

Master 2 - Éthique du soin et recherche
PHILOSOPHIE - DROIT - MÉDECINE



La contention du sujet âgé en institution :
du vide juridique à la dérive des pratiques,
vers une délivrance par l'éthique ?

(Les pratiques de contention ne dépendent-elles que des postures soignantes?)

Mémoire présenté par : Laellia Geneix

Sous la direction de : Flora Bastiani, directrice principale, UT2J

Isabelle Poirot-Mazères, codirectrice, UT1

Sébastien Miravete, codirecteur, UT2J

Université de rattachement : Université Toulouse 2 Jean Jaurès

Je tiens à remercier :

M^{me} Flora Bastiani pour son soutien et l'inspiration.

P^r Isabelle Poirot-Mazères pour ses conseils avisés.

M Sébastien Miravete pour son aide.

D^r Pascal Saidlitz pour son aimable relecture.

D^r Yves Rolland pour l'entretien accordé.

Les trois co-responsables du Master éthique du soin et recherche : M^{me} Flora Bastiani, UT2, P^r Xavier Bioy, UT1, et D^r Louis Bujan, UT3, pour leurs exigences respectives et l'approche transdisciplinaire si enrichissante.

L'ensemble des enseignants du Master pour la transmission du savoir.

L'équipe et la direction de l'établissement témoin ayant permis d'étayer ce travail.

Les soignants anonymes pour avoir répondu au questionnaire.

Mes camarades de promotion pour l'entraide précieuse.

Yannick pour m'avoir supportée, dans tous les sens du terme, durant la rédaction et pour les corrections.

Les résidents pour le sens qu'ils donnent chaque jour à mon activité professionnelle.

Sommaire

Introduction	5
---------------------	---

Méthodologie	9
---------------------	---

I- De la légalité et de la légitimité des prescriptions de contention

1- Soins non consentis et contention en psychiatrie

1- a- Généralités au sujet des soins non consentis	10
1- b- L'hospitalisation contrainte et les garanties judiciaires	11
1- c- Coévolution des textes et des usages de la contention en psychiatrie	14
1- d- Les usages hors soins sans consentement	18

2- De la légitimité et de l'usage de la contention en gériatrie

2- a- Silence de la loi à propos de la contention du sujet âgé	19
2- b- Les différents modes et moyens de contention	22
2- c- Les indications en gériatrie	24
2- d- La recommandation de l'ANAES, reprise par l'HAS, en 10 critères	29

3- L'importance de la délibération

3- a- L'art de bien délibérer selon Aristote	36
3- b- Les entraves à la bonne délibération	38
3- c- Les limites de la délibération : la nécessaire réévaluation	41

II- Vers des alternatives et de leurs possibilités de mise en œuvre effective

1- Vécu douloureux des soignants vecteur de prise de conscience

1- a- Institutions : champ de contraintes "disciplinaires"	44
1- b- La rencontre selon Levinas	49
1- c- Le poids de la culpabilité	53

2- De la conversion éthique individuelle à l'éthique d'équipe comme praxis	
2- a- La voie éthique selon Levinas	57
2- b- Du moment éthique philosophique aux autres voies avec la voix autres	59
2- c- De l'individuel au collectif : Les politiques d'établissements	61
3- La recherche effective d'alternative et la prévention des risques induits	
3- a- Les alternatives	64
3- b- L'animation & la nécessaire créativité des soignants	68
3- c- Le rôle essentiel des aidants naturels	70
III- Ce que dévoile la pandémie	
1- Du confinement à l'isolement ou l'attitude sécuritaire généralisée	
1- a- Cas général et psychiatrique	73
1- b- Cas très particulier des EHPAD	77
2- Épidémie et contention	
2- a- Le problème pratique	81
2- b- Le renversement théorique ?	85
3- Les manques	
3- a- Le manque de moyens humains	87
3- b- Le manque de financement et de perspective d'avenir	90
Conclusion	97
Bibliographie	99
Table des annexes	103

Introduction

CONTENTION, subst. fem. (...)

B.– *Spéc., MÉD.* (...)

