

L'utilisation des contentions en phase palliative

Karine Cassonnet

► **To cite this version:**

Karine Cassonnet. L'utilisation des contentions en phase palliative. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01107260

HAL Id: dumas-01107260

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01107260>

Submitted on 20 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Karine CASSONNET

Infirmière

**L'UTILISATION DES CONTENTIONS
EN PHASE PALLIATIVE**

DU Accompagnement et fin de vie

Session 2013 – 2014

Université Pierre et Marie Curie PARIS VI

Pr Francis Bonnet - Dr Véronique Blanchet - Dr Yolaine Raffray

« Envisager le bien des hommes pour agir le mieux possible »

L'éthique dans les soins

Remerciements

- Au Dr Benoist pour m'avoir guidée et conseillée pour ce travail
- Aux personnes ayant pris quelques minutes pour répondre aux questionnaires que je leur ai confiés.
- A l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Blois et à l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs du Loir et Cher pour leur chaleureux accueil lors de mes stages d'observation .
- A l'Hôpital de Romorantin pour m'avoir permis de suivre cette enrichissante formation de DU .
- A mes collègues infirmières : Catherine, Martine et Nathalie pour leur grand soutien.
- Et enfin à mon amoureux pour son amour et son épaule fidele durant cette année parfois éprouvante physiquement et psychologiquement .

SOMMAIRE

Introduction

Narration

Les différents problèmes posés

Les problèmes que me posent la situation

La problématique

Méthodologie

- I. La contention physique passive
 - A. Définitions et matériels utilisés
 - B. Indication de la contention et patients concernés
 - C. Conditions d'utilisation et réglementation

- II. Vécu des patients, des familles et des soignants
 - A. Risques et conséquences physiques et psychologiques sur les patients
 - B. Vécu des familles
 - C. Du côté des soignants
 - ✓ Paroles de soignants
 - ✓ La contention : un acte qui peut poser question
 - ✓ La formation des soignants
 - ✓ La contention est –elle un soin ?
 - ✓ Le soignant face a une situation particulière : le refus de soin
 - ✓ Le refus d'honorer une prescription
 - ✓ Impact de la contention sur la relation soignant-soigné

- III. Le sens des contentions en phase palliative
 - A. Définition et mots clés
 - B. La confusion et l'agitation en phase palliative
 - C. Le droit et l'éthique

- IV. Les alternatives
 - A. Pallier la confusion et l'agitation
 - B. La limitation des risques
 - C. Une relation humaine
 - D. La collaboration de la famille

Synthèse et conclusion

INTRODUCTION

Après presque 20 années d'exercice, et de nombreuses formations , j'ai eu besoin d'approfondir mes connaissances en matière de soins palliatifs , de me remettre en question , de remettre en question mes pratiques et de me poser des questions éthiques par rapport à certains de mes actes professionnels.

Ce sont les raisons pour lesquelles je me suis inscrite au Diplôme Universitaire « Accompagnement et fin de vie ».

Pour le sujet du Récit d'une Situations Complexe Authentique (RSCA) , j'ai hésité entre plusieurs thèmes mais celui de l'utilisation des contentions physiques passives me tient a cœur. En effet , lorsque je travaillais aux urgences il m'est souvent arrivé de devoir utiliser les contentions pour un patient en état d'ébriété , en delirium tremens ou un patient présentant des troubles psychiatriques graves .Mais cela ne me mettait pas autant mal à l'aise qu'en service de médecine avec des patients âgés voire très âgés ou en phase palliative .

J'aimerais travailler sur ce sujet et trouver des éléments de réponses à mes questions et expliquer un certain mal aise qui m'habite lorsqu'on utilise des contentions pour des patients en phase palliative plus particulièrement.

NARRATION

Je suis infirmière depuis 1994. J'exerce actuellement dans un service de Médecine à l'hôpital de Romorantin- Lanthenay dans le Loir et Cher , équipe de jour(6h30-14h ou 13h30-21h).

Présentation du service :

Le service se compose de deux ailes : une aile appelée « Sologne » de seize lits (six chambres doubles et quatre chambres seules) et une aile appelée « Paris » de treize lits (six chambres doubles et une chambre seule) et deux lits de chirurgie ambulatoire (deux jours pour le gastro-entérologue avec des fibroscopies +/- coloscopies et deux jours pour l'ORL) Sur les vingt neuf lits de médecine , quatre lits peuvent être identifiés « soins palliatifs » .

L'équipe est composée de : un médecin gériatre (+ un poste vacant depuis Aout 2013) , une cadre de santé ,huit infirmières , quatorze aides soignantes ,une ASH , une assistante sociale et des intervenants tels que le kinésithérapeute , la diététicienne , une infirmière de soins palliatifs , un pneumologue de Blois , un neurologue de Blois et un cardiologue d'Orléans.

Pour les examens l'hôpital dispose d'un service de radiologie avec Scanner .Les autres examens tels que les IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) , les scintigraphies , les électroencéphalogrammes ...sont réalisés à Orléans ou Blois.

Les visites sont autorisées de 13h à 20 h.

La durée moyenne de séjour est de 10.27 jours. En 2013 il y a eu 95 décès dans notre service.

La moyenne d'âge des patients accueillis est d'environ 85 ans .

Les pathologies prises en charge sont diverses (embolie pulmonaire , étiologies de malaises , pneumopathie , Œdème aigu du poumon (OAP) , Insuffisance cardiaque , placement , accident vasculaire cérébral, cancer en phase terminale ...)avec une majorité de personnes démentes ou désorientées.

Récit :

Lundi 18 Novembre

6h30 : Après une semaine de congés, je prends mon service .

L'équipe de nuit (une infirmière et une aide soignante pour les deux ailes) fait la transmission pour l'aile « Sologne » à mes deux collègues aide- soignantes et à moi-même.

Je « connais » quelques patients qui étaient déjà hospitalisés lors de mon dernier jour travaillé. Le service est lourd ce matin là .Trois patients valides atteints de la maladie d'Alzheimer déambulent et l'un d'entre eux a fugué le samedi après midi , deux lits sont identifiés soins palliatifs : Mme P. qui a fait un AVC(Accident Vasculaire Cérébral) est « contentionnée » pour ne pas arracher sa sonde naso - gastrique et Mr G .qui est atteint d'une démence de type PSP(paralyse Supra-nucléaire Progressive) au stade terminal est « contentionné » pour ne pas arracher sa perfusion. Mr D . , un patient que l'on connaît bien, qui présente une BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) au stade terminal , est descendu aux urgences la veille au midi pour décompensation respiratoire. Il y est sous CPAP (ventilation en pression positive continue) dont il n'arrive pas à être sevré .La famille et le patient refusent tout geste invasif tel qu'une intubation .Si il remonte dans le service, il sera identifié « lit palliatif » On s'attend à de mauvaises nouvelles...

Enfin on me présente Mme B. 90 ans ,dans le lit 336 fenêtre (une chambre double) qui est entrée dans le service via les urgences le samedi 16 Novembre à 2h30 , adressée par son médecin traitant pour altération de l'état général en hypothermie à 34°5 (malgré 4 couvertures dont elle se découvre sans cesse), et suspicion de néoplasie mammaire évoluée. Elle est sous oxygène, sous perfusion , consciente..Elle n'a pas encore été vue par le médecin du service.

C'est une dame qui vit à son domicile à une trentaine de kilomètres de Romorantin, avec son mari qui lui a rendu visite dimanche.

Voilà ce que je sais au début de la prise en charge de cette dame.

7h : Je prépare mon matériel et commence le tour dit « de 8h ».

J'entre dans la chambre 336.

