

CONTENTION

REPÈRES ET BONNES PRATIQUES

Guide à l'utilisation des services d'accueil et d'hébergement pour aînés



TABLE DES MATIERES

1. Les types de contentions utilisées dans les MR.S.	4
1.1. Résultats.	4
1.2. Discussion autour des typologies de contention	5
Les contentions les plus utilisées et connues des professionnels	5
Les contentions les plus utilisées en vue de maîtriser la personne (essentiellement au niveau des membres supérieurs)	5
Les contentions visant à contenir la personne dans l'espace	6
2. Les raisons qui mènent à des pratiques de contentions	8
2.1. Résultats	8
2.2. Discussion autour des motivations relevées	8
3. Les effets observés ou rapportés des pratiques de contention	11
3.1. Résultats	11
3.2. Discussion autour des effets observés ou rapportés	13
Les effets sur la santé physique et physiologique du résident.....	13
Les effets sur les comportements ou les agissements du résident.....	14
Les effets psycho-sociaux	14
4. Les actions alternatives mises en place pour réduire la contention.....	16
5. Conclusion	18

Fin 2023, un atelier, rassemblant 42 participants répartis sur 13 établissements différents, a permis de questionner les pratiques actuelles en matière de contention.

Plusieurs constats ont rapidement été partagés :

- Plus la personne est en situation de fragilité et plus le risque est grand qu'elle soit sous contention ;
- Les membres du personnel manquent d'informations sur les risques physiologiques et psychologiques liés à la contention et ce aussi bien pour les résidents que pour eux-mêmes ;
- Les approches alternatives sont peu appréhendées et « le droit au risque » reste un concept complexe dans sa mise en œuvre ;
- La crainte d'être pénalement poursuivi exacerbe la notion de responsabilité individuelle dans les équipes.

Ce livret s'articule autour de quatre questions :

1. Quelles sont les types de contention utilisés dans les MR. S ?
2. Pour quelles raisons utiliser des contentions ?
3. Quels sont les effets (positifs/négatifs) observés ou rapportés des pratiques de contention ?
4. Quelles actions pour réduire l'utilisation de la contention ?

L'objectif de ce livret est triple : restituer les pratiques de contention les plus utilisées, en tirer des enseignements et relier ces pratiques à des concepts théoriques.

1. LES TYPES DE CONTENTIONS UTILISÉES DANS LES MR.S.

1.1. Résultats.

Occur ¹ .	Contentions les plus utilisées	Occur.	Les contentions moins courantes
*5	Tablettes au fauteuil	*2	Ceintures abdominales (fauteuil, lit)
*5	Barreaux de lit (1 ou 2)	*2	Contention aux poignets
*4	Ceintures pelviennes	*3	Drap housse chauve-
*2	Contention chimique (médicamenteuse)	*2	Grenouillères
*2	Unité adaptée	*1	Montre GPS
*2	Codes aux portes	*3	Moufles
*1	Directives verbales des équipes (retourne dans ta chambre, reste au lit, ...)	*2	Portes fermées à clé*
*1	Ceintures abdominales (fauteuil, lit)	*2	Contention chimique
*2	Fauteuil incliné	*1	Bandes de contention
*2	Grenouillères		
1	Freins chaises roulantes		

*Pratiques interdites

¹ L'occurrence est le nombre de fois qu'une pratique de contention a été citée dans les sous-groupes de travail. Par exemple, l'occurrence « *5 tablettes au fauteuil » signifie que ce type de contention a été relevé dans les 5 groupes de travail.

1.2. Discussion autour des typologies de contention

Les contentions les plus utilisées et connues des professionnels

- Tablettes au fauteuil
- Barreaux de lit
- Ceintures pelviennes et/ou abdominales

Au regard de la littérature scientifique en la matière, nous pouvons faire l'hypothèse que ces contentions sont utilisées (1) en cas de risque de chutes ou (2) à la suite d'une chute.

