

MAISON DE RETRAITE « SAINT-JACQUES »

Verdun-sur-Garonne (Tarn-et-Garonne)

Siret : 268 200 151 00010

☎ 05 63 02 50.41

Fax : 05.63.02.51.83

maison.retraite.verdun.garonne@wanadoo.fr

PROCÈS - VERBAL

DE LA RÉUNION DU COMITÉ d'ETHIQUE des EHPAD Saint-Sophie de GRISOLLES , Saint-Jacques de VERDUN-Sur-GARONNE et EHPAD Le Parc de MONTECH

Du 4 juin 2014

Présentes : Mmes BOISARD Gaby, cadre de santé ; Valérie CARREAUD, cadre de santé ; CIRODDE Marjorie, directrice ; DUCOUX Pascale, AMP ; GILLES Stéphanie, psychologue ; Valérie LEROUSSÉAU, cadre de santé ; Nadia SAVIGNY-SERIN, infirmière ; MAURI Sylvie, AMP ; MOREAU Marie-Anne, infirmière, Mme Christine JEAN, directrice de PALLIADOL 82 ; Docteur GENIBEL, médecin coordonnateur, Monique DARIOS, directrice.

Présents : Mrs JEAN Philippe, cadre de santé ; SARTRE Robert, médecin anesthésiste ; TERRIEUX Jean-Claude, personne qualifiée ; Docteur FARAL, médecin généraliste ; Docteur BERTAUD-DUCHAZAUD, médecin coordonnateur.

Un tour de table est fait, chacun des participants se présente.

Nous accueillons l'EHPAD de Montech/Escatalens pour la première fois en vue de la mise en place éventuelle d'un comité d'éthique commun aux établissements de Grisolles, Montech/Escatalens et Verdun/G.

L'équipe de Montech nous fait part de l'avancée de ses travaux sur les questions éthiques et nous dit envisager deux temps forts soit un axe de réflexion générale qu'il pourrait mettre en commun avec les autres établissements et un axe abordé en équipe pluridisciplinaire sur site pour les situations difficiles nécessitant une prise de décision « urgente ». Le deuxième volet de ce travail ne semble pas être envisagé avec les autres établissements.

Plusieurs interlocuteurs dont Mme JEAN précisent l'intérêt de ce type de réflexion multi sites afin de prendre le recul nécessaire avant toute décision. La sérénité est un élément indispensable pour la prise de décision.

Docteur GENIBEL et Dr DUCHAZAUD précisent l'existence d'une instance éthique présidée par le Pr ARBUS au CHU de TOULOUSE en cas d'urgence.

Christine JEAN souligne l'importance d'un œil extérieur aux différents établissements pour un partage de valeurs qui peuvent être parfois remises en question. Il est possible de faire appel si nécessaire à des représentants du culte, des philosophes ou des experts sur un sujet particulier.

Le PV de la réunion du 4 décembre 2013 est approuvé.

L'ordre du jour est ensuite abordé.

Thème 1

Nadia Savigny Serin aborde le problème des contentions. (texte intégral ci-dessous)

LA CONTENTION :

I- Définition et généralités :

HAS : la contention physique est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps, dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté. Rapport ANAES 2000.

Les différentes formes de contention :

- Physique
- Pharmacologique (administration de sédatifs pour réduire la mobilité)
- Relationnelle ou psychologique : verbale ou non, c'est une attitude ou propos qui incite le résident à rester tranquille (mise en garde, conseil insistant, voire ordre)
- Architecturale : limitation des déplacements dans un espace (ex : isolement septique, secteur fermé)

La contention met donc en question les principes de liberté édictés notamment dans :

- La charte des personnes âgées dépendantes : art.2- *Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.*
- La déclaration des droits de l'homme : art.3- *Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne*

Elle apparaît également dans la charte de bientraitance établie conjointement entre les EHPAD de Grisolles et Verdun :

Les professionnels développent une attitude de bientraitance dans leur savoir faire[...] Nous veillons à la **sécurité du résident** : les contentions sont les plus rares possibles, et font l'objet d'une discussion en équipe pluridisciplinaire et d'une prescription médicale, en accord avec le résident et sa famille. La prescription est régulièrement réévaluée.