Par habitude je prends en charge en premier sa voisine Mme J. qui est coté « porte » puis je prends en charge Mme B. que je ne connais pas. Je me présente à elle et lui demande comment elle se sent. Je la trouve polypnéique, cyanosée au niveau des lèvres et les extrémités très froides, elle est en effet découverte, les lunettes à oxygène sur le ventre (...) et à plat au fond du lit. Elle me regarde fixement. Je ne sais pas si elle me comprend. Je lui demande si elle sait ou nous sommes. Elle le sait et me le chuchote.

La prise de constante confirme 8/4 de tension artérielle et 34°5 de température. Je fais appel à une collègue pour m'aider à la remonter dans le lit et lui surélever les jambes. Nous la recouvrons à nouveau avec une couverture de survie en plus. J'accélère son sérum physiologique.

Je lis les transmissions infirmières depuis son arrivée et j'y apprends que :

-A déjà été reperfusée deux fois depuis son arrivée car elle bouge et s'appuie fréquemment sur son bras perfusé.

-Hypothermie récalcitrante : ne veut pas rester couverte.

-Hypotension connue depuis son arrivée dans le service.

- Refuse de manger et refuse le traitement per os.

-L'infirmière qui a rencontré son mari Samedi après-midi, décrit que depuis ses 90 ans en mars Mme B. se laisse complètement aller. Elle refuse de se regarder dans le miroir, se trouve moche, a perdu toute sa coquetterie. Depuis 2 semaines elle refuse de se lever et de manger. Elle a dit vouloir mourir. Récemment elle est tombée à domicile ce qui explique, pour le mari le sein très augmenté de volume. Tout ceci dans un contexte où le médecin traitant de Mr et Mme B. est parti en retraite et où ils ont été contraints de trouver un nouveau médecin dans une commune avoisinante de quelques kilomètres.

J'exécute les prescriptions des urgences de samedi. Je lui prélève un bilan d'entrée (systématique) et une hémoculture (de mon initiative par rapport au protocole du service).

Je continue mon tour jusqu'à 9h30 en revenant 3 ou 4 fois voir Mme B. car elle m'inquiète. Je la trouve stable.

9h30 : Je termine mon tour et reprends la tension artérielle qui est à 9/6. Dr X. le médecin gériatre du service arrive. Je lui transmets mes problèmes et le nom des entrées du weekend et lui demande de voir en priorité Mme B. qui n'est pas bien. Dr X. reprend le dossier avec la lettre du médecin traitant (qui est assez pauvre d'informations), l'observation des urgences et les premiers résultats biologiques et radiographiques.

Il se révèle que Mme B .souffre de :

- insuffisance cardiaque avec des BNP à 8900
- dénutrition avec une albumine inférieure à 9 g/l et un amaigrissement non chiffrable. Pèse 51 kilogrammes pour 1mètre 57
- insuffisance rénale avec une créatinine à 141
- hyponatrémie à 121 et hyperkaliémie à 5.3
- bilan hépatique perturbé et palpation d'une masse au niveau du foie
- probable choc septique
- foyer pulmonaire droit à la radio pulmonaire avec des sous crépitants base droite
- thrombopénie à 70 000 et TP(Taux de prothrombine) à 25% (était sous plavix à domicile)
- déclin cognitif

Dr X. me fait part de son pronostic très réservé....elle me demande si une personne de confiance a été désignée. Son mari l'est.

10H : je mets en place les nouvelles prescriptions pour Mme B . notamment un Voluven (soluté à grosses molécules), une alimentation parentérale , la poursuite de l'antibiothérapie , du Lasilix (diurétique) ,du Spasfon (antispasmodique) , un Normacol (lavement) et des soins de bouche et envoie les différents bons d'examen demandés (échographie mammaire , Scanner Thoraco -abdo -pelvien , échographie abdominale , échographie cardiaque , scintigraphie osseuse) .Le contact est restreint .Mme B. a une attitude fuyante , de repli qui rend la communication difficile. Je n'ai pas le temps d'approfondir la relation , je dois m'occuper des autres patients.

13h30 : Je fais des transmissions à mes collègues d'après -midi , notamment une prescription de gaz du sang avec, puis sans oxygène ,à faire l'après midi.

Mardi 19 Novembre

Je prends mon service à 6 h30 .L'aile Sologne est toujours aussi « lourde » .Mr D.est remonté des urgences .Il demande à voir tous ses enfants ; il est calme .(Il décédera dans la soirée) .

Les transmissions pour Mme B . sont :

- gaz du sang non faits car impossible à effectuer.
- désaturation à 3 l d'O2 .Mise sous 5 l aux lunettes

A mon passage à 7h , Mme B .est découverte , couchée sur le coté de sa perfusion (position qu'elle reprend systématiquement) , cyanosée, polypnéique(fréquence respiratoire à 30) , agitée mais ne se plaint de rien .Elle est orientée , dit ne rien vouloir , ferme les yeux .

La saturation est imprenable .La tension artérielle est à 9/6 , la température à 35°

Je téléphone au médecin de garde qui, la nuit ,est le médecin des urgences. Le Dr A. monte et voit la patiente, reconnaît cette dame qu'elle a reçue aux urgences quelques jours auparavant, confirme que c'est « une fin de vie » et me dit d'attendre Dr X. qui verra pour instituer un traitement approprié

Dés son arrivée à 9h10 , je fais part au Dr X. de l'état de santé de Mme B. .Elle me dit aussi qu'elle est en fin de vie et me retrace le dossier comme la veille... Elle me dit qu'on allait en parler au « Staff » (composé du médecin , d'une infirmière , d'une aide soignante , d'une assistante sociale , de l'infirmière de soins palliatifs de l'hôpital , et de la cadre de santé) , elle téléphonera à la famille et au médecin traitant après le staff .

Avant que le staff ne commence, un brancardier me dit qu'il vient chercher Mme B. pour une échographie abdominale .J'interroge le médecin pour savoir si elle doit vraiment descendre. Elle me dit que non et qu'on annule tous les examens au vu de l' état de la patiente.

Au staff Dr X. propose de mettre un deuxième antibiotique que finalement elle ne prescrira pas (...) et prescrit en revanche de la morphine(antalgique de pallier 3) en PSE (Pousse Seringue Electrique) à 5 mg / 24H.J'insiste sur le fait qu'elle est agitée et qu'elle retire le masque à oxygène ou les lunettes , et qu'elle se découvre. Il n'est pas envisagé de la passer en lit identifié soins palliatifs et l'infirmière des soins palliatifs n'est pas sollicitée pour rendre visite a Mme B.

Elle demande à ce que soit installé un matelas à air. Les aides –soignantes le font de suite .Une aide soignante me dit alors :

« On ne peut pas passer tout le temps pour la recouvrir et lui remettre l'oxygène !!! On ne peut pas lui mettre les contentions ? »

Je lui réponds que je pense que cela n'est pas adapté. Je suis mal à l'aise et presque en colère de cette proposition.

A 11H30 je mets en place le PSE de morphine .Je demande à Mme B. si elle a mal quelque part , si elle a besoin de quelque chose , si elle veut que je téléphone à son mari ou à ses fils .Elle répond que non et ferme les yeux. Je remplace le masque par des lunettes à oxygène.

Dr X. me dit à 12 h qu'elle a laissé un message sur le répondeur du mari et qu'elle a parlé avec le médecin traitant qui n'a vu que deux fois cette patiente.

A 13 h 30 je transmets à ma collègue d'après - midi .

J'apprendrai le lendemain que le Dr X. a rencontré Mr B. et son fils cet après midi là ,et qu'ils ont été avertis de l'état gravissime de Mme B .

