



Diplôme d'Établissement
« Directeur d'EHPAD et Droits des
usagers : enjeux, outils, méthodes »

Promotion : **2010-2011**

De la contention physique passive à la
liberté d'aller et venir de l'utilisateur :
réflexions et enjeux du directeur
d'EHPAD

Patricia Cavelier

Responsables pédagogiques :
Karine LEFEUVRE-DARNAJOU,
Professeur au département
SHS-CS et Christelle
ROUTELOUS, Professeur à
l'Institut du Management,
EHESP

Responsable de l'atelier
mémoire : Karine CHAUVIN

Remerciements

Mes sincères remerciements aux usagers et à leur entourage, qui m'ont ouvert leur porte et livré leur vécu, ainsi qu'aux différents professionnels pour leurs témoignages et leur disponibilité.

Un grand merci à Mme Débotte Clotilde, Technicienne de l'Information Médicale du CRF dans lequel j'exerce, pour sa disponibilité, sa patience et pour avoir assuré la frappe et la mise en page de ce travail.

Sommaire

Introduction.....	3
1 A propos de la contention physique de la psychiatrie à la gériatrie	6
1.1 Historique de la contention en psychiatrie : un principe évolutif et régressif	6
1.2 De l'hospice aux maisons de retraite	9
1.3 De la maison de retraite à l'EHPAD	9
1.4 La contention : Gestion du risque ? Gestion de la liberté ?	10
1.5 La contention : un éclairage par quelques définitions.....	11
1.6 La contention physique passive : des risques délétères	12
1.7 Valeur juridique des bonnes pratiques de la contention physique	15
1.8 Principe de précaution, prévention du risque : un vaste champ de réflexion	16
2 Un établissement sanitaire et médico-social où la contention physique passive suscite des questionnements.....	17
2.1 Des entretiens qui révèlent des divergences de pratiques	20
2.2 Un EHPAD : où la réflexion rime avec liberté.....	25
3 Concilier sécurité, droit aux risques et liberté d'aller et venir pour l'utilisateur en EHPAD : un principe d'évaluation et de prévention du risque	28
3.1 L'établissement sanitaire et médico-social : des propositions pour grandir et évoluer	28
3.2 La fonction de directeur d'EHPAD : une philosophie, une démarche participative de tous les acteurs, un projet construit pour et avec l'utilisateur ouvert vers l'extérieur.....	30
3.3 Un leitmotiv : la liberté d'aller et venir, la prise de risques comme un acte de liberté	31
3.4 La liberté d'aller et venir, et le droit au risque au quotidien : la mise en sens dans l'accueil et le projet de vie et de soins de l'utilisateur	34
Conclusion.....	36
Bibliographie.....	37
Liste des annexes.....	I
NOTE D'OBSERVATION.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANESM :	Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignant
CPP :	Contention Physique Passive
CREAI :	Centre Régional pour l'enfance, l'adolescence et les adultes handicapés ou inadaptés
CRF :	Centre de Rééducation Fonctionnelle
CVS :	Conseil de Vie Sociale
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EHPADA :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Alzheimer
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESPIC :	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
GMP :	Gir Moyen Modéré
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
PMP :	Pathos Moyen Pondéré
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
SSRA :	Soins de Suite et de Réadaptation Alzheimer
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcé

Introduction

Il y a 20 ans, j'écrivais dans mon mémoire de l'école des cadres de santé intitulé « Inscrire la personne âgée dans un processus de vie et de soins » : « Ma philosophie de soins auprès de la personne âgée s'appuie sur une prise en compte de son vécu, de ses choix, de ses demandes, de ses droits, dans la dynamique de prise en soins. Tout élément de vie prend ainsi un sens d'indicateur, nécessaire à l'élaboration d'un projet de vie et de soins individualisé pour et avec la personne âgée ». Un peu plus loin dans ma réflexion, j'écrivais : « Apprenons à soigner les mains dans les poches, aidons en ne faisant rien, en laissant un espace de choix et de risques à la personne âgée ». A cette époque, je m'appuyais sur la théorie D'Erwin Bohm, père spirituel de la méthode appelée « Soins thérapeutiques de réactivation », pratiquée en Autriche dans les années 80.

Qu'en est-il aujourd'hui de la réflexion du prendre soin en gériatrie, du respect des choix et des droits de la personne âgée ?

L'amélioration de la qualité de vie et de soins dispensés aux personnes âgées, en EHPAD est une préoccupation de tous les acteurs intervenant auprès des usagers. Le plan solidarité grand âge, la réforme des EHPAD ont participé à cette évolution. Malgré cette volonté, certaines pratiques restent largement usitées au sein des services gériatriques et EHPAD : la contention.

Les contentions recouvrent diverses formes : les contentions chimiques ou pharmacologiques, architecturales, psychologiques par injonctions collectives répétées et les contentions physiques ou mécaniques, actives ou passives. Traiter de l'ensemble des contentions aurait représenté un vaste champ de réflexion. Je me limite, dans mon propos, à la contention physique ou mécanique passive. La contention physique passive, forme de violence dans la prise en soins contraire à la dignité, annihile la liberté d'aller et venir de l'utilisateur en EHPAD – « Il n'existe aucune base légale pour limiter la liberté d'aller et venir des résidents en maison de retraite sauf dans les situations de troubles mentaux portant gravement atteintes à la sécurité des personnes et à l'ordre »¹. « La contention physique passive, dont la dangerosité a été démontrée, est bien souvent présentée comme une mesure de sécurisation des personnes car elle préviendrait des chutes, notamment la nuit et lutterait contre la déambulation des personnes atteintes de troubles cognitifs »². Sa prévalence se situe autour de 80 % avec une variation de 19 à 85 % dans les services de soins de longue durée ; elle varie de 18 à 22 % dans les services hospitaliers de courts séjours pour les personnes de plus de 65 ans³.

¹ Les bonnes pratiques de soins en EHPAD, liberté d'aller et venir – octobre 2007 – p.74

² Karlsson et al/ 2011, Ahic et al/ 1999, Tinetti et al/ 1992, Capezutti et al/ 1996

³ ANAES 2000

Pour autant, il n'existe aucune preuve de l'efficacité de la contention pour limiter les chutes ou les traumatismes qui leur sont liés ; certaines études montrent même que son utilisation chez les patients âgés augmente les chutes graves avec traumatisme⁴.

Dans le souci de limiter cette pratique, certains pays ont recours à la réglementation. Citons l' « Omnibus Budget Reconciliation Act » (OBRA)⁵ aux USA en 1987 qui consiste à réglementer l'évaluation et la planification des soins, l'utilisation de la contention physique, les droits des résidents et la qualité de soin. Il stipule que « le résident a le droit d'être libre de toutes les contraintes physiques imposées dans le but de la discipline, ou de la convenance, et non appropriées pour traiter les symptômes médicaux du résident ». La loi sur la santé et les services sociaux a été adoptée au Québec en juin 1998. L'article 118.1 de cette loi dit que : « (...) tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne (...) ». « L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle. Elle doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne »⁶.

En Suisse, en 1997, dans son 8^{ème} rapport général d'activités, le CPT (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants), enjoint de consigner systématiquement « chaque recours à la contrainte physique d'un patient (...) dans un registre spécifiquement établi à cet effet, ainsi que dans le dossier du patient. Les éléments à consigner doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin l'ayant ordonnée ou approuvée, et le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel ».

En France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) devenue La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en octobre 2000, un document sur la « Limitation des risques de la contention physique de la personne âgée ». Elle propose dans ce document des recommandations concernant cette pratique et ses alternatives, dans le but d'en limiter les usages et d'améliorer sa sécurité quand elle est inévitable. Malgré ces multiples réflexions, la liberté d'aller et venir en EHPAD reste encore réduite voire supprimée. Pourquoi ce constat ?

Parce qu'on a privilégié le soin au relationnel, la protection à l'indépendance, la contrainte à la liberté, se sont développées le plus souvent des pratiques contraignantes, sécuritaires, où les personnes âgées finissent par donner aux autres tout droit sur leur

⁴ Tinetti et al., 2002 ; Evans et al., 1989.

⁵ Pawlson et al., 1992

⁶ Lajeunesse, 2000

propre vie, participant ainsi à « leur mise en dépendance », selon l'expression du professeur Moulias⁷. L'expression du choix de son lieu et mode de vie, de ses relations, est pourtant affirmée par la charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante : « Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie⁸.

Il est vrai, dans certaines situations, des interventions limitatives de liberté apparaissent parfois inévitables. « La pratique de la contention s'explique par des raisons sécuritaires pour faire face à des périodes de grande agitation, pour permettre l'administration de soins, pour réduire les périodes de déambulation et limiter le risque de chute ». A ce titre, « la contention peut être considérée comme un acte de soins gériatrique »⁹. Au nom de l'intérêt d'une personne âgée et du soin qu'on prend d'elle, et par souci de protection de la personne accueillie, des directions, des personnels et des familles, par la crainte du risque et de la responsabilité engagée, contribuent paradoxalement à mettre à mal la notion même de dignité.

Au terme de ces réflexions s'est formalisée cette question de départ : Pourquoi décide-t-on d'installer une contention physique passive à un usager et pour quels risques ?

Pour tenter de répondre à ce questionnement, j'ai formulé les hypothèses suivantes :

- Par déficit de locaux adaptés
- Par manque de sens donné aux soins en gériatrie et méconnaissance des soignants des recommandations et bonnes pratiques sur la contention physique des personnes âgées
- Par une insuffisance ou absence de formalisation du droit à la liberté d'aller et venir de l'usager, dans les projets et diverses instances des EHPAD.

La première partie, traite de la contention, de sa définition à sa mise en œuvre et établit un comparatif historique des pratiques soignantes sur la contention physique en psychiatrie et en gériatrie. Les notions fondamentales sur le risque, le principe de précaution, sont également abordées.

La deuxième partie a pour objectif de définir et d'analyser, dans les pratiques soignantes de deux EHPAD, la contention physique passive et les positionnements des différentes personnes concernées par cet acte.

⁷ Moulias R – 2007 – N° 121 « Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique » *Gérontologie et Société* - p.227 à 249

⁸ Extrait « Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance – Version révisée 2007 ».

⁹ Alain Villez, conseiller technique à l'UNIOPSS – Cahiers de l'actif n°318/319 – page 50

Différents outils méthodologiques me servent de support :

- L'observation
- Les entretiens semi-directifs auprès des différents acteurs concernés (usagers, familles, soignants, directeur)
- L'analyse documentaire

La troisième partie propose, à partir de la fonction de directeur, l'adaptation et l'élaboration de proposition de réponses tant internes qu'externes. Comment, en tant que directeur d'EHPAD, adapter des stratégies pour respecter la liberté d'aller et venir, le choix de vie, la dignité et l'intégrité de la personne âgée ? Comment intégrer le droit au risque dans un établissement en tenant compte des contraintes institutionnelles et collectives et des demandes individuelles ?

1 A propos de la contention physique de la psychiatrie à la gériatrie

1.1 Historique de la contention en psychiatrie : un principe évolutif et régressif

Le début de l'utilisation de la contention semble remonter si loin dans l'histoire que l'on ne peut vraiment en préciser l'origine. Dès l'Antiquité, des écrits font allusion à la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées. Au Moyen-âge, le malade mental est le plus souvent soigné à domicile, maintenu attaché. Le recours aux moyens de contention semble traduire la sollicitude des proches qui veillent à protéger le « fou » de lui-même, tout en préservant la sécurité de chacun.

Au 13^{ème} siècle, on préfère enfermer les « fous », parfois nus, dans des cachots dans lesquels s'entassaient également des prisonniers ordinaires. On utilise des camisoles de force et des chaînes fixées au mur et au lit pour immobiliser le malade en arguant que plus le traitement est douloureux, meilleurs sont les résultats. Après la révolution de 1789, les fous sortent des prisons pour les asiles d'aliénés. Le rôle du personnel se réduit cependant trop souvent à celui des gardiens. Le souhait des aliénistes de l'époque est de faire de ces maisons d'aliénés un lieu de guérison. Ayant précédemment exercé à l'asile de Bicêtre, Philippe Pinel, nommé médecin chef de la Salpêtrière en 1795, et Jean-Baptiste Pussin, son surveillant, décident de retirer leurs chaînes aux fous après avoir constaté que certains le sont par période et d'autres continuellement. Ils entreprennent de classer les maladies mentales en catégories selon leurs signes cliniques, leur continuité ou discontinuité, les crises de folie... la psychiatrie était née.

En 1801, Ph. Pinel, à travers son « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale » décrit la naissance de la psychiatrie moderne et du métier de surveillant, ancêtre de l'infirmier en psychiatrie. En s'appuyant sur l'exemple de Pussin, Pinel décrit les qualités physiques et morales qu'exige la surveillance des aliénés dans les hospices. « (...) Il faut une fermeté inébranlable, un courage raisonné et soutenu par des qualités physiques les plus propres à imposer, une stature de corps bien proportionnée, des membres pleins de force et de vigueur, et dans les moments orageux, le ton de voix le plus foudroyant, la contenance la plus fière et la plus intrépide (...) ».

Au 18^{ème} siècle, Sir Samuel Tuke, en Angleterre, jette les bases de la « moral therapy ». Il élabore un code de déontologie bannissant la contention, sauf en cas d'agitation extrême.

