



LA CONTENTION PHYSIQUE



L'utilisation de la contention représente un exemple des dilemmes qui peuvent survenir dans les situations de soins. S'il reste incontestable que la contention physique est, dans certains cas, une nécessité pour protéger le patient, les risques et les conséquences qu'elle entraîne sont parfois irréversibles chez les sujets âgés fragiles.

DÉFINITION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

Plusieurs sortes de contention physique des personnes âgées doivent être distinguées :

1. La contention dite posturale qui participe au maintien d'une attitude corrigée, dans le cadre d'un traitement rééducatif,

2. La contention dite active réalisée le plus souvent par un masseur kinésithérapeute qui prépare la verticalisation après une période d'alitement prolongée.

Ces contentions à visée rééducative ne doivent pas être confondues avec la **contention physique dite passive**.

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 tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

Il existe une grande diversité de moyens et de techniques de contention physique.

- 1.** Les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures ;
- 2.** Les attaches de poignets et de chevilles ;
- 3.** Les sièges gériatriques, les sièges avec un adaptable fixé ;
- 4.** Les barrières de lit.

Parmi les moyens non spécifiques, il faut considérer tout matériel détourné de son usage, bien souvent un drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps.

MOTIFS DE CONTENTION

L'analyse de la littérature révèle que la crainte de chute chez la personne âgée représente le premier motif d'utilisation de contention.

Cette pratique, qui devient une habitude, perdure car la plupart des soignants pensent que réduire la contention reviendrait à faire prendre des risques excessifs aux personnes âgées.

Les troubles comportementaux tels que l'agitation et la déambulation correspondent aux autres motifs les plus souvent cités.

Il est important de souligner qu'il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des contentions utilisées pour ces motifs qui ne sont pas de véritables indications médicales.

Par exemple pour le risque de chute, Tinetti en 1992, dans une étude prospective sur un an, comportant 397 sujets âgés en maison de retraite, a montré qu'à âge égal et déficit égal (altération cognitive, comportement de déambulation, déficit sensoriel, pathologie rhumatologique ou neurologique, divers traitements, antécédents de chutes...) les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets soumis à contention (17 % versus 5 %) et que les chutes aux conséquences graves ne sont pas plus fréquentes en l'absence de contention.

DANGERS DE LA CONTENTION

L'utilisation de moyens de contention est grevée de nombreux risques rapportés dans la littérature. Ainsi, parmi 102 patients âgés hospitalisés, l'usage d'une contention au-delà de 4 jours s'accompagne d'infections nosocomiales chez 12 % des patients et d'apparition d'escarres chez 22 %.

Si certaines de ces complications sont rapportées de façon ponctuelle, d'autres ont vu leur fréquence plus précisément évaluée.

Ainsi, le nombre de chutes graves (responsables d'une fracture, d'une blessure, nécessitant le recours à un médecin, ou entraînant un repos au lit de plus de 2 jours) augmente chez les patients attachés (17 % versus 5 %) et l'existence d'une contention est un facteur de risque en soi de survenue de chutes graves.

Schleenbaker, en service de rééducation, observe 25 % de chutes chez des sujets « contenus » et seulement 10,1 % en l'absence de contention. Toujours en unité de rééducation, les patients « chuteurs » ont plus souvent été attachés lors de leur hospitalisation en service aigu versus les patients « non-chuteurs », 61 % versus 22 %.

Selon Robbins, dans une unité de court séjour, les patients attachés et les patients non attachés ont respectivement une durée moyenne de séjour de 20 et 8 jours et une mortalité de 24 % contre 3 %.

De plus, la perte de masse osseuse qui résulte à la fois de la réduction des forces d'appui et de la diminution de l'activité physique contribue à accroître le risque de chute grave.

Une immobilisation d'une semaine pourrait ainsi faire perdre jusqu'à 10 % de la force musculaire.