Mme B. décédera à 5 heure du matin .

Les différents problèmes posés :

- Etat dépressif depuis plusieurs mois non traité (se laisse aller, ne veut plus se lever, s'habiller , ...)

-Anorexie et refus des traitements

- Multiples problèmes de santé à domicile non pris en charge .Le médecin traitant de Mme B est parti en retraite N'avait elle pas confiance en son nouveau médecin ? Ne voulait-elle pas consulter ?

- De multiples pathologies dès son arrivée aux urgences :

-Hypothermie à 34 ° et hypotension évoquant un choc septique

-Insuffisance rénale

-Insuffisance cardiaque

-Dénutrition

-Sein droit augmenté de volume

-Chutes à répétition avec malaise

-Foyer pulmonaire

-Score de Glasgow à 15 et ralentissement psycho -moteur

-Bilan hépatique perturbé et hépatomégalie

-Des ADL à 0 avec tous les risques de complication du décubitus

-Une dyspnée majeure difficile à supporter pour les aides- soignantes et moi-même mais dont ne se plaint pas la patiente . Enlève le masque à oxygène ou les lunettes à oxygène.

-Une opposition aux soins et une agitation

-Un mari âgé qui habite à plusieurs kilomètres de l'hôpital et qui ne peut venir seul

En ce qui concerne le service :

- Prise en charge au sein du service de nombreuses personnes en fin de vie sans qu'ils soient identifiés « soins palliatifs » ou des patients que l'on croit en fin de vie et

qui finalement passent le « cap »....Mme B. était a priori en fin de vie mais ce n'était pas clair.

- Service lourd avec surcharge de travail pour le médecin seul pour 29 patients et l'équipe paramédicale.

Les problèmes que me posent la situation

- La proposition d'une aide soignante d'utiliser les contentions chez cette patiente à un stade avancé de la maladie et opposante aux soins

- Jusqu'ou aller dans la prise en charge thérapeutique ? La patiente était entre le curatif et le palliatif.

- La rapidité de l'évolution et le décès brutal de cette patiente

-Le peu de communication entre cette patiente et moi

La problématique

Pourquoi une aide soignante peut proposer les contentions comme une évidence ? Quels sont donc les habitudes de mon service pour que cette solution soit envisagée si « naturellement » ? Pourquoi ce que me dit cette collègue me met si mal à l'aise ? Est ce que je voudrais qu'on m'attache ou qu'on attache un de mes proches ? Pourquoi les contentions ? Pour protéger qui ? Les patients ou les soignants ? Quel peut être le ressenti des patients ? Des familles ? Des soignants ? Les contentions : est ce nécessaire parfois ? Y a-t-il des alternatives ? Bienveillance ou maltraitance ?

L'utilisation des contentions a-t-elle un sens en phase palliative ? La question des contentions n'est elle pas la question de la prise en charge de patients déments ou confus, qui concernent de nombreux patients en phase palliative? Ou n'est elle pas la question aussi de l'obstination déraisonnable ?

Si les contentions physiques ne sont pas une question exclusive aux soins palliatifs, elle peut les concerner et surtout cette utilisation pose des problèmes éthiques et moraux.

Enfin existe –t il des alternatives pour éviter les contentions ? Si oui quelles sont-elles ?

Il ne s'agit pas d'être pour ou contre les contentions. Mon questionnement est au delà .

J'ai eu l'occasion de parler du sujet de mon RSCA à des amis, qui connaissent peu le milieu hospitalier. Et j'ai été surprise de leurs réactions :ils ont été choqués, le plus souvent , qu'on « attache » des gens malades ou des « vieux »...Leurs propos m'a « fait du bien » car utiliser les contentions me pose question et ne doit pas être un acte comme les autres dans mon exercice professionnel .

Méthodologie

Pour répondre à toutes ces questions et pour mener à bien ce travail sur l'utilisation des contentions, j'ai cherché dans mon service la procédure et le protocole référencés dans mon établissement, soit l'« hôpital de Romorantin.(voir annexe n°1).

Ensuite j'ai navigué sur internet : sur Google puis sur Jubil. J'y ai trouvé de nombreux articles et quelques mémoires sur les contentions en gériatrie principalement mais peu d'écrits sur les contentions en phase palliative.

J'ai réalisé un questionnaire (voir annexe n°2) que j'ai distribué au sein de ma promotion de DU, aux étudiants – professionnels qui exercent dans des services où l'on utilise des contentions et notamment en phase palliative. En effet certains m'ont d'emblée signifié qu'ils n'utilisaient pas les contentions dans leur service .J'ai alors échangé oralement avec eux sur leur approche et sur leurs pratiques.

Les questionnaires rendus (environ trente de services de neurologie, SSR (Soins de Suite et Réadaptation), oncologie, médecine, clinique chirurgicale) ont été attentivement lus. Ils m'ont permis une orientation, un point de vue de professionnels mais il n'était pas question pour moi de faire des statistiques ou des généralités sur un nombre si limité de questionnaires. Il s'agit plutôt d'une « photo ».

Enfin j'ai eu un entretien téléphonique avec Mr Stéphane Amar, psychologue à l'hôpital de Longjumeau par rapport à son expérience des groupes de parole des services hospitaliers et par rapport à l'approche « psychologique » des contentions .

I. LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE

A. Définition et matériels utilisés

D'après le rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES aujourd'hui HAS) sur « L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention de la personne âgée » en Octobre 2000, la contention physique passive qui nous intéresse (à distinguer de la contention dite posturale ou dite active) est définie comme :

« La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériel 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 »

Selon ce même rapport, dix critères ont été définis dans le référentiel de pratique pour la contention .Critères que nous verrons au fur et à mesure.

Critère 5 : *Le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient .Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée .Dans le*

cas de la contention au lit , le matériel est fixé sur les parties fixes , au sommier ou au cadre de lit , jamais au matelas ou aux barrières .Dans la cas d'un lit réglable , les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient .(...)

Il s'agit :

Les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures- Les attaches de poignets et de chevilles- Les sièges gériatriques et les sièges avec un adaptable fixe- Les barrières de lit (aussi appelées ridelles ou bat-flancs).

Ainsi que tout matériel détourné de son usage : drap, bande ou vêtement (moufles avec des gants de toilettes) qui peut être utilisé pour limiter les mouvements volontaires du corps.

D'après les questionnaires recueillis, la majorité des soignants citent en effet l'utilisation des barrières de lit comme moyen de contentions.

Dans mon service, les barrières de lit sont systématiquement mises pour toute personne âgée non autonome .Il m'arrive souvent de me faire houspiller par les aides- soignantes si je n'ai pas remis les barrières après un acte de soins comme une prise de sang, un pansement. Après discussion avec les aides soignantes, certaines n'ont pas conscience que les barrières sont un moyen de contention et encore moins qu'elles nécessitent une prescription et une réévaluation quotidienne, ce que nous verrons après.

On ne parlera pas ici des contentions actives et posturales.

B. Indications de la contention et patients concernés

- La contention répond à quatre grandes indications après évaluation du risque de chacune.

-Les risques de chutes du lit, du fauteuil ou de leur hauteur lors de déambulation.

-L'agressivité envers eux même (certains troubles psychotiques graves), vers les autres patients, les soignants ou leur entourage.

-Les risques de fugues.

-L'opposition aux soins avec ablation des sondes (à oxygène /naso-gastrique /vésicale), des perfusions, des redons (en post opératoire immédiat de chirurgie) prescrits médicalement.

Il y a donc ces raisons évidentes, de bienveillance pour protéger la personne soignée d'un dommage ou de violences, et celles qui sont moins conscientes (ou secondaires) à l'utilisation des contentions par les soignants.

