

Procédures et contention physique

Physical restraint and procedure

A. Van de Vyvere et C. Dumont

Service de Gériatrie, Grand Hôpital de Charleroi, Montignies-sur-Sambre

RESUME

L'utilisation de la contention chez les personnes âgées se justifie souvent par la nécessité de prévenir les blessures secondaires aux chutes ou pour maîtriser l'agitation et les troubles du comportement. Cependant, de nombreuses études ont montré que la contention ne protège pas le patient, mais est au contraire à l'origine d'effets secondaires divers tels que l'augmentation des chutes, les escarres, la dépression, le sentiment d'humiliation et parfois même le décès. Il n'existe aucune preuve que la contention apporte un quelconque bénéfice au patient, en dehors de quelques situations bien précises. Cet article aborde la contention sous l'angle médico-légal et propose quelques pistes de réflexion pour une utilisation raisonnée, éthique dans la philosophie multidisciplinaire.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 368-75

ABSTRACT

The widespread practice of physical restraint of the elderly has used in most case in order to protect elders against injuries after falls or to manage behaviour agitation during delirium for example. However, "protect" isn't correct because of the adverse effects have been reported as falls increase, pressures sores, depression, aggression and death. In fact, efficacy of restraints for safeguarding patients from injury has not been demonstrated clinically. This paper reviews the current medico-legal knowledge regarding physical restraint use in this frail population and suggests some considerations about ethical practice and procedure evaluation.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 368-75

Key words : physical restraint, elderly, medico-legal

INTRODUCTION

Utiliser dans la même phrase contention et soin semble paradoxal si l'on se réfère aux définitions de ces mots. Prendre soin¹, c'est "porter une attention particulière à quelqu'un". Il est également intéressant de penser alors à la différence avec "donner des soins", qui englobe l'ensemble des gestes posés par les professionnels de la santé. Si on se réfère à la définition de la contention : "procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité", on peut se poser la question suivante : la contention peut-elle être considérée comme un soin, au sens de "prendre soin" ?

Pensons d'autre part à l'attitude sociale à l'égard du risque, qui est assez paradoxale : exigence d'un risque nul dans certaines activités et valorisation des activités à haut risque dans d'autres domaines. La contention est à l'origine de nombreuses complications : chutes, escarres, perte d'autonomie, humiliation

du patient, etc. Dans le cas des patients âgés et/ou agités, la société actuelle tend à penser que le risque doit être nul. Or, en gériatrie, "la faute professionnelle n'est pas la chute mais la grabatisation". Le respect de cette règle amène donc la prise de risques².

DEFINITION ET CONTEXTE LEGAL

Définition

Nous parlerons uniquement de contention physique, laissant de côté la contention chimique et la contention posturale, qui se pratique dans le cadre de la rééducation. L'HAS (Haute Autorité de la Santé, en France) définit la contention comme suit : "La contention physique dite passive est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté"³.

Il apparaît d'emblée évident que, dans certaines situations d'urgences, la contention devient inévitable, en particulier chez des patients souffrant de pathologies psychiatriques aiguës. Ces situations font rarement l'objet de discussions si elles sont appliquées correctement. Ce sont les contentions réalisées soit à l'hôpital, soit dans les maisons de repos ou maisons de repos et de soins, qui posent le plus de questions à la fois médicales, juridiques et éthiques, sachant que sur ce plan, les contentions sont difficilement justifiables.

Types de contention physique

Une contention physique³ peut être définie comme un appareillage, en contact direct ou non avec le corps et que le patient ne peut ôter lui-même, visant à limiter la mobilité ou la liberté du patient qui, par son comportement, se met en danger ou met en danger son entourage. Elle peut aussi avoir un but médical comme l'application d'un traitement ou la réalisation d'un examen. On peut distinguer 4 types de protections physiques : les protections limitant la mobilité (harnais, ceintures, liens de poignets ou chevilles, camisole, culotte de contention, etc.), les protections limitant la liberté (chambre d'isolement, unité de soins verrouillée, etc.), les protections adjacentes au mobilier (barrières de lit, tablettes de fauteuil, etc.) et enfin les protections " virtuelles " (bracelets électroniques, portiques, " babyphones ", etc.).

Contexte légal

La convention des droits de l'homme

L'article 5 de la convention européenne des droits de l'homme stipule que " toute personne a droit à la liberté et à la sûreté ", prévoyant toutefois les exceptions pour les arrestations légales, ce qui paraît logique. Il est acceptable également de maintenir la contention des prisonniers soignés dans les hôpitaux, en fonction des directives de la direction de la prison.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

L'article 5, chapitre III nous précise que " le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite ".

