déplacer, s'alimenter, se rendre aux toilettes, etc.), afin de conserver sa dignité et d'assurer sa sécurité. Le cas du résident atteint de démence est une situation particulière dans laquelle il n'est pas aisé de recueillir le consentement libre et éclairé de la personne faisant l'objet de la mesure. Ainsi, « *parler du libre choix du libre choix du patient dément ne peut faire l'économie d'une réflexion sur l'éthique* »<sup>35</sup>. Dans ce cas, les soignants ont une responsabilité particulière, c'est à eux qu'il revient « *de discerner si l'expression de la volonté est altérée par des circonstances pathologiques [...] ou si au contraire il y a lieu d'en prendre acte et d'agir en conséquence* »<sup>36</sup>. Pour cela ils doivent bien connaître les résidents et pas uniquement sous l'angle du soin mais de manière globale : connaître leur personnalité, leurs habitudes de vie, ...Cela implique d'observer leurs comportements et d'avoir des interactions sociales avec les résidents.

Bien qu'ils ne considèrent pas toujours l'aspect relationnel comme faisant partie intégrante de leur travail, les soignants doivent prendre conscience de l'importance d'échanger avec les résidents. Le fait de prendre le temps de discuter avec le résident est selon certains soignants regardé d'un mauvais œil par les collègues qui s'affairent et courent partout. Cependant, ces interactions peuvent permettre de faire gagner du temps par ailleurs et d'améliorer la qualité de vie du résident en EHPAD. Cela participe à renforcer la relation de confiance qui unit les usagers et le personnel de l'établissement et cela peut ainsi faciliter l'acceptation de certains actes de soins ou la mise en œuvre de dispositifs même contraignants comme la contention. Ainsi, un des rôles du directeur est de veiller à recruter des professionnels disposant de très bonnes aptitudes relationnelles et d'un savoir-être développé.

---

<sup>34</sup> GUELFY M. Les dangers des lits médicalisés, *Gérontologie et Société*, 2006, vol.29, pp 77 - 83

<sup>35</sup> THOREZ D., NOEL J., DE MONTGOLFIER S. et al., Le libre choix du patient dément en institution, *Gérontologie et société*, 2009, vol. 32, n° 131 pp. 131-146

<sup>36</sup> *ibid*

### **III-4 L'appropriation de bonnes pratiques professionnelles par la formation**

Il est essentiel que les soignants et plus globalement l'ensemble des professionnels au contact des résidents soient sensibilisés aux enjeux de la contention, tant aux enjeux éthiques, qu'aux enjeux en lien avec la santé du résident. Pour cela, il est nécessaire d'organiser l'appropriation des bonnes pratiques par les professionnels. Il ne s'agit pas seulement de disposer des référentiels de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé. Il est nécessaire de faire vivre les recommandations grâce notamment à la désignation d'un référent sur le thème de la contention. En effet, au sein de l'EHPAD de Saint-Amant-Tallende, l'ergothérapeute est identifié comme la référente sur le sujet. Ainsi, dès que les soignants ont des interrogations concernant cette pratique, ils savent vers qui se tourner.

De plus, l'ergothérapeute organise régulièrement des réunions d'information et de sensibilisation sur la contention. Elle s'efforce de dissiper les fantasmes qui entourent cette pratique et notamment de rappeler que la décision de recourir à la contention ne constitue pas une décision anodine ou banale et qu'il faut avoir conscience des risques encourus par le résident et par les professionnels de l'établissement. En effet, conformément aux recommandations de la HAS, la contention doit être utilisée seulement en dernier recours. Ainsi, l'EHPAD n'aurait réalisé aucune contention au fauteuil en 2018. Quant à la contention au lit avec les deux barrières, elle a sensiblement diminué entre 2017 et 2018 du fait du travail de sensibilisation mené par l'ergothérapeute passant de 24 à 20 en 2018.

Au surplus, l'ergothérapeute s'occupe de l'approvisionnement et du déstockage des dispositifs médicaux. De ce fait, elle est en mesure de proposer du matériel adapté pour l'aide à la marche. Ainsi, elle participe activement à la promotion des alternatives à la contention. Par ailleurs, à défaut de toujours parvenir à convaincre les familles ou les soignants de lever la contention, elle les sensibilise à la nécessité de respecter la dignité du résident et de limiter la mesure de contention dans le temps strictement nécessaire.

#### **III-4-1 La sensibilisation répétée aux risques et inconvénients de la contention physique passive**

Dans sa thèse, PAUMELLE indique que le recours à la contention n'est pas dû à l'incompétence des soignants ou au caractère violent des patients et que sa suppression repose sur une prise de conscience collective de tous les acteurs : patients, soignants, médecin, personnel hôtelier et directeur. Bien que le rôle des familles des patients ne soit pas évoqué, ces dernières doivent également être considérées comme faisant partie des acteurs concernés.

Toujours selon PAUMELLE, l'un des remèdes au mal que connaissent les institutions pratiquant la contention est la formation des soignants. La formation doit permettre aux soignants d'apprendre non seulement à écouter mais également à observer les patients (ou résidents). Cela signifie qu'ils doivent être attentifs aux demandes et aux besoins exprimés verbalement ou non par les patients. La formation initiale des jeunes soignants est certes très importante car ils vont pouvoir la véhiculer au sein des établissements dans lesquels ils vont travailler par la suite, cependant la formation continue et la formation permanente sont tout aussi importantes. En effet, elles évitent que les jeunes soignants ne soient « contaminés » lors de leur prise de poste par les anciennes croyances, les anciennes méthodes et la rengaine du « On a toujours fait comme ça, on ne se pose même plus la question ».

Par ailleurs, la formation continue permet d'avoir un apport théorique tout en étant déjà sur le terrain et en ayant en tête des situations très concrètes. Ainsi, les soignants peuvent apporter leur savoir expérientiel pour illustrer les concepts théoriques et adopter de meilleures pratiques par la suite. De plus, elle permet de mettre en pratique, d'expérimenter ce qui vient d'être appris et de constater directement ses bénéfices pour le résident. Cela participe ainsi à abolir un certain nombre de croyances qui entourent la contention. La formation continue des professionnels favorise également un rapprochement entre les médecins, les infirmiers et les aides-soignants. Or historiquement, c'est ce rapprochement qui aurait permis aux soignants de devenir de bons conteneurs, à l'image du duo formé par PINEL et PUSSIN. En effet, ce rapprochement permet notamment d'échanger sur l'efficacité des traitements mis en place, ce qui est fait de manière quotidienne au moment des transmissions à l'EHPAD.

Ainsi, l'EHPAD s'est engagé dans une démarche de formation à l'utilisation de la méthode Montessori adaptée à la personne âgée. Cette méthode consiste à créer et proposer des activités adaptées aux capacités préservées des résidents. Les objectifs de cette méthode étant de permettre aux personnes présentant des troubles cognitifs, même sévères, d'interagir positivement avec leur environnement mais également de permettre aux résidents de s'engager dans des activités porteuses de sens pour eux. Cette méthode permet en outre d'offrir aux résidents un rôle social et un but au quotidien. Elle se fonde sur l'idée que le résident peut faire un certain nombre de choses par lui-même quels que soient ses déficits. La méthode Montessori met en avant l'importance de la relation et de laisser le choix au résident. Les activités partagées permettent aux accompagnants de développer une approche différente du résident, qui est considéré dans une approche globale, tenant compte de notamment de son histoire de vie, de sa personnalité et de ses goûts.

Les personnels formés et qui interviennent principalement au niveau du PASA ont pu constater des effets bénéfiques sur la qualité de vie des résidents. Ils ont également témoigné d'une baisse des troubles manifestés par les résidents au moment de ces activités : notamment une réduction de l'agitation et de la déambulation. Comme si le fait de déambuler était une animation pour le résident pouvant être remplacée par une autre forme d'animation. Ainsi, la formation permet de prendre du recul par rapport à son activité professionnelle, de s'ouvrir à d'autres modes de fonctionnement et d'envisager notamment l'utilisation d'alternatives à la contention. Cela peut contribuer à terme à faire de cette dernière une pratique désuète.