Il est donc essentiel de travailler avec les équipes sur cette notion de « risque de chutes » tout en renforçant leurs compétences et connaissances concernant les conséquences de ces pratiques sur la santé physique (augmentation des risques de morbidité et de chutes graves) et psycho-sociale de la personne (rapide diminution de la vitalité et de l'extraversion).

Il est primordial de travailler sur des objectifs de revalidation et sur la mise en activité des résidents.

Les contentions les plus utilisées en vue de maîtriser la personne (essentiellement au niveau des membres supérieurs)

- Draps housses et grenouillères
- Mouffles, bandes de contention et menottes
- Contention chimique ou médicamenteuse

Au regard la littéracie, nous pouvons faire l'hypothèse que ces contentions sont utilisées en réponse à des manifestations comportementales telles que les refus de soins, refus d'aller dormir ou encore des attitudes agressives envers le personnel soignant.

Il est à noter que les menottes et les draps non prévus pour la contention sont des moyens de contention strictement interdits et non homologués à la fois en raison

des risques encourus mais aussi pour l'approche déshumanisante qu'ils représentent. Dans aucun des sous-groupes n'apparaît les draps de lits alors que les participants ont échangé sur cette pratique au cours de la journée. Nous pouvons donc affirmer que cette pratique existe toujours.

Il est essentiel de travailler sur les raisons qui amènent les résidents à présenter des manifestations comportementales d'opposition. Un travail pluridisciplinaire doit être mené sur les raisons liées à la santé de la personne, les raisons environnementales, l'accompagnement et les activités proposées, l'organisation du travail et la communication en l'équipe. Un modèle basé sur la prévention et sur la recherche de solutions alternatives de manière systématique permet de tendre vers une contention zéro dans la gestion des manifestations comportementales d'opposition ou d'agressivité.

Les contentions visant à contenir la personne dans l'espace

- Les barrières de lit pour éviter que la personne ne sorte de son lit la nuit ;
- Les freins des chaises roulantes. Il est à noter qu'un grand nombre d'établissements y ont recours mais ne considèrent pas forcément cette pratique comme étant une contention (alors qu'elle empêche la liberté d'aller et venir).
- Les fauteuils coquilles sont aussi peu cités mais cela peut aussi vouloir dire qu'ils ne sont pas considérés comme étant des mesures privatives de liberté.
- Les codes aux portes et cela même dans une unité adaptée.
- Les portes de chambre fermées à clé par le personnel, procédure strictement interdite notamment pour des raisons de sécurité, a aussi été évoquée. Dans le dernier rapport d'activités 9.7 % des MR. S ont déclaré fermer les portes les résidents la nuit !

Au regard des données scientifiques en la matière, nous pouvons faire l'hypothèse que ces contentions sont utilisées en réponse à la déambulation et/ou la peur que la personne dérange un autre résident (notamment la nuit) et/ou qu'elle quitte le champ de vision des soignants (peur des sorties à l'extérieur de l'établissement).

Il est essentiel de connaître les besoins des aînés et notamment des personnes présentant des troubles cognitifs, notamment le besoin d'être « actif » et d'y trouver du sens. Les aînés doivent être en mouvement et cela pour diminuer les risques de fonte musculaire et donc les risques de chutes.

Dans la grande majorité des cas, les personnes qui ont « besoin de bouger » et qui le manifestent de manière dite « inappropriée » (comme se rendre dans la chambre du voisin) exprime leur désaccord face à une situation qu'elle ne comprend pas ou face à l'ennui. Le risque que la personne veuille quitter sa chambre ou même l'établissement afin de retrouver une ancienne vie plus remplie et porteuse de sens (même si cette ancienne vie est romantisée) est alors plus grand. La mise sous contention physique ne constitue pas une réponse adaptée.