Au 19^{ème} siècle, en 1820, Jean-Etienne Esquirol succède à Pinel à la Salpêtrière. Esquirol reprend les idées de son prédécesseur pour donner naissance à la réglementation psychiatrique de 1838 restée en vigueur jusqu'en 1990. Un hôpital psychiatrique par département et deux mesures d'internement : le placement d'office (PO) et le placement volontaire (PV) de par la volonté du peuple. Il s'agit là d'une loi de protection de la société avant tout. Un malade peut être hospitalisé avec son consentement ; il est alors en service libre. La vie dans les grands hôpitaux psychiatriques (ou asiles) était rythmée de façon immuable. Toute transgression était sévèrement punie, les traitements curatifs étant peu nombreux. En l'absence de traitement sédatif, l'usage traditionnel de la contrainte physique par des moyens mécaniques constitue le travail de surveillant en psychiatrie.

En 1842, les anglais votent une loi « The Lunatic Asylm act » qui exige la tenue d'un registre précisant les heures d'utilisation de la contention.

Avec le 20^{ème} siècle, (1952), l'arrivée des neuroleptiques révolutionne la psychiatrie et freine l'usage de la contention mécanique et par là même, l'usage de la force physique. De plus, l'après-deuxième guerre marque l'apparition d'une nouvelle théorie sur la prise en charge de la folie ; de nombreux soignants se rendent compte qu'il n'y a pas grande différence entre ce qu'ils ont vécu dans les camps d'extermination et ceux que vivent les malades qu'ils sont sensés soigner. Il n'est donc plus question d'attacher ni d'enfermer, ce qui aboutit à la fermeture des quartiers d'agités et à la disparition des camisoles. C'est d'ailleurs à cette période (1953) que le diplôme d'infirmier psychiatrique voit le jour. Vers les années 60, des méthodes plus douces sont également utilisées dans le traitement des psychoses comme les packs (méthode d'enveloppement humide). Des techniques de soins par la parole et les psychothérapies font leur apparition. Le soin passe de la contention à la contenance, de nombreuses activités thérapeutiques voient le jour. Pussin incarnait à la fois le surveillant, l'agent des services hospitaliers et le soignant en ayant initié le travail d'infirmier en psychiatrie. Puis les agents de services hospitaliers et aides-

soignants sont venus à la fois alléger et affirmer les missions de l'infirmier. Contenir par la parole, les activités socio-thérapeutiques, collaborer avec les différents professionnels, (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux) tant au niveau de la clinique que des objectifs thérapeutiques et sociaux, c'est là le cœur du travail de l'infirmier exerçant dans le domaine de la santé mentale.

En 1992, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique est absorbé par le diplôme d'état infirmier. Mr Friard D. dira « La contention avait disparu des pratiques et des centres Hospitaliers Spécialisés à tel point qu'il n'existait même plus de matériel adéquat. Cette pratique ne réapparaît qu'à partir des années 1995-2000 »¹⁰. En effet, le nouveau profil sociologique des étudiants infirmiers, avec un taux de féminisation passant de 60 % à plus de 95 % depuis 1992, ne permet plus de penser la prise en soins en psychiatrie comme précédemment. La question de la sécurité à l'hôpital psychiatrique doit être repensée.

Est-ce précisément parce qu'ils n'arrivent pas ou plus à être contenant que les soignants vont isoler ou attacher le patient ? Une discrimination insidieuse atteint les infirmiers travaillant en psychiatrie. Ces derniers se trouvent d'autant plus souvent en première ligne dans les situations qui impliquent l'usage de la force physique. Les infirmiers vivent ces situations débouchant sur une véritable problématique identitaire soignante.

En 1999, Pinquier souligne l'augmentation de l'utilisation de la chambre d'isolement et des contentions du fait de la féminisation des équipes soignantes. « (...) Parallèlement, les hospitalisations sans consentement ont augmenté de 57 % entre 1988 et 1998 (...) (...) Et le nombre de lits a baissé ces dernières années contribuant à concentrer les cas les plus difficiles (...) »¹¹.

Enfin, la médiatisation du décès d'infirmier et d'aides-soignants, en février et octobre 2005, vient alimenter les craintes des professionnels de psychiatrie.

Ainsi, le cadre de soins proposé actuellement en psychiatrie, fonctionne-t-il encore en tant qu'instance tierce et autonomisante ?

Au travers de ce paragraphe se posent les nombreuses interrogations que suscite la contention et donc la difficulté des soignants à se positionner clairement par rapport à cet acte.

Qu'en est-il dans les structures accueillant des personnes âgées ?

¹⁰ Infirmier de secteur psychiatrique, rédacteur en chef de la revue « Santé mentale », fondateur du site internet « Serpsy.org », auteur de « Attacher n'est pas contenir » – revue de Santé mentale 86 de mars 2004, p.16

¹¹ Pinquier C. - 1999 « Chambre d'isolement : un soin intensif », Nervure, 4, 8

1.2 De l'hospice aux maisons de retraite

Durant près de 15 siècles, avant de se spécialiser en hébergement collectif pour « vieillards », la logique institutionnelle des personnes âgées s'est trouvée confondue avec celles des établissements caritatifs. En tant que lieu d'accueil des incurables, des indigents et des vieillards nécessiteux, l'hospice a été un des premiers modèles d'institution pour personnes âgées. Ce modèle a d'ailleurs perduré plus de 30 ans, après la volonté des pouvoirs publics d'assurer leur transformation en maison de retraite, médicalisée ou non, ou en unités de longs séjours hospitaliers (loi du 30 juin 1975¹²). L'objectif était d'inciter à la création de places de section de cure médicale, car de fait, même si à l'entrée les personnes étaient valides, au fur et à mesure des années, leur état se dégradait. Forme rénovée de l'hospice, les maisons de retraite vont fonctionner, de par leur lourd héritage, sur un mode où l'ordre collectif prime sur les attentes de la personne. Des institutions « totalitaires » où le pensionnaire sans droits était contraint à se soumettre à l'organisation. C'est dans ce contexte que j'ai débuté mes études d'infirmière. J'ai assisté à cette mutation des salles communes de l'hospice - sans confort où cependant, régnait, malgré les contraintes organisationnelles, une certaine convivialité et joie d'être ensemble - à la section de cure. Un grand nombre de personnes âgées se sont trouvées, réparties du jour au lendemain, dans des chambres à trois lits ou individuelles. Elles étaient parquées dans leur lit entre des barrières ou coincées dans leur fauteuil par des draps ; de pensionnaires, ils étaient devenus résidents. Beaucoup se sont laissés mourir... La logique donnée aux soins dans les maisons de cure s'était traduite par une démarche sécuritaire et protectrice en opposition au concept d'autonomie et d'indépendance. Cette nouvelle prise en charge a également induit des pratiques très contestables, notamment par le différentiel d'attention et de soins entre « les assistés et les payants ».

1.3 De la maison de retraite à l'EHPAD

Ces appellations différentes signent une évolution réglementaire et statutaire « la rupture avec cette tragique assimilation des indigents d'autrefois aux dépendants d'aujourd'hui nécessite, outre l'incontournable changement de regard porté sur la situation de ces personnes, la mutation du statut qui leur est reconnu dans les institutions »¹³. Deux opportunités réglementaires ont permis l'engagement des directions d'établissement dans une démarche qualité au service du projet de vie individualisé : la réforme de la tarification

¹² Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal Officiel du 30 juin 1975

¹³ Villez Alain. – juin 1995 « Vieillir en collectivité » - Gérontologie et société FNG – n° 73 , p.112

des EHPAD introduite par la loi du 24 janvier 1997 et la loi 2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant le statut des institutions sociales et médico-sociales.

Malgré une reconnaissance légitime des droits des usagers et une évolution des représentations collectives, « Force est de constater que les pratiques sécuritaires n'ont pu être éradiquées ; pire, elles connaîtraient plutôt un regain lié à la prolifération de réglementations de plus en plus tatillonnes, notamment dans le domaine de la sécurité et de l'hygiène sanitaire et par une nouvelle conception de la responsabilité »¹⁴.

En France, contrairement aux pays nord-américains, il existe assez peu d'informations au sujet de l'utilisation de la contention physique. Quelques études ont souligné la fréquence de cette pratique. En 2000, selon l'ANAES, la prévalence des contentions en établissements de longs séjours pour personnes âgées varie de 19 à 84,6 %¹⁵. En 2002, selon une enquête réalisée par l'INSEE et la DREES, 120.000 personnes hébergées dans des établissements sanitaires et sociaux se disent enfermées à double tour, voire attachées sur leur lit ou leur fauteuil.

Une autre étude de la DREES, concernant le thème de la maltraitance des personnes âgées, définit la contention comme un acte de négligence active. De plus, l'utilisation de moyens de contention inappropriés, détournés de leur usage, potentiellement dangereux, comme les draps, reste encore très fréquente que ce soit au lit (34 %) ou au fauteuil (62 %). Or, la forte prévalence de la pratique de la contention contraste avec le fait que la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne, et tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit. Cette liberté s'applique aussi bien aux déplacements qu'aux choix et à la prise de décisions. Pour une personne accueillie dans un établissement médico-social, la liberté doit se concilier avec le besoin de sécurité de la personne et d'autrui. Elle implique alors la recherche de l'obtention du consentement de l'utilisateur, y compris en cas de troubles du discernement. La décision d'une entrave à cette liberté peut se poser ?

1.4 La contention : Gestion du risque ? Gestion de la liberté ?

« La liberté d'aller et venir est une composante de la liberté individuelle et est inhérente à l'être humain ».

La constitution française du 04 octobre 1958, texte fondateur de la 5^{ème} république, renvoie directement et explicitement dans son préambule à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789. Son article 1^{er} dispose que « les hommes naissent libres et demeurent égaux en droits ». L'article 1^{er} de la Déclaration Universelle

¹⁴ Villez. Alain - Cahiers de l'Actif n°318/319 « Ethique, droit au choix, droit au risque et responsabilité dans les EHPAD » - p.159

¹⁵ « Limiter les risques de contention physique de la personne âgée » – ANAES octobre 2000, p.12

des Droits de l'Homme, adoptée le 10 décembre 1948, par l'Assemblée Générale des Nations Unies, proclame que « tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ».

Un être humain libre : la contention, qui peut se définir comme une limitation de l'autonomie de la personne, constitue une atteinte à la liberté individuelle. Toute personne devrait être en mesure de consentir à la dispensation des soins dont elle va bénéficier. Le retrait de cette faculté constitue une atteinte à sa liberté individuelle.

Un être humain digne : la contention est une atteinte à l'intégrité corporelle et altère par conséquent la dignité de la personne. Or, la dignité impose de respecter le statut inaliénable et la valeur inconditionnelle de la personne humaine.

De plus la loi du 04 mars 2002, stipule dans son article L.1110-2 « La personne malade a droit au respect de sa dignité »¹⁶ ainsi que la loi du 02 janvier 2002, articles L 311.3 et L311.4 relatifs à l'exercice et aux respects des droits de l'usager.

A l'ère des hospices, les contraintes imposées aux pensionnaires avaient essentiellement pour origine « l'indigence des moyens consentis à des institutions prenant en charge, les pauvres, les handicapés ou les malades. (...) Aujourd'hui, les pratiques contraignantes et sécuritaires ne puisent pas leur fondement sur la gestion d'une exclusion à dominante sociale. C'est la confrontation à la fin de vie, à des degrés de plus en plus élevés d'incapacité fonctionnelle et de handicap des résidents, qui génèrent ce type de réflexe »¹⁷. Ainsi, au nom de la sécurité de la personne âgée, du principe de précaution, de la prévention d'un éventuel risque, les soignants sont-ils habilités à poser des contentions aux usagers ?

1.5 La contention : un éclairage par quelques définitions

L'Encyclopédia Universalis¹⁸ propose la définition suivante : immobilisation d'un malade, d'un animal pour mieux le soigner.

Quant à lui, le dictionnaire Logos¹⁹ indique l'étymologie ; le terme « contention » est emprunté au latin classique « contentio » : tension, effort, lutte, conflit, rivalité et de « contendarre » qui signifie « lutter ». Nous retrouvons dans l'étymologie du mot une connotation plutôt négative.

¹⁶ Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁷ Villez Alain - n°318/319 - Cahiers de l'Actif « Ethique, droit au choix, droit au risque et responsabilité dans les EHPAD » - p.159 et 160

¹⁸ Version DVD de 2005

¹⁹ De chez Bordas, version 1976

Autres conceptions, le verbe « contenir » sous-tend deux idées auxquelles sont associées deux attitudes :

- Contenir au sens « avoir à l'intérieur de » qui sous-entend une attitude passive
- Contenir au sens « retenir, empêcher de » qui sous-entend une attitude active

Toutes deux impliquent l'idée d'une dynamique de maintien d'un élément dans un état donné, par l'existence de limites.

Pour Nouvel F.²⁰, la contention consiste à restreindre, de façon plus ou moins sévère, les initiatives motrices d'un individu. Pour Palazzolo J.²¹, c'est utiliser toute sorte de procédures pour limiter l'autonomie du patient. Fromage²² donne la définition suivante : l'ensemble des moyens physiques visant à restreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne et qui nécessite l'aide d'un tiers pour être enlevé. La contention suppose donc l'intervention d'un tiers à deux moments.

Ces trois dernières définitions intègrent les notions de limitation de mouvement et d'autonomie. Ainsi, la contention est étroitement liée à la notion de dépendance, le sujet contenu n'étant pas à même d'enlever le système qui le maintient.

L'ANAES, dans son rapport de 2000²³ écrit : « La contention physique dite passive se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de toutes ou parties du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté ».