Dans le cas d'une contention physique, on peut se poser clairement la question du respect de l'autonomie, de la dignité humaine, et donc de la qualité des soins. Comme nous le rappelle par exemple la déclaration d'Helsinki de 1964 qui déclare en son point 10 que " ... le devoir du médecin est de protéger la vie, la santé, la dignité et l'intimité de son patient ", il apparaît encore nécessaire de rappeler à quel point le respect de la dignité est un fondement de la médecine². La dignité peut se comprendre de multiples façons. Mais au terme d'une réflexion philosophique

essentielle, il apparaît que la dignité humaine est liée à l'existence même de la vie. Elle est inaliénable, et toute vie doit être considérée comme digne de manière absolue.

La non-assistance à personne en danger

Il faut trouver le juste milieu entre le respect des droits et de la dignité du patient, et la sauvegarde de son intégrité, ainsi que des personnes qui l'entourent. Le code pénal punit celui qui ne porte pas secours : " Art. 422bis : Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 50 à 500 francs (à multiplier par 200) ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention ". En cas de plainte, qu'elle soit civile ou pénale, ce sera sur base du dossier que le bénéfice (ou non) de la contention sera estimé.

La prescription médicale de la contention est-elle nécessaire ?

La prestation technique de la contention est reprise comme acte infirmier réalisable sans prescription médicale (AR du 18 juin 1990 " portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre "). Le DHRIM (Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum) prévoit l'encodage des données suivantes relatives aux mesures de protection : instauration et suivi d'une contention physique (mettre, contrôler et ôter les mesures de contention utilisées afin de réduire la mobilité du patient comme un gilet thoracique, une ceinture abdominale, des attaches de poignets et de chevilles ou un siège gériatrique avec tablette, ...), instauration et suivi d'une contrainte physique (réduction de la mobilité du patient désorienté à sa chambre, à une partie ou l'entièreté de l'unité ou de l'hôpital avec bracelets électroniques ou unité de soins fermée, ...), en cas d'isolement et/ou de contention, l'infirmier doit accroître sa surveillance.

Les Maisons de Repos et les Maisons de Repos et de Soins

Un avis relatif aux mesures de contention dans les maisons de repos pour personnes âgées a été rendu par le Conseil wallon du troisième âge le 18 octobre 2001, suite aux différentes études montrant ses effets négatifs. Un nouvel arrêté du gouvernement wallon du 07 octobre 2010 a modifié les règles concernant les mesures de contention et/ou d'isolement dans les maisons de repos et les centres d'accueil de jour. Chaque établissement établit donc sa propre procédure. Actuellement, par exemple, le Centre de

Prévoyance et d'Action Sociale de Charleroi revêt complètement la manière d'envisager la mise en place de la contention et met en place un système de référent par patient attaché, ainsi qu'une " fiche de contention et/ou d'isolement " permettant de noter les motifs, le consentement mais aussi le suivi de la contention.

Le consentement du malade

Toujours selon la loi sur les droits du patient, tout acte médical requiert le consentement du patient, ou si cela est impossible, celui de son mandataire ou de son représentant légal. Le but de cette discussion entre le médecin et le malade est " d'arriver à un consensus³, et le résultat de ces discussions est noté dans le dossier du patient ".

Le patient a droit à toutes les informations le concernant, dans le but de comprendre son état de santé et son évolution. Le recueil du consentement du patient nécessite en effet une information préalable sur les risques et bénéfices du traitement proposé (ici, la contention), son degré d'urgence, ses alternatives, les conséquences prévisibles en cas de refus. La contention étant un acte médical ou un acte médical délégué, elle ne déroge pas à cette règle. Dans les cas d'urgences, le consentement n'est pas requis, mais le dossier médical doit mentionner la raison pour laquelle le praticien n'a pu le demander (loi du 22 août 2002, art. 8, § 5) : " Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents ".

Dans les autres cas, il faut discuter avec le patient de cette procédure. Cela signifie qu'avant d'instaurer une contention, il faut expliquer au patient en quoi elle consiste, pourquoi elle est instaurée, pour quelle durée, et dans quel but thérapeutique. Nous verrons plus loin qu'il est difficile de trouver de réels avantages à la contention, et que dès lors, la recherche du consentement du patient ne va pas être chose aisée.