La formation permanente permet quant à elle de se tenir au courant de l'apparition de nouvelles techniques moins contraignantes de contention ou d'alternatives innovantes à la contention pouvant émerger au sein d'autres structures. L'équipe de nuit peut avoir des difficultés à bénéficier des formations, qui se font généralement dans la journée, au moment où ils récupèrent. Pourtant, il est important qu'ils puissent également bénéficier de la formation car de nombreuses contentions sont mises en place la nuit, notamment les barrières de lit. Par ailleurs, l'accueil par un établissement de nombreux stagiaires venant notamment des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Instituts de Formation des Aides-soignants (IFAS) permet également de véhiculer des connaissances dans les deux sens, en termes de bonnes pratiques. Ainsi, les soignants de l'EHPAD sont relativement fiers lorsque les étudiants de passage dans l'établissement se disent agréablement surpris du fait que les résidents soient très rarement attachés, contrairement à la pratique mise en place au sein d'autres établissements.

#### III-4-2 Formations à l'utilisation du matériel et précautions d'emploi

Si les établissements mettent en œuvre une politique de réduction de la contention, il arrive parfois que le recours à cette pratique s'avère inévitable, comme le reconnaît l'ANAES dans son rapport paru en 2000. Si on admet l'hypothèse que la contention ne peut pas faire l'objet d'une suppression totale, le fait que certains établissements ne disposent ni du matériel adapté, ni de la formation nécessaire pour mettre en place la contention peut créer des situations réellement dangereuses. En effet, de nombreux accidents reliés à la contention se sont produits car le matériel n'avait pas été correctement utilisé, car la mise en place ne respectait pas les précautions d'emploi indiquées par le fabricant ou encore parce que le matériel n'était pas à la bonne taille. Ainsi dans la première situation décrite, la contention mise en place réunissait plusieurs critères de dangerosité : elle était trop grande pour la résidente, elle n'était reliée qu'à une seule barrière de lit au lieu des deux nécessaires.

Ainsi, la formation doit s'attacher à sensibiliser les professionnels sur les risques de la contention et donc à leur faire prendre conscience que son utilisation devrait demeurer exceptionnelle.

## Conclusion

La contention est une pratique ancestrale. De tous temps, elle s'est exercée à l'encontre de personnes pour de multiples raisons. Bien qu'elle ait été largement utilisée dans les établissements de santé mentale, il n'a jamais été démontré scientifiquement qu'elle présente des avantages ou des bénéfices directs pour les patients qui en font l'objet. En revanche, il est avéré que la contention expose les personnes à des risques connus et répertoriés dont la réalisation peut conduire au décès. Pour autant, la contention perdure encore au XXI<sup>ème</sup> siècle. Plus surprenant encore, les formes contemporaines de la contention s'exercent sur des publics fragiles et dépendants dont elle accroît manifestement la vulnérabilité. Hormis pour les personnes placées sous un régime de protection juridique, elle porte atteinte au principe de l'autonomie décisionnelle des personnes autant qu'au principe de liberté d'aller et venir. Aujourd'hui, c'est sur le plan éthique que la contention interroge et divise tous ceux qui y sont confrontés.

La contention constitue également une atteinte à la dignité des personnes du fait que cette pratique peut être assimilée à une forme de maltraitance. Elle représente aussi, comme les observations de terrain le montrent et à défaut de consensus, un enjeu de pouvoir important entre les soignants et les familles qui cherchent à imposer leur point de vue. Dans cette opposition, la recherche du consentement ou de l'assentiment du résident est fréquemment et rapidement escamotée, ce d'autant plus que le résident présente des troubles cognitifs ou du comportement. Autrement dit, le résident est souvent disqualifié en tant qu'acteur pouvant donner un avis alors même qu'il est concerné au premier chef. Par ailleurs, l'absence de consensus médical sur ce sujet rend la pratique de la contention encore plus problématique. En outre, certains témoignages de soignants attestent d'une mise en œuvre réflexe ou de première intention qui contribue à sa banalisation. Dans certains cas, elle devient même insidieuse à travers des pratiques sauvages qui échappent même aux préconisations de bonnes pratiques qui tentent de la protocoliser.

La contention est donc vécue difficilement par les acteurs et les structures d'hébergement car sa mise en œuvre les enferme dans un dilemme éthique insoluble. Pour autant, cette problématique peut être regardée comme une formidable opportunité de construire des alternatives permettant à terme de la voir disparaître. Ainsi par exemple, la France gagnerait à s'inspirer des exemples islandais, québécois et allemand qui ont fait la preuve à tout le moins d'une réduction significative de la pratique de la contention physique. A l'échelle de l'établissement, il appartient au directeur de définir une politique volontariste traduisant une ambition mobilisatrice, réaliste et concrète afin de limiter cette pratique tout en assurant la promotion des droits des résidents. Ainsi, la contention doit être reléguée au

rang de l'ultime recours. Sans doute faudrait-il affirmer davantage une volonté de la supprimer pour en réduire effectivement la fréquence. Une autre stratégie consisterait à légiférer pour rendre sa mise en œuvre beaucoup plus contraignante en la soumettant par exemple au contrôle *a priori* du juge judiciaire, garant des libertés individuelles. Ainsi, la contention de la personne âgée pourrait s'inscrire dans un cadre juridique similaire à celui des hospitalisations sans consentement en établissement de santé mentale.

Si dans certains établissements la suppression de la contention ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur les moyens humains, dans d'autres, la solution viendra d'une prise de conscience générale sur ses méfaits et d'une évolution des représentations. Ainsi, la formation peut constituer un levier important pour faire évoluer les pratiques. Dès lors, d'autres alternatives pourront apparaître, porteuses de réponses davantage respectueuses des droits des personnes.

Ainsi, lorsque Axel Kahn déclare : « *J'appelle dignité la qualité au nom de laquelle une communauté humaine se fixe le devoir de respecter les êtres, y compris ceux qui sont dans l'incapacité de réclamer leurs droits.* », tous les acteurs qui accompagnent des personnes malades ou vulnérables devraient donc s'engager pour la promotion de la dignité.

C'est en tous cas une ambition professionnelle motivante dans laquelle je me reconnais.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

BRAMI G., *EHPAD-familles - Une pratique professionnelle innovante : la mise en place d'une « charte de confiance EHPAD-familles »*, Les Etudes Hospitalières, 2014, 120 p.

CHARAZAC P., *Aide-mémoire Psychogériatrie en 24 notions - 2e édition*, DUNOD, « Aide-mémoire », 2015, 592 p.

DELAMARRE C., *Démence et projet de vie - Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée*, DUNOD, « Santé Social », 2015, 240 p.

DUPUIS M., GUEIBE R., HESBEEN W., *Soin(s), Ethique et Vieillesse*, SELI ARSLAN, 2017, 192 p.

LABOREL B., VERCAUTEREN R., *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées*, ERES, « Pratiques gérontologiques », 2004, 152 p.

RICHA S., *Manuel d'Ethique en Psychiatrie*, Presses universitaires, 2019, 228 p.

VANDERHEYDEN J., KENNES B., *Démence et perte cognitive*, DE BOECK SUPERIEUR, « Neuropsychologie », 2017, 526 p.

## MEMOIRES ET RAPPORTS

ANAES, *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Limiter les risques de contention physique de la personne âgée*, Rapport, Service évaluation en établissement de santé, octobre 2000

AGOSTINI L., CATELIN L., CRUZ M., *La contention physique passive chez la personne âgée*, TFE, IFSI Besançon, 2017

COUPRIT C., *Réactions des soignants vis-à-vis d'un patient porteur de contentions physiques*, TFE, IFSI de Caen, juillet 2013

FRIKH BOUAHAJ S., *La contention physique de la personne âgée, un acte banal ou une nécessité*, mémoire DIU, Université René Descartes Paris V, Faculté Cochin-Port Royal, 2014

## ARTICLES

Appel des 39 : Non à la contention, *Journal du droit des jeunes*, 2016, N° 354-355, pp.17-18.

BAGARAGAZA E., VEDEL I., CASSOU B., Les obstacles à l'adoption des recommandations concernant la contention physique passive, *Gérontologie et société*, 2006, vol. 29, n° 116, pp. 161-170

CHARPEAUD T. et al., La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre, *SFMU, Urgences 2012*, Chapitre 112, pp.1-12

Conférence de consensus liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, *Gérontologie et société*, 2005, vol. 28, n° 112, pp. 163-193.

GAGNON E., CLEMENT M., DESHAIES M., Sujets de Droits : L'interprétation des droits des malades, *Sciences sociales et santé*, 2014, vol. 32, pp. 5-28

GUELFY M., Les dangers des lits médicalisés, *Gérontologie et Société*, 2006, vol.29, pp.77 – 83

KLOPP S., Des protocoles à la contention, *VST*, 2010, vol. 108, n°4, pp. 21-26.