PRESCRIPTION MÉDICALE, CONTENU ET DURÉE DE VALIDITÉ

La pratique actuelle montre que ce sont les infirmières qui initient le plus souvent la contention d'un sujet âgé. Pourtant, tous les auteurs et experts consultés reconnaissent, compte tenu des risques à gérer, la nécessité d'un jugement clinique et d'une prescription médicale motivée. Ils précisent, comme pour l'étape « décision de la contention », qu'une collaboration étroite entre médecins et équipe soignante permet de concevoir un traitement dans ces différentes dimensions, en associant toutes les compétences d'une équipe multiprofessionnelle.

LA PRESCRIPTION MÉDICALE

Comme toute prescription médicale, elle doit être écrite, horodatée et permettre l'identification du prescripteur. Les motifs de la contention, sa durée prévisible, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention sont Limiter les risques de contention physique de la personne âgée.

En l'absence d'un médecin et dans les cas d'urgence, cette prescription peut être faite a posteriori et confirmée dans les plus brefs délais par un médecin. La durée de validité de la prescription médicale : la plupart des auteurs proposent une validité de la prescription limitée à 24 heures. Au-delà desquelles une évaluation de l'état clinique du sujet âgé et de l'efficacité de la contention est à entreprendre. Cette évaluation permet de vérifier le caractère approprié de cette mesure et donc de limiter les risques

PRÉVENTION DES RISQUES

Les paramètres psychologiques et environnementaux. Il apparaît important de pratiquer une écoute active pour repérer les sentiments de peur, d'humiliation ou tout autre sentiment éprouvé par la personne en lien avec la contention. Il est impératif d'accepter, comme telle, la perception que le sujet âgé a de sa réalité. Des effets personnels et objets familiers sont installés à proximité de la personne âgée. Des activités récréatives sont proposées afin d'assurer son confort psychologique.

RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUE POUR LA CONTENTION

CRITÈRE 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

CRITÈRE 2 : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

CRITÈRE 3 : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.

CRITÈRE 4 : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

CRITÈRE 5 : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

CRITÈRE 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.

CRITÈRE 7 : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.

CRITÈRE 8 : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

CRITÈRE 9 : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.

CRITÈRE 10 : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures

TEXTES PRINCIPAUX DE PORTÉE GÉNÉRALE

Article L. 1110-2 du Code de la santé publique :
« La personne malade a droit au respect de sa dignité ».

1. Implique que tout homme est en droit d'être respecté par autrui.

2. Les droits et libertés fondamentaux : (définis dans la constitution et des textes européens, telle la CEDH) Liberté d'aller et venir.

3. Son corollaire : le droit au respect de la vie privée.

4. Article 3 de la Charte des droits et liberté des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance : « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société ».

NOTIONS JURIDIQUES : TEXTES SPÉCIFIQUES À LA CONTENTION

Recommandations de l'ANAES (Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé aujourd'hui HAS : haute autorité de santé), octobre 2000 : « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée ».

1. Du fait de l'absence d'efficacité scientifique prouvée.

2. Du fait des conséquences parfois gravissimes d'une telle pratique.

3. Donc volonté de réduire au maximum cette pratique.

4. Article 72 de la Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41, du 26 janvier 2016

CONDITIONS DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION

1. En cas de risques de chute, de déambulation excessive ou d'agitation.

2. En ultime recours, en cas d'échec des alternatives à celle-ci.

3. En cas d'urgence médicale Et de danger élevé pour le patient à court terme ou pour autrui, après une évaluation bénéfiques / risques par l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient.

IL S'AGIT D'UNE DÉCISION MÉDICALE QUI NÉCESSITE :

une prescription médicale qui est

- ✓ Obligatoire.
- ✓ Doit être motivée.
- ✓ Doit être inscrite dans le dossier médical.

Par principe, les infirmiers, les aides-soignants et les kinés ne peuvent pas décider seuls d'une

contention (uniquement un rôle consultatif / mise en œuvre possible à l'appui d'une prescription).

EXCEPTIONS

1. En cas d'urgence.

2. Sans prescription en amont de la mise en œuvre de la mesure de contention.

3. Conformément au décret sur les missions et fonctions de l'infirmière mentionnées dans le code de la santé publique :

✓ Article R. 4311-2 CSP : mission première de protection du patient.