Si des réponses non contraignantes ne sont pas rapidement apportées, ce type de manifestations comportementales va augmenter. Un cercle vicieux peut alors rapidement s'enclencher : augmentation des contentions physiques et chimiques pour contenir les « résidents voyageurs ».

2. LES RAISONS QUI MÈNENT À DES PRATIQUES DE CONTENTIONS

2.1. Résultats

Mise à part une situation concernant un résident qui s'enlève ses langes la nuit et pour lequel une grenouillère a été placée, les rapporteurs de chaque groupe ont relevé une série de raisons récurrentes qui amènent les professionnels à poser une contention.

Typologie	Raisons
Éviter les chutes	<ul style="list-style-type: none">• Éviter ou limiter les chutes (parfois dans le cadre d'une demande d'immobilisation venant de l'hôpital)
Limiter les déplacements du résident	<ul style="list-style-type: none">• Limiter les risques de sorties en dehors de l'établissement• Éviter que le résident se lève lors des repas• Éviter tout risque de désorientation dans l'espace• Diminuer la déambulation
Maitriser les gestes du résident	<ul style="list-style-type: none">• Soulager les soignants face à des comportements d'agitation en journée ou la nuit• Éviter que la personne déchire sa protection de nuit.• Contenir l'apathie
Répondre à une demande	<ul style="list-style-type: none">• Répondre à une demande du résident, de la famille ou du médecin traitant
Garder une routine	<ul style="list-style-type: none">• Par habitude• Ne pas se poser de questions• Sentiment d'être soulagé dans son travail au quotidien

2.2. Discussion autour des motivations relevées

La réflexion menée en sous-groupe a permis de questionner « l'effet de routine ». Certains ont en effet rapporté ne plus savoir pourquoi certaines contentions sont mises en place. Ils les exécutent machinalement (car ils le font depuis longtemps).

Après discussion, les participants font l'hypothèse que « lever ces contentions » n'auraient pas forcément pour effet direct de mettre en danger le résident. Ils se questionnent alors sur les motivations premières, le déroulé de cette prise de décision et le manque d'informations concernant la procédure à suivre car « *sans décision venant de l'infirmier, je ne fais rien. Qui décide de quoi, comment ?* », questionne une aide-soignante.

Les motivations autour de l'évitement des chutes ont été évoquées dans les 5 sous-groupes.

Si des chutes accidentelles et menant à des contentions d'urgence sont réelles et avérées, la grande majorité des mises sous contention sont davantage liées aux risques de chute plutôt qu'à une chute avérée. C'est-à-dire qu'une personne peut, par exemple, présenter un équilibre instable de la marche et aimer se promener dans ou l'extérieur de l'établissement. À ce moment, une évaluation du risque est généralement réalisée par l'infirmier et/ou le médecin traitant (rarement en réunion pluridisciplinaire ou via les annotations pluridisciplinaires dans le dossier individualisé de soins) menant à une mise sous contention non concertée. Notons que l'évaluation des risques/bénéfices pour la santé de la personne est rarement proposée de sorte que la mise sous contention peut devenir un réflexe s'il y a un « risque de chutes ».

Dans le cadre de la formation le Dr. Anne Van de Vyvere, du Grand Hôpital de Charleroi, nous a sensibilisé à l'augmentation du nombre de chutes des personnes placées sous contention. En effet, pour des raisons médicales comparables, cette augmentation est statistiquement moins importante pour les aînés qui ne sont pas sous contention avec 17% de chutes versus 5% chez les « non attachés » en unité de long séjour². Les raisons en sont multiples avec notamment la fonte musculaire, l'immobilisation, la perte de l'appétit ou encore la majoration de la désorientation.