La pose de contention à une personne âgée ne peut être légitimée qu'à partir du moment où le risque existe potentiellement chez la personne. C'est la raison pour laquelle le guide de l'ANAES précise bien « les recommandations de pratiques s'appliquent à toute personne âgée de plus de 65 ans, encore capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par une structure de type maison de retraite ou long séjour ».

1.6 La contention physique passive : des risques délétères

Préalablement à la pose de contention, il est important de faire l'analyse des bénéfices recherchés par la mise sous contention et des risques consécutifs aux défauts de

²⁰ Nouvel F., Abrick M, Jacquot J-M - Edition Masson 1999 « Les contentions et les dispositifs de protection sont-ils utiles chez les multi-chuteurs ? » In la chute de la personne âgée, problème en médecine de rééducation,

²¹ Palazzolo J. - mars 2004 « Contention : Etat des lieux » revue santé mentale n°86, p.31

²² Fromage et al, mai-juin 2003 « Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque ». NPG –

²³ « Limiter les risques de contention physique de la personne âgée » – ANAES octobre 2000 - p.12

contention et des risques liés à la contention. En effet, le rapport de l'ANAES mentionne les risques de décès liés à la pose de contention : strangulation par asphyxie ou résultant de traumatismes liés à la contention. L'exemple de personnes décédées, étranglées par le matériel de contention, alors qu'elles avaient glissé entre la barrière du lit et le matelas en tentant de descendre du lit, est souvent rapporté. Malgré le manque de données épidémiologiques précises, ces événements sont estimés responsables de 1 sur 1000 décès en institution pour personnes âgées.

Concrètement, les moyens de contention utilisés sont divers :

- Barrières de lit ou ridelles
- Ceinture de maintien au lit ou au fauteuil
- Gilet, harnais thoracique
- Attaches de poignets
- Tablette antérieure fixée au fauteuil
- Siège fixé au sol pour ne pas être déplacé
- Vêtements ou draps détournés de leur utilisation habituelle

Les motifs récurrents, évoqués pour une mise sous contention sont :

- La crainte des soignants d'un risque médico-légal en cas de :
 - Risque de chute
 - Troubles du comportement avec agitation et déambulation avec risque de fugue
 - Les soins médicaux

L'analyse de la littérature révèle que la crainte de chute représente le 1^{er} motif d'utilisation de contention. Cette pratique, qui devient une habitude, perdure quand la plupart des soignants pensent que réduire la contention reviendrait à faire prendre des risques excessifs aux personnes âgées.

Tinetti, en 1992, conteste l'efficacité de la contention en termes de chutes et de blessures consécutives. Dans une étude prospective sur un an, comportant 397 sujets âgés en maison de retraite, Tinetti a montré qu'à âge égal et déficit égal, les chutes étaient plus fréquentes chez les personnes soumises à contention (17 % versus 5%) et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention²⁴. Un autre auteur, Capezuti, en 1996, indique que les contentions, non seulement ne diminuent pas le risque de chute grave, mais l'augmentent et surtout chez les personnes confuses²⁵.

²⁴ Tinetti et al., 2002 – (même référence que note 27) p.13

²⁵ Capezuti « Suppression des contentions physiques, chutes et blessures. In Maladie d'Alzheimer : recherche et pratique clinique – vol.2, Ed.Serdi

Enfin, après une observation, Mr Schleenbaker R.E.²⁶ précise que : « 25 % de chutes chez des patients ayant été contenus et seulement 10,1 % en l'absence de contention ».

Comme je peux le constater, un des risques majeurs de la contention est la chute, ce qui est paradoxal. Les autres dangers décrits, non pas des moindres, sont d'ordre physique, psychologique et peuvent aboutir au décès.

On note :

- Des répercussions physiques :
 - Perte de la marche, de l'autonomie
 - Troubles trophiques, escarres
 - Constipation, globe vésical
 - Incontinence urinaire et/ou fécale
 - Diminution de la masse musculaire et osseuse
 - Rétractions, compressions
 - Infections nosocomiales
- Des répercussions psychologiques :
 - Sentiment de mise à l'écart et de déshumanisation
 - Sentiment d'emprisonnement, de privation de liberté
 - Perte de dignité, humiliation
 - Symptômes psychiques et comportementaux avec résignation, repli sur soi, régression, dépression, agitation, glissement
- Le décès par :
 - Strangulation, asphyxie entre les barrières de lit et matelas ou au fauteuil par les ceintures de maintien suite au glissement

L'ensemble de ces risques accroît la morbi-mortalité des personnes âgées concernées. Or, pour qu'une contention soit utile, il faut qu'elle soit très limitée dans le temps ; ainsi la contention devrait toujours être, ou pratiquement toujours, une mesure aigue et jamais une mesure chronique.

A ces conséquences non négligeables de la contention sur la personne (contenue) viennent s'ajouter des répercussions sur le vécu des équipes de soins (malaise, culpabilité). Elle fait écho dans les esprits, consciemment ou inconsciemment, à l'histoire carcérale et aux pratiques asilaires précédemment citées, synonyme de contrainte, de punition, de toute puissance d'un individu par rapport à un autre, d'annulation de l'autre. Paradoxalement, l'utilisation de la contention ne semble pas générer un sentiment de sécurité chez les soignants alors que c'est le premier motif évoqué pour justifier de cette décision. Les familles sont souvent dans l'ambivalence par rapport à leurs proches

²⁶ Extrait de « Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Limiter les risques de contention physique chez la personne âgée ». ANAES – octobre 2000 - p.13

institutionnalisés. La contention provoque la culpabilité ou le malaise mais a le mérite d'assurer la sécurité des sujets âgés.

Une étude, réalisée par Koopmans²⁷, a observé, après analyse d'un questionnaire envoyé aux familles des résidents concernant les contentions, que « la majorité des réponses préférerait la sécurité à la liberté ».

1.7 Valeur juridique des bonnes pratiques de la contention physique

Le législateur ne se prononce pas explicitement sur l'autorisation ou l'interdiction de la contention. Le droit des usagers et le droit fondamental de libre circulation induisent que toute atteinte à ce droit est de fait répréhensible et incite à l'interdire. Toutefois, elle ne l'est qu'en partie, puisqu'elle fait l'objet d'une codification très stricte suivant les recommandations des bonnes pratiques professionnelles préconisées par l'ANAES, aujourd'hui HAS, composées de 10 critères (cf. annexe 3).

En d'autres termes, un professionnel de santé qui ne respecterait pas ce référentiel peut-il voir sa responsabilité retenue ? À cette question, le Conseil d'Etat du 26 septembre 2005 a répondu par l'affirmative « ... que si les recommandations de bonnes pratiques, ainsi définies, (...) n'ont pas en principe, (...) le caractère de décision faisant grief, elles doivent toutefois être regardées comme ayant un tel caractère, tout comme le refus de les retirer, lorsqu'elles sont rédigées de façon impérative ». Le Conseil d'Etat convient donc que les recommandations qui sont édictées dans un sens qui les rend obligatoires, ont de ce fait une valeur normative.

Ce référentiel des bonnes pratiques sur la CPP m'évoque les points suivants :

- Il faut garder à l'esprit que la contention physique est une privation de liberté. La logique sécuritaire ne doit en aucun cas justifier l'absence de droits
- Des questions essentielles doivent être posées avant tout acte de contention physique : Qui protégeons-nous ? Agit-on dans l'intérêt de la personne âgée, de son entourage ou dans l'intérêt des professionnels ? Avons-nous exploré toutes les alternatives possibles avant la contention ?
- Sa mise en place nécessite :
 - Une évaluation pluri professionnelle du rapport bénéfice/risque permettant d'éviter une contention abusive
 - Une prescription médicale clairement détaillée sur les buts, moyens et durée d'utilisation
- Toute décision de contention s'exerce dans le respect de l'autonomie et de l'indépendance de la personne âgée concernée. La bonne compréhension des informations données et le consentement éclairé de la personne sont systématiquement recherchés

²⁷ Koopmans et al - 1998

Les recommandations, ne servent donc plus à donner des indications et à orienter les professionnels de santé lorsqu'elles sont rédigées mais bien à leur donner de nouvelles obligations, sources de responsabilité.

1.8 Principe de précaution, prévention du risque : un vaste champ de réflexion

Comme je le soulignais précédemment, le principal argument mis en avant lors de la pose de la contention physique est la sécurité de la personne. La pose de contention peut alors être légitimée par « le droit à la sécurité ». Mais existe-t-il une contention légitime ?

Ce qui prévaut est le principe de précaution pour prévenir la réalisation d'un risque, risque latent mais dont on ne peut être certain qu'il va se réaliser. Le risque se définit comme la « théorie consistant à rechercher le fondement de la responsabilité civile dans le risque qu'une personne fait courir aux autres, risque qu'elle crée en agissant »²⁸.

Le principe de précautions est appliqué à certaines situations caractérisées à la fois par de fortes incertitudes (ex. risque de chute) et des dommages éventuels graves et irréversibles (ex. conséquences de la chute). Ce principe a été introduit dans le droit français par diverses lois²⁹. Son application en droit médical a suscité de nombreuses discussions. Il impose aux acteurs concernés « de s'astreindre à une action ou de s'y refuser en fonction du risque possible ». La sécurité ne prime pas sur la liberté. Il n'est de sécurité légitime que celle qui est partagée par les deux parties, l'institution et l'utilisateur.

Rappelons-nous que l'apprentissage de la liberté en tant que valeur absolue s'acquière peu à peu et n'est pas sans risques. Cet apprentissage relève parfois du travail de toute une vie. Fonder l'accompagnement de personnes âgées sur le principe d'autonomie fait reconnaître le droit à chacun de risquer sa vie. Non pas dans l'exploit, mais au quotidien comme choisir de se déplacer et en prendre le risque malgré un équilibre précaire. Ce n'est pas protéger la vie par des interdits, des actions directives sous prétexte de retarder la mort - « Personne en effet ne peut mourir pour moi, c'est-à-dire à ma place et réciproquement, personne ne peut épargner à l'autre sa propre mort »³⁰ mais prendre le risque, pour une institution, d'aider les usagers à oser leur vie selon leurs désirs.

Prendre en compte la nécessaire protection de la personne âgée reste essentielle dans la mission d'un EHPAD. S'interroger sur les limites de cette protection, relève de questionnements indispensables que doit se poser le directeur pour garantir les principes de liberté.

Après avoir parcouru la littérature et abordé les enjeux cliniques, juridiques et éthiques de la contention physique passive, j'ai étudié deux environnements professionnels afin

²⁸ Définition issue du dictionnaire juridique

²⁹ Loi du 02 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement, loi du 19 mai 1998 relative à la responsabilité des produits défectueux

³⁰ Miramon J.M - mars 1996 « Ethique et direction d'établissements et de maisons de retraite pour personnes âgées » - Les cahiers de la FNADEPA – n°42, p. 19

d'établir un état des lieux et une analyse des pratiques soignantes quant à l'utilisation de la CPP de la personne âgée.

2 Un établissement sanitaire et médico-social où la contention physique passive suscite des questionnements

Actuellement, cadre supérieur de santé, assurant la direction des soins au sein d'un CRF ESPIC du groupe P..., j'ai été sollicitée, par téléphone en juillet 2009, par un directeur d'EHPAD de notre groupe. Cette requête faisait suite à une situation dramatique liée à une contention physique d'un usager de l'unité EHPAD Alzheimer : le décès nocturne par étouffement entre le matelas et la barrière de lit.

J'étais interpellée à deux titres :

- J'avais participé à l'appel d'offres national sur l'achat de nouveaux lits pour l'ensemble du groupe (lits hospitaliers, gériatriques et lits dits Alzheimer)
- Dans mon établissement, nous avons longuement travaillé sur la contention physique passive et sur les chutes en CRF, dans le cadre de deux EPP.

La 1^{ère} interrogation du directeur portait sur les normes de sécurité des nouveaux lits acquis, la personne décédée disposant d'un nouveau lit Alzheimer. La 2^{ème} interrogation s'apparentait davantage à une préoccupation sur l'intérêt de mener une réflexion sur la contention physique passive dans son établissement. Au cours de cet échange téléphonique, je lui ai fait part de nos réflexions professionnelles sur la contention physique et les chutes et lui ai proposé de lui adresser nos documents relatifs à ces travaux.

Confrontée à de nombreuses reprises, dans le cadre de ma carrière professionnelle, (en soins généraux et psychiatriques) à des situations de contention physique, et fortement interpellée par la situation dramatique précitée, j'ai souhaité réaliser mon stage d'observation dans l'EHPAD concerné, dans le cadre de ma formation au DE de directeur d'EHPAD et droits des usagers ; mon objectif étant d'explorer l'état d'avancement des réflexions pluri professionnelles quant à cette pratique. De par la distance, deux journées ont été nécessaires pour réaliser ce travail. Les dates ont été déterminées avec le directeur de l'établissement qui a informé les usagers et l'ensemble du personnel de ma venue.

Il s'agit d'un établissement sanitaire et médico-social du groupe « P ... », groupe de protection sociale qui assure pour les entreprises, les salariés et les retraités : la retraite, la prévoyance, la santé, l'assurance, l'épargne, l'action sociale individuelle et collective. Le groupe a voulu compléter sa gamme de service et apporter une réponse globale grâce à une offre d'action sociale dans laquelle s'intègrent 20 établissements sanitaires et médico-sociaux regroupés sur 10 sites. Le groupe a misé sur des établissements médico-

sociaux, adossés pour la plupart à des services sanitaires de SSR sur un même site, offrant toute une palette de services en alliance avec l'extérieur. Ainsi, cette complémentarité et cette coopération permettent, entre autres, d'assurer la sécurité des personnes par la permanence d'une équipe pluridisciplinaire au service des personnes accueillies ; d'améliorer la qualité des services rendus grâce à une prise en charge cohérente aussi bien à l'intérieur du champ sanitaire que dans l'articulation avec le champ médico-social et par la généralisation des démarches d'amélioration continue de la qualité.