✓ Article R. 4311-5 du CSP (alinéa 27).

L'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement, notamment en procédant à la recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention.

✓ Article R. 4311-7 du CSP

L'infirmier est habilité à pratiquer des actes tels l'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention :

> Soit en application d'une prescription médicale.

> Soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin.

À noter que l'infirmière qui a une fonction de coordination et d'encadrement est responsable des actes des personnes qu'elle encadre et coordonne : Article R. 4312-36 CSP.

En cas d'absence d'un médecin et dans les cas d'urgence, cette prescription peut être faite par un médecin a posteriori, qui est avisé dans les plus brefs délais.

JURISPRUDENCE

La Cour de cassation a jugé que ne rien faire engageait la responsabilité de la clinique du fait de l'absence de réaction du personnel infirmier alors qu'il y avait urgence : CASS 1^{er} CIV 2 juillet 2014 - 13-19093.

Comme toute prescription médicale, elle doit être :

1. Écrite.

Il s'agit d'une recommandation certes à valeur réglementaire Mais CAA de PARIS , N° 15PA04760 - 3 juillet 2017 :

il ne résulte d'aucune disposition, notamment du code de la santé publique, que la prescription d'une mesure de contention puis les conditions de sa surveillance doivent faire l'objet d'une transcription par écrit, même si une telle

transcription semble relever des bonnes pratiques en la matière.

2. Horodatée.

Une évaluation de l'état de santé du sujet âgé est réalisée au moins toutes les 24 heures. Une reconduction est possible. Il faut une prescription à chaque renouvellement.

3. Permettre une identification :

- ✓ Du prescripteur,
- ✓ Des motifs de la contention,
- ✓ De sa durée prévisible,
- ✓ Des risques à prévenir,
- ✓ Du programme individualisé de surveillance et de prévention des risques liés à la contention nécessaire car il faut lever la contention le plus rapidement possible,
- ✓ Du matériel de contention qui doit être approprié aux besoins du patient présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée.

4. La prescription doit être transcrite dans le dossier médical du patient.

5. Le patient doit être informé en premier et son consentement doit être recherché au maximum même s'il n'a pas tout son discernement.

6. La personne et sa famille doivent être informées de la décision de contention et les raisons doivent leur être expliquées. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

QUID DU REFUS DE SOINS : ARTICLE L. 1111-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf URGENCE ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.

Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie

quotidienne et maintenir son état fonctionnel et son confort psychologique

ARTICLE 72 DE LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ N° 2016-41, DU 26 JANV. 2016

Avant cette loi, nous n'avions pas de cadre légal de la contention. Seulement des recommandations de l'ANAES. Aujourd'hui, des conditions de mise en œuvre sont enfin insérées dans le code de la santé publique à l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique :

« L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. »

On remarquera que ce texte ne limite la portée de cette disposition à la contention qu'aux soins sans consentement et en établissement.

Ce n'est pas logique car les mêmes critères sont fixés dans les recommandations de l'ANAES et la jurisprudence. Cela devrait donc être appliqué aux soins libres.

RISQUES ENCOURUS EN CAS DE CONTENTION NE RESPECTANT PAS LES CRITÈRES DE MISE EN ŒUVRE

Des dérives ont été constatées concernant l'utilisation de la contention :

1. Utilisation à des fins de confort.
2. Par crainte d'un contentieux judiciaire : pour éviter une chute.

L'obligation de sécurité des patients imposés aux professionnels de santé et aux établissements de santé n'est pas une obligation de sécurité de résultat.

Cour d'appel d'Aix en Provence 10^e chambre,
15 Février 2012 – n° 09/04252 : CA Toulouse :
26 juin 2017

- ✓ Obligation de vigilance de moyens.
- ✓ Qui s'apprécie au regard du comportement du patient.
- ✓ N'implique pas une surveillance permanente des faits et gestes des patients.

Il faut donc cesser de craindre un contentieux lié à une chute du patient, car vous risquez beaucoup plus à contenir illégalement un patient même sans chute.

