
Droit de la protection de l'adulte: les mesures de contention

Le droit de la protection de l'adulte régit les conditions sous lesquelles les homes médicalisés et institutions peuvent restreindre la liberté de mouvement des résidents. La loi définit de manière incontestable la question de savoir qui peut décider de mesures médicales et de soins dans le cas de personnes incapables de discernement. Les différences concernant le recours à des mesures de contention (MC) sont très marquées en Suisse, à la fois selon les homes médicalisés et en fonction des régions.

Problèmes et défis

Les établissements médico-sociaux font face à de nombreux défis dans l'application des prescriptions légales et des normes de qualité (canton de Berne, 2013: CURAVIVA 2017a/b):

Pathologies compliquées. Les personnes très âgées sont souvent atteintes de deux ou plusieurs maladies chroniques ou alors souffrent d'une infirmité avancée. Les maladies particulièrement fréquentes chez les personnes âgées (p. ex. démence) vont de pair avec des changements de comportement, des angoisses et une confusion mentale qui peuvent mettre ces personnes ou autrui en danger.

Dilemme éthique entre liberté et sécurité. Dans les soins et l'accompagnement, les spécialistes doivent toujours évaluer ce qui est le plus important: liberté et autonomie ou sécurité et protection. Peut-on empiéter sur l'autonomie d'un résident afin d'éviter des dommages? Y a-t-il un danger pour la personne elle-même? D'autres résidents ou collaborateurs sont-ils menacés? (SGG, 2011)

Communication de décisions. Bien que les homes médicalisés gèrent aujourd'hui de manière très consciente le thème « MC », la communication continue des décisions aux personnes impliquées représente un défi constant.

Définition, formes d'application et motifs

Dans les rapports des médias, les MC appliquées dans les homes médicalisés sont souvent réduites aux barrières de lit, sangles ou couvertures spéciales (zewi). Sont considérées comme MC les mesures qui limitent la liberté de mouvement physique et ne peuvent pas être enlevées par la personne concernée elle-même et/ou empêchent l'accès à son propre corps. Le terme de limitation de la liberté de mouvement doit s'entendre au sens large et n'est pas défini en détail par le législateur. Dans la pratique, on trouve une multitude de mesures électroniques, spatiales, physiques et médicamenteuses:

- **Mesures électroniques** : P. ex. sorties verrouillées ou sécurisées par des codes avec une alarme générale ou individuelle (également portes des unités et des chambres, portes d'ascenseur, localisation par GPS, tapis détecteur de mouvement comme descente de lit ou dans le lit, barrières lumineuses/détecteurs de mouvement, surveillance électronique de la pièce).
- **Mesures spatiales** : Fermeture des portes, d'une chambre ou d'une zone, p. ex. dans une unité « démence », mécanismes de fermeture compliqués aux portes, installation de barrières, poignées hautes ou compliquées, ascenseurs sécurisés.
- **Mesures physiques** : Installation de barrières de lit (des deux côtés ou d'un seul), attache au lit/à la chaise, couvertures zewi, chaise avec table, table de fauteuil roulant, attache des poignets ou chevilles.
- **Mesures médicamenteuses** : Les médicaments (p. ex. neuroleptiques) constituent une mesure de contention lorsqu'ils sont spécifiquement prescrits dans le but d'apaiser.

Lorsqu'on a recours à des CM dans les homes médicalisés, l'objectif consiste presque toujours à éviter les chutes et les blessures liées aux chutes (Wiesli, 2013). Dans le champ de tension entre sécurité et liberté, il est rare de trouver des solutions claires et évidentes. Les motifs d'application – hormis les situations d'urgence – sont:

- Protection contre les accidents (p. ex. prévention des chutes en cas d'errance incontrôlée);
- Protection contre l'automutilation (p. ex. se gratter, s'arracher les cheveux, etc.);
- Protection des mesures médicales / thérapeutiques (p. ex. empêcher que les cathéters, sondes, transfusions, bandages ne soient enlevés);
- Protection des tiers contre des agressions ciblées ou involontaires (p. ex. coups, jets d'objets, torsion de bras);
- Protection de tiers contre le harcèlement (p. ex. par un excès de bruit, une dénudation, une atteinte à la vie privée).