Face à une société de plus en plus procédurière les médecins ressentent parfois le besoin et la nécessité de se protéger des poursuites judiciaires , devant les risques de chute ou de fugue .Ils préféreront mettre en place des contentions « dans les règles » plutôt que de risquer d’être poursuivis en justice pour négligence ou mauvaise gestion des risques encourus par le patient.

Il apparait aussi parfois, que ce ne sont pas toujours pour de bonnes raisons que les contentions soient utilisées....La maltraitance existe dans le milieu hospitalier, et la toute puissance médicale et paramédicale est une réalité. Etre soignant, c’est se soucier de l’autre. Pourtant dans certaines situations, les «blouses blanches » imposent le soin, non pas de façon consciente, mais de part leur statut.

Cependant si les indications sont claires, les contre-indications le sont aussi :« Puniton - répression -manque de personnel » (protocole de contentions hôpital de Romorantin- Lanthenay)

➤ Les contentions concernent quasi exclusivement les patients âgés, agités, déments, désorientés, confus et qui présentent des troubles du comportement dangereux ou délétères pour eux même ou pour autrui , ou qui sont opposants aux soins .Dont des personnes en phase palliative et en fin de vie.

➤ Peu d’enquête et de chiffres sur la prévalence des contentions selon les services mais d’après les différents articles que j’ai pu lire ,les contentions sont très souvent utilisées dans les institutions pour personnes âgées et dans les services de psychiatrie , dans les services hospitaliers accueillants des personnes âgées et dans les services de réanimation(Il semble que tous les patients intubés soient sous contentions).En revanche les contentions sont peu utilisées dans les Unité de Soins Palliatifs

C. Conditions d’utilisation et réglementation

Dans certains services, il existe une fiche procédure (c’est le cas dans mon service) mais qui semble peu connue et donc peu consultée.

Critère 1 : La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient (ANAES Octobre 2000)

On peut rajouter que la prescription doit être écrite, horodatée et signée. Elle doit en préciser les motifs, sa durée, les risques à prévenir, la surveillance et le matériel de contention utilisé.

D’après les questionnaires recueillis et mon expérience, si la prescription est faite par le médecin, il apparait que c’est dans la majorité des cas A LA DEMANDE des infirmières et des aides -soignantes voire de certains patients eux même (barrière de lit par peur de chuter du lit qui est différent de celui de leur lieu de vie habituel) ou des familles.

Il semble aussi que dans certains services il n'y ait pas toujours de prescription médicale.

Critère 2 : La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice /risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire (ANAES Octobre 2000)

La décision des contentions doit être prise après une évaluation bénéfice /risque et doit être une décision collégiale par une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmière, aide-soignante mais aussi kinésithérapeute, psychologue...). Il doit y avoir une discussion où chacun peut s'exprimer et donner son avis selon ses connaissances du patient et de son entourage, et de la situation médicale. C'est une décision qui doit être prise en consensus pour être acceptée et comprise.

C'est la raison pour laquelle l'utilisation des contentions doit toujours être discutée, sans être imposée en pensant toujours au bénéfice / risque pour le patient.

Pour rappel, la loi du 4 Mars 2002 art. 1110 .5 stipule que :

« ...les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. »

Il faut être particulièrement vigilant à ce que la contention ne se banalise pas dans un service ou ne soit protocolisée.

Critère 10 : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures (ANAES Octobre 2000)

Ce critère précise le caractère transitoire et non constant de la contention pour quelque raison que ce soit.

Il est donc préconisé de réévaluer la nécessité de poursuivre la contention chaque jour.

II. Vécu des patients, de la famille et des soignants

La contention est un acte présentant une certaine violence et qui n'est pas anodin pour les patients, les familles et les soignants.

A. Risques et conséquences physiques et psychologiques pour le patient

Il faut bien considérer que la privation de liberté de mouvement peut avoir des répercussions physiques et psychologiques pour le patient.

L'utilisation des contentions n'est pas un acte sans risques, ni conséquences. Des cas de décès suite à des contentions ont été signalés notamment par strangulation ou asphyxie.

Mais aussi : Augmentation des infections nosocomiales - apparition d'escarres- augmentation des chutes graves - apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation (Par expérience il apparait que plus on « contentionne » les patients agités, confus ou déments, plus ils sont confus, agités et déments.....)- syndrome d'immobilisation- perte d'autonomie et augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité- sentiment d'humiliation , de maltraitance et de non respect de la dignité.

D'où la nécessité d'une surveillance :

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 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.

Après avoir distribué les questionnaires et avoir commencé à écrire, je me suis aperçue que je n'avais pas du tout posé de questions sur la surveillance dans mon questionnaire .Je m'aperçois que je n'avais pas conscience des risques de la contention et de la surveillance à effectuer.

Je m'en référerai donc à mon expérience et à mes lectures.

Dans mon service, la surveillance doit être réalisée avec une fiche de surveillance spécifique, ce qui, en pratique est très rarement le cas.

Pourtant la surveillance obligatoire doit être réalisée à intervalles réguliers et définis , et être tracée dans le dossier du patient.

D'après le rapport de l'ANAES de 2000, les paramètres physiques sont à surveiller (la fonction respiratoire -l'état cutané au niveau des points d'attaches et des points d'appui -l'hydratation - la continence) et les paramètres psychologiques et environnementaux avec la pratique d'une écoute active.

Il convient aussi d'assurer à la personne une bonne installation , le respect de sa pudeur , et un confort vestimentaire. Et aussi la personne doit être détachée de façon régulière et aussi souvent que possible.

Enfin selon le *critère 4* : *La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et des buts de la contention (...)*

Cependant si l'on considère que la personne âgée (ou le patient) est désorientée ou confuse, que va-t-elle percevoir de la mise en place de la contention ? Que ressent cette personne ? On ne connaît pas le passé et le vécu des patients et ce que va évoquer pour eux les contentions (guerre / sévices corporelles de l'enfance...)

B. Vécu des familles

La famille et les proches sont un maillon indispensable dans la prise en charge du patient.

Toujours selon le Critère 4 : La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention .Leur consentement et leur participation sont recherchées.

D'après les questionnaires et mon expérience, il apparaît que dans le meilleur des cas la famille est avertie .On lui explique les raisons de la mise en place des contentions mais elle semble rarement consultée AVANT la prise de décision.

D'autre part, les familles ne sont pas à l'aise avec les contentions mais peu manifestent .Elles sont tiraillées entre bienveillance et culpabilité. Bienveillance car elles veulent le meilleur pour leur proche et culpabilité car en phase palliative et particulièrement en fin de vie, elles culpabilisent souvent d'être fatiguées, de ne pas pouvoir assumer la prise en charge au domicile par exemple, et donc n'osent pas toujours aller contre la décision des contentions, qui plus est quand elle est présentée avec de la bienveillance.

C. Du côté des soignants

« Si les conséquences de la contention physique concernent d'abord la personne « contenue », certains auteurs rapportent un ressenti pénible des équipes de soins » Rapport ANAES Octobre 2000

Ce geste qui est de maintenir attachée une personne malade ou diminuée dans un lit peut être violent pour certains soignants.

✓ Paroles de soignants :

- A la question n°7 de mon questionnaire: Pensez vous que vous êtes bienveillant(e) ou au contraire ressentez vous un sentiment de culpabilité lorsque vous utilisez des contentions pour un patient en soins palliatifs ou en fin de vie ?

« Culpabilité car parfois on ressent l'inconfort de la personne à être entravée ». Une infirmière en neurologie.