INFRACTIONS PÉNALES ET RESPONSABILITÉ PÉNALE

1. Exercice illégal de la médecine.

Seul un médecin peut prendre la décision de la pratique de la contention. Toute autre personne en a l'interdiction, sous peine d'encourir une peine pénale de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende (Article L4161-5 du code de la santé publique).

> sauf cas d'urgence évoqué plus haut

2. Violences volontaires.

Un mauvais usage de la contention peut entraîner la qualification de l'infraction de violence volontaire. Peines encourues :

Selon que la contention a entraîné ou non une ITT :

- ✓ Sans ITT : amende de 750 euros maximum.
- ✓ Avec ITT inférieure ou égale à 8 jours : amende de 1 500 euros maximum.
- ✓ Avec ITT supérieure à 8 jours : 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.
- ✓ Ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente : 10 ans et 150 000 euros.
- ✓ Ayant entraîné la mort sans intention de la donner : 15 ans d'emprisonnement.
- ✓ Avec une ou plusieurs circonstances aggravantes (vulnérabilité de la personne par exemple / âgées).
- ✓ Sans ITT ou < 8 jours : 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.
- ✓ ITT > 8 jours : 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.
- ✓ Ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente : 15 ans et 150 000 euros.
- ✓ Ayant entraîné la mort sans intention de la donner : 20 ans d'emprisonnement.

ATTENTION : Infraction d'habitude : peines supérieures à celles prononcées pour les exemples ci-dessus.

EXEMPLE : Cour de Cassation, Chambre criminelle, 06/08/1997, n° 95-84852. Contention systématique la nuit. Deux gestionnaires d'une

maison de retraite soumettent les personnes âgées à des contentions systématiques, chaque jour, de 18h30 au lendemain matin associée à la fermeture à clefs des dortoirs impossibilité d'aller aux toilettes :

- ✓ 6 mois d'emprisonnement avec sursis pour les dirigeants et à l'interdiction, pendant 10 ans, d'exploiter ou de diriger tout établissement de ce type.
- ✓ Personnel infirmier : complicité => même peine.

PRATICIEN LIBÉRAL = ASSUREUR DU PRATICIEN

Attention au défaut d'assurance car les indemnités peuvent monter extrêmement vite, en centaine de milliers d'euros en cas de handicap survenu consécutivement à une faute médicale.

1. Une contention injustifiée est toujours indemnisable au titre du seul préjudice moral :

- ✓ Non-respect de la dignité humaine.
- ✓ Violation du principe de la liberté d'aller et venir.

CAA MARSEILLE 21 mai 2015, n° 13MAO3115 :

La violation des droits fondamentaux entraîne nécessairement des souffrances psychologiques. Indemnisation du préjudice moral varie en fonction de la gravité de l'atteinte, du caractère volontaire ou non, de la nature du droit lésé, de la qualité et du comportement de l'acteur de santé en cause.

2. Cas de la contention indiquée mais non prescrite.

Cour d'appel, Aix-en-Provence, 10^e chambre, 4 Mai 2017 - n° 16/02216 : Sanction d'un praticien qui avait connaissance de l'état antérieur de sa patiente avant son admission dans l'établissement en SSR, suite à une fracture à domicile et chirurgie. Traitée au clopidrogel antiplaquettaire, pour éviter les événements thrombotiques. Patiente âgée : 83 ans. Surpoids : IMC à 30. Prothèse à chaque genou. Six interventions chirurgicales sur le genou gauche. Dernière intervention deux mois plus tôt. Fragile sur le plan squelettique. Motricité estimée réduite. Ralentissement moteur & baisse du tonus musculaire lié à la prise de benzodiazépines. La patiente a chuté deux fois en SSR, le même jour, à 10h puis 15h30. Aucune contention appliquée. Hématome sous dural. Inopérable du fait du médicament pris qui a aggravé le saignement. = Décès.

Le médecin a été reconnu responsable d'une perte de chance de 50 % de ne pas chuter.