Concernant les raisons liées à la volonté de limiter les déplacements du résident ou de contenir des manifestations comportementales, les soignants réalisent que la contention est une réponse rapide à la « non-réalisation du comportement » mais cette pratique n'est pas adaptée dans la mesure où elle ne correspond pas aux causes du comportement observé. Cependant les professionnels se disent dépourvus de solutions alternatives lorsqu'ils sont confrontés à des manifestations comportementales. Les participants font part de leur sentiment d'impuissance et de frustration face à la pression de certains membres de la famille qui, en raison de l'état de fragilité de leur proche, demandent « une sécurisation à tout prix ». D'autres familles demandent aussi au personnel une mise sous contention pour un autre résident qui « cause du tort » à leur proche.

² Cozon C, Nourhashémi F, Orvain J et al. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. ANAES. 2000.

Au cours de la formation, nous avons abordé les raisons qui poussent à ces demandes et avons notamment abordé « la peur de voir son proche mourir » et la croyance (irréaliste) qu'il ne devrait rien lui arriver en maison de repos. Nous avons aussi souligné l'importance d'informer les aidants proches des risques (la plupart du temps méconnus) liés à la contention. La présentation de cas d'accidents dus à la contention pourrait leur être plus parlante. Enfin, nous rappelons que la réglementation précise que les familles doivent être prévenues mais qu'aucune demande d'autorisation ne doit être réalisée (sauf si la personne dispose d'un représentant légal).

Les demandes venant des résidents concernent quasi exclusivement la pause des barrières de lit par peur de chuter (car le lit est trop haut et donc inadapté à leur besoin de se sentir en sécurité). Lors de la formation, nous avons longuement discuté de la loi sur les droits du patient :

« Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. »

- Article 8 de la loi sur les droits du patient du 22 août 2002

Dès lors, lorsque que la personne âgée fait une demande de soins de santé (dans ce cas, une demande de contention) nécessitant l'intervention d'un soignant, il ne suffit pas de disposer de son consentement. Pour être suffisamment « éclairé » ce dernier doit disposer de toutes les informations pertinentes pour sa santé.

Autrement dit, le résident doit connaître les risques et bénéfices de sa demande de contention. Il doit savoir que l'installation de barrières de lit lui permettra de ne pas chuter la nuit mais entraîne également des contraintes : il ne pourra pas sortir seul de son lit et accéder librement à sa chambre, ce qui augmente le risque de souffrir d'incontinence.

Aussi, s'il essaie de passer au-dessus des barrières de lit, le risque de fracture de la hanche ou du col du fémur est dix fois plus grand que sans barrière de lits. Il doit aussi être informé des modalités de l'acte de contention : combien de temps sera-t-il privé de ses libertés de mouvements, qui réalise cet acte, comment le met-on en place et comment peut-il lui-même poser et retirer sa contention.

3. LES EFFETS OBSERVÉS OU RAPPORTÉS DES PRATIQUES DE CONTENTION

3.1. Résultats

Nous vous invitons à comparer la différence entre le nombre d'effets dits « positifs » à la contention face aux effets dits « négatifs » des pratiques de contentions sur le résident, les soignants et les familles.

Effets de la contention qui vous apparaissent comme étant positifs sur...

- Le résident**
- Sécurité
 - Sentiment de sécurité quand le résident demande une contention (essentiellement les barrières de lit)
 - Moins de chutes
 - Chutes évitées
 - Maintien de son intégrité physique, mobilisation plus aisée
 - Apaisement « forcé » (en cas d'agitation)
 - Bon sommeil (se sent en sécurité)
 - Bonne alimentation
 - Bonne posture

- L'équipe**
- Sentiment de mise en sécurisation du résident
 - Soulagement - moins de charge mentale
 - Facilité car moins de surveillance
 - Réponse à un besoin, face à un comportement à risque
 - Moins de gestion de chutes et de soins de plaies
 - Éviter la déambulation lors du nettoyage
 - Éviter les tensions entre résidents

- La famille**
- Soulagement (être rassuré) avec l'impression que « rien ne peut arriver à son proche »
 - Résident immobilisé pour passer un moment agréable

Effets de la contention qui vous apparaissent comme étant négatifs sur...