« On culpabilise toujours même si on sait que c'est pour leur sécurité, c'est toujours dur de faire cette action » Une aide soignante en médecine.

« C'est parfois assez ambigu pour moi. Je sais que c'est un acte de bienveillance mais contentionner un patient qui résiste me fait culpabiliser » Une aide soignante en neurologie et rééducation.

- Entendu dans mon service :

« Heureusement que les contentions sont enfin prescrites car elle a arraché deux fois sa perf' hier » une infirmière de mon service en parlant de Mme R. patiente de 88 ans, atteinte de la maladie d'Alzheimer ayant fait une chute dans les escaliers à domicile et qui alterne en hospitalisation des phases de grande agitation et des phases de somnolence.

- Une collègue de DU

« Je refuse maintenant de mettre des contentions pour le maintien des perf' ou des sondes gastriques en soins palliatifs depuis qu'un de mes patients soit décédé avec les mains attachées et la sonde gastrique bien en place. Ca m'a trop choqué ! » une infirmière en Soins de Suite et Réadaptation

✓ **Les contentions : un acte qui peut poser question**

Il apparait que l'utilisation des contentions physiques peut questionner et diviser au sein d'une équipe soignante, prise entre respect de la liberté et besoin de protection, entre idéaux et responsabilités de soins avec des composantes importantes dans les services actuellement qui sont le manque de temps (toujours plus de soins à effectuer, de traçabilité ...), le manque de personnel (le jour et encore plus la nuit) et aussi parfois une lassitude voire un burn out de certains soignants (médicaux et paramédicaux).

Certains se positionnent en tant que personne bienveillante lorsqu'ils utilisent des contentions alors même que d'autres ressentent un sentiment de culpabilité et que d'autres se sentent un peu des deux, selon la raison pour laquelle les contentions sont utilisées En effet face à un patient jeune et agressif, le ressenti sera différent d'une situation avec un patient âgé, faible, confus dont le seul tort est d'arracher la perfusion.

Sans dialogue au sein de l'équipe, des discordes peuvent apparaître entre les soignants. Ne pas pouvoir donner un sens à ses actes professionnels peut avoir des conséquences graves sur la motivation et les compétences professionnelles de certains (sentiment de mal faire son travail, de ne pas bien prendre soins des patients,) et parfois engendrer des projections (« et si on attachait ma grand mère... »).

Mais l'utilisation des contentions peut aussi ne pas questionner Lors de l'entretien téléphonique avec Mr Stéphane Amar, je lui ai demandé si en groupe de parole, le sujet des contentions était souvent abordé et débattu. Il me répondit que « non pas tant que ça, alors que cela devrait interroger »

En effet certains soignants vont accepter de mettre des contentions à un patient sans se poser de questions, en se réfugiant derrière la prescription médicale et sous le principe de bienveillance. Car il est vrai que pour une équipe en surcharge de travail et/ou en épuisement professionnel, il est plus aisé de contentionner un patient déambulatoire et «château branlant » que de le raccompagner dans sa chambre

plusieurs fois par jour .Et aussi l'infirmière peut ressentir une lassitude à reperfuser un patient plusieurs fois dans sa journée de travail et vite trouver un soulagement avec les contentions.

Pour aider les équipes, il peut être mis en place des réunions d'équipes pour que la parole puisse circuler, aie une place afin que chacun avec son histoire, puisse vivre au mieux les situations où les contentions sont mises en place. Les groupes de parole au sein d'une équipe peuvent permettre d'évoquer à chacun ses difficultés , ses doutes , ses interrogations .Ils peuvent permettre à chacun de prendre le temps de se poser , d'adopter une position d'humilité et non de toute puissance .Ce temps pour aider les soignants aidera les patients.

✓ **La formation des soignants**

Certaines études et le rapport ANAES d'Octobre 2000 ont pointé du doigt le manque de formation des soignants sur le sujet des contentions (législations, conditions d'utilisation, surveillance...)

Les professionnels se trouvent face à une situation pour laquelle ils n'ont pas eu les clés pour agir sereinement, alors même que cette situation pose des questions éthiques importantes.

Pour les infirmières : un module au programme de l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) est très récent. Le référentiel du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état infirmier aborde la contention dans la partie concernant les activités détaillées au chapitre 4 –surveillance de l'état de santé des personnes « Surveillance des personnes en situation potentielle de risque pour elle-même ou pour autrui (...) surveillance de personnes nécessitant une contention momentanée (...) Activité visant à la protection des personnes en risque de chute » et une formation sur la contention apparaît maintenant dans les éléments du contenu de l'UE 4 ; 4 S4 : thérapeutiques et contribution au diagnostic médical « les moyens d'isolement, de contention et le cadre thérapeutique ».

Le caractère récent de la formation infirmière explique la méconnaissance dans les services de la législation et des conditions d'utilisation des contentions et de la surveillance.

D'après les questionnaires récoltés, seule une personne(une infirmière) a eu une formation sur les contentions.

✓ **La contention est elle un soin ?**

L'utilisation des contentions est- elle un soin ? Si oui, un soin comme les autres ? Au même titre qu'une prise de sang ou un pansement ?

Il existe de nombreuses définitions du « soin » dans les dictionnaires et aussi par extension du « prendre soin » selon notamment des pionnières en soins infirmiers comme Laurence Nightingale ou Virginia Henderson.

Le soin est « sollicitude » selon son étymologie, c'est-à-dire le souci dû au patient par tous les moyens disponibles dans le respect de son humanité.

D'après la classification issue de la réflexion éthique, initiée par le groupe de réflexion éthique de la société de réanimation de langue française (14), on peut distinguer : Les soins à visée curative - les soins à visée de maintien d'une fonction vitale défaillante - les soins de « confort » - Les soins de « base » (soins d'hygiène , entretien des besoins physiologiques ...)

Dans la profession infirmière, et par les textes qui en régissent l'activité, on distingue les soins sur prescription médicale et ceux relevant du rôle propre.

On peut aussi retenir que : Un soin est un acte ou une action qui a pour but de promouvoir ou d'améliorer la santé ainsi que la qualité de vie du patient

Avec ses différentes approches du mot « soin », la contention est elle un soin ?

Eviter une chute, une agressivité, une fugue ou maintenir en place une perfusion est un soin .En revanche être maintenu au fauteuil ou avoir les poignets contenus, est ce en faveur de la bonne qualité de vie ? Cette question pourrait faire l'objet d'un RSCA à elle seule....

✓ **Le soignant face à une situation particulière : le refus de soin du patient**

Après s'être interrogé si la contention est un soin ou non, le soignant peut se trouver face une situation de « refus de soin ». Refus des contentions (quasiment systématique) mais aussi refus de prendre son traitement, refus d'aller à un examen, refus d'un prélèvement sanguin, refus d'une perfusion....

De nombreuses lois et chartes permettent aux patients ayant toutes leurs facultés cognitives de refuser les soins et de décider de leur santé, et qui ,de ce fait ,ne devraient pas être concernés par les contentions

Il n'en va pas de même pour les personnes dans l'incapacité d'accepter ou de refuser les soins tel que les personnes démentes , confuses , avec des troubles psychiatriques ou cognitifs ,ou encore inconscientes car se présente alors un dilemme éthique « Comment respecter la volonté de l'autre s'il ne dispose pas de sa propre liberté de consentir ? » et donc il va être tentant de vouloir imposer des soins « dans le doute ...» et d'avoir recours pour cela aux contentions .

Même s'il existe des directives anticipées, des personnes de confiance, de la famille proche et bienveillante..., on n'est jamais sûr de ce que souhaite le patient.