LACOUR C. LECHEVALIER HURARD L., Restreindre la liberté d'aller et venir des personnes âgées ? L'épineuse question de la capacité à consentir des personnes atteintes de troubles cognitifs, *Revue de droit sanitaire et social*, 2015, pp. 983 – 994

LASCOUMES P. L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? *Politiques et management public*, vol. 25, n° 2, 2007. pp. 129-144

LECHEVALIER HURARD L., Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique, *Sociologie du travail*, 2013, vol.55, n°3, pp.279-301

LECHEVALIER HURARD L., Des libertés au prix de l'enfermement : le cas d'une unité Alzheimer, *Presses universitaires de Rennes*, 2018, pp. 71- 86

MARCHAL J., Les aléas de la fonction contenante. Après la loi de 2002, les paradoxes du travail dans le secteur médico-social », *VST*, 2010, vol. 108, n°4, pp. 14-20.

MATTHIASSEN P., Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise, *L'information psychiatrique*, 2017, vol. 93, pp. 558-562

QUENTIN B., La contention ? Mais on ne peut pas faire autrement ! *Gérontologie et Société*, 2013, vol.36, n°144, pp. 111-119

SIPOS I., Comment le directeur arrive à concilier libre choix des résidents et contraintes institutionnelles, *Gérontologie et société*, 2009, vol.32, n°131, pp.123-129

THOREZ D., NOEL J., DE MONTGOLFIER S. et al., Le libre choix du patient dément en institution, *Gérontologie et société*, 2009, vol. 32, n° 131 pp. 131-146

VEDEL I., LECHOWSKI L., SIMON I. *et al.*, La contention physique passive en gériatrie : une pratique courante, en particulier la nuit, non modifiée par une meilleure application des recommandations de l'ANAES, *Gérontologie et société*, 2006, vol. 29, n° 116, pp. 153-160.

## **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

## SITES INTERNETS

Dictionnaire Larousse, [en ligne], [Consulté le 16/02/2019], Consultable à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>

Encyclopédie Universalis, [en ligne], [Consulté le 16/02/2019], Consultable à l'adresse : <https://www.universalis.fr/>

Site de l'INSERM, Vieillesse, [en ligne], [Consulté le 16/02/2019], Consultable à l'adresse : <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/vieillesse>

Site de la Haute Autorité de Santé (HAS), [en ligne], [Consulté le 04/03/2019]. Consultable à l'adresse : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_447526/fr/contention-physique-de-la-personne-agee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_447526/fr/contention-physique-de-la-personne-agee)

EHPA Conseil Presse Formation, [en ligne], Mise à jour le 04/03/2019, [Consulté le 23/02/2019], Consultable à l'adresse : <https://www.ehpa.fr/actualite/zero-contention-un-objectif-atteignable/>

Ministère des Solidarités et de la Santé, Charte des droits et des libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, [En ligne], Mise à jour le 12/01/2009. [Consulté le 03/05/2019]. Consultable à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/guides/article/charte-des-droits-et-des-libertes-de-la-personne-agee-en-situation-de-handicap>

Site du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, [en ligne], [Consulté le 06/06/2019]. Consultable à l'adresse : <https://www.cgjpl.fr>

Docplayer, Le Guide de l'Ergothérapeute [en ligne], [Consulté le 04/08/2019]. Consultable à l'adresse : <https://docplayer.fr/3246801-Guide-de-l-ergotherapeute.html>

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1** : Référentiel pour améliorer la sécurité de l'utilisation de la contention et les critères participant à la politique de réduction de ses usages définis par l'ANAES

**ANNEXE 2** : Extraits de l'enquête « *Contention et isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux* » et de la restitution des résultats réalisée par le CEPBRAAL

**ANNEXE 3** : Guide d'Entretien et extraits de la retranscription de l'entretien avec un Ergothérapeute

**ANNEXE 4** : Extraits de présentation des résultats d'une enquête menée en 2016 au Centre Mutualiste de Kerpape, spécialisé dans la rééducation et la réadaptation fonctionnelle

**ANNEXE 5** : Extraits de l'enquête menée en 2004 à l'Hôpital gériatrique Sainte-Périne : évaluation de la mise en pratique des recommandations de l'HAS



## ANNEXE 1 : Référentiel pour améliorer la sécurité de l'utilisation de la contention et critères participant à la politique de réduction de ses usages définis par l'ANAES

Limiter les risques de contention physique de la personne âgée

---

### 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 motivée toutes les 24 heures.

---

## 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.

**ANNEXE 2 : Extraits de l'enquête « Contention et isolement dans les établissements sanitaires et médico-sociaux » et de la restitution des résultats réalisée par le CEPPRAAL**



**Campagne e-Forap  
CONTENTION et ISOLEMENT  
dans les établissements sanitaires et médico-sociaux**

**Etablissement : EHPAD Le Montel**

CEPPRAAL  
162 avenue Lacassagne  
69424 Lyon Cedex 03  
04 72 11 54 60  
[contact@ceppraal-sante.fr](mailto:contact@ceppraal-sante.fr)

**CONTENTION et ISOLEMENT** dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

C&amp;I\_EHPAD\_Le\_Montel - Campagne n°1

**Éléments contextuels**

L'outil de recueil a été élaboré par un groupe de travail régional piloté par le Ccecqa en collaboration avec les autres SRA impliquées dans cette campagne. Il a tenu compte des publications et recommandations (CGLPL, ANESM, etc.) ainsi que des travaux conduits en 2016 par la HAS sur cette problématique.

Les données recueillies comprenaient : des données transversales relatives à quatre axes de pilotage institutionnel (politique, indicateur, formation et maintenance du matériel), une enquête de pratiques explorant différents aspects de l'usage professionnel des mesures de contention et d'isolement + des items permettant de décrire la fréquence des recours ainsi qu'un épisode récent de contention ou d'isolement auquel à participé le professionnel + commentaire libre.

Les objectifs de cette campagne étaient : de mobiliser l'institution et les professionnels sur le thème du respect des libertés individuelles des patients et résidents dans le cadre de l'usage des mesures de contraintes physiques, de mettre à l'épreuve l'idée d'une « pratique » de dernier recours, d'accompagner les établissements dans la mise en place d'une politique de prévention des mesures de contention et d'isolement, d'initier une réflexion sur le prendre soin, dimension humaine des pratiques professionnelles soignantes.

**Pilotage institutionnel relatif aux mesures de contention et d'isolement :**

L'établissement ...	dispose	D'une politique de limitation du recours aux mesures de contrainte physique	g PMSI, RIM-P, ...
	dispose	D'un indicateur de suivi fréquence des mesures de contrainte physique	
	dispose	De formations permettant de réduire le recours aux mesures de contrainte physique	
	dispose	D'une maintenance préventive des dispositifs de contention et d'isolement	

**Interprétation et utilisation des résultats de l'enquête de pratiques :**

Un taux de participation proche de 60 % confère aux répondants de la campagne une représentativité de l'ensemble des professionnels du périmètre considéré, et permet par conséquent de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des soignants du dit périmètre.

Le responsable de campagne de l'établissement est en charge de la diffusion de ces résultats. Il constitue une première étape de cette campagne qui doit se poursuivre par la mise en œuvre d'actions d'amélioration des pratiques.

**CONTENTION et ISOLEMENT** dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

C&amp;I\_EHPAD\_Le\_Montel - Campagne n°1

**Participation et profil des répondants**

Participation des soignants <i>Totale et par service</i>	Soignants inclus (N)	Répondants		Taux de participation (%)
		Total (N)	Analyse* (N)	
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>50,0%</b>

Profil professionnel des répondants	Total n (%)	Analyse* n (%)	(*) Ont été conservées pour l'analyse les enregistrements complétés à au moins 50% et dont les réponses n'étaient pas toutes identiques.
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	
Médecin (interne y compris)	1 (3,4%)	1 (3,7%)	
Sage-femme			
Puéricultrice			
Infirmier(e), Cadre infirmier	4 (13,8%)	4 (14,8%)	
Aide soignant(e)	17 (58,6%)	16 (59,3%)	
Auxiliaire de puériculture			
Auxiliaire de vie			
ASH associée aux soins	3 (10,3%)	2 (7,4%)	
Psychologue	1 (3,4%)	1 (3,7%)	
Kinésithérapeute			
Ergothérapeute	1 (3,4%)	1 (3,7%)	
Psychomotricien(ne)			
Educateur spécialisé			
Moniteur éducateur			
Enseignant(e)			
Maitre(sse) de maison			
Elève, étudiant, stagiaire			
Autre	1 (3,4%)	1 (3,7%)	
<i>Non renseigné</i>	<i>1 (3,4%)</i>	<i>1 (3,7%)</i>	