Si l'on opte pour l'absence de contention chez un patient, il est également important d'expliquer les raisons de cette décision, car souvent les familles ne comprennent pas nécessairement ce choix. En effet, la contention est souvent associée à une impression de sécurité : absence de fugue, de chutes, poursuite des traitements, surveillance facilitée, etc. Si le consentement du malade ne peut pas être obtenu et qu'il n'y a pas de contexte d'urgence, le médecin et/ou l'infirmier risque de se voir reprocher le recours à cette technique. Le consentement d'un membre de la famille n'est pas suffisant à partir du moment où le patient, même dément, garde un certain degré d'autonomie de consentement. C'est alors à lui d'exprimer ses souhaits pour sa propre prise en charge. C'est ainsi que dans le

guide pratique de la Fondation Roi Baudouin⁴ concernant les droits des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, il est précisé que " comme n'importe quel autre patient, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a le droit, après avoir été correctement informée, d'accepter ou de refuser l'intervention médicale qui lui est proposée ".

La difficulté réside dans l'absence d'outils validés permettant de différencier les patients capables de donner un consentement valide de ceux dont la démence est trop évoluée pour pouvoir en être encore capables. De nombreuses études ont mis en évidence des difficultés d'inclusion des patients souffrant de démences d'Alzheimer modérées à sévères dans des protocoles de recherche, mais pas pour les démences légères. Malgré la perte progressive de leurs capacités de jugement, de nombreux malades restent capables de prendre des décisions concernant leurs traitements⁵.

LA CONTENTION COMME UN ACTE THERAPEUTIQUE

Les buts recherchés par la contention

La contention doit rester un acte exceptionnel, justifiant un suivi rapproché tant médical qu'infirmier.

Prévention des blessures

Les médecins et infirmiers qui recourent à la contention souhaitent éviter, à leur patient et/ou à son entourage, des lésions corporelles, après l'échec d'autres mesures moins contraignantes. Deux catégories se dégagent : les patients au comportement perturbateur (agressivité le plus souvent, envers eux-mêmes ou autrui), et les patients à risque de chutes. Cependant, la majorité des patients qui sont " contenus " sont des patients déments à risque de chutes³. Par ailleurs, aucune étude n'a jamais démontré que la contention permettait d'atteindre les buts fixés. Par exemple, en unité de long séjour, les chutes augmentent chez les patients attachés (17 % *versus* 5 % chez les non attachés en unité de long séjour, 25 % pour 10 % en services de revalidation)⁶. De plus, les chutes sans conséquences graves augmentent³.

Il apparaît donc que la contention physique peut être utilisée soit pour protéger autrui, soit dans un but thérapeutique, en dialogue avec le patient. Il est important de noter qu'il n'est en aucun cas justifié d'utiliser la contention pour faciliter le travail des soignants en raison de la déambulation d'un patient ou dans un but de punition. Il est également inconcevable que la contention pallie à un manque de personnel.

Poursuite d'un traitement

La contention est parfois appliquée pour permettre le maintien d'une perfusion intraveineuse ou d'une sonde naso-gastrique entre autres. Il importe d'abord d'envisager les alternatives (voie intra-

musculaire ou sous-cutanée pour les injections, etc.).

La question est également d'ordre éthique : le traitement proposé justifie-t-il la contention ? En particulier, le débat concernant l'alimentation par sonde naso-gastrique nécessite une réflexion pluridisciplinaire. Si le patient ne marque pas son accord pour le maintien de la sonde, ou est trop agité pour la garder, les risques engendrés par la contention doivent être balancés par les réels bénéfices, surtout à long terme, en se posant la question du sens de l'acte pour le malade.

Cas particuliers

Les salles d'urgences disposent souvent d'une pièce d'isolement. Chaque service devant disposer d'une chambre d'isolement doit établir un code de conduite interne en ce qui concerne la prise de mesures de contrainte. Ce code de conduite doit définir en détail les circonstances qui autorisent la prise de ces mesures ainsi que les règles à respecter en matière de chambre d'isolement. Un formulaire d'enregistrement doit être complété pour chaque patient.

Les complications : le paradoxe de la contention

L'utilisation de la contention, surtout chez le patient âgé, comporte de nombreux risques. En médecine, on peut admettre qu'un traitement soit à l'origine d'effets secondaires, mais ceux-ci ne doivent pas être supérieurs aux bénéfices. Il faut donc analyser la balance entre les risques et les avantages. Différentes études^{7,8} ont mis en évidence l'augmentation du nombre de chutes graves chez les patients attachés. Ceci peut s'expliquer par le " syndrome d'immobilisation " : les patients attachés perdent rapidement leur masse musculaire, présentent des troubles trophiques et des escarres, perdent l'appétit, et sont plus confus. Le risque d'infection nosocomiale semble être augmenté, ainsi que le risque d'escarres. Par ailleurs, en France, le nombre de décès liés aux contentions est estimé à 1/1.000 en institution pour personnes âgées. La prévalence de la contention est de 18 à 22 % chez les plus de 65 ans en institution en France. Elle est plus élevée chez les patients de plus de 65 ans, qui sont attachés trois fois plus souvent que les patients plus jeunes^{3,7,9}.