2. *PSYCH.* Immobilisation d'un individu considéré comme dangereux (camisole de force, liens, attaches, brassière, ceinture). *La contention est de plus en plus remplacée par les neuroleptiques et les tranquillisants.*

3. Immobilisation d'un animal (pour le soigner, le ferrer, etc.).¹ CNRTL

Si la loi, au sens strict, n'autorise la contention que dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte dans le cadre de l'isolement, sur prescription d'un psychiatre, comme un *ultime recours*, le constat que l'on fait lorsque l'on considère sa prévalence dans les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), où l'on observe facilement dans certaines structures que près du quart des résidents peuvent être mis sous contention diurne, c'est à dire physiquement retenus par des liens, littéralement attachés à leurs fauteuils, l'on s'interroge.

Car, à la seule lecture du Code de la Santé Publique (CSP), cette pratique pourrait de prime abord paraître illégale, mais une recommandation de l'Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé (ANAES) l'encadrant néanmoins, cela la légitime de fait. Une prescription médicale est nécessaire, très souvent elle existe, émanant du médecin généraliste, censément réévaluée quotidiennement, ce qui, dans les faits, est bien rarement le cas, dans certains endroits, elle ne l'est qu'une fois par an.

Pourquoi les personnes âgées se retrouvent-elles si souvent contenues ? Le fait qu'une part conséquente d'entre elles soient atteintes de troubles cognitifs de type démentiel suffit-il à expliquer ce phénomène ? La gestion de leurs troubles comportementaux afférents nécessiterait-t-elle impérativement un tel usage ? Ces personnes seraient-elles toutes d'une dangerosité telle qu'il faille les retenir par tout moyen ? Il y en a sûrement parmi elles quelques unes qui seraient prêtes à tout casser, à violenter des tiers, pour s'enfuir de ce lieu où elles n'ont pas choisi d'être, où l'on les retient contre leur gré, parce qu'elles sont désorientées, dans des services fermés, alors même que l'établissement où elles sont placées n'est pas, selon la loi, un lieu de privation de liberté. Certaines sont certes susceptibles d'auto ou hétéro-agressivité.

Mais si l'on considère les motifs qui poussent à la mise sous contention, ces cas là ne sont pas les plus fréquents, loin s'en faut, pour la plupart, ces personnes sont attachées simplement pour éviter qu'elles ne tombent. Ici, la contrainte semble naître d'une bonne

1 Centre National de Recherche Textuelle et Linguistique, [définition, contention](#).

intention : c'est une mesure de *précaution*. L'on pourrait la penser de *prévention* à ceci près que le *risque* n'est peut-être pas toujours connu, dans le sens de mesuré voire de mesurable, il se pourrait que parfois il ne soit qu'une impression, une projection vague de soignants inquiets, autrement dit une *représentation*.

De là naît une multitude de questions : la plus apparente, la plus tangible, est celle que l'on se pose bien souvent, surtout en ces temps de pandémie : Dans quelle mesure la *sécurité* justifie-t-elle une telle privation de *liberté* ? Mais au delà de cette question théorique à laquelle bien des juristes et philosophes de métier n'auront jamais fini de répondre, même dans leurs vieux jours, ce, d'autant moins s'ils en venaient eux-mêmes à se retrouver ficelés à une chaise, se nouent encore d'autres dilemmes, ou le même, en d'autres termes.

Pour le médecin, *in fine* seul décisionnaire, c'est une question immédiatement pratique. Sa *responsabilité* est immense : celle de bien manier la *balance*, de peser au plus juste les *bénéfices* et les *risques*, d'une telle prescription. Doit-il pour éviter une nouvelle fracture du col du fémur, mettre en œuvre une pratique qui peut frôler la torture ? Doit-il pour ne pas qu'elles s'entravent, entraver des personnes dont le seul tort est d'avoir quelques chutes antécédentes et l'équilibre vacillant ?

Pour que sa décision ne soit pas arbitraire, le médecin consciencieux est tenu de s'appuyer sur l'avis de l'équipe pluridisciplinaire. Pour peu que celle-ci soit peu soudée, mal formée, peu informée, trop pressée, en sous effectif chronique, soumise à trop de contraintes incompressibles, ne court-on pas alors le risque que l'attitude sécuritaire ne puisse que prévaloir au détriment d'une réelle réflexion quant à l'intérêt de la personne âgée chancelante, que l'on finira par contenir parce que : « la pauvre, elle est encore tombée deux fois hier » et qu'aucune autre alternative ne puisse être envisagée ?