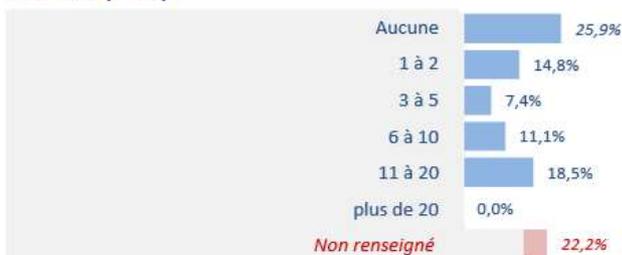
**CONTENTION et ISOLEMENT** dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

C&amp;I\_EHPAD\_Le\_Montel - Campagne n°1

Etablissement

**Usage des mesures de contrainte physique**

Fréquence de recours à une mesure de contention ou d'isolement au cours du dernier trimestre (N=27) :



	CONT	ISOL	TOTAL
	15	5	20
<b>Motifs de la mesure :</b>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n (%)</i>
Troubles du comportement	2	1	3 (15,0%)
Agitation, désordre	2	2	4 (20,0%)
Risque de chute	8	1	9 (45,0%)
Déambulation excessive	1	1	2 (10,0%)
Transport du patient ou du résident	1	-	1 (5,0%)
Violence	1	-	1 (5,0%)
Demande du patient ou du résident	3	-	3 (15,0%)
Autre	4	1	5 (25,0%)
<b>Non renseigné</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2 (10,0%)</b>

<b>Préalablement à la mesure :</b>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n (%)</i>
Mise en œuvre d'alternatives	12	4	16 (80,0%)
Réflexion bénéfiques-risques avec l'équipe soignante	12	5	17 (85,0%)
Discussion avec l'usager et son entourage	7	3	10 (50,0%)

<b>Bénéfice pour le patient ou le résident :</b>	<i>aucun bénéfice</i>				<i>très bénéfique</i>	
<i>voir les commentaires en page 8</i> Mesures de contention (n=15)	7%	7%	13%	13%	27%	
Mesures d'isolement (n=5)	40%				40%	

<b>Vécu de la mesure :</b>	<i>très difficile</i>				<i>aucune difficulté</i>	
<i>voir les commentaires en page 8</i> Mesures de contention (n=15)	7%	27%	7%	13%	13%	
Mesures d'isolement (n=5)	20%	20%	40%	20%		

<b>Suites de la mesure :</b>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n (%)</i>
Aucune action	-	-	
Déclaration d'un Evénement Indésirable (EI)	4	2	6 (30,0%)
Réflexions d'équipe	1	-	1 (5,0%)
Retour d'expérience	-	-	
RMM*, staff EPP**	-	-	
Analyse des pratiques professionnelles	-	-	
Autre	-	-	
<b>Non renseigné</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8 (40,0%)</b>

(\*) RMM = Revue de Morbidité et de Mortalité (\*\*) EPP = Evaluation des Pratiques Professionnelles

## CONTENTION et ISOLEMENT dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

C&amp;I\_EHPAD\_Le\_Montel - Campagne n°1

Etablissement

## % de recours à de bonnes pratiques dans l'usage de mesures de contrainte physique N=(27)



Le **tracé vert** du diagramme en radar ci-contre, présente le % de réponses **très souvent - toujours** obtenu à chacun des 26 items du questionnaire de l'enquête de pratiques, c'est-à-dire le **niveau de recours à de bonnes pratiques** dans l'usage de mesures de contrainte physique.

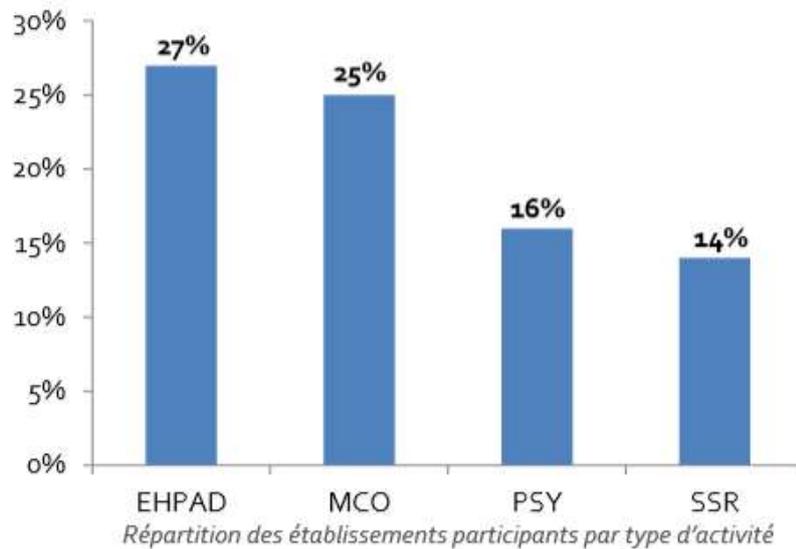
Le libellé court de chaque item est rappelé ci-dessous.

<b>1. PRINCIPES</b>	<p>Q1. Tout est mis en œuvre pour éviter la mesure</p> <p>Q2. Les mesures dans la chambre personnelle sont évitées</p> <p>Q3. Justification clinique du pyjama et du retrait des effets personnels*</p>
<b>2. DECISION</b>	<p>Q4. Une évaluation bénéfices - risques menée avec l'équipe précède la décision</p> <p>Q5. Les décisions par anticipation ou avec la mention « si besoin » sont exclues</p> <p>Q6. Les décisions sont prises d'emblée ou validées secondairement par un médecin</p>
<b>3. INFORMATION, DROIT</b>	<p>Q7. Information de l'utilisateur ou de son représentant légal</p> <p>Q8. Un support écrit d'information est remis à l'utilisateur</p> <p>Q9. Les informations sont affichées dans la chambre d'isolement*</p> <p>Q10. La dignité et l'intimité de l'utilisateur sont préservées</p>
<b>4. TRACABILITE</b>	<p>Q11. Les décisions sont tracées dans le dossier de l'utilisateur</p> <p>Q12a. Prescription médicale datée et signée de la mesure</p> <p>Q12b. Résultats de l'examen clinique préalable</p> <p>Q12c. Termes explicites de l'évaluation bénéfices - risques menée avec l'équipe</p> <p>Q12d. Justification du caractère adapté, nécessaire et proportionné de la mesure</p> <p>Q12e. Alternatives mises en œuvre préalablement justifiant le dernier recours</p>
<b>5. SUIVI, SURVEILLANCE</b>	<p>Q13. Les mesures sont les plus courtes possibles</p> <p>Q14. Le renouvellement d'une mesure fait l'objet d'une décision motivée</p> <p>Q15. Surveillance et prise en charge somatique de l'utilisateur sont assurées</p> <p>Q16. Un entretien à propos du vécu de la mesure est réalisé avec l'utilisateur</p>
<b>6. MATERIEL</b>	<p>Q17. L'isolement garanti à l'utilisateur des conditions favorables à l'apaisement*</p> <p>Q18. L'utilisateur mis sous contrainte a accès à un dispositif d'appel</p> <p>Q19. Information des services de sécurité-incendie en début et fin des mesures</p>
<b>7. FORMATION, PREVENTION</b>	<p>Q22. Recours recommandations, etc. sur l'usage de mesures de contrainte physique</p> <p>Q23. Participation à des actions d'amélioration des pratiques professionnelles</p> <p>Q24. Développement d'activités spécifiques de réduction des situations à risque</p>

(\* ) Les items en rouge ne concernent que les mesures d'isolement



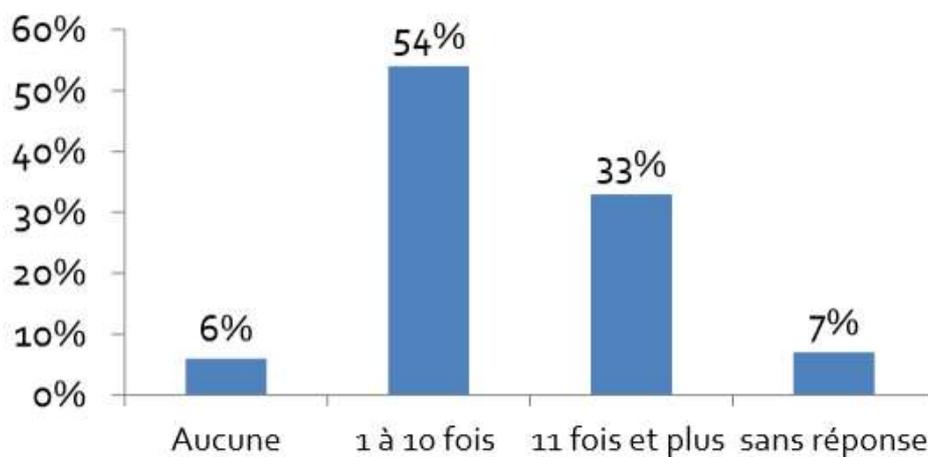
## Les établissements participants (n= 172)