- Le résident**
- Augmentation de la somnolence
 - Augmentation de l'agitation car le résident ne veut pas sous contention
 - Augmentation de l'agressivité

- Apparition de TOC (tapement, cris, manies, comportements autodestructeurs)
- Comportements potentiellement dangereux pour lui-même pour se libérer
- Demandeur d'une plus grande attention (être présent) envers le soignant
- Augmentation nette de l'apathie et de l'appétit de la vie (syndrome de glissement)
- Risque d'isolement social vis-à-vis des autres résidents
- Fonte musculaire
- Incontinence
- Infections urinaires
- Constipation
- Baisse de l'appétit
- Augmentation des chutes graves et mortelles
- Augmentation des plaies et des escarres graves
- Inversion du rythme jour/nuit dû à l'apathie
- Perte de la marche et autres capacités fonctionnelles
- Fausses déglutitions avec la contention chimique
- Accidents graves quand contention n'est pas adaptée pu mal mise
- Incompréhension de cette situation « d'attachement » alors que ce n'était pas le cas avant.
- Perte de l'autonomie
- Ennui
- Baisse de l'image de soi
- Perte de la dignité
- Dépression ou problèmes de santé mentale

L'équipe

- Augmentation des soins et de la charge de travail (cf. les conséquences de la contention sur la santé physique du résident)
- Surcroit de travail à la suite de la perte d'autonomie et à l'augmentation de l'agressivité
- Gestion plus importante des accidents
- Nombre de pas augmenté avec le déplacement du matériel
- Tensions supplémentaires à gérer avec des comportements de type productifs (bruits, cris, insultes, tapotements, agitation)
- Tensions au sein de l'équipe entre les « pro » et les « anti » ou en fonction des pratiques
- Sentiment d'échec de poser une contention pour certains professionnels
- Peine et tristesse
- Image négative de la profession

La famille

- Constat de dégradation du proche

- Vision négative et choquante de leur proche contentonné
- Incompréhension de la contention
- Manque de communication et d'écoute de la part de l'équipe soignante avant la mise en place de contention
- Désaccords avec la MR.S et les soignants
- Baisse des échanges entre les résidents et sa famille
- Diminution des visites
- Baisse de la confiance envers l'établissement
- Culpabilité

3.2. Discussion autour des effets observés ou rapportés

Premièrement, d'après le vécu des participants, les pratiques de contention ont davantage d'effets délétères sur les résidents, les soignants et les familles que d'effets bienfaits. Mais alors pourquoi la contention est-elle encore une pratique courante ?

« Mais c'est réfléchissant ensemble que l'on se rend compte des effets néfastes de la contention. Avant on n'y avait vraiment jamais réfléchi », rapporte un groupe de travail.

Pour tenter de comprendre cette prise de risques, dans un environnement qui se veut sécurisant, il sera judicieux de questionner à la fois les effets positifs et néfastes de la contention (question 4).

Les effets négatifs cités comme étant les plus marquants et les plus nombreux sont à retrouver auprès des résidents. Dans cette interdépendance entre le résident et le soignant se pose alors la question du bien-être au travail.

Les effets néfastes de la contention pour le résident peuvent être classés en trois catégories. Comme vous le verrez, des liens sont directement opérés sur les effets négatifs observés sur les membres du personnel.

Les effets sur la santé physique et physiologique du résident

Ils sont très nombreux avec une augmentation de la fonte musculaire, de l'incontinence, des infections urinaires, de la constipation, une baisse de l'appétit, une augmentation des chutes graves et mortelles et des plaies et des escarres graves, une inversion du rythme jour/nuit dû à l'apathie, la perte de la marche ou encore un nombre anormal de fausses déglutitions avec la contention chimique. Ces éléments ont eux-mêmes pour effet de réduire l'autonomie de la personne (ou sa capacité à agir par elle-même). Pour les soignants, il existerait une corrélation importante entre la perte d'autonomie et l'augmentation de leur surcharge de travail.