La *délibération* exige du temps, que tous n'ont pas nécessairement à revendre, et si elle a certes bien des vertus, toute collégiale qu'elle soit, elle a aussi ses travers. Pour n'en citer qu'un et non des moindres, dans des cas extrêmes, il se pourrait que la responsabilité que l'on est censé partager soit indéfiniment renvoyée, nul ne voulant l'endosser : l'un se rangeant à l'avis de l'autre reposant encore sur celui du troisième qui ignore peut-être même qu'une telle responsabilité lui incombe. Et s'il le sait, la probabilité n'est-elle pas alors d'autant plus grande qu'il ne juge la marche trop mal assurée, car personne, absolument personne, ne veut avoir à se sentir responsable d'une autre chute éventuelle ?

Car ce risque peut être jugé bien trop important, en un sens, il l'est : les chutes chez la personne âgée peuvent avoir des conséquences absolument délétères. Elles génèrent un surcroît de mortalité. Ce risque est là, palpable, imminent, présent dans l'esprit de tous. La

famille en a même une conscience aiguë, c'est fréquemment la raison qui l'a poussée à placer son parent à contre cœur, voire sans son *consentement*, en institution, pour qu'il soit en sécurité, entouré de soignants, attentifs et *bienveillants*, qui éviteront, avant tout autre chose, qu'à nouveau il ne tombe.

Pour autant, si l'on ne veut pas prendre ce risque, mesure-t-on suffisamment ceux, beaucoup plus lointains et diffus, presque imperceptibles, induits par la contention ? Car cette pratique, si elle est mal conduite, provoque aussi un surcroît de mortalité : accidents graves, parfois fatals, perte fonctionnelle accélérée, dépendance accrue, aggravation de la confusion, dépression, syndrome de glissement, sentiment de claustration dévastateur, de *déshumanisation* ressentie au tréfonds de ce corps que l'on contraint « attaché comme une bête ».

Et comme si ces effets iatrogènes ne suffisaient pas à compliquer ces prises de décisions, l'ironie du sort veut que le fait d'être contenu, même très peu de temps, augmente significativement chez le sujet âgé le risque de chute grave. Autrement dit l'acte médical censément préventif pourrait en réalité aggraver le risque qu'il prétend prévenir.

Les soignants, ceux qui accompagnent ces personnes au quotidien, souvent le savent, s'ils ne l'ont pas tous *stricto-sensu* appris lors de leur formation, pour peu qu'ils s'ouvrent à leurs perceptions propres, même sans l'avoir ressaisi consciemment, ils savent, et pourtant, ils sont là eux, ces vieilles et ces vieux que l'on attache à leurs fauteuils, privés de certaines de leurs libertés les plus fondamentales : celles *d'aller et venir* et de *disposer d'eux-mêmes*.

Pourquoi en arrive-t-on et en est-on encore là, n'y a-t-il véritablement aucun autre choix ? Doit-on alors penser qu'ils sont les victimes innocentes d'une institution intrinsèquement maltraitante qui tend à plier ces corps affaiblis à ses contraintes jusqu'à qu'ils les incorporent sans troubler le ronron de son fonctionnement, à flux-tendu certes, mais « qui passe », ou, à l'inverse, considérer qu'ils représentent à ce point réellement un danger pour eux-même, de par leur *vulnérabilité* extrême, qu'il faille en arriver là ? Et puisqu'on en est là, quelles qu'en soient les raisons, qui ne sont d'ailleurs peut-être pas nécessairement exclusives les unes des autres, comment ce soignant qui sait, même s'il ne se sait pas sachant, peut-il bien composer face à ces faits ?

Car ce qu'il ne peut ignorer en revanche, c'est qu'il est soumis à une obligation de *bienveillance*, ou pour le moins de *non maltraitance*, qu'elle soit perçue ou non personnellement comme un impératif d'ordre moral, cette obligation est tout du moins déontologique et légale. Comment peut-il se positionner face à cet usage qui semble de prime abord si peu conciliable avec cette obligation ?

Pourra-t-il ne pas prendre conscience de l'antinomie entre cet acte qui peut difficilement être qualifié "de soin", n'ayant aucune visée thérapeutique, et son devoir d'être "bientraitant", d'ignorer la détresse que la sangle qu'il vient de poser est susceptible de générer chez la personne dont il doit s'occuper, puisqu'il se doit, avant tout autre chose, de respecter la prescription médicale, cet autre impératif qui le protège en le dédouanant de sa responsabilité individuelle ?