Participation < 10 % : MAS, FAM, HAD, SLD

15

## Fréquence de recours à une mesure de contention ou d'isolement au cours du dernier trimestre (n=9 946)



18

## Niveau de bénéfice perçu par les professionnels pour l'utilisateur

60 % des professionnels ont déclaré **bénéfique** une mesure de **contention** ou d'**isolement** (note  $\geq 7/10$ )

## Niveau de difficulté vécu par le soignant

- 30 % des professionnels ont déclaré un **vécu difficile-très difficile** face à une mesure de **contention** (note  $\geq 6/10$ )
- 50% des professionnels ont déclaré un **vécu difficile-très difficile** face à une mesure d'**isolement** (note  $\geq 6/10$ )



## **ANNEXE 3 : Guide d'Entretien et extraits de la retranscription de l'entretien avec un Ergothérapeute**

### **GUIDE D'ENTRETIEN**

- 1) Que représente pour vous la contention ? que pensez-vous de cette pratique ?
- 2) Quelle valeur donnez-vous aux prescriptions établies par le médecin traitant ? Vous arrive-t-il de les remettre en cause ? si oui, à quelle fréquence ?
- 3) Vous est-il arrivé de contenir des résidents sans prescription ?
- 4) Quelles évolutions avez-vous pu observer concernant le public accueilli ces dernières années ?
- 5) Les enjeux éthiques de la contention ont-ils été abordés lors de votre formation initiale ou par la suite ?
- 6) Que faites-vous lorsque vous êtes confrontés à une situation malaisante, qui interroge vos valeurs soignantes ?
- 7) Que pensez-vous de l'objectif « zéro-contention », est-il selon-vous atteignable ?
- 8) Que pensez-vous des alternatives à la contention ? pouvez-vous me donner un exemple d'alternative ?
- 9) Que pensez-vous de l'alternative qui a été choisie et mise en œuvre pour Mme C. ? Comment avez-vous vécu l'épisode qui a suivi son retour d'hospitalisation ?
- 10) Quelle doit être la place des aidants familiaux dans la décision de mise en œuvre de la contention ? ont-ils un rôle à jouer ?
- 11) Quel est le rôle du directeur d'établissement dans la résolution du dilemme posé par la contention ?
- 12) Que pensez-vous de la situation de Mme V ?
- 13) D'autres situations problématiques en lien avec la contention vous viennent-elles à l'esprit ?

**J.M : Pour commencer merci d'avoir accepté de répondre à mes questions.**

**Par rapport à la contention et ses enjeux éthiques, qu'est-ce que vous pensez de la contention ? qu'est-ce que cela représente pour vous ? à quoi cela renvoie, comment la définiriez-vous ?**

*ERGO : la définition, il y en a une de l'HAS qui dit de c'est tout moyen passif qui empêche l'accès à toute ou partie du corps, donc ça veut dire tout les moyens qui empêchent de bouger une partie ou tout le corps. Donc ça c'est la définition officielle de l'ANAES je crois et euh...moi ce que ça me renvoie au niveau de...ben c'est l'enfermement, c'est la contrainte, c'est la baisse de l'image de soi, c'est que j'ai pas envie d'attacher ma mère pour qu'elle dure plus longtemps...de là découle ben toute mon approche, qui est je l'avoue euh pas totalement objective, on est forcément pétri par nos convictions et nos valeurs et les miennes sont plus sur la liberté que sur la contrainte... avec les risques que ça comprend. Quand on décide de détacher quelqu'un on flippe jusqu'à temps qu'on soit sûr qu'il ne tombe pas derrière. Mais c'est comme ça...c'est mieux de retarder le moment où on l'attache, où on le contraint parce que...c'est très dur d'enlever une contention ; d'enlever une deuxième barrière on se dit « est-ce qu'on fait bien ? », enlever une ceinture au fauteuil c'est super dur parce que on se dit « est-ce qu'il ne va pas tomber juste après ? » donc le mieux c'est de...de trouver d'autres moyens que de l'attacher.*

**J.M : Mais du coup, ça vous culpabilise quand vous mettez une contention ?**

*ERGO : Beeen...une fois j'ai mis là pour une dame centenaire, un vendredi,...le médecin a prescrit parce qu'il a trouvé la dame très au bord de l'assise. La mort dans l'âme j'ai été en chercher une au placard, je l'ai mise. Le médecin a prescrit, j'ai appliqué mais...pendant le week-end, l'équipe n'a pas réagi sauf que la dame a dit quand même « Pourquoi vous m'enchaînez » à l'équipe qui l'a rapporté à quelqu'un d'autre, qui me l'a rapporté et là j'ai dit « ben faudrait le noter ça ». Parce que le lundi matin à l'heure d'embauche, sur le coup des 7h, l'équipe en apprenant ça a dit « non mais hors de question » , ils ont demandé à l'infirmière d'appeler le médecin direct qui est venu dans la matinée. Moi j'étais là ce jour-là donc j'ai recherché des alternatives et on a pu l'enlever (la contention) deux jours après quoi. Mais parce que l'équipe était bien sur cette mouvance-là et euh...et qu'on est sensibles et qu'on se met à la place de la personne et que...voilà. Et qu'on se dit que ce n'est pas idéal pour une dame de 100 ans de commencer à l'attacher...*

**J.M : Juste une petite question : cette dame a été consultée avant de mettre la contention ? elle a été informée qu'elle allait avoir cette contention ?**

*ERGO : ....Non moi je, ça je...elle a vu le médecin. Le médecin a prescrit, moi je lui ai dit ben « le médecin a demandé, je vous mets ça » mais c'était...(silence)*

**J.M : Et le médecin, il aurait pu être influencé selon-vous dans cette décision ou... ?**

*ERGO : En fait, le médecin l'a vue assise très au bord, il a eu peur qu'elle tombe, voilà. Elle n'était pas tombée. Il a fait de la prévention mais voilà depuis après on a rencontré ce médecin-là...moi après j'ai eu plusieurs cas avec lui...donc maintenant...on s'est encore vu là en début d'après-midi parce qu'il est venu me rencontrer...on a pu après ces histoires-là échanger et du coup avec elle qui est souvent concernée par ces sujets je sais pas pourquoi on a pu avancer et partager nos...notre approche. Et effectivement, de fait, elle n'était pas plus que ça pour la contention mais je sais pas, elle a eu un réflexe comme ça : la dame était très au bord euh...elle s'est dit « ouais elle a 100 ans, faut pas qu'elle tombe quoi ». Mais de toute façon c'est ce qui est la réalité aussi 'fin : à 100 ans quand on tombe on se fait plus mal qu'à 70 ans.*

\*\*\*

**J.M : Est-ce qu'il y a des contentions qui sont moins hum culpabilisantes que d'autres pour les soignants ?**

*ERGO : Ben deux barrières c'est moins dur qu'attacher quelqu'un au fauteuil par exemple. Alors on a eu une occasion, on a eu temporairement et douloureusement pour l'équipe une contention entre guillemets « psychiatrique » avec des aimants, de quelqu'un attaché au lit. Ben ça a été hyper douloureux pour l'équipe, à la demande d'une famille très...stressée à ce moment-là. Euh...voilà, l'équipe a été très mal sur cette histoire-là, on a fini par trouver d'autres solutions que de...d'attacher la dame au lit. Mais on a été très mal et pour nous c'était plus des outils de psychiatrie que de vie comme en EHPAD quoi. Ça nous a pas mal heurté et 'fin, beaucoup questionné mais c'était aussi pour accompagner le fils (de Mme C) qui était vraiment complètement angoissé.*

**J.M : Et comment faites-vous lorsque vous êtes confrontés à une situation malaisante, qui interroge vos valeurs et votre déontologie ?**

*ERGO : ben moi ça faisait deux ans que je demandais la formation pour la création d'un comité d'éthique, qui a été annulée deux fois de suite par le CHU et du coup on a décidé de prendre le taureau par les cornes et on a déclenché le truc pour que ça puisse se faire en interne avec l'EHPAD de Vic le Comte.*