La contention ne protège pas des poursuites. En effet, des procédures judiciaires ont été entamées contre des patients décédés suite à des accidents survenus lors de contention.

Il faut également penser au vécu du patient attaché : que ressent-il ? Il suffit de s'imaginer à la place du patient pour comprendre sa colère, sa révolte voire son humiliation. Dans certains cas apparaissent la douleur, la confusion et/ou son aggravation. Et finalement l'épuisement, tant physique que psychologique, complète ce tableau.

La contention devrait permettre au personnel soignant de se sentir plus en sécurité. Cependant,

même si le patient agressif est contrôlé, le patient déambulateur ne marche plus et le chuteur, confiné au lit, perd ses muscles, les soignants concilient mal la contention avec le respect d'autonomie et de dignité des patients. La répétition d'actes tels que la mise en place de sondes ou de perfusions chez des personnes âgées agitées peut être vécue comme un acharnement thérapeutique et engendrer un sentiment de culpabilité. Une étude réalisée dans un service de psychiatrie a montré que la prise en charge des patients contenus engendrait chez les infirmiers des sentiments de culpabilité, d'anxiété et de frustration¹⁰. La contention n'entraîne donc aucun sentiment de sécurité pour les soignants, contrairement à ce qui est attendu.

Alternatives à la contention

La contention exige une planification rigoureuse. Si les équipes choisissent des procédures évidemment différentes, plusieurs étapes semblent se dégager et dans tous les cas, il s'agit toujours d'une évaluation pluridisciplinaire.

Identification du problème à l'origine de la contention

Il importe tout d'abord d'éliminer toutes les pathologies réversibles. La décision de contention ne peut donc être prise qu'après l'épuisement des alternatives^{3,11}.

L'utilisation de la contention nécessite qu'auparavant, les causes amenant au problème justifiant cette contention aient été analysées, et en particulier que toutes les causes réversibles aient été envisagées et traitées. Cette investigation doit être aussi complète que le permettent les circonstances : recherche entre autres de troubles ioniques, d'un sepsis, d'une pathologie cérébrale aiguë, d'un bas débit sanguin par exemple sur une pathologie cardiaque, de problèmes typiquement gériatriques (globe vésical, fécalome, ...). Il faut également rechercher un déficit sensoriel, exclure une étiologie médicamenteuse, etc. Les patients âgés sont plus vulnérables et fragiles en raison de l'existence de nombreux facteurs de risque³ : hypotension orthostatique, dénutrition et amyotrophie, troubles cognitifs, perte d'autonomie, etc. Tous ces éléments médicaux seront consignés dans le dossier médical.

Recherche des alternatives

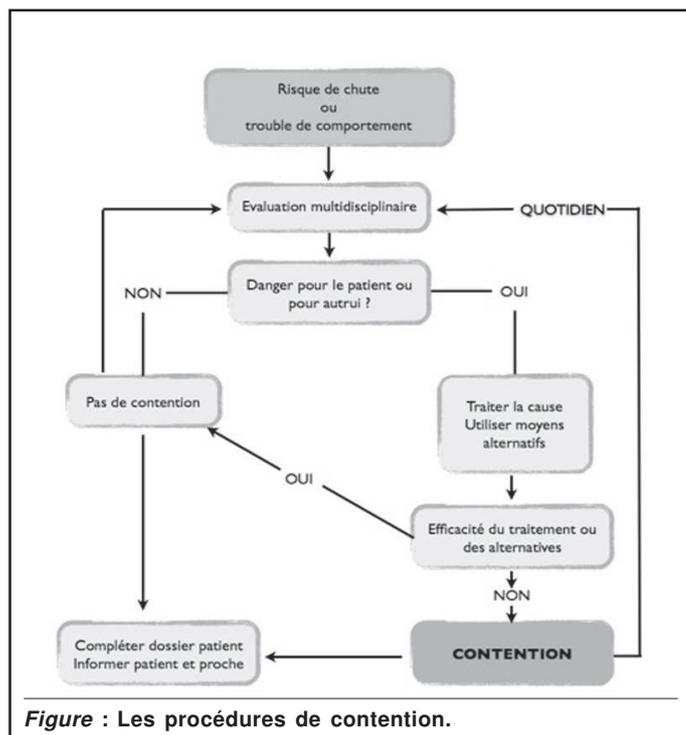
Si l'origine du trouble perturbateur est identifiée, il importe de tenter d'y remédier¹¹. Les causes médicales doivent être traitées tout en s'attardant sur la polymédication et ses répercussions. Les déficits sensoriels doivent être compensés (luminosité des locaux, port des lunettes et des appareils auditifs). En cas de troubles cognitifs, des mesures environnementales peuvent être mises en place : placement en unité spécifique, philosophie " *snoezelen* ", " humanité ", " validation ".