Afin de garantir la protection de ces malades et pour agir au mieux, le soignant doit se positionner dans une démarche éthique et aussi dans une procédure collégiale.

Hélas trop souvent par manque de temps, de connaissance ou de volonté la solution la plus « rapide » et « pratique » sera mise en place soit la contention, et la démarche éthique et le questionnement un peu oubliés.

✓ **Refus d'honorer une prescription**

Certains soignants se retranchent derrière la prescription médicale qui légitime leur appréhension de la contention et les déculpabilise de cette pratique qu'ils ne sont pas à l'aise d'appliquer : ils ont le sentiment d'être libre de toute responsabilité.

D'autres en revanche, s'interrogent et osent parfois refuser d'exécuter une prescription médicale de contention .

« Se poser la question du sens du soin ? Interroger et accepter le questionnement des autres quotidiennement . Oser user de sa liberté de dire non , parfois , face à des situations de soins jugées irrecevables ou moralement inacceptables . Dans le contexte actuel du système de santé , le soin requiert plus que jamais , une vigilance éthique à la recherche du meilleur pour les patients » Florence GRUAT (12)

Des soignants ayant répondu au questionnaire ont déjà refusé d'exécuter des prescriptions médicales qui auraient engendré une mise en place de contentions ou ont refusé de mettre en place des contentions, particulièrement pour des patients en fin de vie. Une personne précise même avoir fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs pour être soutenue dans cette décision.

« L'infirmière se doit de réaliser les soins prescrits par le médecin, après en avoir vérifié la validité . En cas de doute, elle a néanmoins le devoir de les suspendre, car elle doit les réaliser sans mettre en danger le patient. A titre exceptionnel enfin, l'infirmière peut refuser la réalisation des soins lorsque ceux-ci sont contraires à la loi et aux règles de la profession infirmière » Nathalie Lelievre (13)

L'infirmière peut donc refuser d'honorer une prescription médicale dans certaines conditions.

✓ **Impact de la contention sur la relation soignant- soigné**

Quelque soit les raisons et les modalités de la contention, ces pratiques posent question sur la relation établie entre le soignant et le soigné.

Il existe peu d'articles, de livres ou d'enquêtes sur l'impact des contentions sur la relation soignant – soigné.

Il est évident que les contentions influencent la relation .Ne serait ce qu'une barrière entre un patient et un soignant peut être un symbole fort et une entrave à la communication et à la relation.

De plus il est évident que les contentions peuvent augmenter l'agressivité des patients, et des soignants.

Stéphane Amar me disait que les contentions peuvent nous ramener à des symboles forts tels que les esclaves, les bagnards ... et à la privation de liberté. Comment le soignant va-t-il voir son patient , s'il est empreint de ces représentations ?

III. LE SENS DES CONTENTIONS EN PHASE PALLIATIVE

Après avoir défini les conditions d'utilisation des contentions « en général », se pose la question du SENS des contentions en phase palliative, phase où le respect est la valeur dominante et la qualité de vie principalement recherchée.

Peut –on concevoir qu'un Homme meurt attaché ?

A. Définition et mots clés

Dans l'histoire d'une maladie, on distingue la phase curative, où l'on vise la quantité de vie de la phase palliative où l'on sait que la guérison n'est plus possible et où la priorité est la qualité de vie. Dans cette phase palliative, on peut distinguer quatre grandes phases : la phase asymptomatique, la phase symptomatique, la phase d'accompagnement des pertes d'autonomie et enfin la phase de fin de vie.

« Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institutions ou à domicile .Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage » définition de la loi n°99-477 du 9 Juin 1999.

Soins actifs -Soulager la douleur physique - Apaiser la souffrance psychique - Sauvegarder la dignité – Soutenir l'entourage.

Les soins palliatifs sont des soins actifs. Même si la guérison n'est plus recherchée, les traitements actifs nécessaires à la bonne qualité de vie seront mis en place. Cependant, suspendre quelques heures une perfusion intraveineuse au moment d'un syndrome confusionnel plutôt que d'utiliser des contentions, ne me paraît pas contraire au terme « soins actifs » ..

Soulager la douleur physique et apaiser la souffrance psychique sont des priorités en soins palliatifs. Les contentions en phase palliative ne semblent pas en faveur et vont même à l'encontre de ces priorités .Etre maintenu au fauteuil ou aux barreaux du lit ,

être privé de liberté , dans les derniers moments de sa vie me semble contraire à la philosophie des soins palliatifs.

Quant à la sauvegarde de la dignité...on parle beaucoup de dignité dans les articles de loi :

« La personne malade a le droit au respect de sa dignité » loi du 4 mars 2002 art. L 1110 .2

« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. » Article premier de la déclaration universelle des droits de l'homme

La notion de dignité est aussi présente dans un des critères du rapport de l'ANAES

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

Qu'est ce que la dignité ?

D'après les définitions des dictionnaires Hachette et Robert :

« Respect que mérite quelqu'un, quelque chose. »

Jean – François Mattei propose « de considérer tout homme comme porteur d'une même humanité .De comprendre que l'autre est un autre moi-même , qui partage avec moi la même parcelle d'humanité .Dés lors , il est porteur de la même dignité ».(15)

« D'autres déclinent la notion de dignité en lien étroit avec celle de liberté. Mourir dans la dignité serait alors synonyme de pouvoir faire usage de sa liberté pour mourir comme on le souhaite dans la cadre d'un choix individuel » .(15)

Il est donc aussi question quand on parle de dignité, de respect de l'autre, de liberté et d'humanité.

Les contentions peuvent –elles s'inscrire dans ces valeurs fortes ?

B. La confusion et l'agitation en phase palliative

A priori, la question de la contention ne se pose pas pour des personnes conscientes, cohérentes et en possession de leur capacités cognitives puisque l'application entre autres de la loi dite Leonetti de 2005 permet au patient d'être acteur de sa prise en charge et peut donc refuser des traitements (perfusions , sondes ..) et refuser les contentions .

« La confusion mentale représente « un état aigu , transitoire et réversible , résultant d'une modification psychique et physique due à une diminution de la vigilance , intermédiaire entre l'éveil normal et le coma , témoignant d'une souffrance cérébrale

secondaire à des causes organiques ou autres »Manuel de soins palliatifs .Centre d'éthique médicale Paris :Dunod (2001).

« La confusion mentale représente une complication psychiatrique fréquente en soins palliatifs. Sa prévalence a tendance à croître au fur et à mesure de l'évolution cancéreuse jusqu'à la phase terminale, pouvant atteindre 85% »(16).Elle reste encore trop souvent mal diagnostiquée et sous estimée.

« En phase palliative et terminale, la présence d'un syndrome confusionnel constitue un facteur pronostique de gravité. » (16)

Les causes de confusion et d'agitation sont diverses et sont à rechercher : douleurs - causes iatrogènes avec notamment surdosage de morphine -globe urinaire - fécalome - métastases cérébrales - déshydratation - troubles électrolytiques - démences antérieures - psychose décompensée .

Un dépistage précoce et une prise en charge rapide sont importants et nécessaires .

C. Le droit et l'éthique

➤ « A quel titre et de quel droit peut – on priver partiellement ou complètement une personne âgée de ses libertés ? La tentation est grande de répondre : pour prévenir tout risque pour la personne ou pour autrui .Mais le principe de précaution peut il légitimer la pose de contentions ?Existe –t il une contention légitime » (13)

- Le Droit à la liberté....

« Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne » article 3 de la déclaration universelle des droits de l'homme .

« La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui : ainsi l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société, la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi. » Déclaration des droits de l'homme et du citoyen .

L'utilisation de la contention est une privation de liberté.