**J.M : est-ce que vous pourriez me parler du travail que vous avez déjà pu réaliser auprès des familles sur la contention ?**

*ERGO : ben en fait euh...ben quand il y a des...ça arrive qu'il y ait des familles qui demandent des contentions. Les deux dernières qu'on avait eu au fauteuil pendant respectivement 4 mois et 9 mois il y a quelques années, c'était à la demande des familles, suite à une chute avec fracture ou avec gros bleu sur le visage. Et euh...en fait voilà quand on questionne on va forcément affecter aussi l'entourage. Donc on parle pas mal de gens déments qui ont une personne de confiance, voilà souvent on va essayer d'impliquer la famille, d'expliquer, de discuter avec eux...La dernière (contention) au lit là dont on parlait tout à l'heure c'était vraiment un gros travail avec le fils très stressé pour pouvoir l'apaiser petit à petit, pour qu'il nous fasse confiance parce que bosser dans ces conditions là...quand la famille est suspicieuse...*

**J.M : Et comment vous expliquez justement que la famille soit suspicieuse et soit plutôt « pour » la contention dans ce cas ?**

*ERGO : ben en fait ils visent la sécurité, ils veulent que leur mère ne meure jamais ou que leur père ne meure jamais. Ils ne veulent pas se détacher, ils sont très attachés, ils n'imaginent pas la séparation et du coup ils veulent faire durer...mais dans quelles conditions ? Oui ça ça me questionne.*

**J.M : Et au niveau des alternatives à la contention, par exemple pour des personnes qui souffrent de démences et qui déambulent beaucoup et se fatiguent aussi... ?**

*ERGO : Ben quelqu'un qui déambule toute la journée, qui finit par être fatigué, à la limite on peut faire...les asseoir une heure devant la table avant le repas ou pendant le repas les aider à rester en place et puis après ils repartent se promener. En fait, si une personne déambule c'est qu'elle a besoin de défouler de l'énergie. Si on l'empêche de défouler cette énergie, ça va augmenter l'agressivité, la nervosité, l'agression de ceux qui l'entourent. Donc c'est pas la panacée, pour quelqu'un qui déambule de l'empêcher en fait. C'est plus, le laisse aller et puis essayer de faire en sorte avant qu'il soit trop fatigué et qu'il commence à tomber, de le canaliser et euh...par le moyen d'une activité ou...parfois ça arrive que...je pense à une dame en ce moment là, elle est malvoyante, elle déambulait tout le temps et notamment au moment du repas, elle mettait les mains dans les plats des voisins, avec le risque de se brûler etc et puis bon...pour les autres c'était pas...voilà. Finalement on a trouvé la solution : juste uniquement pendant le repas, de la caler au fauteuil avec une tablette, et au départ avec une coquille mais bon suivant la définition (de l'ANAES) ça devrait être cadré par une prescription, très cadré. Pour moi c'est une contention, « déguisée », mais c'est une forme de contention oui. Ça empêche la personne de bouger...*

**J.M : Et ça...y en a beaucoup des contentions « déguisées » comme ça ?**

*ERGO : Ben un fauteuil basculé en arrière c'est une contention « déguisée » et ça il y en a. et c'est pas sur prescription. Ils sont assis dans un fauteuil confort, basculé et c'est plus compliqué de se lever. Mais ils ne sont pas attachés, sanglés en fait, ce qui est quand même...différent. Après j'ai des chiffres sur les barrières, en 2017, il y avait 24 paires de barrières et en janvier 2018 il n'y a plus que 20 paires de barrières. On essaie aussi de travailler sur au cours du temps, baisser les paires de barrières,...s'il n'y a pas besoin de barrière ce n'est pas la peine d'en mettre une systématiquement côté fenêtre. Pas de barrière c'est mieux qu'une barrière. Après parfois effectivement, il y a le changement, le passage du lit 2 places au lit une place donc euh...ils (les résidents) stressent un peu de tomber d'un côté ou de l'autre parce que ils ne sont pas habitués au lit 1 personne mais voilà il y a d'autres moyens qui peuvent aider à sentir le bord du lit et pas forcément mettre de barrière d'attaque.*

**J.M : Et pour des personnes comme Mme V qui ont des troubles assez importants du comportement, quelle alternative ?**

*ERGO : cette dame on la laisse aller et puis elle fait des crises...voilà sauf que ben du coup ça gêne tout un quartier. Donc ça questionne aussi parce qu'il y a des personnes qui s'enferment parce qu'ils n'en peuvent plus d'être dérangés la nuit.*

**J.M : Quid de sa liberté d'aller et venir ?**

*ERGO : Oui parfois la liberté des uns, embête des personnes. Un (résident) libre embête tout le quartier. C'est le cas dans les différents EHPAD où j'interviens où un déambulant va stresser toutes les personnes autour de lui jusqu'à temps peut-être, s'il y a un lieu plus fermé où ça ne sera que des gens déambulant des gens déments qui sont moins gênés par des personnes qui se promènent dans leurs chambres qui ne s'en rendront pas compte et du coup là c'est beaucoup plus adapté. Dans un autre EHPAD j'avais deux personnes, pas de bol, pas au même étage, qui déambulaient la nuit, qui stressait tout le monde, qui allaient au-dessus du lit des voisins, qui les faisaient sursauter, 'fin c'est hyper stressant. Là, il y en a plusieurs qui demandent à être fermés ou les familles demandent...enfin voilà. Et enfin quand il y a eu une place en secteur sécurisé, fermé avec un code à l'ascenseur eh ben il (un des deux résidents) s'est beaucoup plus épanoui, il est devenu moins agaçé parce que il sentait qu'il y avait une tension contre lui de tous les autres résidents qui le regardaient, qui ne voulaient même pas prendre l'ascenseur en même temps que lui, 'fin...c'était compliqué parce que c'était vraiment la bête noire qui venait déranger toutes les nuits quoi et puis le fait qu'il casse le sommeil des autres,...et quand il a pu être dans un lieu adapté à sa pathologie pour le coup, de personnes déambulantes, dont le cycle de sommeil et de veille est inversé on va dire, ben ça a permis que... finalement on était très contention qu'il aille là-haut (dans l'unité fermée), l'équipe en question, appréhendait un peu, car elle en entendait parler dans les autres secteurs de l'EHPAD, sa venue...et en fait, ça c'est bien passé parce qu'il s'est senti dans un milieu moins hostile.*

**J.M : Si je comprends bien en fait c'était une contention architecturale...**

*ERGO : Oui, après c'est une contention architecturale mais elle est bien mieux vécue que les autres (contention). Aujourd'hui on ne peut pas boucler les personnes dans leurs chambres pour les empêcher de se promener. Après bon y a d'autres moyens mais bon de toute façon on cherche hein, on n'est pas...En fait faut bien savoir que dans ce domaine-là, moi j'espère bien jusqu'à la fin de ma carrière être en recherche tout le temps et en évolution tout le temps et nourrir aussi des articles et des discussions que je peux avoir avec des collègues. J'espère avoir tout le temps à remettre en cause les pratiques et c'est pour moi hyper important de se questionner sur ce qu'on fait en fait.*

**J.M : Une autre question que je me posais c'est est-ce que l'objectif « zéro contention » est atteignable pour vous ?**

*ERGO : Alors de toute façon, moi je ne dis jamais « zéro », parce que je ne peux pas. La preuve c'est qu'après les familles réimposent derrière ou quelqu'un vient de l'extérieur et comme il contentionnait avant, il va avoir tendance à continuer à le faire. Et puis il y aura toujours les contentions « déguisées ». J'avais eu le témoignage d'un médecin qui bosse dans un SSR, donc un lieu parfois post-op et en fait ça fait 10 ans qu'il n'a pas craqué, qu'il n'a prescrit aucune paire de barrières ou fait une contention au fauteuil. Je l'admirais beaucoup, enfin il était vraiment dans une volonté, une envie et il a mis son équipe là-dessus...voilà après y a tout un travail aussi...y a du matériel qui va avec. Y a tout un aménagement aussi et des moyens.*

**J.M : Et au niveau de l'EHPAD de Saint-Amant, il n'y a plus vraiment de matériel adapté pour mettre en œuvre une contention physique, comme on l'a vu avec le cas de Mme C. Qu'est ce que vous pensez du fait que la famille ait dû aller acheter le matériel de contention ?**