Cet établissement paritaire ESPIC, localisé sur le bassin girondin, a été ouvert en 1964. Il comprend :

Un secteur médico-social :

- 130 lits d'hébergement permanent dont 30 lits réservés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
- 5 lits d'hébergement temporaire Alzheimer (projet en cours)
- 10 places d'accueil de jour Alzheimer (projet en cours)
- 36 places de FAM pour adultes handicapés mentaux vieillissants (projet en cours)
- GMP en 2010 : 699
- PMP 2009 : 207

Un secteur sanitaire :

- 30 lits de SSR dont 10 spécialisés Alzheimer
- Une consultation mémoire
- Une consultation d'évaluation gériatrique (projet en cours)
- 3 lits de soins palliatifs (projet en cours)

Les projets en cours ont reçu un avis favorable en CROSMS et sont en attente de financements.

Le projet d'établissement 2010/2015 de cette structure a été déposé aux tutelles, dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite. Cette convention de seconde génération, qui prévoit d'intégrer la reconnaissance des unités Alzheimer par une labellisation, avec un projet PASA pour 2013, est en vigueur depuis le 1er janvier 2011. L'évaluation externe médico-sociale est engagée dans le cadre d'un groupe de travail.

Pour affiner ma réflexion sur le thème de la contention physique aux personnes âgées, j'ai déterminé les postulats suivants :

- Pourquoi utilise-t-on une contention pour un usager ?
- Une contention pour quel risque ?
- La contention : à qui s'adresse-t-elle, quand et comment ?

L'analyse de ma problématique s'appuie sur deux outils méthodologiques, les entretiens semi-directifs qui répondent plus particulièrement aux deux premiers questionnements et l'observation à partir de grilles, qui éclaire davantage la dernière question.

L'établissement présentant diverses disciplines j'ai choisi d'observer :

- 10 lits de SSR Alzheimer
- 11 lits de SSR
- 16 lits d'EHPAD
- 30 lits d'EHPAD Alzheimer

Ce choix me permettant de repérer d'éventuelles divergences de pratique.

Afin de structurer mon travail, j'ai élaboré une grille d'observation (annexe 1) comportant 5 items :

- Chambre seule ou pas
- Type de lit
- Lit équipé systématiquement de barrières
- Présence dans la chambre d'autres moyens de contention et si oui, lesquels
- Traçabilité des prescriptions, dans les dossiers informatisés de soins des usagers, comparée aux moyens de contention retrouvés dans les chambres (annexe 2)

A partir de cette grille, j'ai établi le tableau suivant :

Tableau de prévalence de contention physique passive

Nombre d'usagers présents	Contention de jour F = Fauteuil/ L= Lit		Contention de nuit (2 barrières)	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
SSR = 11	0	0 %	0	0 %
SSRA = 9	1 F	11,11 %	9	100 %
1 unité d'EHPAD = 16	1 F + 2 L	18,75 %	13	81 %
EHPADA = 30	6 F + 6 L	40 %	28	93 %

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation Alzheimer

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EHPADA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Alzheimer

Les données recueillies démontrent des divergences de pratique entre le sanitaire et le médico-social, affinées par les éléments suivants :

Les résultats du tableau construit sur les critères de bonnes conduites de la CPP (annexe 2) sont corrélés aux entretiens semi-directifs réalisés auprès de 9 professionnels des services précités (annexe 4 : grille d'analyse). J'ai souhaité rencontrer le médecin coordinateur de l'EHPAD mais il était indisponible, lors de ma visite.

J'ai utilisé le terme générique de soignant pour désigner l'ensemble des interviewés.

Chaque entretien a duré 20 à 30 mn et les questions suivantes leur étaient communes :

- De quand date votre dernière pose de contention physique à une personne âgée, dans quel contexte et pour quel motif ?
- Qui prend la décision de la contention physique et comment cette décision est-elle mise en œuvre ?
- Avez-vous connaissance des recommandations de bonnes pratiques sur la contention physique de la personne âgée et des risques liés à cette contention ?

2.1 Des entretiens qui révèlent des divergences de pratiques

En SSR, la dernière contention physique (par barrières) date de 10 jours pour une durée de 2 jours à la demande de la personne soignée. Les soignants, ayant réalisé un travail de réflexion sur la contention physique, dans le cadre de la certification V2, sont très au fait des recommandations de bonnes pratiques éditées par l'ANAES/HAS. Dans ce service, la contention physique est très peu utilisée et la plupart du temps à la demande des personnes âgées. La démarche mise en œuvre est centrée sur la personne soignée, le respect de ses choix, de ses droits. Le moyen essentiellement utilisé est les barrières de lit. En effet, comme j'ai pu le préciser dans mes journées d'observation (annexe 4), les personnes se sentent rassurées par ces barrières posées uniquement la nuit, en phase postopératoire (les deux 1^{ers} jours d'arrivée dans le service de rééducation), craignant de tomber de leur lit pendant leur sommeil et ainsi mettre en péril leur programme de rééducation.

Les règles de prescription et d'utilisation de la contention respectent les critères de l'ANAES/HAS (cf. annexe 3). La décision est collégiale avec une information et une demande de consentement de la personne. La notion de bénéfice/risque est toujours évoquée, la réévaluation est quotidienne. De par leur réflexion pluri professionnelle et l'impact de la certification, un protocole de mise en place de la contention physique a été intégré au dossier patient informatisé. Il reprend tous les critères sauf celui de la surveillance des risques engendrés par la contention qui sont des éléments de surveillance déjà insérées au dossier informatisé.

Afin d'approfondir leur réflexion, un travail sur les chutes est amorcé ; à la date de mes entretiens, une fiche chute était en cours d'élaboration.

En SSR Alzheimer, la dernière contention date de la veille. Les points de vue des soignants sont identiques ; en revanche, une pratique de barrières systématiques est instaurée à toutes les personnes pour la nuit. Malgré des locaux sécurisés et du matériel adapté (annexe 4), la peur de la chute nocturne est évoquée et cette peur est corrélée aux troubles cognitifs présentés par les usagers de ce service. Le médecin pense que l'étude sur les chutes, également menée dans cette unité, va lever les appréhensions des soignants. Il est conscient de prescrire des contentions uniquement « (...) pour la sécurité des soignants (...) » mais à ce stade, « (...) l'équipe soignante n'est pas prête à sauter le pas (...) », les stigmates du drame de l'été 2009 sont encore présents dans les mémoires d'autant, continue-t-il, « (...) que les circonstances de ce décès n'ont quasiment pas été reprises en réunion d'échanges (...) ». Les règles de prescription et d'utilisation de la contention ne respectent pas l'intégralité des recommandations de l'ANAES/HAS (cf. annexe 2). En effet, la personne est uniquement informée de la pose des barrières pour la nuit, son consentement n'est pas requis. Le bénéfice/risque n'est pas évoqué ; en revanche, la décision est collégiale, la réévaluation des contentions nocturnes est hebdomadaire. Le protocole de contention est inséré dans le dossier informatisé mais n'est pas utilisé dans son intégralité.

J'ai regroupé les réponses des soignants des unités **EHPAD et EHPAD Alzheimer**, celles-ci étant quasiment toutes identiques. Les contentions mises en œuvre datent du jour même de l'entretien. Les soignants rapportent que leur souci de la sécurité des usagers les conduit à utiliser et à demander des contentions, surtout des barrières. Les chutes et la déambulation sont les motifs principalement évoqués, la peur de plainte familiale également (en cas de chute) : « Les familles demandent des barrières, on respecte ». Lorsque je pointe aux soignants de l'EHPAD Alzheimer que la déambulation n'est pas un souci puisque l'accès de l'unité est sécurisé par un digicode, le manque de personnel est souligné ainsi que la déambulation de certains usagers dans l'ensemble des chambres. Le confort des résidents est également pointé : « les barrières peuvent les aider pour se retourner dans leur lit, », le confort des soignants également « on n'a pas toujours le temps de passer régulièrement, la barrière ça nous sécurise ». Cependant, au cours de ces entretiens avec les soignants des deux unités d'EHPAD, je ressens un malaise, des propos édifiants sont énoncés « on sait, attacher ou coincer les personnes âgées entre des barrières c'est pas bien mais comment faire autrement ? Apparemment en SSR ils y arrivent, ils ont du être formés » ... « Vous savez, pendant nos études, la contention physique n'est pas abordée dans nos cours, on y est juste confronté pas le biais de nos stages et surtout en psychiatrie et en service de personnes âgées » ... « une formation serait la bienvenue ; et puis cela éviterait peut être des catastrophes ».

Cette phrase recueillie est lourde de sens et témoigne d'un réel mal être et d'une culpabilité envers cette pratique. Lorsque j'aborde la prise de décisions quant à la pose de

contention, la réponse des soignants des deux EHPAD est unanime : « c'est le médecin, c'est lui le prescripteur ». Je leur pointe que dans la plupart des cas c'est à leur demande. En effet, j'ai constaté que des moyens de contention observés dans les chambres n'étaient pas prescrits (cf. annexe 2). Elles me répondent « Oui, mais, c'est le médecin qui prend la décision finale, nous ne sommes pas prescripteurs ». Ces propos semblent alléger le poids de leur responsabilité. Lorsque je leur souligne mon étonnement sur la durée de la contention physique dans leurs unités (item « définitif » coché sur les dossiers informatisés) j'obtiens une curieuse réponse « Vous pensez que l'état de nos résidents va s'améliorer ? ». Le manque de connaissances générales sur la contention physique et le manque de questionnements sur leurs pratiques professionnelles peuvent induire ce type de réponses. Mon analyse est accentuée par les réponses obtenues sur les risques de la contention ; seuls trois risques physiques ont été cités : escarres, constipation, rétraction. Aucun risque psychologique n'est évoqué, encore moins le risque de décès. En revanche, une demande de formation est formulée, l'expérience de l'équipe de SSR est à nouveau pointée, le sentiment de culpabilité est toujours présent.

A l'origine j'avais prévu une 4ème question s'adressant uniquement aux soignants exerçant en EHPAD et EHPADA. Elle était la suivante :

- La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable des usagers des EHPAD, comment intégrez-vous ce droit dans votre démarche soignante au quotidien ?

Face au mal être, des soignants de ces unités, perçu au cours des entretiens, je n'ai pas souhaité amplifier leur culpabilité en posant cette question.

En SSR, tous les risques physiques liés à la contention sont connus, quelques risques psychologiques sont énoncés, le risque de décès est signifié sans aucun parallèle avec la situation dramatique antérieure. Les alternatives à la contention sont abordées en soulignant qu'elles doivent être mises en œuvre avant d'envisager une mesure de contention. Dans ces éléments, je note une réelle réflexion sur le sujet.

En SSR Alzheimer, tous les risques physiques sont connus, aucun risque psychologique n'est décrit. Le risque de décès n'est pas évoqué. Les alternatives à la contention sont citées mais leur mise en œuvre dans leur unité de soins semble infaisable. Je leur demande « Est-ce par manque de moyens alors que vous disposez de lits Alzheimer dans tout le service et d'une unité sécurisée ? » (cf. note d'observation). Ils répondent « Non, c'est parce que l'on n'ose pas, on n'est pas prêts... peut-être que l'étude sur les chutes nous y aidera ». Une réelle volonté de progresser dans leur cheminement professionnel est signifiante.

Ces entretiens reflètent 3 étapes distinctes des cheminements des différents professionnels interviewés.

En SSR, institution sanitaire, les démarches d'amélioration de la qualité des prestations sont probablement sous tendues par les mesures de certification des établissements sanitaires. Le principe d'accréditation a insufflé dans les structures de soin une réelle volonté de progresser et d'améliorer la qualité des soins. La mise en œuvre d'un protocole de contention physique et la réflexion initiée sur les chutes témoignent de cette envie d'évoluer ; la démarche étant soutenue par un souci de respecter les droits et choix des personnes accueillies. Une réflexion collégiale est menée, le projet est donc fédérateur.

En SSR Alzheimer, le cheminement professionnel sur la contention physique est amorcé. Mais des freins psychologiques ralentissent encore la démarche. Hors entretiens, j'ai appris par le médecin référent de cette unité, qu'une des IDE interrogée, exerçait en EHPAD Alzheimer à l'époque du décès ; de plus, il m'avait signifié au cours de l'entretien que peu d'accompagnement et d'écoute des soignants avaient été proposés à cette époque. Comment faire progresser une équipe dans les non-dits et la culpabilité ? Malgré une réelle motivation exprimée par les soignants de cette unité, il me semble que cette équipe aura quelques difficultés à avancer tant que ce mal être ne sera pas évacué.

En unités d'EHPAD et EHPADA, les entretiens démontrent que la contention physique passive est considérée comme une pratique souhaitable, sécurisante, tant pour l'usager que pour le soignant. Elle sert de protection aux chutes et à la déambulation. Le peu de connaissances des soignants sur le sujet renforce probablement le geste routinier qui est notamment induit par leur formation soignante initiale. La peur des plaintes familiales est fortement soulignée. Les soignants sont insécurisés par l'image que leur renvoie la personne âgée, entre autres la diminution de capacités motrices, un équilibre parfois précaire, un potentiel risque de chute souvent majoré par des motifs de surprotection de la part des familles. « Si on l'a mise là, c'est pour qu'elle soit bien soignée et en sécurité, car chez elle, elle n'arrêtait pas de tomber ³¹ ».