Au niveau national :

Avis JORF n°0176 du 31 juillet 2013 texte n°101 : « Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées » disponible sur Légifrance

- I-4.2= droit à la liberté d'aller et venir

« Les mesures de sécurité dans les EHPAD ont tendance à augmenter ces dernières années sous l'impulsion des familles [...] »

Ex : secteurs fermés, contention, digicodes à l'entrée des établissements, bracelets électroniques

« La conciliation entre sécurité et liberté d'aller et venir devient de plus en plus complexe et appelle nécessairement une meilleure adéquation entre la volonté de protéger et les risques »

Le Risque, définition :

Possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage. Larousse

Le principal argument avancé est donc la sécurité du résident.

Critères d'évaluation du risque :

- Age
- Désorientation
- Dépendance fonctionnelle
- Agitation

Dans le rapport de l'ANAES d'octobre 2000 « évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de Santé, limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », il ressort que :

- « la pratique de la contention est rarement formalisée or il s'agit d'un acte de soins [...] »
- L'utilisation de la contention n'est légitime qu'en raison de certaines circonstances et encadrée strictement

Risques lié à la contention :

Impact sur le résident	- Contractures - Troubles trophiques - Escarres - Fausses routes - Perte d'appétit - Incontinence sphinctérienne - Perte d'autonomie - Apparition ou aggravation de confusion ou d'agitation - Sentiment de dévalorisation	- Décès par strangulation, asphyxie ou résultant de traumatismes liés à la contention - Perte de masse osseuse par réduction des forces d'appui et diminution de l'activité physique - Augmentation du risque de chute
Impact sur le personnel	- Anxiété - Frustration - Culpabilité	- Augmentation de la charge en soins

II- La mise en place de la contention :

La mise en place d'une contention doit ainsi avoir fait l'objet d'une démarche de réflexion en équipe pluridisciplinaire.

La pose de la contention doit répondre à 2 intérêts : la sécurité du patient et/ou de son entourage. La contention tire donc sa légitimité uniquement de la prescription établie dans l'intérêt du patient ou des autres patients pour assurer leur sécurité. La réévaluation doit en être régulière.

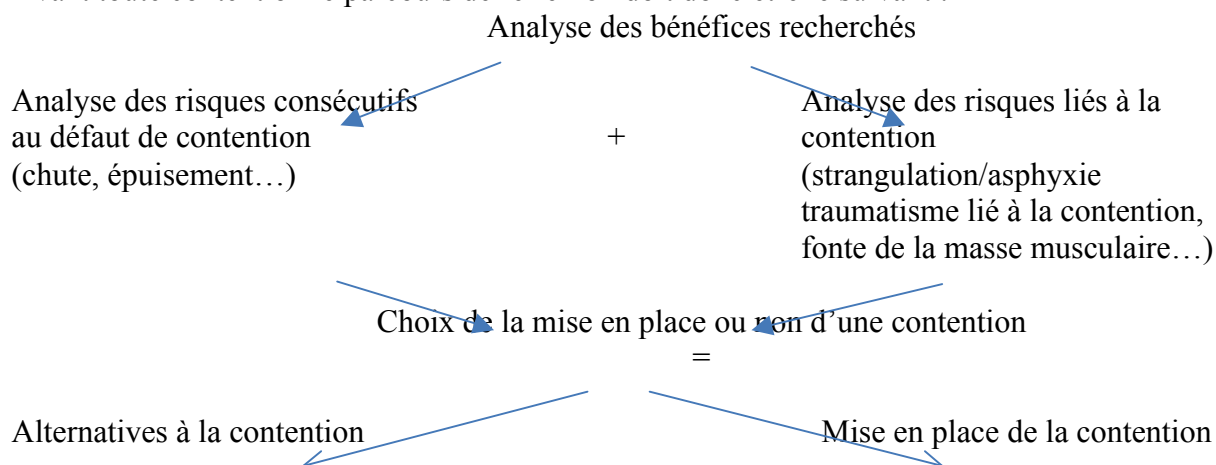
Principales causes :

- crainte de la chute du résident.
- Période de grande agitation,
- Administration de soins
- Réduction d'une période de déambulation

« A ce titre la contention peut être considérée comme un acte de soins gériatrique »¹