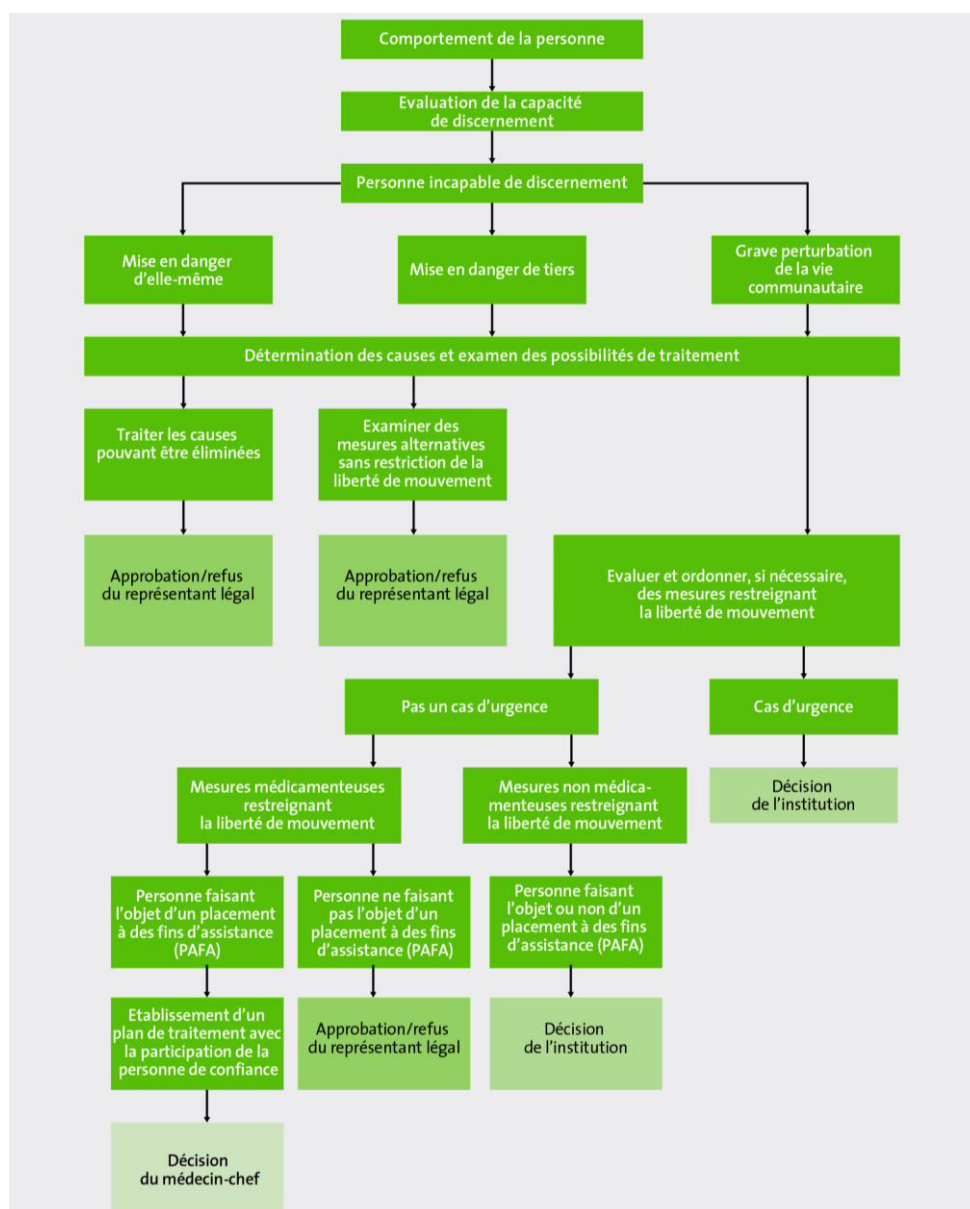
La loi prévoit des instruments et des procédures

Le mandat pour cause d'incapacité (art. 360 ss Code civil CC) et les directives anticipées du patient (art. 370 ss CC) sont ancrés dans le droit de la protection de l'adulte. Ces deux instruments de la prévoyance personnelle définissent qui doit décider ultérieurement après que des personnes sont devenues incapables de discernement. Le droit de la protection de l'adulte définit en outre qui peut représenter la personne incapable de discernement

lorsqu'on ne dispose ni de mandat ni de dispositions anticipées (art. 374 A CC droits de représentation).