Le manque de personnel est signifié : alors que le ratio n'est pas au plus bas avec 0,58. Un besoin de formation et l'envie de connaître l'expérience du SSR sur ce thème sont énoncés. Mais diffuser et connaître le contenu d'une procédure ne suffit pas à faire évoluer une pratique de soins ancrée depuis plusieurs années. L'amélioration d'une pratique passe surtout par une analyse des représentations professionnelles qu'elle suscite, par une réflexion et une analyse du sens donné au soin.

³¹ Octobre 2007, citation extraite « Des bonnes pratiques de soins en EHPAD - liberté d'aller et venir » -. p.74

En effet, toute pratique soignante s'inscrit normalement dans le cadre d'une philosophie de soins (réflexion sur le prendre soin, sur l'être humain dont on prend soin, sur l'environnement dans lequel il vit, sur les questions de santé qui l'amènent à être en relation avec un soignant) et d'un modèle de soin (représentation de ce qu'est et devrait être dans ses connaissances et modes d'actions, la profession à laquelle appartient le soignant)³². Durant leur formation initiale, les soignants reçoivent un enseignement sur ces philosophies et modèles de soins ; dans certains instituts, plusieurs modèles et philosophies leur sont présentés ; d'autres, malheureusement nombreux, ont fait le choix de ne présenter qu'une philosophie de soins, en l'occurrence les théories de Virginia Anderson et Abraham Maslow. Ainsi la plupart des soignants est imprégnée de ce schéma restrictif centré sur les besoins de l'être humain, de la naissance à la vieillesse. Or, prendre soin de l'usager en EHPAD, par l'écoute et le respect de ses besoins, désirs et demandes, c'est réfléchir ensemble (usagers, familles et soignants) au sens donné aux actes de vie et de soins ainsi qu'à la prise de risque qu'ils suscitent.

A l'issue de mes entretiens, j'ai étudié le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour et le livret d'accueil de l'établissement. L'ensemble de ces documents traduit la promotion des droits de l'usager, notamment le chapitre dans le règlement de fonctionnement consacré aux droits et liberté, valeur fondamentale, également rappelée dans le contrat de séjour. Le projet d'établissement, centré sur l'usager, rappelle l'intérêt d'une démarche éthique dans le projet de vie et de soins de la personne âgée. Or, mes éléments d'observation et d'entretiens ne reflètent pas toujours cette volonté de garantir les droits de l'usager, notamment celui de la liberté d'aller et venir.

J'ai échangé avec le directeur de l'établissement et lui ai signifié, en substance, l'intérêt de mener une réflexion pluri professionnelle sur le sens donné à la pose de contention physique en unité d'EHPAD. Le directeur est bien conscient, des clivages de prises en soins dans sa structure, entre le sanitaire et le médico-social mais il m'a signifié qu'un des maillons essentiels dans la mise en sens d'un projet en EHPAD est le trio indissociable directeur-médecin coordinateur- cadre de santé. Ce trio insuffle la dynamique d'analyse, de réflexion qui permet l'évolution des pratiques professionnelles dans une structure. Mais, à cette époque, des dysfonctionnements managériaux semblaient présents.

Compte-tenu du temps dont je disposais, je n'ai pas pu réaliser dans cet établissement d'entretiens auprès des usagers et de leur famille. C'est dans une autre structure, courant avril, que j'ai pu échanger avec les usagers et leur entourage.

³² Septembre 2006, extrait « Des réflexions sur les philosophies de soins » - Revue Gériatrie et Société- n°118

2.2 Un EHPAD : où la réflexion rime avec liberté

J'ai découvert cet EHPAD, situé dans l'Eure, après avoir discuté avec une des personnes soignées, hospitalisée dans notre CRF pour rééducation après changement de prothèse totale de hanche gauche. Cette dame, âgée de 82 ans, réside dans cet EHPAD depuis un an, après avoir testé un autre établissement pour personnes âgées. Notre propos portait sur les risques de chute et de la contention physique : je lui avais demandé si elle se sentait en sécurité dans notre CRF. Cette personne appréciait notre démarche rééducative, centrée sur la reprise progressive de l'indépendance, avec aides techniques et présence soignante dans les gestes de la vie quotidienne. Elle m'a exprimé « J'apprécie cette continuité avec ma maison de retraite, qui pratique comme vous, pas de barrières, pas d'attaches au fauteuil, ce n'est pas comme à l'hôpital et comme dans mon ancienne maison de retraite où on vous empêche de bouger et où on vous met des barrières systématiquement pour la nuit. Ici, l'environnement de la chambre et le lit permettent une circulation facile, on se sent respectés, écoutés ».

Intéressée par le profil de l'EHPAD où résidait cette dame, je lui ai demandé les coordonnées de sa structure. C'est sa fille, le lendemain, qui m'a donné les renseignements et signifié que cette maison de retraite avait été « comme une providence pour sa maman, vous savez avant elle était dans une structure où elle ne pouvait rien faire, elle était attachée par une ceinture dans son fauteuil ; la nuit, elle était coincée entre des barrières. (...) Les motifs évoqués par les soignants et la direction étaient un souci de sécurité et la peur des chutes. Ma mère se laissait aller, j'ai eu peur qu'elle se laisse mourir, je l'ai donc changée de structure avec son accord. (...) J'en ai visité des établissements avant de trouver quelque chose d'humain à présenter à ma mère. (...) A la visite de pré-admission, elle a aimé l'ambiance. (...) C'est privé, nous payons un peu plus cher, mais Maman y est bien, elle revit, le projet est clair, la liberté est respectée ».

Après ces échanges, j'ai donc pris contact auprès du directeur en lui expliquant comment j'avais obtenu ses coordonnées et le but de ma démarche : visiter son établissement et rencontrer des usagers et leurs familles pour échanger sur la contention physique et le droit aux risques en EHPAD. Le directeur était en accord sur le principe, mais avant de me donner son aval, il souhaitait informer et demander aux usagers s'ils acceptaient de me rencontrer. Rendez-vous fut pris 15 jours plus tard.

Il s'agit d'un EHPAD de 80 lits ainsi que d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 lits. Les bâtiments sont contigus, siégeant au centre d'un grand jardin paysager et agrémenté de terrasses et patios. Les deux bâtiments sont reliés par une immense salle de spectacle et d'animation. Les locaux sont clairs et colorés avec une signalétique très précise pour favoriser l'orientation des personnes âgées vers les différentes salles

(restauration, coiffure, animation...). L'UHR a une particularité architecturale, des pièces de vie et de soins centrales, avec les chambres individuelles en rotonde.

La prévalence des contentions physiques au jour de ma visite, de jour comme de nuit est de 2 %. Une étude sur les chutes et la contention physique passive est menée depuis 2 ans. Le respect des choix, droit aux risques et la liberté d'aller et venir sont clairement énoncés dans les documents de la structure : projet d'établissement, de vie et de soins, livret d'accueil, contrat de séjour et règlement de fonctionnement. Le directeur reçoit tous les usagers et leur famille au cours de la visite de pré-admissions. A cette occasion, il énonce la philosophie du prendre soin et du respect du droit et choix des usagers. Le directeur me précise que bien souvent, à l'arrivée, les familles sont demandeuses de qualité et surtout de sécurité, l'établissement étant à but lucratif, les exigences sont très pointues. C'est pourquoi, par le biais de cet accueil, auquel assiste un référent soignant, il explicite le projet de la structure. Les familles sont associées au conseil de vie sociale, ainsi qu'à des conférences-débats en interne sur divers thèmes (un thème par mois). Les thèmes sur les chutes et la contention physique ont déjà été abordés.

Une politique de recrutement et de formation du personnel soignant est très élaborée, les thèmes sont la bientraitance, le droit des usagers. Est en cours, une formation à l'Humanité dans la prise en soins des personnes âgées.

Le ratio de personnel est de 0.58 en EHPAD et de 0.62 en UHR.

Le directeur m'a laissée pratiquer seule les entretiens. J'ai rencontré une dizaine d'usagers et 5 membres de famille. 7 en EHPAD avec 3 enfants et 3 en UHR avec 2 enfants. Afin de faciliter les échanges, j'ai demandé à toutes les personnes de les enregistrer. Les thèmes abordés :

- La contention physique passive
- Le droit aux risques
- La liberté d'aller et venir
- Le respect des choix et des droits.

Je retrace ici un résumé de ces différents échanges, toutes les personnes rencontrées étaient avenantes, souriantes et s'exprimaient librement.

En EHPAD, l'accueil à la visite de pré-admission est pointé, l'ensemble des usagers et leur entourage ont apprécié le détail des explications données par le directeur et le soignant. La notion de respect et d'écoute des habitudes de vie « (...) Notre projet de vie dépend de nos choix, on est libre (...) ». Les familles ont exprimé leurs craintes au début « (...) Le droit au risque c'est bien, mais pas à n'importe quel prix (...) puis on a compris au fil du temps que tout était fait en fonction des capacités physiques et psychologiques de nos parents (...) que rien n'était fait au hasard ». « (...) Parfois j'ai encore des craintes,

mais je peux les exprimer. De plus, j'ai assisté à la conférence-débat sur la contention physique en EHPAD». En effet, une évaluation individuelle est mise en œuvre pendant le 1^{er} mois d'arrivée des résidents : indépendance/dépendance, goûts et rythmes alimentaires, agencement de la chambre en fonction des besoins et demandes, goûts culturels... « (...) Ils ne sont pas attachés comme dans certains établissements, on les laisse faire, tout en étant accompagnés, ils circulent comme ils veulent ». « (...) Ma maman a une seule barrière la nuit, mais c'est à sa demande, cela l'aide pour se retourner ». « (...) Papa est déjà tombé mais sans gravité, son équilibre est incertain, on lui a mis un déambulateur après lui avoir demandé et expliqué ».

En UHR, les familles ont apprécié le passage progressif de leurs parents de l'EHPAD en UHR. « (...) Maman commençait à déambuler et à s'agiter de plus en plus, l'architecture de ce bâtiment est rassurante, petite unité « cocon » où tout est fait pour la détente, l'occupation, pas de stress » ; « (...) Les soignants sont extraordinaires, quelle douceur et quelle patience ». « (...) L'entrée est sécurisée, nos parents ont un accès direct au jardin, ils peuvent entrer et sortir comme ils veulent ; il y a toujours un regard bienveillant des soignants sur eux ». Mes échanges avec les usagers de l'UHR ont été différents, ils étaient souriants, détendus, intrigués par ma venue. « Tu viens faire quoi ? » « Viens dehors avec moi je vais te montrer quelque chose » « Tu parles de quoi ? ». L'atmosphère chaleureuse et humaine se ressentait dès l'entrée dans cette structure.

Cette visite et ces échanges avec les usagers et leurs familles m'amènent les réflexions suivantes :

- La philosophie de prise en soins est clairement énoncée
- Le projet de vie décliné en projet de vie et de soins est le socle stratégique de l'établissement
- Des priorités (chutes et CPP) centrées sur le respect des choix des usagers sont définies et font l'objet d'un suivi avec réévaluation régulière
- Une autoévaluation différenciant qualité perçue et qualité attendue est mise en œuvre
- Les usagers et les familles sont intégrés dans la politique institutionnelle par une démarche participative (par le biais entre autres des CVS et des conférences-débats)
- Une politique de communication tant interne qu'externe portée par le directeur permet à l'établissement d'entrer dans une dynamique des réseaux gérontologiques

Enfin, cette journée m'a permis d'approfondir ma fonction de directeur dans l'élaboration et l'adaptation de réponses, répondant à mes interrogations préalablement énoncées :

- Comment adapter des stratégies pour respecter la liberté d'aller et venir, le choix de vie, la dignité et l'intégrité de la personne âgée ?
- Comment intégrer le droit aux risques dans un établissement en tenant compte des contraintes institutionnelles, collectives, et des demandes individuelles des usagers ?

3 Concilier sécurité, droit aux risques et liberté d'aller et venir pour l'utilisateur en EHPAD : un principe d'évaluation et de prévention du risque

Ma démarche projet s'articule en deux étapes, l'une consacrée à des propositions de réponses concernant l'établissement sanitaire et médico-social dans lequel j'ai réalisé mon étude et mes interviews sur la contention physique passive. L'autre étape détaille ma vision d'une direction d'EHPAD dont l'objectif est d'intégrer la liberté d'aller et venir et le droit au risque pour l'utilisateur dans les projets institutionnels. N'exerçant pas actuellement dans ce type de structure, elle s'appuie sur des projections et une réalité réglementaire.

3.1 L'établissement sanitaire et médico-social : des propositions pour grandir et évoluer

Comme j'ai pu le préciser précédemment, cet établissement sanitaire et médico-social souffre d'un réel clivage entre les deux entités et de dysfonctionnements managériaux, notamment en EHPAD. Ces propositions sont graduées dans leur importance et leur temporalité.

Il me semble, dans un premier temps, primordial :

- De mettre en place des ateliers d'expression, avec un médiateur extérieur à la structure, afin que les soignants, encadrants, direction (notamment des unités EHPAD et EHPADA) puissent exprimer les non-dits face à la tragédie vécue, leurs craintes et leurs peurs au regard du potentiel risque de chute des usagers et clarifier ainsi leur niveau de responsabilités.
- Elaborer une politique de formation continue avec notamment une action sur la contention physique passive, ses risques et responsabilités des soignants, organisée dans la durée, en interne, afin que tous les soignants et encadrants puissent bénéficier d'une information homogène et échanger sur leurs pratiques.