Il est important aussi de surligner que si la contention est placée pour éviter la potentialité d'une chute et donc pour la sécurité du résident, une contention longue et répétée (sans révision) augmente le risque de chutes et/ou de plaies graves et mortelles (nécessitant le plus souvent une hospitalisation). Les conséquences sur le sentiment de responsabilité individuelle des soignants sont plus importantes que pour les « petites » chutes.

Les effets sur les comportements ou les agissements du résident

La contention a pour effet de faire réagir l'aîné qui ne comprend pas cette situation. Pour réagir et manifester son mécontentement, il peut s'agiter (crier, insulter, essayer de bouger) et/ou se replier sur lui-même pour échapper au moyen de contention. Les participants parlent aussi de TOC (troubles obsessionnels compulsifs) qui apparaissent rapidement lors du placement d'une contention et ont tendance à s'installer sur du long terme : tapements sur la tablette ou des pieds, cris, manies ...).

Ces observations corroborent avec la littérature qui rapporte l'apparition de tels désordres comportementaux chez le résident dès la 1ère heure du placement d'une contention physique. Les comportements agressifs peuvent aussi être retournés contre soi-même (grattements jusqu'au saignement de la peau, pincements...). Ces comportements agacent les autres résidents mais aussi et surtout le personnel soignant. Diminuer les pratiques de contention dans le temps et l'espace permet donc de diminuer ces comportements ainsi que la charge mentale des soignants.

Les effets psycho-sociaux

Ceux-ci sont tout aussi importants avec une augmentation de l'isolement social de la personne qui ne peut pas aller où elle veut (sans en demander l'autorisation), un sentiment exacerbé de l'autocratie (« *je dépends du soignant durant mes heures de contention et c'est lui qui décide* ») entraînant une dépréciation de soi (voir les comportements d'agitation ou d'apathie) et l'apparition de troubles mentaux plus élevés.

Ce cercle vicieux augmente aussi la prolongation du temps et des pratiques de contention. Face à la détresse psychologique de certains résidents sous contention, certains participants parlent d'un sentiment d'échec : « *Cela veut dire que face à une situation donnée, on ne trouve rien d'autre à faire qu'attacher une personne* », nous confie une infirmière. Quelles en sont les conséquences sur la santé psychologique des professionnels ?

Au niveau des équipes, les effets « positifs » rapportés sont tous en lien avec le besoin de sécurité des professionnels. La peur d'un potentiel risque pouvant mener à une chute et donc à une hospitalisation est la hantise des professionnels qui se sentent alors responsables et en insécurité et ce même si l'expérience de terrain démontre que la contention physique augmente le risque de chutes et de plaies graves et mortelles. La gestion des manifestations comportementales passe aussi par des pratiques de contention physique et/ou chimique.

Tout comme pour les résidents, les participants relèvent cependant plus d'inconvénients à mettre des contentions que d'avantages. L'inconvénient majeur est la surcharge de travail directe (augmentation du nombre de pas, d'appels, de cris, de surveillance...) et indirecte avec une augmentation graduelle de la dépendance et donc de l'accroissement des soins. Les résultats sur la santé psychologiques sont aussi évoqués : stress, mal-être général (« peine et tristesse ») et épuisement. *In fine*, cette pratique va à l'encontre des valeurs d'autonomie et de bienfaisance de certains professionnels (« sentiment d'échec ») pouvant aller jusqu'à « une image négative de la profession » et donc une dépréciation de soi. Enfin, ces pratiques sont aussi sources de tensions et de conflits au sein d'une équipe et ce d'autant plus si les prises de décisions ne sont pas collégiales mais réalisées par une seule et même personne.