Les droits fondamentaux qui doivent être respectés dans le cas de telles décisions sont fixés dans la Constitution fédérale (art. 7, art. 8 al., art. 10 al. 2 et art. 12). Le nouveau droit de la protection de l'adulte régit la façon dont doit se dérouler la procédure en cas de « mesures limitant la liberté de mouvement » (articles 383 et 384 CC). Ainsi, la mesure de contention doit être discutée au sein de l'équipe médicale – et ce conjointement avec toutes les personnes concernées. Le home doit également établir un procès-verbal de la mesure et vérifier à intervalles réguliers si elle est efficace et surtout encore nécessaire (voir graphiques: CURAVIVA, 2016, p. 51–52). La limitation de la liberté de mouvement par des médicaments sédatifs (art. 377 ss Code civil, mesures médicales chez les personnes incapables de discernement; art 433 ss en cas de troubles psychiques) est réglée séparément.

Déroulement: décision pour ou contre les mesures de contention



Source: CURAVIVA Suisse — Brochure droit de la protection de l'adulte, 2016, p. 51

Absence d'études fiables

Les quelques études disponibles fournissent des résultats importants mais n'offrent cependant aucune perspective globale ni déclaration fiable sur la situation dans les 1600 homes médicalisés suisses. Il serait également irresponsable de transposer des études étrangères sur la situation helvétique. On a donc besoin d'études fiables.

Les études existantes montrent de très grandes disparités quant à l'utilisation de MC selon les homes et les régions étudiés. Les auteurs de la présente étude excluent de transposer les résultats sur toute la Suisse.

- Dans le cadre de l'**évaluation de Klie** et al. (Klie, 2012) des formations CURAVIVA visant à réduire les MC (ReduFix), dix homes médicalisés regroupant 500 résidents au total dans huit cantons (AG, AR, BE, GR, SG, VS, ZH, ZG) ont été interrogés. L'évaluation a notamment montré que la part des résidents concernés par des MC a baissé de 26% à 21%, soit de 130 à 105 personnes.
- L'**étude de Feng** et al. (Feng, 2009) a analysé pour la Suisse des données RAI datant de 2006. L'étude de 94 homes médicalisés regroupant 5640 résidents au total dans cinq cantons (AG, BS, BE, SO, ZH) a démontré une fréquence de recours aux MC s'élevant à 6% (sans tenir compte des barrières de lit). Plus les résidents habitaient depuis longtemps dans un home médicalisé, plus le recours aux MC était élevé.
- L'**étude SHURP** (Zúñiga, 2013) de l'Université de Bâle a interrogé plus de 5300 personnes soignantes et accompagnantes de 163 homes à travers toute la Suisse. L'étude a montré que s'agissant des MC, l'utilisation d'« attaches près du corps » était relativement faible avec 3% et celle des barrières de lit la plus fréquente avec 18%. 19% des personnes interrogées indiquaient recourir à des médicaments calmants car elles ne pouvaient pas suffisamment surveiller les résidents.
- L'**étude de Hofman & Schorro** (Hofman & Schorro, 2015) a examiné à l'aide d'un échantillon la fréquence des MC physiques dans 20 homes médico-sociaux comptant 1360 résidents dans deux cantons (SG, FR). On a utilisé comme sources de données les informations de l'enquête sur les besoins en soins (BESA, RAI) ainsi que les dossiers de soins. Pour 27% de tous les résidents, au moins une MC a été appliquée dans les six derniers mois. Les barrières de lit des deux côtés ont été utilisées le plus souvent avec 20%, puis les barrières de lit d'un côté (6%) et la chaise roulante avec table fixe (2%). On a à peine recouru aux autres MC physiques. Les particularités liées à l'organisation (p. ex. clés de personnel, nombre de lits et unité spéciale démence) n'ont pas d'influence sur l'application de MC.

De même, les chiffres de médiation indépendant pour personnes âgées (BMPA, 2017) ne permettent guère de tirer des conclusions sur la situation dans l'ensemble des homes médicalisés suisses. De 2015 à 2016, le BMPA a enregistré une hausse de 39 plaintes au total (de 342 à 381). Dans la catégorie « violations des droits fondamentaux » (2015=12; 2016=16; on y enregistre entre autres aussi des MC), on a constaté une augmentation de quatre plaintes. Dans la catégorie « problèmes physiques » (2015=21; 2016=25; on y enregistre entre autres les attaches), on a constaté une augmentation de quatre plaintes.