Le guide de l'ANAES précise : « les recommandations de pratique s'appliquent à toute personne âgée de plus de 65 ans, encore capable de se mobiliser, hospitalisée dans un service de soins ou prise en charge par une structure de type maison de retraite ou long séjour. »

Avant toute contention le parcours de réflexion doit donc être le suivant :



¹ JJ. MAYOT A. VILLEZ : « Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gériatriques » Collection DUNOD 2001

Maisons de retraite Sainte Sophie de Grisolles, EHPAD Montech/Escatalens, Saint-Jacques de Verdun-Sur-Garonne, PV de la 3^{ème} réunion de l'instance éthique du 4 juin 2014

Les recommandations de l'ANAES sont les suivantes :

- 1- Evaluation des besoins, de la situation
- 2- Connaissance des risques liés à l'immobilisation
- 3- Evaluation régulière des besoins et risques
- 4- Programme de soins et de surveillance individualisé
- 5- Information du patient et de sa famille
- 6- Recueil du consentement de la personne
 - a. Raisons et buts de la contention
 - b. Moyens ou matériels utilisés
 - c. Durée prévisible de la contention
 - d. Surveillance mise en place

Dans le même esprit, informer les familles des raisons pour lesquelles le résident n'est pas attaché est important.

Les alternatives à la contention :

- Recherche d'une étiologie pouvant expliquer son agitation : douleur, constipation, globe vésical
 - o Traitement de cette étiologie
- Recherche de tout changement de traitement
 - o Information du médecin traitant pour modification
- Recherche d'une agitation causée par la fatigue, par une mauvaise installation
 - o Proposer une sieste ou une activité calme
 - o Réinstaller le résident
- Recherche d'un épuisement du à la déambulation
 - o Proposer une activité courte permettant le repos
- Recherche d'un risque de chute :
 - o Bilan de chute par la psychomotricienne
 - o Environnement sécurisé
 - o Lit Alzheimer au ras du sol et tapis de sol
 - o Basculer l'assise du fauteuil roulant légèrement
 - o Accompagner la personne dans ses déplacements

III- La Prescription :

La mise en place d'une contention est un acte soumis à **prescription médicale**. Seule l'urgence permet la régularisation à posteriori par le médecin traitant.

La prescription fait donc suite à un avis de l'équipe, à une évaluation du bénéfice/risque pour la personne âgée, puis d'une décision médicale et doit être notifiée dans le dossier de soins.

Elle doit comporter les éléments suivants :

- Nom du prescripteur et signature
- Nom du résident concerné
- Date de début et durée
- Motif

- Type de contention
- Date de réévaluation

La réévaluation :

Elle doit, selon l'ANAES, être réalisée au moins toutes les 24h et retranscrite dans le dossier du patient. (Référentiel de pratique sur la contention).

Au sein de l'EHPAD, les décisions médicales sont prises non par un médecin attaché à l'établissement, mais par des médecins libéraux, intervenant à la demande des soignants. Cette situation entraîne donc l'impossibilité de se conformer strictement à une réévaluation à 24h.

Après concertation entre les différents professionnels, il a donc été convenu de l'utilisation d'une fiche de prescription ayant une validité pouvant aller jusqu'à 3 mois. Elle permet, hors cas aigu relevant d'une réévaluation dans un délai plus court, de concilier la disponibilité des médecins libéraux avec les nécessités de l'établissement. Elle permet ainsi de s'adapter à la réalité du terrain, où l'état de santé des résidents évolue différemment d'un milieu hospitalier. (ex : personnes grabataires, troubles de la marche...)

Les soins et surveillance :

- Liberté de mouvement
- Cadre de vie (ambiance lumineuse et thermique)
- Incontinence
- Hydratation
- Environnement (interaction avec les autres résidents et le personnel)
- Etat psychologique de la personne

La contention est donc une question éthique importante car elle entraîne notamment une privation de liberté pour la personne âgée.

ANAES : Comme tout processus de soins à risque, il est impératif pour en limiter les dangers et les conséquences, d'avoir recours à la pose de contention en vue d'immobiliser la personne, le moins souvent possible, le mieux possible.

Une discussion sur la contention est ensuite portée par les membres du groupe.