Le patient comme tout être humain répond à des droits et des libertés individuelles que nous devons respecter .Chaque individu est libre de ses actions et de ses décisions .Il est acteur de sa vie et de sa sante.

- Et aussi droit à l'accès aux soins...
Et aux soins palliatifs (Loi du 9 juin 1999)

« J'ai le droit d'être considéré comme un être humain jusqu'à ce que je meurs »
Charte du mourant.

Pour autant avoir le droit aux soins cela ne veut pas dire « obligation de se soigner ».

Au niveau du droit du patient, le consentement de ce dernier est obligatoire pour réaliser des soins : droit du patient qui est régit dans plusieurs textes comme dans la charte de la personne hospitalisée. Mais comment agir pour un patient qui n'est pas capable de donner son avis, à cause d'une défaillance cognitive ?

-Et le soignant a :

- Le droit de prescrire des contentions dans certaines situations
- Comme tout être humain un devoir de « assistance à personne en danger »

Mais tous ces droits sont ils compatibles ? Ou sont-ils contradictoires ?

➤ « Prévention du risque » versus « privation de liberté » : une question éthique

« L'éthique a un objet : le respect de la personne en tant que sujet »

« L'éthique clinique est un questionnement des acteurs de santé(...) issu de leurs expériences personnelles et professionnelles .Elle concerne les incertitudes dans le champ de la santé, les conflits de valeurs et les dilemmes qui peuvent survenir lors de l'atteinte des limites(...)

Elle est une réflexion sur le bien , notamment sur le bien –fondé de l'action .Mais nul ne sait ce qui est bien » Régis Aubry et Marie Claude Dayde (15)

Les contentions posent bel et bien des questions éthiques :

-Peut- on ôter la liberté d'une personne en l'obligeant à subir un traitement contre son gré ?

- Peut –on ôter la liberté d'une personne pour lui éviter de tomber ?

- En phase palliative quel est le sens des contentions ?

Et aussi la question des contentions va être un affrontement de valeurs :

La solidarité, l'assistance aux personnes en danger, le respect de la vie versus le droit des malades à la liberté et au choix.

Il est donc important de se positionner dans une démarche éthique.:

« - *L'autonomie* constitue le principe qui implique la liberté de choix , de décider et d'agir. Il en découle la nécessité du consentement libre et éclairé du patient .Ce

principe ne doit pas être utilisé seul et la capacité d'un individu à faire des choix peut être remise en question .

-la *bienfaisance* nécessite de connaître la définition que la personne donne au bien et au mal et leur bonne proportion pour sa propre vie.

-La *non malfaisance* (plus ou moins la bienveillance) , principe corollaire au précédent , consiste à ne pas nuire au patient , ce qui implique de se demander si le soin n'est pas plus nuisible qu'une absence de soin .

-La *justice* éthique se réfère à l'honnêteté ou à l'impartialité. Elle implique une répartition équitable des ressources » Source Davis A. Conflits éthiques : comment les aborder ? Soins infirmiers, 1986

IV. LES ALTERNATIVES

Les professionnels ne sont que peu formés à l'utilisation des contentions et tout autant peu formés aux alternatives à la contention.

Pourtant il existe des alternatives qui pourraient permettre d'éviter de nombreuses contentions , si on se posait toujours la question « Est -ce nécessaire ? N'y a-t-il pas un autre moyen , une autre solution ? »et avoir à l'esprit l'algorithme décisionnel recommandé par l'ANAES (annexe n°3).

A. Pallier la confusion et l'agitation

On peut différencier les personnes suivies pour des troubles cognitifs avant la phase palliative, des personnes qui vont présenter de façon brutale un épisode d'agitation , de confusion .

Dans le premier cas , il faudra mettre aussi l'accent sur la bonne observance des traitements antérieurs , la régularité des habitudes de vie , une familiarisation des lieux de vie et être attentif à tout changement de comportement dont il faudra rechercher la cause et la traiter (globe urinaire , fecalome , douleurs...) .

Dans le deuxième cas , et c'est souvent le cas en phase palliative d'une maladie évolutive , le dépistage précoce de la confusion et de l'agitation est important et le traitement va reposer sur

- Un traitement médical étiologique et/ou symptomatologique par une équipe pluri disciplinaire (médecin du service – médecin de soins palliatifs – psychiatre)

« La prise en charge de la confusion mentale chez les patients en phase palliative est particulière à cause de son étiologie plurifactorielle, souvent irréversible et de l'état général précaire du malade. Il est par conséquent nécessaire de bien peser les indications d'examen complémentaires (biologie , imagerie) d'autant plus quand ils

sont invasifs , afin de ne pas aggraver la symptomatologie déjà existante , surtout si une absence de traitement causal est pressentie »

➤ Un traitement environnemental

Mettre en place un environnement serein et calme- limiter le nombre de personnes dans la chambre en même temps – éviter les stimuli auditifs et visuels- favoriser le contact rassurant avec la réalité – favoriser les repères temporels (montre ou pendule - calendrier)- favoriser des soignants référents .

Si ces traitements ne sont pas efficaces, il convient de toujours évaluer les bénéfices / risques entre les contentions et les risques encourus en phase palliative , phase dans laquelle il a été rappelé un peu avant les priorités de la prise en charge.

B. La limitation des risques

Les risques principaux sont donc les chutes, les fugues, l'agressivité et l'ablation des matériels de soins (sondes, perfusions...) .

Un rôle important va incomber aux soignants en essayant de limiter les risques encourus par le patient et d'en assurer la sécurité , afin d'éviter l'utilisation de contentions

✓ Limiter les risques de chutes par

- un traitement médical en cas d'hypotension orthostatique, de troubles de la glycémie , troubles du sommeil , dépression , déshydratation , dénutrition...
- une adaptation de l'environnement : lit au plus bas, éclairage adapté, table de repas stable, blocages des roulettes du lit.... Et aussi en éloignant tout objet dangereux (verre , couteaux , ciseaux)
- lors des déplacements : par une assistance aux personnes pour aller aux toilettes, avec des chaussures stables, des lunettes de vue si nécessaire, des aides à la marche (canne , déambulateur..)
- lors de l'installation au lit ou au fauteuil : mettre le fauteuil ou le patient le souhaite, installer confortablement la personne, installer le téléphone et la sonnette à portée de mains, respecter son désir ou non d'avoir les barrières de lit ..

✓ Limiter les risques de fugues en sécurisant les lieux (rares en phase palliative) et l'agressivité par une attitude calme , et sécurisante.

✓ Limiter les matériels médicaux susceptibles d'être arrachés.

Est ce raisonnable de vouloir conserver une perfusion intraveineuse ou une sonde naso- gastrique pour un patient qui présente un risque de l'arracher à cause de problèmes cognitifs ? En phase curative sûrement mais en phase palliative ? Il est

alors question de soins qui peuvent apparaître déraisonnables et une recherche de soins alternatifs possibles est nécessaire. Il faut alors se poser la question de l'utilité de ces soins.

C. Une relation humaine

- Accompagnement de la personne par une équipe pluri disciplinaire

Face à un patient confus, il peut être difficile de rentrer en contact avec cette personne souvent déconnectée de la réalité. Il est du rôle du soignant de mettre en place une relation aidante, apaisante, structurante avec cette personne. On ne sait pas vraiment ce que perçoit le patient confus et ce qu'il cherche peut être à nous dire par son comportement inadapté. Il convient d'assurer une écoute active.