Les ayants droit qui ont intenté le procès ont obtenu au total plus de 30 000 euros. En cas de survie du patient et de très lourd handicap, le montant indemnitaire aurait pu être 100 fois supérieur.

3. Cas de la contention mise en œuvre et indiquée.

Même en cas de contention indiquée, il est possible pour le personnel soignant ou l'établissement d'engager sa responsabilité.

Cour Administrative d'Appel de Nantes N° 10NT00099 du 8 décembre 2011 : un homme était attaché à son fauteuil. Il a été très grièvement brûlé du fait d'un incendie qui s'est propagé dont l'origine est restée indéterminée. L'hôpital a engagé sa responsabilité du fait d'un défaut de surveillance qu'impose la contention.

Défaut de surveillance constitutif d'un dysfonctionnement dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier.
Montant indemnitaire : plus de 3 millions d'euros // handicap +++.

CONTENTIEUX DISCIPLINAIRE

En sus des responsabilités civiles, administratives et pénales, un professionnel de santé peut engager sa responsabilité disciplinaire. En effet, tout professionnel de santé qui commet une faute déontologique (violation du code de déontologie) peut faire l'objet d'une plainte auprès du Conseil de l'Ordre et subir une sanction disciplinaire. La chambre disciplinaire de l'Ordre peut prononcer différentes sanctions.

Les peines principales sont les suivantes :

- ✓ L'avertissement ;
- ✓ Le blâme ;
- ✓ L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ;
- ✓ L'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de la profession concernée ;
- ✓ L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis (trois années maximum) ;
- ✓ La radiation du tableau de l'ordre avec communication de la radiation à tous les ordres départementaux ;
- ✓ Les peines complémentaires : si une insuffisance de compétence professionnelle => injonction de suivre une formation.

POUR EXEMPLE EN ÉTABLISSEMENT

Le personnel de santé salarié ou hospitalier peut être licencié en cas de faute liée à la pratique de la contention.

1. Contention pratiquée sans prescription (en dehors de toute urgence).

Cour d'appel, Paris, Pôle 6, chambre 9, 7 Octobre 2015 - n° 13/02215.

Un aide-soignant :

- ✓ Contention d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, toute une nuit.
- ✓ Sans prescription médicale.
- ✓ Contention avec des draps.
- ✓ Sans aucune consignation dans le registre ni information du médecin.

Il s'agit d'un cas d'insubordination assimilé à un acte de maltraitance => licenciement pour faute grave justifié.

Le licenciement pour faute grave prive le salarié des indemnités suivantes :

- ✓ L'indemnité de préavis ;
- ✓ L'indemnité de licenciement ;
- ✓ Montant du salaire correspondant à la période de mise à pied.

2. Contention prescrite mais non mise en œuvre

Cour d'appel, Lyon, Chambre sociale C, 26 Novembre 2010 - n° 10/03060 :

- ✓ L'aide-soignant n'a pas mis en œuvre la prescription de la contention qu'il estimait injustifiée.
- ✓ Il s'agissait d'une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer.
- ✓ Elle a chuté.

La Cour d'appel a estimé qu'il n'appartient pas à l'aide-soignant de :

- ✓ Remettre en cause la justification médicale d'une prescription délivrée par un Docteur en médecine.
- ✓ Faire obstacle à sa mise en œuvre au motif : d'une atteinte à la dignité de la personne humaine (absence de clause de conscience / mise en danger de la personne), que les recommandations ne seraient pas obligatoires (valeur règlementaire / force obligatoire).
Le licenciement considéré comme présentant une cause réelle et sérieuse (droit à toutes les indemnités car il ne s'agit que d'une faute simple du fait des circonstances).

CONCLUSION

Il est extrêmement important que les professionnels de santé et le personnel soignant soient au fait de la législation en la matière car le non-respect de celle-ci peut avoir de graves conséquences corporelles (accident entraînant blessures ou décès, etc) et de lourdes conséquences juridiques.

Références ayant servi à l'élaboration de ce document : HAS. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. oct 2000. Avocat Dénambride-avocat.com