- Amorcer une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles sur la contention physique passive corrélée aux chutes avec comme support un arbre décisionnel à la mise en place d'une CPP et travailler avec les équipes de SSR au partage d'expérience et des travaux en cours (procédure de CPP) ; réfléchir à des critères pour conduire une politique de réduction de la contention
- Introduire une réflexion éthique dans l'établissement où usagers, familles, soignants et dirigeants pourraient confronter leurs avis sur des notions fondamentales comme la liberté d'aller et venir, le droit au risque en institutions, ex : envisager l'ouverture des unités sécurisées, l'accès principal de l'établissement étant codé. « La réflexion éthique émerge d'un questionnement pouvant venir des professionnels, des personnes accompagnées ou de leur entourage. il s'agit d'une réflexion collective associant une pluralité de points de vue, déclenchée par des situations concrètes singulières »³³
- Initier dans un plus long terme, en fonction de l'évolution des cheminements et pratiques professionnels, une formation à la bientraitance dans la prise en soins, afin d'apporter un éclairage et un accompagnement à une autre philosophie de soins centrée sur le bien vivre et le bien être de l'utilisateur
- Penser un aménagement architectural dans les unités EHPAD et EHPADA, signalétique explicite et colorée pour faciliter la libre circulation des usagers
- Aménager l'environnement des chambres, évitant le risque de chute, après une évaluation des capacités motrices et sensorielles, par une observation et une écoute des demandes de la personne âgée
- Repenser les projets d'établissement, de vie et de soins, en intégrant la nouvelle philosophie de prise en soins et les notions humaines de respect des droits, choix, liberté d'aller et venir de l'utilisateur, en travaillant à une politique interne et externe de communication
- Analyser et évaluer régulièrement les pratiques et projets mis en œuvre.

J'ai probablement omis des éléments, dans l'ensemble de ces propositions, mais elles s'appuient uniquement sur l'expertise de mes deux journées de stage. Pour affiner mon analyse et étayer davantage le propos, il aurait fallu que je puisse observer le processus managérial instauré.

³³ « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » ANESM – Juin 2010 - p.18

3.2 La fonction de directeur d'EHPAD : une philosophie, une démarche participative de tous les acteurs, un projet construit pour et avec l'utilisateur ouvert vers l'extérieur

- ✓ Une philosophie du bien vivre et de la prise en soins de l'utilisateur

Cette philosophie se veut une réflexion, partant de mon vécu personnel et professionnel, d'une réalité concrète, d'une expérience humaine. C'est :

- Ecouter pour apprendre à connaître la situation de la personne âgée
- Respecter, en considérant la personne âgée comme un sujet à part entière ayant choix et décisions au regard de sa situation
- Informer, expliciter pour donner à l'utilisateur les moyens de se prendre en charge
- Prendre soin de et avec, c'est-à-dire en regard des demandes de l'utilisateur, de sa situation antérieure, actuelle, future et de ses possibilités, négocier un projet de vie et de soins individualisé entre la personne âgée, sa famille et l'institution

Cette philosophie fait écho à la recommandation de l'ANESM sur la bientraitance et s'inscrit dans les principes de la loi 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Pour vivre et prendre du sens, cette philosophie doit être partagée dans un premier temps avec le médecin coordinateur et l'encadrement, une des pièces maîtresses de la politique de management associée à une démarche participative.

Ce trio (direction- médecin coordinateur-encadrement), fédéré par les mêmes visions du bien vivre en EHPAD, est le chef d'orchestre de la mise en sens des orientations du projet d'établissement.

La politique des ressources humaines est également fondamentale, centrée sur une procédure de recrutement spécifique :

- En plus des qualifications, des qualités relationnelles et une capacité d'interrogation avec remise en question sont requises
- Une qualité de vie au travail par des organisations formalisées – ex. charte de fonctionnement planning, répartition équitable nominative de tâches : la notion de référent est ainsi déterminée entre le soignant et l'utilisateur. Cette démarche permet un suivi personnalisé de la personne âgée sur ses besoins, désirs, demandes, alimente le projet de vie individualisé et valorise le soignant dans son prendre soin
- Une politique de formation continue axée sur des priorités définies – ex : droit aux risques, bientraitance. Le cahier des charges de cette formation pourrait comporter les objectifs suivants :
 - Resituer l'utilisateur au centre des réflexions, de le considérer en tant que sujet en valorisant la notion de personnalisation du projet de vie et de soins

- Identifier les situations à risque par une analyse des pratiques (entendre que chacun fonctionne, réagit et agit en fonction de sa formation professionnelle initiale, mais surtout en fonction de sa personnalité, de son vécu et surtout de son histoire)
- Valoriser les pratiques des soignants, leur rôle auprès des personnes âgées et de leur entourage et de les rendre acteur de la vie de l'institution

La finalité de cette formation étant de développer une culture de la bientraitance fondée sur la connaissance des besoins/ demandes de l'usager et des enjeux institutionnels.

L'ensemble de ces principes managériaux, inscrits dans le projet de la structure, participe à la qualité de vie et de soins des usagers de l'EHPAD.

3.3 Un leitmotiv : la liberté d'aller et venir, la prise de risques comme un acte de liberté

Le projet d'établissement ou de service, obligatoire, valable 5 ans, est l'un des sept outils garantissant les droits des usagers. Il précise le programme d'accueil et d'accompagnement de la structure, les stratégies et évolution des prestations.

Le projet est une réponse aux attentes des usagers et de leurs familles et s'appuie sur les valeurs de l'institution.

Son élaboration ou sa réactualisation nécessite, à mon sens, une démarche participative intégrant :

- Les équipes soignantes par la création de groupes de travail thématiques
- Les usagers et leurs familles par le biais du conseil de vie sociale et des questionnaires de satisfaction.

Ainsi des propositions peuvent-y être valorisées.

Une des valeurs essentielles à clarifier dans ce projet est bien la notion de droit et de liberté d'aller et venir de l'usager en y intégrant cette notion de droit aux risques, évaluée et pesée au regard des capacités motrice, sensorielle et cognitive de la personne âgée. La responsabilité du soignant, l'autonomie de l'usager et la liberté d'échanges soignant-personnes âgées/familles ne peuvent réellement exister que si l'institution trace la voie.

C'est un enjeu majeur de la direction d'établissement de garantir une démarche éthique des pratiques institutionnelles. Cette démarche « s'appuie sur le niveau de risque acceptable et les conditions dans lesquelles elle peut assurer, pour chaque personne accueillie, un bon équilibre entre liberté de circuler et sécurité »³⁴. Le droit au risque, se

³⁴ « Accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparenté en établissement médico-social » – ANESM février 2009 - p.22

justifie dans une recherche de la qualité des prestations et dans la volonté de respecter l'autonomie de l'utilisateur, et se traduit dans les projets de l'établissement.

Ainsi, c'est énoncer, dans le quotidien, un principe de prévention du risque plutôt que de précaution générales, à partir d'évaluations pluri professionnelles pour et avec l'utilisateur et sa famille, base essentielle de l'élaboration du projet de vie individualisé.

Ce projet de vie individualisé a pour objectif de :

- Permettre à tout usager de rester une personne libre sans nier le risque mais dans une gestion du risque avec une recherche de la qualité des prestations
- Développer et maintenir un niveau d'indépendance - physique et psychique - et d'autonomie
- Respecter les rythmes et créer un climat de bien être favorisant les moments de plaisir
- Maintenir des liens sociaux

Ces objectifs sont également détaillés dans les projets de vie et de soins insérés dans le projet institutionnel. En effet, un EHPAD apparaît comme un lieu de vie avec des espaces privés, un lieu organisé, en termes d'animation, de prévention et de soins coordonnés.

Le projet de vie précise la dynamique du fonctionnement au quotidien à partir des pratiques professionnelles et des valeurs éthiques partagées, pour mettre en œuvre un accompagnement individualisé et de qualité des personnes accueillies. La liberté d'aller et venir et le droit au risque en sont la ligne directrice.

Le projet de soins formalise l'orientation des soins et prestations médicales ; la philosophie de soin y est largement détaillée : prendre soin pour et avec l'utilisateur. Il définit les objectifs et actions destinés à assurer la qualité, sécurité et continuité des soins. L'instauration des EPP (comme les chutes et les contentions), outil de réflexion, participe également à la promotion de la qualité des soins.

« Les outils de la loi 2002 transforment la nature de la relation entre professionnels et usagers, qui, d'assistente (« Je sais ce qui est bon pour vous ») devient contractuelle (« Je me mets d'accord avec vous sur des objectifs à atteindre ») »³⁵.

Outre les projets d'établissement, des documents et instance doivent également témoigner de cet engagement institutionnel axé sur la liberté d'aller et venir.

Le livret d'accueil présente l'organisation générale, les prestations offertes, les équipements et moyens d'accès. Ainsi, la personne âgée et l'entourage trouvent dans ce document, les modalités d'admission et de séjour où est reflétée la philosophie de

³⁵ Claude Volkman, directeur du CREAI, Rhône-Alpes

l'institution, centrée sur une dynamique sociale de la reconnaissance du droit au choix et au risque de l'usager. Le livret d'accueil vise à garantir l'exercice des droits de l'usager.

Le contrat de séjour définit les objectifs et les composants de l'accompagnement. L'ensemble des prestations offertes est mentionné, ainsi que les conditions d'accueil et les modalités financières. La durée du contrat ainsi que les conditions de résiliation y sont précisées. La nécessité pour tous les usagers, de contracter une assurance personnelle civile et individuelle accident, est corrélée à la philosophie de vie et de soins de la structure basée sur une conciliation entre sécurité, droit au risque et bien être des personnes hébergées. J.M. Lhuillier voit une prise de conscience du résident dans la souscription d'un contrat individuel d'assurance responsabilité civile et accidents de la vie : « La charge de l'assurance personnelle (...) devrait être prise par les usagers. Cela ne serait pas dénué de toute logique de responsabilité (...) la vie en établissement comporte des risques que l'individu doit admettre »³⁶. Ce contrat permet donc de matérialiser des engagements réciproques, validés par le consentement des deux parties.

Le règlement de fonctionnement traduit le projet d'établissement et définit les droits, obligations et devoirs nécessaires à la vie en collectivité. La philosophie de l'établissement, sur le droit aux choix et la part de risques engendrés, peut figurer en préambule de ce règlement et servir de repère. Il doit, également à mon sens, souligner :

- Le droit au respect de l'intimité et de la vie privée par la mise en place de consensus négocié entre l'usager/famille/institution. « La relation n'est plus celle d'un professionnel à une personne âgée, mais une confrontation entre deux adultes, chacun ayant une expérience de vie différente ».
- Le droit à la sécurité en différenciant protection et surprotection. Il ne s'agit pas de nier la réalité des incapacités de la personne âgée, mais plutôt, proposer une place adaptée à l'usager en lui mettant à disposition un espace de décision correspondant à ces capacités du moment.

Le CVS, nouvelle appellation du conseil d'établissement, est un lieu d'informations et d'échanges permettant d'émettre des avis et propositions sur la vie quotidienne et sociale, les organisations, l'animation. Il offre la possibilité d'interpeller les pratiques et de questionner les projets de la structure. Ainsi le CVS replace l'usager au centre de l'action de l'établissement et lui donne une place de choix dans l'expression de son droit à la liberté.

³⁶ J.M. Lhuillier – 1999 « Libertés individuelles et règlements de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux » - Revue de droit sanitaire et social — n°4 –pp 811-824

Pour qu'ils prennent sens et vie, ces différents documents doivent être négociés, rédigés et revisités avec l'ensemble de partenaires : les usagers, le CVS, bénévoles, association représentant les personnes âgées ; élaborés en concertation et validés par les tutelles « Conseil Général et ARS »³⁷.

Dans le propos suivant, je pars du postulat où l'utilisateur choisit son entrée en EHPAD. En effet, bien souvent dans la pratique, la personne a-t-elle toujours le choix ou la capacité de choisir, et la liberté d'entrer en institution ? Autre questionnement qui suscite, à mon sens, une autre réflexion.

3.4 La liberté d'aller et venir, et le droit au risque au quotidien : la mise en sens dans l'accueil et le projet de vie et de soins de l'utilisateur

Le développement d'une culture d'établissement basée sur la liberté d'aller et venir et le droit au risque débute par le respect et la prise en compte de la personne accueillie.

Le moment de l'accueil « (...) est un moment de travail particulier, de prise en compte de la situation singulière de l'utilisateur »³⁸. A ce titre, la visite de pré-admission, première étape de l'entrée en structure, réalisée par le directeur, accompagné d'un soignant référent, permet de faire de ce moment de rencontre le socle d'une co-élaboration.

« Afin de pouvoir exprimer un consentement éclairé pour son entrée dans l'établissement, la personne âgée et sa famille ont droit à une information claire et loyale »³⁹.

Cette première visite permet au directeur d'explicitier la philosophie de l'établissement et d'en présenter ses fondements. Les documents, précédemment détaillés (livret d'accueil, règlement intérieur...), témoignant de cet engagement institutionnel, servent de support à l'information de l'utilisateur et sa famille.

La présence du référent soignant, désigné comme futur accompagnateur de la démarche, permet de présenter aux visiteurs, les objectifs et moyens mis en œuvre pour recueillir et prendre en compte les demandes et besoins de l'utilisateur : gage d'une admission personnalisée.

Une visite complète de la structure, en favorisant le questionnement de l'utilisateur et de son entourage, leur permet d'initier un processus de projection sur l'établissement.