Si certaines familles ont aussi besoin d'être rassurées et pensent que la contention permet à leur proche de vivre plus longtemps, il n'en demeure pas moins que les soignants observent de nombreux effets néfastes de cette pratique sur la relation entre le résident et ses proches. Tout d'abord et même pour les familles qui donnent leur accord pour une contention, le fait de voir un parent qui n'est plus libre de ses mouvements est source de mal-être et de culpabilité dans la mesure où les diminutions des capacités et la perte de l'élan vital de leur proche deviennent parfois insupportables. De ce fait, les soignants constatent une « diminution des visites » souvent associée à une « baisse de la confiance envers l'établissement ». Les soignants soulignent aussi que les aidants reprochent souvent un manque de communication des professionnels autour des raisons et du mode de contention et des actions entreprises pour limiter cette pratique.

4. LES ACTIONS ALTERNATIVES MISES EN PLACE POUR RÉDUIRE LA CONTENTION

- Disposer d'une philosophie et de valeurs communes et connues dans le projet de vie de l'établissement.
- Disposer d'un protocole ou arbre décisionnel commun.
- Réaliser des réévaluations pluridisciplinaires avec une réflexion approfondie et une analyse de la situation pour éviter l'effet de routine et revoir la médication.
- Réaliser des sensibilisations et formations des approches alternatives au professionnels et aux familles.
- Proposer des ateliers de prévention des chutes pour les résidents (aide à « bien » tomber).
- Développer les activités motrices pour un renforcement musculaire (limiter les chutes graves) par l'intermédiaire des kinés, ergos mais aussi de l'ensemble du personnel.
- Développer les activités d'auto-occupation et proposer des activités qui ont un sens pour les résidents (marcher vers un but) et créer des activités favorisant la convivialité.
- Proposer un environnement adapté : lampes de nuit, éviter le matériel hospitalier (comme des lits hauts), aide à la mobilité en suffisance (tribunes, canes, ...), vêtements de protection (casques pour ceux qui chutent souvent ou autres protections, chaussures/chaussettes antidérapantes), bracelet anti-fugue, tapis antiglisse sur les fauteuils roulants ou chaises pour ceux qui ont tendance à glisser).

Lors de l'échange de pratiques, la majorité des alternatives proposées étaient liées à l'environnement et au matériel utilisé qui doit être adapté aux résidents pour éviter et limiter les chutes.

Par exemple : avoir des lampes de nuit pour faciliter la déambulation, des lits adaptables pour lever les barrières de lits, disposer des tribunes en suffisance pour soutenir la marche de manière autonome, des anti-dérapants sur la chaise du résident ou sur son fauteuil pour éviter qu'il glisse et que l'on mette une contention comme la tablette, par exemple ou encore d'avoir des vêtements adaptés (chaussures et chaussettes non glissantes, coquilles ou casques pour ceux qui ont tendance à chuter régulièrement).

Il s'agit ainsi d'avoir du matériel qui répondent aux besoins et aux capacités des résidents, d'une part et du matériel adapté qui soit en nombre suffisant et pluriel, d'autre part.

Au niveau de l'environnement, il est également important pour les résidents de pouvoir réaliser des activités d'auto-occupation (sans la présence d'un animateur) et donc de disposer du matériel qui réponde à leurs envies et capacités préservées. En effet, l'ennui suscite l'apathie et donc le manque d'activités physiques expose la personne à plus de risques de chutes.

Dans une MR.S, des vélos d'appartements adaptés et autres modules sont disponibles sans la présence d'un professionnel ;

Dans une autre, un local a été emménagé pour faire du bricolage ;

Dans une unité adaptée hébergeant des personnes avec troubles cognitifs, des boîtes à activités sont libres d'accès et des activités domestiques sont réalisées tout en favorisant la position verticale des résidents.

Au niveau des activités, les ateliers de prévention des chutes ont bien été cités mais ne sont effectifs dans aucune des maisons de repos représentée lors de cet échange de pratiques. De même pour les activités porteuses de sens dans la mesure où encore aujourd'hui les activités proposées sont programmées par le personnel en fonction de ce « qu'il pense qui est bon pour les résidents ».