*ERGO : Ben après on n'a plus de ceintures etc mais on a du matériel d'alternatives à la contention : des lits Alzheimer, qui descendent très bas. Là actuellement on a presque une majorité de lit Alzheimer, au moins la moitié des lits sont des lits Alzheimer et la moitié des résidents n'ont pas besoin de ce lit en position basse donc...après oui les contentions, dans la boîte à contention, ça fait des années que on n'en a pas trop utilisé quoi.*

**J.M : Mais du coup, ça interroge aussi sur la formation la contention...**

*ERGO : Ben oui c'est ça, c'est compliqué car il faut reformer à chaque fois qu'il y a des nouveaux qui arrivent. Ça fait 10 ans que je lis sur la contention parce que j'ai été un peu heurté là-dessus. Et du coup maintenant je donne des cours à l'école d'ergo et puis je fais aussi des formations en interne et en externe. Ce qui est compliqué c'est qu'il y a un temps avant que les recommandations sortent et puis le temps qu'on arrive à les faire appliquer...Les nouveaux professionnels en ont entendu parler mais il faut former les anciens aussi et puis s'ils n'avaient pas la même politique dans leur*

*établissement précédent, il peut y avoir des résistances...mais je trouve qu'ici l'équipe a vraiment évolué et s'est vraiment approprié les valeurs. Enfin on est sur les mêmes longueurs d'onde en fait. Et c'est vrai que c'est super confortable, quand je suis arrivée un lundi matin et que j'ai appris que l'équipe avait rué dans les brancards auprès de l'IDE pour dire « c'est pas possible, on ne veut pas attacher cette dame », « on rappelle le médecin, on veut discuter cette prescription-là ». Ben ça c'est du bonheur, ça y est c'est pas moi l'ergo qui demande, c'est l'équipe ! elle a exprimé qu'elle n'était pas d'accord avec le soin. Un soin il faut le consentement pour être thérapeutique. Bref ! loi Kouchner et en fait, s'il n'y a pas de consentement, ce n'est pas un soin. Pour moi quand la dame dit « pourquoi vous m'enchaînez ? », elle ne consent pas, donc il n'y a pas de soin.*

*Après il faut savoir que la contention a quand même des risques, il faut savoir qu'il peut y avoir plus de chutes, quand il y a moins de contention. Faire un travail de politique pour limiter les contentions ne...augmente le nombre de chutes on va dire. Parce que les gros chuteurs ben...ils chutent alors qu'avec une contention ils chuteraient beaucoup moins. Par contre, les chutes sont moins graves. Et avec les contentions les chutes sont plus graves ou parce qu'ils (les résidents) chutent avec la contention : ils enjambent les barrières ou ils tombent avec le fauteuil, parce qu'ils sont attachés au fauteuil etc...ça a été prouvé, il y a une étude qui a été faite...*

**J.M : Mais est-ce que ce n'est pas parce que la contention est mal mise ou pas suffisamment surveillée que les chutes sont plus graves ?**

*ERGO : Au-delà du risque que les personnes sautent les barrières etc, il y a aussi le fait que la personne ne sait plus se mettre sur ses pieds. Parce que ça c'est aussi un effet secondaire de la contention, c'est la désadaptation psychomotrice, c'est-à-dire que ils ne mettent pas leur poids correctement au-dessus de leurs pieds, ils se tiennent en arrière en fait. Ils ont moins d'expérience pour aller aux WC alors qu'ils ont souvent besoin d'y aller plusieurs fois par jour donc c'est quand même un entraînement de maintenir la verticalité. Et en fait, il y a des chutes plus graves, que ce soit avec le personnel ou sans mais il y a des chutes, où ils n'ont plus...ils ont moins le réflexe de se retenir etc.*

**J.M : Oui mais alors quand on met moins de contention on accepte le risque d'avoir plus de chutes mais nous ne sommes pas les seules parties prenantes dans cette affaire, est-ce que vous ne craignez pas que les familles portent plainte si un résident fait une chute mortelle qu'une contention aurait pu peut-être éviter ?**

*ERGO : Ben c'est pour ça que les directions sont souvent réticentes à faire une politique de limitation des contentions, par crainte des attaques mais en réalité les résultats ne sont pas forcément ceux que l'on attend. Parce que du coup les dernières lois et celle d'adaptation de la société au vieillissement, la liberté d'aller et venir est un droit et ces textes sont pris en compte dans les jugements.*

*Après il y a aussi un truc étonnant, c'est qu'ici on a un médecin co qui est aussi dans un autre EHPAD où il y avait plus de contention au fauteuil et ici on n'en avait pas donc elle était étonnée parce que*

*dans l'autre EHPAD, les familles demandaient des contentions parce que « la dame d'à côté elle a le droit donc maman aussi elle a le droit, pour ne pas tomber », alors qu'ici, il n'y avait pas de demande, parce que les gens n'imaginaient même pas qu'on attache leurs parents au fauteuil. Ils n'en voyaient pas du tout donc ça leur semblait normal.*

**J.M : Est-ce que ça ne vient pas aussi peut-être du fait que les résidents et les familles sont informées dès l'entrée de la politique de l'établissement en matière de promotion de la liberté d'aller et venir ?**

*ERGO : La politique est bien mise dans le contrat qu'ils signent, mais bon ça représente 1 ligne sur 8 pages donc encore faut-il lire cette ligne. En tous cas moi je suis bien contente que cette ligne soit inscrite dans le contrat et d'avoir été là quand il a été remanié et que j'ai pu glisser une phrase pour aborder ça. Ce qui n'est pas évident c'est quand les gens ont la contention avant et qu'ils hésitent un petit peu à nous laisser l'enlever, mais on y arrive quand même, en discutant avec eux. En fait, c'est facile : la contention les familles elles ne voient que l'avantage. Elles ne voient pas l'inconvénient : psychologique, cutané, image de soi, perte du contrôle sphinctérien, c'est-à-dire que les gens deviennent incontinents. En plus, parfois ils ne savent pas demander pour y aller, ils peuvent faire sur eux, avec l'effet cutané derrière, c'est grave, ça peut amener des infections...enfin voilà. Il y a toute ces choses là et en fait on ne voit que l'avantage : il va être au chaud, protégé. On n'imagine pas tous les risques qu'il peut y avoir...ce sont les idées reçues : que la contention n'a que des avantages, on oublie tous les effets délétères.*

*Après c'est aussi difficile d'expliquer à une famille que son proche ne se sent pas en sécurité parce qu'il y a un autre résident qui a une démence et qui déambule la nuit. La liberté n'est pas non plus absolue, en principe elle s'arrête là où commence celle des autres. Mais je pense que ce sont les établissements qui ne sont plus adaptés.*

**J.M : La pratique de la contention aurait donc un lien avec l'évolution du public des EHPAD ?**

*ERGO : Ben déjà les personnes rentrent à l'EHPAD de plus en plus tard. Au dernier moment. Sinon il y a aussi les gens qui arrivent de la psy mais qui arrivent jeune, qui ont toujours vécu en institution, ...ce n'est pas plus simple à gérer pour les équipes. Après il faut savoir qu'il existe d'autres contentions, comme la contention chimique. Sauf que la contention chimique ça fait tomber : on « shoote » les gens mais faut que ça soit juste ce qu'il faut pour qu'ils soient « calmés », qu'ils soient moins agressifs, mais pas au point de chuter tous les 4 matins. Donc il y a toujours un équilibre savant, pour trouver à quel moment ça commence à être efficace mais pas trop pour que ça entraîne des chutes etc...on ne va pas les mettre sous calmants pour les rendre « zombies » complètement, ça c'est juste pas possible quoi. Ça ne serait pas les soigner, ce n'est pas la solution. Mais du coup c'est toujours très compliqué, surtout quand le médecin traitant met en place un traitement et que la famille repasse derrière, va voir le médecin traitant pour baisser parce que du coup ça fait trop. Le médecin remet parce que l'équipe demande et puis la famille retourne voir le médecin traitant et puis y a un moment où c'est un peu chaud quoi.*

**J.M : Est-ce qu'il y a un moment où tout le monde se retrouve autour de la table pour se concerter sur ce qu'il convient de faire ?**