Une évaluation et négociation, préalable à l'admission, sur la liberté d'aller et venir et sur les notions de prise de risques est inscrite dans une démarche consensuelle entre l'utilisateur/famille/institution.

Préciser que l'essai à la prise de risque est consenti et qu'il fait partie d'un principe d'évaluation avant et pendant le séjour. Souligner que rien n'est figé, que toute information sera identifiée conjointement sur un principe de bénéfices/risque au regard

³⁷ « Bonnes pratiques de soins en EHPAD - Liberté d'aller et venir » Octobre 2007 - p.75

³⁸ « La Bienveillance : définition et repère pour la mise en œuvre » - ANESM – juin 2008 p.18

³⁹ « Bulletin RhôneALMA INFO » Juin 2006 - n°6 – p.3

des capacités motrices, sensorielles et cognitives de la personne âgée. Signifier que toutes les données recueillies, après consentement, sont consignées clairement dans le contrat de séjour et qu'elles peuvent évoluer en fonction de la situation unique de l'utilisateur.

L'écoute, la disponibilité, l'attention, réservées à cette étape, sont un gage de réussite à l'accompagnement futur mis en place en faveur de l'utilisateur.

L'admission est le moment d'un accueil personnalisé, étalé sur la durée, permettant de construire le projet de vie et de soins individualisé pour et avec la personne âgée.

L'évaluation objective :

- Des capacités conservées permet une valorisation et une mise en sens du droit au risque et la liberté d'aller et venir
- Des capacités altérées permet d'envisager les compensations possibles (déambulateur, canne, appareil auditif, lunettes adaptées...). Je rappelle qu'une déficience corrigée ne conduit pas au handicap.

Ainsi, l'objectif de ce projet, centré sur les demandes, besoins, désirs, goûts, croyances et l'évaluation des capacités, est d'améliorer et/ou de préserver la qualité de vie, de relations humaines et sociales de l'utilisateur.

Il implique tous les intervenants : usagers, familles, soignants, bénévoles, direction, acteurs et témoins de la réalité humaine de la liberté de la personne âgée.

Je ne peux détailler l'intégralité des organisations et démarches que sous-tendent l'expression de la liberté d'aller et venir et du droit au risque de l'utilisateur en EHPAD. Je ne peux que les citer :

- L'architecture de l'établissement
- L'accès aux espaces collectifs
- La personnalisation et l'aménagement des espaces personnels
- La gestion et l'organisation des espaces de vie collective (restauration, animation...)
- La participation à la vie et aux activités
- L'accès et la place de l'entourage.

Ces différents éléments requièrent tous une réflexion et un approfondissement, et s'inscrivent dans un engagement institutionnel dont le directeur est le garant.

Enfin, l'ouverture sur l'extérieur de l'établissement est un gage de lisibilité et de transparence pour faire reconnaître la structure dans son environnement, et comprendre une lecture du risque et de la liberté d'aller et venir.

Conclusion

La liberté d'aller et venir des personnes accueillies en EHPAD est souvent entravée au nom de la sécurité et de la protection de la personne, non seulement contre elle-même mais également contre autrui. L'utilisation abusive et/ou non adaptée des contentions physiques passives, en est le triste constat.

Cette liberté, comme j'ai pu le souligner, est souvent restreinte en fonction d'un risque supposé. La protection coercitive d'une personne âgée peut lui faire perdre toute maîtrise de sa vie, oublier ses propres désirs pour satisfaire aux pressions de l'entourage familial ou professionnel.

La notion de risque s'analyse objectivement, non pas par une approche purement médicale, mais par une évaluation des capacités préservées et altérées de l'usager. Cette démarche, réalisée entre personnes âgées/familles/soignants, permet une analyse pertinente axée sur le bénéfice/risque et prend en compte le choix et le respect des droits de l'usager : c'est une co-construction au quotidien du projet individualisé pour et avec la personne âgée.

C'est un engagement institutionnel de tous les instants dont le directeur d'établissement est le garant.

La communication extérieure, promue par la direction, permet une lisibilité de cette philosophie et organisation afin que le droit au choix, au risque et à la liberté d'aller et venir de l'usager soient entendus et compris de tous (grand public, institutions, tutelles...).

Risquer sa vie, c'est la vivre ; ne pas vouloir le reconnaître pour des personnes âgées, sous couvert de vulnérabilité et de protection, par la restriction de liberté, entraîne bien d'autres dangers aux conséquences préjudiciables.

Et si derrière notre peur du risque se cachait la crainte de vivre ? « Risquer sa vie est l'une des plus belles expressions de notre langue. Pourtant, elle reste une valeur « inquestionnée ». Le risque ouvre un espace inconnu dans une société où le principe de précaution est devenu la norme. Comment ne pas s'interroger sur ce que devient une culture qui ne peut plus penser le risque sans en faire un acte héroïque, une pure folie, une conduite déviante ? Et si le risque supposait une certaine manière d'être au monde ? « Risquer sa vie, c'est d'abord, peut-être, ne pas mourir ⁴⁰ ».

⁴⁰ Dufourmantelle Anne – Edition Payot 2011 « Eloge du risque » - p.320

Bibliographie

Textes législatifs :

- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (version révisée 2007)
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi 2002-2 du 02 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale
- Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n°2003-1095 du 14 novembre 2003 relatif au règlement de fonctionnement institué par l'article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles
- Circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu par l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles
- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Recommandations et Référentiels :

- Plan Alzheimer 2008/2012 mesures n°16 – 38 – 39
- ✓ Recommandations ANESM :
 - « La bientraitance définition et repères pour la mise en œuvre » - Juillet 2008.
 - « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » - Décembre 2008
 - « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » - Février 2009.
 - « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » - Mai 2010
 - « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux » - Octobre 2010.
 - Communiqué de presse ANESM : « L'éthique au cœur des bonnes pratiques professionnelles » - 03 novembre 2010.

- « Evaluation des Pratiques Professionnelles : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » - ANAES 2000
- « Liberté d'aller et venir dans les établissements médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité » - Textes des recommandations HAS - Conférence de consensus, Paris, 24 et 25 novembre 2004
- « La contention chez les personnes âgées » - Dr Canneva, Dr Chapon, Dr Couturier, Dr Despretz, Dr Deveze, Dr Hignard, Dr Lesagne, Dr Rouaux - Novembre 2006.
- « Les Bonnes Pratiques de soin en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » - Octobre 2007 (Bientraitance, Contention physique, Liberté d'aller et venir, Volonté de la personne âgée)

Ouvrages :

- Nouvel F., Abrick M, Jacquot J-M - Edition Masson 1999 « Les contentions et les dispositifs de protection sont-ils utiles chez les multi-chuteurs ? » In la chute de la personne âgée, problème en médecine de rééducation
- Amyot Jean-Jacques, Villiez Alain - 2001 « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques » Paris : Dunod / Fondation de France Collection : Action sociale - 216 p.
- Gérontologie et Société - 2009 « Le libre choix » n°131 Fondation nationale de gérontologie - 235 p.
- Dufourmantelle A. - Edition Payot 2011 « Eloge du risque » - 320 p.
- Maisondieu Jean - 2011 – « Le crépuscule de la raison » Editions Bayard - 5^{ème} édition – 235 p

Articles :

- Villez A – juin 1995 « Vieillir en collectivité » - Gérontologie et société FNG –n°73 - p.112
- Miramon J.M - mars 1996 « Ethique et direction d'établissements et de maisons de retraite pour personnes âgées » - Les cahiers de la FNADEPA - n°42, p. 19
- Lhuillier JM – 1999 « Libertés individuelles et règlements de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux » - Revue de droit sanitaire et social –n°4 –pp 811-824
- Pinquier C. - 1999 « Chambre d'isolement : un soin intensif », Nervure
- Malo P Y. - mars 2000 « Des conduites sécuritaires au risque de maltraitance » – Gérontologie et Société n°92

- Fromage et al, mai-juin 2003 « Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque ». NPG –
- Friard D. - mars 2004 « Attacher n'est pas contenir » – Revue Santé mentale n°86 - p 18
- Palazzolo J. - mars 2004 « Contention : état des lieux » – Revue Santé mentale n°86 - p.31
- Bulletin RhôneALMA INFO » n°6 – Juin 2006 – p.3
- septembre 2006 « Des réflexions sur les philosophies de soins » - Revue Gériatrie et Société- n°118 -
- Moulias R. - Gériatrie et Société 2007 « Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique » - pp 227-249
- Villez A – « Cahiers de l'actif » n°318/319 – p 50

Espace internet :

<http://www.espace-ethique.org/fr/accueil2.php>

<http://alzheimercarpediem.com/> (Nicole Poirier)

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'observation de la contention un jour donné

Annexe 2 : Observation des règles de prescription et d'utilisation de la contention dans les différentes unités

Annexe 3 : Critères des bonnes pratiques professionnelles de l'ANAES

Annexe 4 : Grille d'analyse de contenus des entretiens semi-directifs

Annexe 1

Grille d'observation de la contention un jour donné

Nom du service :

Date :

N° de chambre	Chambre seule ou pas	Type de lit	Lit avec barrières systématiques	Présence dans la chambre d'autres moyens de contention	Présence dans les dossiers des prescriptions en lien avec les moyens de contention retrouvés

**Annexe 2 Observation des règles de prescription et d'utilisation de la
contention dans les différentes unités**

Mise en place de la contention dans les dossiers patients informatisés

Éléments des dossiers patients informatisés	SSR 11 lits	SSRA 10 lits	EHPAD 16 lits	EHPADA 30 lits
Contention prescrite par un médecin	100 %	100 %	100 %	100 %
Raison de contention notée	100 %	100 %	0	0
Appréciations pluridisciplinaires bénéfique/risque notées	100 %	0	0	0
Durée prescrite	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel prescrit	100 %	100 %	100 %	100 %
Reconduction par prescription médicale motivée sur 24 h	100 %	0	0	0
Personne et/ou entourage informé	100 %	100 %	+/-	+/-
Consentement recueilli	100 %	0	0	0

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation Alzheimer

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EHPADA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Alzheimer

Annexe 3

Critères des bonnes pratiques professionnelles de l'ANAES

- 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 par l'équipe pluridisciplinaire du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé
- 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 des 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 la contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières de lits
 - Dans le 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 une fois toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient
- Critère 10 : la contention est reconduite, si nécessaire après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Annexe 4

Grille d'analyse de contenus des entretiens semi-directifs

1. De quand date votre dernière pose de contention physique à une personne âgée, dans quel contexte et pour quel motif ?
2. Qui prend la décision de la contention physique et comment cette décision est-elle mise en œuvre ?
3. Avez-vous connaissance des recommandations de bonnes pratiques sur la contention physique de la personne âgée et des risques liés à cette contention ?

	Question 1	Question 2	Question 3
SSR (2 IDE + 1 médecin MPR)	10 jours pendant 2 jours à la demande de la PA. Connaissance pointue des règles de bonnes pratiques. Travail réalisé dans le cadre de la V2. Contention très peu utilisée : en moyenne 2 à 3 jours, à la demande des personnes, en début de séjour (phase post opératoire). Protocole de contention rédigé intégré au dossier informatisé. Démarche centrée sur la personne.	Décision collégiale avec info et consentement de la PA. Bénéfice/risque évoqué. Réévaluation toutes les 24 heures.	Tous les risques physiques sont connus, quelques risques psycho sont évoqués : repli sur soi, décès évoqué. Alternative à la contention connue et décrite.
SSRA (2 IDE + 1 gériatre)	La veille pour la nuit. Connaissances = idem SSR Protocole intégré au dossier informatisé mais pas utilisé dans sa globalité. Contention utilisée la nuit à tous par barrières liée aux troubles cognitifs DPA. Choix d'équipe (peur).	Décision collégiale. Info DPA = pas de consentement ni bénéfice-risque. Réévaluation hebdomadaire	Tous les risques physiques sont connus, aucun risque psycho n'est évoqué. Le décès n'est pas évoqué. Alternative à la contention connue et décrite mais non faisable, « n'osent pas, pas prêts ».
EHPAD (2 IDE)	Date du jour. Peu de connaissances. Cela relève d'une prescription médicale. Décision prise par le médecin. Barrières à quasi toutes les personnes. Motif évoqué : sécurité, risque de chute, côté rassurant, demande des familles, manque de personnel, peur des plaintes, aide pour les personnes pour se retourner.	Décision médicale : « c'est lui le prescripteur, pas nous ». Pas d'info ni consentement ni bénéfice/risque. Demande des soignants et parfois des familles. Prescrit en définitif quasiment pour toutes les PA.	Peu de risques physiques : escarre, constipation ; aucun risque psycho : décès évoqué avec beaucoup de difficultés, souffrance apparente. Demande de formation et de l'expérience du SSR évoquées.
EHPADA (1 IDE)	Du jour même. Connaissances = idem EHPAD. Demande systématique de barrières pour la nuit, prescrites en définitif. Motifs évoqués : idem qu'en EHPAD + déambulation.	Décision médicale : « c'est lui le prescripteur, pas nous ». Pas d'info ni consentement ni bénéfice/risque. Demande des soignants et parfois des familles. Prescrit en définitif quasiment pour toutes les PA.	Peu de risques physiques : escarre, constipation, rétraction ; aucun risque psycho ni décès évoqués. Demande de formation et de l'expérience du SSR évoquées.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation Alzheimer

MPR : Médecine Physique Rééducative

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EHPADA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Alzheimer

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

NOTE D'OBSERVATION



Diplôme d'Établissement
« Directeur d'EHPAD et Droits des
usagers : enjeux, outils, méthodes »

Promotion : **2010-2011**

Journées d'Observation
21 et 22 mars 2011
Référente Atelier
Mme Karine CHAUVIN

Patricia CAVELIER

Introduction

La note présentée, constitue un exercice d'observation et d'analyse sur la contention physique en EHPAD, thème de mon mémoire projet. Le lieu est un EHPAD SSR ESPIC, du groupe P... dans lequel je travaille. De par la distance (800 km), deux journées sont nécessaires pour réaliser ce travail. Les dates ont été déterminées avec le directeur de l'établissement soient les 21 et 22 mars 2011, le directeur de l'établissement a informé les usagers et l'ensemble du personnel de ma venue.