L'autonomie doit être favorisée : vêtements et

chaussures adéquats, ambiance calme, lit en position basse, éclairage dans la chambre, aides techniques nécessaires. Les activités occupationnelles doivent être proposées : activités de groupe, promenades, gymnastique douce. L'approche socio-psychologique reste importante : liens sociaux, visites des familles, des bénévoles. La formation du personnel est également essentielle : des techniques telles que la " validation ou l'humanité ", l'organisation du travail, la sensibilisation de l'ensemble du personnel soignant aux troubles du comportement que présentent les personnes âgées démentes pourraient réduire le recours à la contention.

Il ne faut pas oublier les familles : elles ne comprennent pas toujours pourquoi leur parent présente des risques de chutes. Les explications sur les causes de ce risque de chutes leur permettront de les accepter plus facilement. La meilleure alternative reste un bon encadrement par le personnel soignant. Les recommandations du groupe de travail à ce propos sont très claires : " les normes actuelles ne permettent pas de prévoir deux membres du personnel la nuit pour une unité de 30 lits. Les autorités devront d'urgence adapter les normes du personnel pour pouvoir atteindre cet objectif¹² ".

Procédures de contention (figure)



Evaluation pluridisciplinaire

Après exclusion des causes réversibles, une équipe pluridisciplinaire constate l'échec des alternatives (sauf dans les cas d'urgence) et décide d'opter pour la contention du patient. Cette équipe devrait être composée au minimum de 4 personnes : par exemple, un infirmier, un ergothérapeute, un kinésithérapeute, un psychologue. La présence du

médecin est indispensable dans l'équipe vu la recommandation d'une prescription et sa responsabilité dans l'acte qui sera posé. Le but de cette évaluation est d'établir un " portrait " complet du problème qui amène à la contention mais aussi du patient et du but à atteindre.

Prescription médicale

Rappelons que celle-ci n'est pas obligatoire puisqu'il s'agit d'un acte infirmier délégué mais tous les auteurs recommandent que son instauration fasse l'objet d'une mention écrite dans le dossier médical^{3,13}. Cette prescription doit être motivée, datée, et permettre d'identifier son prescripteur. Le programme de surveillance, les points particuliers, le matériel utilisé et les risques à prévenir doivent être précisés. En cas d'urgence, les infirmiers peuvent avoir recours à la contention sans prescription médicale mais la situation doit être régularisée dès que possible¹². Il s'agit donc d'une décision médicale, éclairée par l'équipe pluridisciplinaire. Cette prescription doit être réévaluée toutes les 24 heures.

Le médecin est également responsable de l'obtention du consentement du malade ou éventuellement, en cas de troubles cognitifs majeurs ou de confusion, de son représentant.

Dossier infirmier

Il doit reprendre la décision de mise en place ou non de mesures de contention, son indication, et le résultat de l'évaluation pluridisciplinaire. Il doit également mentionner le type de mesure de protection mis en œuvre, le suivi de celle-ci, et les observations sur l'évolution.

Choix de la contention

Elle doit être adaptée au cas par cas. Le matériel de contention doit être validé, en bon état, adapté à la taille du sujet, garantir son confort et sa sécurité. Le recours à des draps de lit ou des vêtements, doit être absolument évité en raison des risques encourus. En effet, la contention ne peut se faire qu'avec du matériel homologué et en aucun cas, avec des draps de lit^{3,12}. Il importe également de rappeler que les barrières de lit qui, d'ailleurs, majorent le risque de chutes, sont considérées comme une contention, car elles empêchent le patient de se lever. Le risque de chutes est majoré en présence de ces barrières pour deux raisons. D'une part, l'alitement prolongé augmente le risque de chutes. D'autre part, si les patients veulent se lever en présence des barrières, ils tombent de plus haut³. Si une contention est choisie, elle doit être bien placée, pour éviter les blessures secondaires (par exemple, éviter une compression axillaire).