Perspective : L'Office fédéral de la santé (OFSP) est légalement tenu de publier les indicateurs de qualité médicaux (Loi sur les assurances maladies LAMal, art. 58–59). A partir de 2019, il est prévu de collecter quatre indicateurs de qualité dans tous les homes médicalisés suisses (perte de poids, mesures de contention, médicaments, douleur). CURAVIVA Suisse s'est largement impliquée dans leur élaboration. A partir de 2020, ces indicateurs seront enregistrés avec la « statistique des institutions médico-sociales » (SOMED), puis publiés par l'OFSP et donc mis à disposition du public.

Dans le futur, les éléments suivants seront collectés pour l'indicateur « mesures de contention » (CURAVIVA, 2017c):

- Pourcentage de résidents avec attache quotidienne du tronc ou avec siège empêchant le résident de se lever, dans les sept derniers jours.
- Pourcentage de résidents utilisant quotidiennement des barrières de lit et autres aménagements sur les côtés ouverts du lit, qui empêchent le résident de quitter seul le lit, dans les sept derniers jours.

Réduction des mesures restrictives de liberté

CURAVIVA Suisse a réalisé de 2011 à 2013 un projet de réduction des mesures restrictives de liberté (ReduFix). L'évaluation a montré que les homes médicalisés abordaient la réduction par le biais d'un paquet de mesures complet et devaient dans ce contexte tenir compte de tous les acteurs pertinents (Klie, 2012):

- Elaboration d'un concept interne sur le thème MC
- Formation continue interne des spécialistes des soins
- Réunion d'information pour tous les collaborateurs du domaine des soins, pour les proches
- Entretiens avec les résidents et proches concernés
- Adaptation des équipements d'aide: p. ex. lits de soins au sol, nattes déroulantes, aides au lever, tapis détecteur de mouvement, bracelet d'urgence, chaussettes antidérapantes, protège-hanches, tapis antidérapants
- Mesures de construction/architecturales (p. ex. suppression des endroits susceptibles de provoquer des chutes, concepts lumineux)

Les institutions de soins et leurs collaborateurs disposent aujourd'hui d'une série de mesures ainsi que d'instruments plus nombreux et plus efficaces afin de renoncer le plus possible aux MC. La prévention des chutes peut notamment être encouragée de manière ciblée par des mesures de construction (p. ex. identification et élimination des endroits susceptibles de provoquer des chutes, éclairage et marquages plus performants), par des exercices de musculation et d'équilibre ainsi que des exercices de marche et de mobilité. Les personnes présentant un risque de chute peuvent être protégées notamment par des lits surbaissés, des pantalons protégeant les hanches ou des casques de protection. De même, une nouvelle évaluation et un changement de médication peuvent éviter les chutes.

Afin de prévenir les risques sanitaires, il convient de prendre davantage en considération les souhaits, besoins et rituels individuels, de créer des aides à la communication et d'offrir régulièrement une aide. Afin de renoncer aux MC en cas de comportement agressif, il est possible grâce au travail biographique de mieux comprendre les causes et de tenir compte des conclusions obtenues. En adaptant les structures de jour aux besoins des personnes

concernées et en proposant des activités familiales, on peut réduire les comportements agressifs. De même, une nouvelle évaluation et un changement de médication peuvent apporter une contribution. En cas de trouble moteur plus grave, outre les mesures susmentionnées, on peut également renoncer aux mesures de contention en permettant entre autres de manière ciblée et planifiée aux personnes concernées de laisser libre cours à leur besoin de bouger.

Exemples pratiques

Le **home médicalisé St. Anna « [Maison des générations](#) » dans le village haut-valaisan de Steg** a réussi à renoncer à presque toutes les mesures de contention. Ce home médicalisé a participé aux formations ReduFix. Il y a un peu plus de sept ans, il a ainsi débuté un processus devenu entre-temps un processus de changement de philosophie, une nouvelle compréhension des soins et finalement une nouvelle culture. Alors qu'autrefois, de nombreux résidents étaient attachés la nuit et parfois le jour, les MC ne sont aujourd'hui pratiquement plus utilisées. Le recours à des neuroleptiques a également pu être réduit. (Schmid, 2016; Seifert, 2017)