Afin d'appréhender le plus objectivement cette observation, je me suis dégagée de ma posture de soignante en intégrant la structure comme un potentiel usager.

Pour cet exercice d'observation, les questions principales sont :

- Pourquoi utilise-t-on une contention pour un usager ?
- Une contention pour quel risque ?
- La contention : à qui s'adresse-t-elle, quand et comment ?

et j'ai conçu une grille d'observation de la contention pour un jour donné (annexe 1).

Descriptif

Chaque unité de cet établissement porte un nom. J'ai débuté par « Pacifique », le SSR de 10 lits, spécialisé dans l'accueil des personnes atteintes de pathologies Alzheimer ou apparentées. Les personnes accueillies sont en rééducation suite à des fractures causées par des chutes ou à des séquelles d'accident vasculaire cérébral. Elles proviennent de Centre Hospitalier ou de Clinique, leur lieu de vie initial étant l'unité d'EHPAD Alzheimer de l'établissement ou leur domicile. L'accès de ce service est sécurisé par un digicode.

Il est 8 heures, sept personnes sont prêtes, installées dans la salle à manger pour le petit-déjeuner. 4 déambulateurs sont alignés à l'entrée de cette salle. L'ambiance est plutôt joyale autour de la table, 2 aides-soignants (AS) et 1 infirmière diplômée d'Etat (IDE) sont présents. Une dame est maintenue dans son fauteuil roulant par une ceinture de contention ; celle-ci ne semble pas la gêner dans ses mouvements, elle déjeune tranquillement. Aucun des usagers n'est interpellé par ma présence.

Cette unité comporte 5 chambres à deux lits, toutes équipées d'une salle de bains attenante dont le sol est antidérapant, avec accoudoirs amovibles pour les toilettes. Des barres de déambulation sont installés de chaque côté du couloir qui est vierge de tout objet encombrant. Un petit jardin sécurisé, d'accès facile, aux larges allées, jouxte l'unité. Je me permets d'accéder aux chambres, les lits utilisés sont tous des lits dits « Alzheimer » (c'est-à-dire lits électriques à descente au sol très basse) et porteurs de barrières systématiques.

Dans une chambre, 2 personnes sont encore endormies, les barrières de leur lit sont levées, je sors de la chambre doucement pour éviter de les réveiller et croise une AS qui

me dit : « Ici, par souci de sécurité, les barrières sont prescrites à toutes les personnes la nuit ».

Lorsque je quitte le service, je croise deux personnes en déambulateurs qui se dirigent seules vers le jardin. Je continue ma visite par l'unité « Océane », SSR gériatrique, accueillant des personnes en rééducation orthopédique ou neurologique.

7 chambres à un lit et 2 chambres à 2 lits composent ce service ; les personnes accueillies proviennent de services de chirurgie ou de médecine, leur lieu de vie initial étant une unité d'EHPAD ou leur domicile.

Les locaux et chambres sont équipées comme précédemment, hormis l'accès sécurisé par digicode. Tous les lits sont électriques à hauteur variable, équipés systématiquement de barrières.

En visitant les chambres, j'ai pu rencontrer certains de leurs occupants qui m'ont interrogée sur le pourquoi de cette visite. Pour ne pas induire de commentaires, j'ai spécifié que je faisais une étude sur les équipements des chambres et des locaux en général. Ainsi, sans orienter le discours, trois personnes m'ont expliqué que les locaux sont agréables, adaptés à leur handicap ; les lits sont pratiques et faciles d'utilisation et les barrières sont installées à leur demande en fonction du contexte.

L'après-midi de cette première journée d'observation s'est déroulée à « Pinède », unité de 32 lits d'EHPAD, composée uniquement de chambres seules. Je n'ai observé qu'une des 2 unités de 16 lits, en rotonde avec à chaque extrémité un accès jardin avec terrasse ; une salle à manger centrale, claire et spacieuse. Toutes les chambres sont équipées de lits gériatriques électriques avec barrières systématiques. Certaines personnes se reposent dans leur chambre, au lit ou au fauteuil, d'autres se rendent aux activités, seules ou accompagnées, en fonction de leur niveau de dépendance.

Il règne une ambiance de fourmis en ce début d'après-midi, chargée d'une empreinte maternante de la part des soignants présents. J'entends les propos suivants : « Mr P., je vous ai déjà dit de m'attendre pour aller à la sieste. Et si vous tombez ? » Et l'homme de répondre en ronchonnant : « Pardi, j'ai pas 4 ans ! » L'AS répond : « Vous n'avez pas 4 ans, mais je suis responsable de vous. »

Durant cette visite, je suis conviée à une réunion de synthèse ; sont présents le médecin coordonnateur de l'EHPAD, 1 IDE, 2 AS, un psychologue. Cette réunion mensuelle permet de faire le point sur chaque résident en termes d'actes de la vie quotidienne, soins et traitements, intégration à la vie de l'EHPAD. Ainsi la levée ou la mise en place des contentions physiques par barrières est donc évoquée dans la prise en charge soignante. Le passage en revue est succinct et rapide sur ce thème. C'est avant tout sécurisant, c'est une protection. La peur des chutes est évoquée par les soignants, la notion de responsabilité aussi.

J'ai terminé cette première journée par l'étude des dossiers informatisés. J'ai créé un outil pour me faciliter la tâche (annexe 2).

2^{ème} journée d'observation :

Je la consacre à « Jonquille » et « Tournesol », services d' EHPAD accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées ; deux unités sécurisées par digicode de 15 lits avec jardin également sécurisé. 2 salles à manger claires et spacieuses. 12 chambres à 2 lits, 6 chambres à 1 lit.

Il est 8 heures, dix personnes âgées préparées sont installées en salle à manger pour le petit-déjeuner. Deux d'entre elles sont maintenues dans leur fauteuil roulant par des ceintures de contention. Pas une parole dans cette pièce, juste un fond musical et le bruit de l'hôtelière qui s'affaire à la préparation des petits-déjeuners. Une IDE et trois AS sont présentes (dont une intérimaire appelée en urgence le matin pour pallier à l'absence d'un membre du personnel).

Je continue mon chemin et me permets d'entrer dans les chambres après avoir pris le soin de frapper doucement aux portes. Pour certaines chambres, les portes sont restées grandes ouvertes.

J'entre dans une chambre à 2 lits, le 1^{er} est vide. Celui situé au fond de la pièce est occupé par une vieille dame chétive, immobile. Je m'approche d'elle et découvre un visage au regard d'un bleu méditerranéen, fixant le plafond. Sa main gauche accrochée à la barrière, ses paroles sont « Dieu est là, Dieu est là, Dieu est là, Dieu est là... ». Elles sont rythmées par le léger bruit de son matelas anti-escarre à air alterné.

Je me suis approchée d'elle en lui parlant doucement tout en lui précisant que j'allais descendre la barrière, remonter le lit et m'asseoir près d'elle. A cet instant, une AS entre dans la chambre, porteuse du petit-déjeuner et me signale : « Ne vous inquiétez pas, dès que l'on baisse les barrières, elle arrête de prier » et pose une bouteille hyper protéinée arôme vanille avec une paille sur l'adaptable et ressort. Pendant cette scène, la vieille dame continue de « prier ». A l'instant où j'ai terminé son installation, elle arrête de parler, son regard se détache du plafond et se dirige vers mon visage. Je la salue, me présente, elle me sourit, son visage s'illumine. Je lui demande de se nommer en lui prenant les mains, « Huguette, je m'appelle Huguette ». Elle semble comme délivrée. J'ai passé un peu de temps avec cette dame en lui proposant de l'aider à prendre sa boisson. Nous avons surtout pu échanger par le regard et le toucher.

Lorsque je l'ai informée que j'allais continuer mon chemin, l'AS est revenue pour lui faire prendre son petit-déjeuner. Voyant que cela est effectué, elle a proposé à « Mme Huguette » de lui faire sa toilette.

Arrivant sur le pas de la porte, j'entends la voix fluette d'Huguette dire « Merci ». Je me suis retournée, un sourire inonde son visage.

J'ai repris mon parcours en entrant dans une autre chambre à 2 lits dont la porte est restée ouverte. Le 1^{er} lit est occupée par une dame, découverte, couchée la tête aux pieds et qui secoue violemment les barrières en prononçant des propos incompréhensibles. Le 2^{ème} lit est vide. Sur l'un des fauteuils de repos, se trouve une ceinture de contention, probablement destinée à cette dame. Une autre chambre... cette fois à 1 lit. Un homme l'occupe, il crie et secoue également violemment ses barrières. Une AS passant à cet instant dans le couloir me signifie : « Je sais, c'est impressionnant, mais c'est pour son bien, pour éviter qu'il tombe » et elle continue son chemin. La fin de ma visite s'est terminée par l'étude des dossiers informatisés.

Analyse

Pour analyser ces deux journées d'observation, je vais reprendre chaque étape de ma visite en énonçant les questionnements que cela a suscité :

A ma sortie de l'unité SSRA, je m'interroge : « Pourquoi ces barrières nocturnes, alors que toutes les conditions en terme d'aménagement et de sécurité sont requises pour faciliter les déplacements des usagers ? »

En SSR, la CPP est uniquement installée à la demande des personnes âgées. Les choix des usagers sont respectés.

Au cours de la réunion pluri professionnelle en unité EHPAD, les propos évoqués m'amènent le questionnement suivant : « La contention physique : c'est sécurisant et protecteur pour qui ? ». Dans cette même unité, la contention physique mise en œuvre est accompagnée de contention psychologique par injonction répétée : « Mr P., je vous ai déjà dit de m'attendre pour aller à la sieste. Et si vous tombiez ? » Et l'homme de répondre en ronchonnant : « Pardi, j'ai pas 4 ans ! » L'AS répond : « Vous n'avez pas 4 ans, mais je suis responsable de vous. »

En EHPADA, je suis interpellée par différentes remarques de soignants :

- « Ne vous inquiétez pas, dès que l'on baisse les barrières, elle arrête de prier ». Cela m'interroge : « Pourquoi laisser les barrières à cette dame, pour quel motif ? »
- « Je sais, c'est impressionnant, mais c'est pour son bien, pour éviter qu'il tombe ». Dans ce contexte, la notion de bénéfique/risque de la contention physique passive a-t-elle été évaluée pour ce monsieur ?

Ma journée d'observation me permet de constater, à qui s'adresse la contention, à quel moment et par quel moyen. Cependant, pour affiner ma réflexion, j'ai utilisé d'autres moyens et supports (annexe 2) ainsi que des entretiens semi-directifs afin de répondre aux questionnements du pourquoi une contention est utilisée pour un usager et pour quel risque.

Corrélée à l'étude de dossiers, cela m'a permis de calculer une prévalence de contention. Mon observation sur la contention physique passive ouvre une réflexion plus élargie sur la liberté d'aller et venir et le droit au risque en EHPAD, approfondie dans mon mémoire.

CAVELIER

Patricia

25 novembre 2011

Diplôme d'Etablissement

« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »

De la contention physique passive à la liberté d'aller et venir de l'utilisateur : réflexions et enjeux du directeur d'EHPAD

Promotion 2010-2011

Résumé :

« Pour mettre en place les conditions d'un vivre mieux, ne faut-il pas s'autoriser une certaine prise de risque mesurée et en accord avec les usagers et les familles ? La contention physique dans un fauteuil permet certes de limiter cette prise de risque, mais qu'en est-il des ravages causés par l'ennui, la solitude et l'exclusion ? (Nicole Poirier) ».

Malgré de nombreuses réflexions et avancées sur le prendre soin de la personne âgée, certaines pratiques soignantes, dont la CCP, reste encore usitée dans les EHPAD. Cet acte est censé, entre autres, prévenir le risque de chute, de fugue. Au nom du « principe de précautions », certes souvent justifié, est préféré un excès d'attitude « sécuritaire » ou un certain immobilisme.

L'étude de deux structures accueillant des personnes âgées et l'analyse d'entretiens avec les usagers, familles, soignants ont permis l'énoncé de ces questionnements :

- Comment adapter des stratégies pour respecter la liberté d'aller et venir, le choix de vie de la personne âgée ?
- Comment intégrer le droit au risque dans un EHPAD en tenant compte des demandes et besoins des usagers et des contraintes institutionnelles et collectives ?

Un projet d'établissement porteur d'une philosophie centrée sur le bien-vivre et le prendre soin de l'utilisateur, la mise en sens des outils de la loi 2002-02, l'intérêt d'une démarche d'accueil personnalisé, permettent, entre autres, de répondre à ces interrogations.

Mots clés :

EHPAD - Contention physique passive – Liberté d'aller et venir – Droit au risque de l'utilisateur – Accueil personnalisé, projet de vie et de soins – Outils de la loi du 02.01.02 – Engagement du directeur

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.