Surveillance de la contention

Il est admis qu'une surveillance rapprochée est obligatoire, et de nombreuses équipes ont mis en place

des fiches de suivi des paramètres des patients attachés. Plus le patient est agité, plus la surveillance doit être rapprochée^{3,12}. Les symptômes qui doivent être surveillés sont : la respiration, l'état cutané, en particulier les points d'attaches de la contention et les points d'appui, l'hydratation, la continence, la posture et la position. L'ANAES³ (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), entre autres, propose une surveillance toutes les heures. Après 24 heures, l'utilité de la contention doit être complètement réévaluée. Elle doit en effet être arrêtée soit si l'état du patient s'est modifié et le permet, soit s'il existe des complications. La personne attachée doit être libérée au minimum une fois toutes les deux heures, afin de maintenir son état fonctionnel.

Tout ceci confirme le " paradoxe de la contention ", qui ne libère en rien du temps pour le personnel soignant.

Programme de réduction de la contention

Plusieurs équipes ont mis en place des formations du personnel soignant en vue de diminuer le nombre de contention dans leurs services^{3,7,13}. La mise en place d'une procédure permet déjà une réflexion à propos de chaque patient subissant une contention. Ainsi, la nécessité de rechercher des alternatives fera diminuer naturellement le nombre de contentions. Un programme d'éducation du personnel permet non seulement de diminuer la prévalence des contentions, mais aussi les complications liées aux contentions qui restent indiquées. L'abstention de contention ne majore pas les chutes graves, ni le nombre de plaintes. Elles permettent de diminuer également la mortalité et la morbidité tout en améliorant la qualité de vie des personnes âgées⁷.

LA CONTENTION ET LA JURISPRUDENCE

L'étude des différentes décisions juridiques, en France et en Belgique, en matière de contention des patients montre que les juges se basent sur l'analyse de l'indication, de la mise en place et de la surveillance de la contention. Ils se posent également la question de la prescription médicale lors de contention.

Dans les dossiers étudiés, la mise en place d'une contention s'inscrit souvent dans un contexte de risque de fugue. Or, l'hôpital doit veiller à la sécurité des patients, mais il s'agit surtout d'une obligation de moyens et non de résultats. Cela signifie que l'hôpital doit agir en institution compétente, et en " bon père de famille ", soucieuse de ses patients. Il doit donc être d'autant plus attentif que le patient est fragile ou désorienté. La jurisprudence est nombreuse à condamner les hôpitaux qui ont failli à cette mission de surveillance des patients agités, confus ou présentant des tendances suicidaires¹⁴. Cette mission de surveillance est plus intense en service de réanimation, mais n'est pas non plus une obligation de résultats¹⁵.

En 1998, le tribunal de Mons a estimé que la

patiente qui s'était jetée par la fenêtre de sa chambre ne prouvait pas la responsabilité du médecin ni du personnel soignant. Le psychiatre avait prescrit un traitement, dont il pouvait légitimement penser qu'il serait administré. L'obligation de moyen concernant la sécurité des patients de l'établissement doit être appréciée avec rigueur. Il est par exemple responsable en cas de placement incorrect d'une contention ou de mauvais aménagement des lieux, de défectuosité de fermeture des fenêtres, etc.¹⁶.

A partir du moment où la décision d'une contention est prise, la jurisprudence nous semble claire : " il faut surveiller les patients ".

En 1997, le tribunal de Gand¹⁷ a condamné un hôpital et le personnel soignant pour la chute d'une patiente. Celle-ci était agressive, et le personnel s'en était rendu compte, car elle avait été attachée. Elle était parvenue à défaire ses liens et avait ouvert la fenêtre. Le tribunal reprochait aux soignants le fait que la patiente n'avait été liée que par une seule attache et qu'elle avait été laissée seule dans la chambre. Or, vu son état psychique, " des mesures particulières en matière de surveillance devaient être prises ". Nous retrouvons ici les points évoqués dans l'article : la nécessité d'une contention conforme et d'une surveillance du patient adaptée à son état.

Un autre patient, âgé de 87 ans, hospitalisé pour une gastro-entérite, avec déshydratation et troubles d'orientation spatio-temporels, a fait une chute, entraînant une fracture du col fémoral, puis des complications à l'origine du décès. Le tribunal a estimé que l'hôpital était responsable, puisque le malade avait été placé dans un lit sans barrière, et laissé sans surveillance spécifique. De même, il a été jugé fautif de ne pas placer de barrières au lit d'une patiente âgée, désorientée, qui était déjà tombée, et pour laquelle la famille avait expressément demandé le placement de ces barrières¹⁸.