*ERGO : Ben en fait l'équipe a rencontré le médecin pour expliquer les difficultés et ensuite le médecin s'est entretenue avec la fille pour lui faire comprendre aussi les difficultés de l'équipe. Mais là c'est la famille qui était actrice pour aller voir le médecin dans le dos de l'équipe et faire les changements...après je pense que ça pourrait être effectivement une solution de réunir tous le monde, bon pas avec tous les soignants mais des représentants des soignants, de la famille, le médecin traitant, peut-être aussi le psychiatre, pour parler du sujet. Je pense que ça peut se faire quand l'EMG intervient. On essaie que tout le monde soit présents, on le note dans les trans, et puis la famille est là pour qu'ils puissent se rassurer en attendant que ben oui on fait bien les choses. Et puis je trouve que ce sont des bons alliés aussi (l'EMG), pour soutenir, quelque fois ils viennent pour conforter l'équipe et rassurer la famille. Et ils peuvent aussi aider le médecin traitant à ajuster le traitement.*

**J.M : D'accord. Et puisque l'on évoque les différents acteurs, qu'est-ce que vous pensez du rôle du directeur dans la prévalence de la contention au sein d'un établissement ?**

*Ergo : Une fois, je me souviens d'une dame qui était tombée, elle avait un gros bleu sur le visage et du coup la famille avait euh...appelé le médecin traitant pour avoir une contention au fauteuil. Moi j'étais en vacances, donc je ne l'ai appris qu'à mon retour et j'ai demandé à l'équipe ben comment la résidente vit la contention, son ressenti. Ils m'ont répondu « ben elle dit rien, elle ne se plaint pas », oui sauf que c'était une dame hémiplegique, aphasique, et qui au maximum répète 10 fois les mêmes mots mais elle ne peut pas dire je ne suis pas d'accord avec cette ceinture sauf que du coup elle pleurait, elle faisait ça quand on lui mettait, pendant 3 mois, quelque part c'était sa façon à elle d'exprimer que ça n'allait pas quoi. On a finalement réussi à la détacher mais ça a pris du temps mais tout ça pour dire qu'il faut aussi être attentif aux expressions non verbales. Et puis ça heurte aussi l'équipe, partante ou pas pour l'attacher, elle a fait ce qu'on lui a dit mais quand elle voit ça ben...*

**J.M : Pour finir, est-ce que d'autres situations problématiques en lien avec la contention vous viennent à l'esprit ?**

*ERGO : Oui, il y a bien le cas de Mme X, vous voyez qui c'est, elle est toujours dans le hall d'entrée...à une époque elle avait été attachée au lit...eh ben elle hurlait, elle n'arrêtait pas d'hurler et de se débattre dès qu'elle était attachée, elle hurlait si fort qu'on l'entendait à l'autre bout du service, les anciens (soignants) s'en souviennent encore, alors que cette dame elle marche ! et elle n'embête personne...*

**J-M : Merci beaucoup pour votre disponibilité et d'avoir répondu à mes questions.**

**ANNEXE 4 : Extraits de présentation des résultats d'une enquête menée en 2016 au Centre Mutualiste de Kerpape, spécialisé dans la rééducation et la réadaptation fonctionnelle**

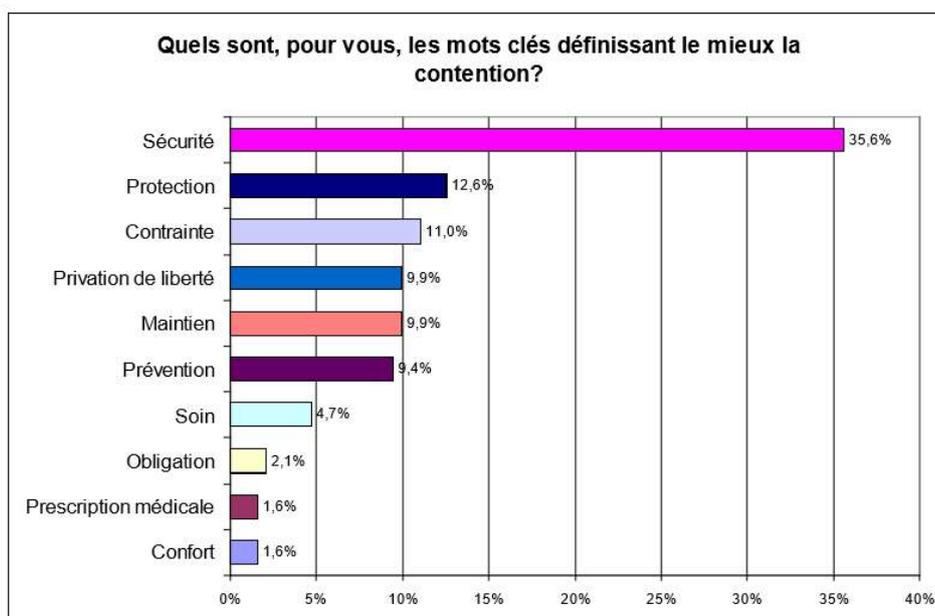


## Contention physique et chimique: Une démarche qualité auprès des professionnels de Kerpape



CONTAL Virginie, ergothérapeute

24/03/2016



Plus de 100 mots clés cités



page n° 11

**ANNEXE 5 : Extraits de l'enquête menée en 2004 à l'Hôpital gériatrique Sainte-Périne : évaluation de la mise en pratique des recommandations de l'HAS**

Tableau 1  
Comparaison des prévalences de la contention et des matériels utilisés avant et après l'intervention

	2004 n (%)	2005 n (%)	p
Taille de l'échantillon	n = 82	n = 99	
Prévalence globale de la contention (visuel) <sup>(a)</sup>	57 (69,5)	69 (69,7)	NS
Prévalence de la contention de jour	35 (42,7)	38 (38,4)	NS
Ceinture pelvienne <sup>(b)</sup>	4 (4,9)	3 (3,0)	NS
Tablette <sup>(c)</sup>	2 (2,4)	7 (7,0)	NS
Fauteuil gériatrique <sup>(d)</sup>	6 (7,3)	5 (5,0)	NS
Deux barrières de lit <sup>(e)</sup>	20 (24,4)	22 (22,2)	NS
Une barrière de lit <sup>(e)</sup>	3 (3,7)	1 (1,0)	NS
Prévalence de la contention de nuit	57 (69,5)	69 (69,7)	NS
Ceinture et deux barrières	2 (2,4)	2 (2,0)	NS
Deux barrières de lit <sup>(e)</sup>	49 (59,7)	54 (54,5)	NS
Une barrière <sup>(e)</sup>	6 (7,3)	13 (13,1)	NS

a) Lors d'au moins un des deux temps d'observation (jour, nuit).

b) Port d'une ceinture pelvienne, avec ou sans fauteuil gériatrique ou tablette empêchant la personne de se lever.

c) Installation d'une tablette empêchant la personne de se lever, sans ceinture pelvienne, avec ou sans fauteuil gériatrique.

d) Personne installée en fauteuil gériatrique empêchant la personne de se lever, sans ceinture et sans tablette

e) à l'exclusion de tout autre matériel de contention.



MAIRE

Julie Christie

2019

## DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE ET SOCIAL

Promotion 2019

### LA CONTENTION EN EHPAD Dilemme ou Opportunité ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

#### **Résumé :**

Pratique empirique d'origine indéterminée, la contention physique ou pharmaceutique permettant de limiter la mobilité des personnes s'est déployée initialement dans les établissements de santé mentale où elle fut largement utilisée. Aujourd'hui, elle touche de nouveaux lieux et s'est peu à peu insinuée au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. La contention présente des risques accrus qui peuvent porter atteinte à l'intégrité physique ou psychique des résidents tout autant qu'à la notoriété de l'établissement.

Les observations menées à l'EHPAD « Le Montel » de Saint-Amant-Tallende (63) montrent que la mise en œuvre de la contention perdure et, au-delà des risques, interroge et divise les acteurs sur la conduite à tenir pour promouvoir les droits des personnes âgées tout en assurant leur sécurité au sein de l'institution. Les démarches individuelles de mise en œuvre de la contention, d'où qu'elles viennent rencontrent de vives résistances. Dans le même temps, des contentions insidieuses ou non tracées se banalisent.

La promotion des droits et libertés de la personne âgée ne peut occulter ces pratiques ancrées dans les habitudes. Dans le silence de la législation, la problématique de la contention est aussi une formidable opportunité à saisir pour initier une démarche volontariste de réduction de cette pratique, en s'inspirant des expérimentations étrangères, en développant des alternatives innovantes au sein de chaque structure afin que la contention vienne progressivement à disparaître.

C'est à cet objectif ambitieux que l'ensemble des professionnels de la filière sanitaire, sociale et médico-sociale est désormais convié.

#### **Mots clés :**

EHPAD, CONTENTION, RISQUES, PERSONNES AGEES, DROITS ET LIBERTES, DIGNITE, CONSENTEMENT

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

---