Docteur Sartre insiste sur le fait de discussion d'équipe pluridisciplinaire avant toute décision. Il oppose également la notion de charge de soin qui ne favorise pas toujours cette rencontre pluridisciplinaire.

Certaines contentions sont très bien identifiées telles les barrières de lit, ... Mais il est des contentions plus difficiles à apprécier tel le port de combinaison une pièce pour certains résidents la nuit, la mise en place d'alèses pouvant être assimilées à de la contention etc.

Certaines questions sont difficiles à résoudre comme notamment l'information d'un résident dément ou d'un résident en crise ? Comment lui expliquer ? Son consentement est-il réel ?

Mme DUCOUX met en lumière le fait que la contention physique pose plus de problème que la contention chimique. Ceci doit nous poser question et nous entraîner à une réflexion sur la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement. Les trois établissements disposent d'un pôle d'activité et de soin adapté de nature à apaiser ces troubles du comportement (Dr BdC).

En résumé la contention ne doit revêtir qu'une forme exceptionnelle pour un temps donné. La nécessité d'y avoir recours doit être régulièrement réévaluée. Des alternatives à la contention doivent systématiquement être recherchées.

Les recommandations de bonnes pratiques constituent une aide et permettent de nous réinterroger sur nos pratiques en équipe.

La participation de la famille aux décisions nous interroge dans la mesure elle est parfois demandeuse de contention par peur du risque de chute.

En cas de contention, tout le monde est d'accord pour l'utilisation de matériel adapté afin de réduire au maximum le risque de complications lié à la contention.

Deux exemples concrets sont ensuite proposés par Montech et Verdun. Ces deux cas ne trouvent pas de solution « miracle » mais mettent en évidence la nécessité d'une discussion d'équipe pour une prise de décision collégiale. L'important est de ne pas juger, de ne pas considérer la décision d'équipe comme une décision laxiste mais comme une réelle discussion avec un travail sur les bénéfices et risques de l'action mise en œuvre qui peut fonctionner à certains moments et perdre toute efficacité à d'autres moments d'où la nécessité d'une réévaluation régulière.

Thème 2 Docteur BERTAUD Du CHAZAUD aborde ensuite le deuxième thème qui est la prise d'alcool pour les résidents en EHPAD.

Le contenu du power point est disponible sur le site internet de l'EHPAD de Grisolles

Le débat sur ce thème interroge tous les partenaires et certaines questions sont mises en évidence telles que :

- Restreindre ou priver les résidents d'alcool en EHPAD équivaut à une privation de liberté ?
- Doit-on attendre qu'ils modifient leurs habitudes de vie ?
- Doit-on transgresser la volonté affichée de quelqu'un ? (Docteur Bertaud du Chazaud)
- Ne risque-t-il pas d'y avoir un phénomène d'entraînement entre résidents et notamment de modifier les habitudes de vie de résidents qui n'étaient pas buveurs excessifs avant leur admission ? (Docteur Faral)
- N'est-on pas tenté de médicaliser les résidents au détriment des habitudes de vie ? (Christine Jean)

Monsieur PH. Jean pose la question de mesures liberticides qui peuvent être de nature à entraîner la transgression des résidents qui vont alors consommer de l'alcool en « cachette » alors que si l'alcool est autorisé la consommation sera souvent moindre ou modérée.

Sur le plan juridique, la chambre est du domaine privatif, ce qui implique le respect de son domicile et tout excès de contrôle de la part de l'établissement pourrait entraîner une plainte pour atteinte à la liberté de la part du résident.

Le groupe pense qu'il peut être nécessaire parfois de limiter les quantités d'alcool en cas de problème médical ou d'interférence médicamenteuse.

Dans tous les cas, il est nécessaire de faire un recueil de données avec les habitudes de vie des résidents et d'identifier les problèmes lors de la démarche projet de vie individualisée.

Une aide au sevrage peut être proposée dans certains cas par le médecin traitant ou une équipe spécialisée.

Prochaine réunion : Thème proposé : La sexualité des résidents en EHPAD. Monsieur PASSET a déjà travaillé sur ce thème et sera sollicité pour la réunion de novembre 2014.

L'ordre du jour étant épuisé la séance est levée et une très agréable collation est offerte par l'EHPAD de Grisolles. Félicitations aux cuisinières.

Monique DARIOS