L'expérience des Unités de Soins Palliatifs : une équipe pluridisciplinaire intervient (psycho -motricienne et kinésithérapeute(pour les massages relaxants) et des techniques de relaxation sont proposées telles que de la musique dans la chambre du malade ou des bains thérapeutiques dans un objectif de calmer l'agitation des patient

- Préserver l'autonomie

Critère 7 : Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer les activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel.(...)ANAES Oct.2000

A propos de l'autonomie dont il est question dans ce critère, Brigitte Hérisson fait un parallèle intéressant, me semble t il entre les expériences des enfants pour acquérir leur autonomie et leur statut d'adulte et les risques pris par les personnes susceptibles d'être « contentionnées »

« L'apprentissage de la liberté s'acquiert peu a peu et n'est pas sans risque .Nos enfants effectuant leurs premiers pas ne les ont pas fait sans chutes .Mais ils avaient leurs parents présents pour prendre soin d'eux ,sans leur voler leur autonomie et leurs premiers pas vers la liberté(...)Y a-t-il tant de différence lorsqu'une personne en soins palliatifs veut explorer ce qui lui reste d'autonomie et de liberté , sous le regard bienveillant et généreux des soignants ? »(5)

Préserver l'autonomie du patient même confus est important physiquement et psychologiquement pour lui-même et pour ses proches

« Lorsque l'état de santé le permet la personne âgée doit être encouragée à accomplir le maximum d'activités en lien avec la vie quotidienne . » ANAES Oct 2000

- Proposer des activités occupationnelles

Critère 8 : Des activités selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

« Des activités récréatives sont proposées afin d'assurer son confort psychologique. »

Des solutions existent donc mais elles demandent du temps pour certaines et une des composantes essentielles de l'infirmière ou de l'aide-soignante est la surcharge de travail.

D. La collaboration de la famille

Soutenir l'entourage : telle est aussi la mission des soins palliatifs.

La famille peut être d'une grande aide pour éviter les contentions .Mais à contrario il faudra continuer à soutenir cette famille, en souffrance et en difficultés face à son proche qui approche de la mort et / ou qui présente une confusion ou une agitation. Cela peut être très traumatisant d'être confronté à son proche que l'on pense être devenu « fou » , que l'on ne reconnaît plus.

La famille devra être soutenue et écoutée .Elle devra pouvoir exprimer ses craintes , ses peurs , ses angoisses .Les soignants expliqueront à la famille la symptomatologie confusionnelle et la prise en charge proposée. C'est dans ces conditions aussi que pourra être discutée l'utilisation des contentions.

Par expérience, on connaît le « pouvoir » apaisant de la famille auprès d'un patient agité et l'importance des repères avec les visages familiers que sont les proches pour les patients désorientés.

D'autre part, lors des visites, les familles sont évidemment disponibles et bénéficie d'un facteur « temps » qui manque tant aux soignants .

C'est la raison pour laquelle la famille doit être sollicitée pour aider le patient dans cette période difficile .

Dans son livre « le souci de l'autre » Marie de HENNESEL qui a connu l'hospitalisation de sa mère dit : « *Hélas l'hôpital préfère utiliser la méthode agressive en attachant les malades , plutôt que d'avoir recours aux familles* » Il n'est pas rare de rencontrer une certaine rigidité de la part des soignants par rapport aux horaires de visites , allant à l'encontre de l'idée que les familles peuvent beaucoup apporter à une équipe soignante. N'est ce pas la encore une expression de la toute puissance soignante ?

Mais il faudra être aussi vigilant à ne pas culpabiliser une famille en épuisement, et qui ne pourrait être très présente .Et aussi à ne pas faire porter sur la famille la décision des contentions ou la non décision des contentions.

SYNTHESE ET CONCLUSION

La mise en place de contentions sur un patient , qu'il soit en phase palliative ou non , est une décision difficile à prendre .Elle peut susciter des discordes au sein d'une équipe et peut renvoyer à des sentiments de mal aise ou de culpabilité si cette décision n'est pas prise de façon collégiale .Il convient de réfléchir aux bénéfices /risques pour ce patient déjà diminué par sa maladie ou son âge avancé et pour lequel les contentions peuvent avoir des conséquences importantes .

L'avis de la famille du patient ou la personne de confiance doit être recueilli et entendu , mais la famille doit surtout être aidée et déchargée de la culpabilité d'une telle décision .De plus quand cela est possible et que la famille et les aidants le peuvent , il est important de rendre la famille actrice et garante des intérêts de leur proche malade .

La recherche et le traitement des causes de l'agitation et de la confusion doivent être préférés à la mise en place des contentions et certaines mesures peuvent et doivent être mises en place pour éviter les risques encourus par les patients et ainsi les contentions .

Les professionnels de santé (soignants ou dirigeants) doivent avoir la volonté de réduire au maximum l'utilisation des contentions et répandre les alternatives possibles afin que ces dernières ne soient utilisées qu'en ultime recours et dans les meilleures conditions possibles (le moins souvent possible- le mieux possible – le moins longtemps possible). Mais force est de constater que dans certaines situations, en phase aigue par exemple, les contentions sont nécessaires et justifiées. En revanche en phase palliative , les contentions ont peu de sens. Pour cela la formation des soignants est primordiale

Par rapport à la situation clinique de Mme B. décrite dans le récit, et après ce travail de recherche, je suis satisfaite que les contentions n'aient pas été utilisées car cette dame est décédée dans des conditions acceptables par rapport à la situation.

Enfin dans ma pratique professionnelle, je vais essayer de transmettre à mes collègues les alternatives à la contention , et essayer de changer notre regard sur les personnes agitées , confuses ou démentes. Et dans les situations où les contentions s'avèrent nécessaires, j'ai pris conscience de la nécessité de la surveillance que je ne pratiquais que trop peu et la nécessité d'arrêter les contentions dès que possible.

La contention doit garder un caractère exceptionnel que ce soit en phase palliative ou non. Une bonne prise en charge est une prise en charge qui répond aux besoins de la personne , à ses souhaits en tenant compte des bénéfices /risques.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) Octobre 2000
- 2 - Charte des droits du mourant
- 3- Charte de la personne hospitalisée
- 4- Travail de Fin d'Etudes de Christian Couprit : « Réactions des soignants vis-à-vis d'un patient porteur de contentions physiques » juillet 2013
- 5- « Contentions – plaidoyer pour la liberté » de Brigitte Herisson
- 6- Texte de loi dite Leonetti 22 Avril 2005
- 7- Soins Gériatrie vol 13 n° 73 Sept –Oct 2008 Agnès Maillard
- 8- Soins Gériatrie vol 18 n°103 Eric Martinet
- 9- Médecine palliative vol 10 n°1 février 14 Michel Reich/Ophélie Soulié/Julia Revnic
- 10-« Le souci de l'autre » Marie De Hennezel
- 11-Profession Infirmier recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession (2007 et 2010)
- 12- Florence GRUAT cadre de santé, chargée de mission de la coordination des démarches éthiques, centre hospitalier René Dubos , Pontoise (95) , doctorante au département de recherche en éthique , Inserm , Université Paris Sud 11
- 13- Nathalie Lelievre juriste spécialiste de la santé , membre de la commission éthique et douleur , Lyon (69)
- 14- Médecine palliative Volume 11, numéro 4 pages 181-188 (août 2012)
- 15-« Soins palliatifs éthique et fin de vie » Regis Aubry et Marie Claude dayde
- 16-Médecine palliative volume 2 n° 1 avril 2013 Michel Reich /Jean Michel Lassauniere

ANNEXES

- 1- Questionnaire rédigé par mes soins , distribué à 50 personnes ,
professionnels de sante (aides-soignantes - infirmières - médecin)
- 2- « Recommandations de pratiques pour la mise en place de contentions »
ANAES Octobre 2000 Algorithme décisionnel