Enfin a été évoqué la nécessité de développer une procédure de contention commune, connue et mise en pratique par les soignants. Il s'agit d'un arbre décisionnel qui permet de pouvoir agir de manière proportionnée et séquentielle en fonction de la situation observée. Autrement dit, la procédure évite que les contentions ne soient posées de manière arbitraire, à durée indéterminée, en continu sur une journée et sans approches alternatives. Pour faire vivre cette procédure, un mode de fonctionnement basé sur la concertation pluridisciplinaire doit être institutionnalisé (voir la technique de résolution de problèmes réalisée à cette occasion qui permet de rechercher les causes possibles de la situation observée et de rechercher des solutions).

5. CONCLUSION

Pour prendre la décision la plus adaptée, juste et efficace possible, la mise en place d'une procédure de contention type par établissement est nécessaire. Il s'agit ainsi de :

- **prévenir les prises de décisions arbitraires** (type, fréquence et durée de la contention) et l'absence d'actions alternatives par l'équipe ;
- **prendre une décision mesurée et objective** en faisant la balance des bénéfices et des risques bio-psycho-sociaux pour résident ;
- **prendre des décisions collectives** et non pas individuelles ;
- **diminuer le risque d'erreurs** dues à des pratiques professionnelles diverses et variées ;
- **tenir compte du consentement** libre et éclairé du résident ;
- **répondre aux besoins des résidents par d'autres actions** qu'uniquement la contention (comme une valorisation des activités de revalidation, des activités d'auto-occupation, des activités collectives porteuses de sens ou des projets de vie individualisés) ;
- **adopter une attitude humaniste** vis-à-vis de l'aîné mais aussi des soignants pour lesquels la mise sous contention est perçue comme un « échec ».

Nous rappelons par ailleurs que :

*« Le règlement d'ordre intérieur doit en outre prévoir **une procédure relative aux éventuelles mesures de contention et/ou d'isolement** dans le but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes et/ou pour les autres résidents, dans le respect de leur droit fondamental à une liberté de mouvement. **Cette procédure précisera au moins la manière dont la décision d'appliquer une mesure de contention ou d'isolement est prise** par l'équipe de soins, en ce compris le médecin traitant du résident, **la durée de la contention qui ne peut dépasser une semaine**, sa prolongation éventuelle par l'équipe de soins avec information au médecin traitant du résident et les règles spécifiques de surveillance ».*

- Chapitre 1er. - Des normes concernant la liberté des résidents, le respect de leurs convictions et leur participation- Point 1.1 Du règlement d'ordre intérieur- Annexe 120.

L'usage de la contention devrait faire l'objet d'une réflexion éthique dans chaque structure d'hébergement et d'accueil pour aînés. Quelles sont les valeurs sous-tendues ? Comment les mettre en pratique ? Comment les partager et les discuter en équipe, auprès des résidents et de leurs proches ?

Cette pratique visant à « bien contenir » n'est donc pas unidirectionnelle. Elle ne devrait pas engager l'autorité du soignant vers le soigné. Dans une maison de repos comme dans toute communauté, les êtres sont interdépendants les uns aux autres. Si l'usage de la contention est un acte unique, il devrait cependant être envisagé sous l'angle de la responsabilité collective. Chaque partie prenante et certainement la personne concernée, doit pouvoir participer à cette prise de décision incluant ainsi une évaluation de l'usage de la contention pour tendre *in fine* vers une pratique qui soit la meilleure et la plus juste possible.

Comme le précise M. Hesbeen³, la finalité du soignant consiste à « *aider une personne et ses proches à vivre ensemble du mieux possible ce qu'ils ont à vivre dans la situation qui est la leur* ».

³ Citation reprise du cours de W. Hesbeen in « L'éthique dans la relation soignante » du 13.10.2023