La contention, une fois placée, doit faire l'objet d'une surveillance. Un tribunal français a été saisi du cas d'une patiente qui a présenté une parésie du membre supérieur droit après avoir été liée par une contention axillaire. Elle avait été hospitalisée pour méningo-encéphalite et agitation, ce qui a nécessité une contention pendant 24 h. L'atteinte du plexus brachial droit n'a malheureusement pas récupéré. Il apparaît que la contention avait été réalisée par un drap passé sous les aisselles et noué sous le lit. Après 24 h, sont apparues des lésions cutanées axillaires et une paralysie du membre supérieur droit. L'expert médical conclut à un défaut de surveillance à l'origine de cette complication, que l'état de santé de la patiente ne prédisposait pas à voir apparaître. Il n'était donc pas reproché la mise en place de la contention mais l'absence pendant son maintien d'actes spécifiques tels que des relâchements périodiques des liens, de repositionnement, de massage, de protection cutanée, ce qui constitue une faute. La responsabilité des médecins ne saurait être engagée. Aucun des médecins

n'a eu, au cours de la période litigieuse en cause, autorité pour indiquer la contention, son type, les modifications à y apporter ou l'indication de sa levée. Il est judicieux d'ajouter que l'utilisation d'un drap pour contention est contre-indiquée^{3,19}.

La nécessité d'une prescription médicale est également discutée. Un tribunal français²⁰ a jugé un dossier concernant un patient qui avait fait une chute en se rendant aux toilettes. Son lit était muni de barrières relevées la nuit, mais l'accident est survenu de jour, barrières non relevées. En l'absence de prescription médicale pour le maintien des barrières, l'équipe soignante n'avait pas jugé utile de les maintenir levées. Le patient présentait des antécédents pathologiques importants (cécité et malaises sur troubles du rythme cardiaque, nécessitant la mise en place d'un *pacemaker*), et il s'était dégradé avant son hospitalisation. Le tribunal estime " qu'il ne peut être reproché à la clinique un défaut de surveillance dès lors qu'aucune mesure de contention, notamment la pose de barrières la journée, n'a été prescrite médicalement et que son état ne le nécessitait pas. Par ailleurs, il considère que le patient pouvait faire appel au personnel soignant pour se déplacer, ce qu'il n'a pas fait ".

Enfin, il faut également envisager l'indication de la contention. Une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer a été hospitalisée pour être soignée pour son diabète dans un service ne bénéficiant d'aucun équipement ni organisation propre à la maladie d'Alzheimer. Elle a fugué de cet établissement et a fait une chute. La Cour administrative d'appel a considéré que s'il est constant que le centre hospitalier était informé de cette maladie, cet établissement n'a en l'espèce commis aucune faute en laissant l'ensemble des portes ouvertes les jours de grande chaleur et en n'organisant pas le transfert de l'intéressée dans un service spécialisé dans le traitement de maladie d'Alzheimer. De plus, elle a estimé que dès la constatation de la disparition de cette patiente, le centre hospitalier avait mis en œuvre les mesures nécessaires à sa recherche et n'avait par conséquent pas commis non plus de faute de surveillance de nature à engager sa responsabilité. La décision du tribunal a été contestée. La cour a considéré le fait que la patiente quittait fréquemment sa chambre pour déambuler dans le service sans manifester une quelconque volonté de quitter l'établissement et qu'elle recevait régulièrement des visites de proches, notamment à 17 h le jour même de sa fugue. Dès la constatation de sa disparition à 17 h 45, ayant tout fait pour la retrouver, le centre hospitalier n'a pas davantage commis une faute de surveillance de nature à engager sa responsabilité. La cour a dès lors confirmé la décision du tribunal administratif de Nancy²¹.

Une patiente âgée de 72 ans, vivant seule, disposant cependant d'une garde la nuit en raison de ses multiples antécédents médicaux (polyarthrite

rhumatoïde, diabète, insuffisance coronarienne, hypertension artérielle et acuité visuelle fortement diminuée, des troubles locomoteurs) a été hospitalisée à la suite d'un accident ischémique transitoire survenu dans l'après-midi du 16 décembre 1987. Elle avait été retrouvée à genoux chez elle, avec des troubles de l'élocution et une hyperthermie. Le lendemain, elle a été retrouvée sur le sol par le personnel soignant, alors qu'une heure auparavant, les aides-soignantes avaient déjà signalé une position vicieuse de son membre inférieur gauche. Une radiographie ultérieure révélera ensuite une fracture du col fémoral. Le tribunal a conclu que " la chute litigieuse de la malade n'était pas imprévisible dès lors que cette personne était laissée seule dans un lit non doté de barrières latérales de sécurité, alors qu'elle semblait polyurique, habituée à avoir une chaise percée à côté d'elle, ce qui impliquait, selon l'expert, le réflexe de sortir de son lit en cas de besoin urgent ; qu'ainsi, les visites du personnel de veille ne pouvaient, à elles seules, prévenir les risques de chute, prévisibles compte tenu de ses antécédents médicaux ; que cette faute dans l'organisation et le fonctionnement du service est, en l'espèce, de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier de Douai qui doit supporter l'entière responsabilité des conséquences de la chute de la patiente "22.