De même, le **centre de soins « [Dandelion](#) » pour les personnes atteintes de démence à Bâle** a adopté une approche globale complète et permet une autodétermination individuelle. Il offre une forme d'habitat et d'accompagnement orientée sur les besoins des résidents. Le home médicalisé ne recourt plus aux attaches au lit ou à la chaise, mais continue d'utiliser des barrières de lit, alarmes de porte, capteurs et lits de sol. Le personnel soignant essaie d'empêcher les blessures grâce à un accompagnement bienveillant et attentif. (SRF, 2014)

Le **centre médico-social « [Sunnetal](#) » à Fällanden ZH** a banni les «instruments» destinés aux MC (matelas dotés de détecteurs-avertisseurs, couvertures zewi, sangles d'attache) et mise dorénavant sur l'abondance d'espace libre. Dans la philosophie de soins du home médicalisé, les MC n'ont plus leur place. Les soignants tiennent fortement compte de la biographie et des souhaits des résidents. Chaque résident peut vivre selon son propre rythme de vie journalier. Le quotidien se déroule en fonction de la personne et non d'un schéma. Au lieu des systèmes de surveillance, le home médicalisé Sunnetal mise également sur la vigilance des collaborateurs. (Weiss, 2016)

Sources

- CURAVIVA Schweiz (2017a). Neues Erwachsenenschutzrecht. Themendossier. online: www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers.
- CURAVIVA Schweiz (2017a). Bewegungseinschränkende Massnahmen. Themendossier. online: www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers.
- CURAVIVA Suisse (2017c). Indicateurs de qualité médicaux. Themendossier. online: www.curaviva.ch/Fachinformationen (--> Qualität / Lebensqualität).
- CURAVIVA Schweiz (2016). Neues Erwachsenenschutzrecht - Basisinformationen, Arbeitshilfen und Musterdokumente für Alters- und Pflegeheime. online: www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers.
- Feng, Z. et al (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. in Int J Geriatr Psychiatry. 2009 Oct; 24(10):1110-8.
- Hofmann, H. et al (2015). Use of physical restraints in nursing homes: a multicenter cross-sectional study. BMC Geriatrics, 5:129.
- Kanton Bern (2013). Qualitätsstandards zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in Institutionen. online: www.gef.be.ch.
- Klie, T. et al (2012). Evaluation der CURAVIVA ReduFix-Schulung. Im Auftrag von CURAVIVA Schweiz. online: www.redufix.de.
- ReduFix - Reduktion freiheitsbeschränkender Massnahmen in Alters- und Pflegeheimen. online: www.redufix.com.
- Schmid, C. (2013). Ohne bewegungseinschränkende Massnahmen geht es auch. In Fachzeitschrift CURAVIVA. 1|2013. S. 35-37. online: www.curaviva.ch/Fachzeitschrift
- Schorro, E. (2015). Freiheitsbeschränkende Massnahmen in Pflegeheimen in der Schweiz. Bestimmung der Prävalenz und assoziierter organisationsbezogener Merkmale. Dissertation, Universität Witten/Herdecke.
- Seifert, E. (2017). Ein als sinnvoll erlebter Alltag schützt vor Unruhe und Aggression. In Fachzeitschrift CURAVIVA. 6|2017. S. 34-37. online: www.curaviva.ch/Fachzeitschrift.
- SGG Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie (2011). Freiheit und Sicherheit. Richtlinien zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Online-Bestellung: www.sgg-ssg.ch.
- SRF (2014). «Puls vor Ort» im Demenzheim. Sendung «Puls» vom 15.12.2014. online: www.srf.ch/sendungen/puls/lebensqualitaet-fuer-demenzkrank-heimbewohner.
- Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter (2017). Beschwerdezahlen 2015/2016 (unveröffentlicht), Auskunft vom 10. Mai 2017. online: www.uba.ch.
- Weiss, C. (2016). Viel Selbstbestimmung im letzten Zuhause. In Fachzeitschrift CURAVIVA. 6|2016. S. 18-23, online: www.curaviva.ch/Fachzeitschrift.
- Wiesli, U. et al (2013). Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen. Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis, bfu-Fachdokumentation. online: www.bfu.ch.
- Zúñiga, F. et al (2013). SHURP. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Basel: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel. online: www.shurp.unibas.ch.

Editrice:

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Auteur

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées

Citations

CURAVIVA Suisse (2017). Droit de la protection de l'adulte: Décision pour ou contre les mesures de contention. Hrsg. CURAVIVA Suisse, domaine spécialisé personnes âgées, en ligne:
www.curaviva.ch

© CURAVIVA Suisse, juillet 2017