Ces décisions sont à chaque fois motivées, ce qui justifie pour chaque médecin ou soignant la nécessité de réfléchir à chaque patient pour lequel une contention est non seulement placée mais aussi envisagée. Comme nous avons voulu le démontrer, chacun comprend qu'il est indispensable de justifier, dans le dossier médical, les raisons pour lesquelles elle n'est pas jugée comme justifiée, les risques encourus dans ce cas, et d'en avertir le patient et la famille. L'article démontre que la contention est une sécurité " paradoxale ", en dehors des situations d'urgences, et ce point n'est abordé dans aucun des jugements. Sans espérer voir de nouveaux procès à ce sujet, il serait intéressant de voir cet argument soulevé prochainement.

CONCLUSIONS

Si la liberté peut s'aliéner, il faut pouvoir en justifier les limitations. La contention doit rester une exception. Les causes qui justifient d'y recourir doivent faire l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire, afin de tenter de trouver soit une étiologie réversible, soit une alternative à la contention. S'il s'avère qu'elle est inévitable, elle doit faire l'objet d'une procédure écrite et d'un suivi rapproché par l'équipe soignante, avec évaluation quotidienne de son utilité, de façon qu'elle soit la plus brève possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hesbeen W : Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris, Inter édition, 1997, 208 p
2. Longneaux JM : La dignité, c'est quoi au juste ? Neufchateau, Weyrich éditions, 2008

3. 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 ; 1-41. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
4. Fondation Roi Baudouin : Les droits des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées : Guide pratique. http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05_Pictures_documents_and_external_sites/09_Publications/PUB_2029_Droits_DEF.pdf
5. Dumont C, Rolland Y, Vellas B : Maladie d'Alzheimer, consentement et éthique. In : Droit et éthique de la recherche médicale. Huitième édition. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, Collection : Séminaire d'actualité de droit médical, 2004
6. Tinetti ME, Wen Liang L, Ginter SF : Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992 ; 116 : 369-74
7. Nourhashemi F : Contention : en dernier recours. *Rev Geriatr* 2003 ; 28 : 701-2
8. Marks W : Physical restraints in the practice of medicine. *Current concepts. Arch Intern Med* 1992 ; 152 : 2203-6
9. Frengley JD, Mion LC : Incidence of physical restraints on acute general medical wards. *J Am Geriatr Soc* 1986 ; 34 : 565-8
10. Di Fabio S : Nurses' Reactions To Restraining Patient. *Am J Nursing* 1981 ; 81 : 973-5
11. Tinti F : Procédure de contention : un indicateur de qualité ? Symposium de médecine d'urgence de Charleroi. 12/10/2012. <http://www.symposium-urgence-charleroi.be/pdf/sympo2012/tinti.pdf>
12. Commission technique de l'Art infirmier : Groupe de travail : isolement et contention. Rapport Final, octobre 2007. www.health.belgium.be/filestore/...FR/FR_DEF%20GrtFIXATIE.pdf
13. Lajeunesse Y : Entre théorie et pratique : une démarche d'utilisation des contentions physiques. *Rev Geriatr* 2000 ; 25 : 655-62
14. Bruges, 17 octobre 1983, VI. T. Gez, 1983-4 : 181 ; confirmé par Gand, 18 avril 1985, VI. T. Gez., 1985 : 557
15. Civ Anvers, 5 décembre 1991. *Rev Dr Santé*, 1995-1996 : 313
16. Anvers, 14 septembre 1998. *Rev Dr Santé*, 2000-2001 : 218
17. Gand, 10 septembre 1997. *Rev Dr Santé*, 1999-2000 : 128
18. Génicot G : Droit médical et biomédical. Faculté de Droit de l'Université de Liège, 2010 : 358
19. Commission technique de l'Art infirmier. Groupe de travail : isolement et contention. Rapport Final, octobre 2007
20. Tribunal de Grande Instance de Dijon, 13 janvier 2010
21. Cour administrative d'appel de Nancy. 3^e Chambre N° 08NC00727, 6 août 2009
22. Cour administrative d'appel de Nancy, 4 mai 1999

Correspondance et tirés à part :

A. VAN DE VYVERE
 Grand Hôpital de Charleroi
 Service de Gériatrie
 Rue Trieu Kaisin 134
 6061 Montignies-sur-Sambre
 E-mail : anne.vandevyvere@ghdc.be

Travail reçu le 30 avril 2013 ; accepté dans sa version définitive le 20 juin 2013.