Ou à l'inverse, bien trop conscient d'être soumis à cette injonction paradoxale, ou peut-être pris d'une empathie excessive dont il ne saura que faire, se sentant lui-même devenu tortionnaire, sombrera-t-il dans les affres d'une dissonance cognitive telle qu'elle puisse le mener jusqu'à la dépression professionnelle ?

Ou au contraire, considérant que les chutes font courir un danger réel bien trop important que le devoir impose d'à tout prix éviter, en toute bonne conscience professionnelle, jugera-t-il très rationnellement que les contentions sont en quelque sorte un "mal nécessaire" car la sécurité doit primer avant toute autre considération ?

Ou encore, saura-t-il, à la faveur d'une rencontre qu'il n'a pas choisi de provoquer, d'un *moment éthique*, face à cet autre qu'il contient, s'en saisir et trouver la volonté de suivre la voie qui conduise à une dynamique collective de réduction effective de cette pratique, ou pour le moins à la questionner dans une démarche réflexive visant à en instaurer un usage raisonné ?

Bien des postures sont possibles, ce bref exposé ne prétend pas à l'exhaustivité, et ne sont peut-être pas non plus nécessairement exclusives les unes des autres, toutes n'ont bien évidemment pas les mêmes conséquences sur la relation de soin et la façon dont la personne accueillie sera accompagnée.

C'est cette situation d'appel et les multiples interrogations sous-jacentes intriquées dans des champs disciplinaires divers que sont le droit, la médecine et la philosophie, qui sont à l'origine de ce travail. L'idée la plus séduisante à défendre étant, *a priori*, que de ces postures, bien plus encore que des politiques de santé publiques imposées par le biais des recommandations qui ont certes leur rôle, dépend en grande partie l'usage fait, dans une structure donnée, de la contention, car une variabilité existe entre les différents établissements et semble ne pas dépendre exclusivement des moyens dont ils disposent mais aussi de l'inclination des soignants à cette *conversion éthique*.

Néanmoins la pandémie de Covid19 pousse aujourd'hui à considérer les choses d'un point de vue différent et à ouvrir un chapitre imprévu, encore inachevé, la crise ne l'étant pas non plus, susceptible de donner un nouvel éclairage sur la question.

Methodologie

La methodologie de ce travail est au carrefour de l'observation "participative" directe de cette pratique au sein d'un EHPAD public dependant d'un Centre Communal d'Action Sociale dans le Cantal accueillant 62 residents dont 13 en Unité de Vie Protégée (UVP) dans lequel en Août 2020 le taux de contention au fauteuil s'élevait à 23%, cet établissement sera dit témoin ; de l'étude de travaux de recherche effectués par d'autres auteurs dans des établissements comparables, des textes normatifs régissant cet usage ; s'appuyant en parallèle sur un questionnaire relatif à ce thème proposé en ligne à l'adresse des soignants travaillant auprès d'un public âgé sur un groupe dédié.

Questionnaire ayant permis de recueillir 521 réponses de personnels soignants ou assimilés dont 64,1 % travaillent ou interviennent en EHPAD, 14,6 % en service hospitalier de cours et moyen séjour de type gériatrie ou géronto-psychiatrie, 5,6 % en en Unité de Soins de Longue Durée (ULSD), 15,7 % dans d'autres services (SSR, urgences, etc.) ou institutions (MAS, Foyer médicalisé, village Alzheimer, etc.). Dont 56,4 % d'aide-soignants, 28,4 % d'infirmiers, 6,5 % d'aides médico-psychologique et axillaires de vie, 2,5 % d'agents de services, 2,1 % de cadres, 4,1 % d'autres professionnels (animateurs, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, etc.).

Questionnaire également distribué au format papier aux membres de l'équipe de l'établissement témoin dont les réponses ont été traitées séparément².

Puisqu'il s'agit avant tout ici de dégager des tendances afin d'ouvrir une réflexion éthique au sujet de la persistance des pratiques de contention plus que d'en dresser un état des lieux rigoureux, nous considérons que ces données, qu'elles soient empiriques ou collectées, recèlent une valeur qualitative suffisante pour ouvrir une voie pour l'analyse et la pensée.

2 Voir questionnaire papier proposé, annexe 3, p.114.

I. De la légalité et de la légitimité des prescriptions de contention

1- Soins non consentis et contention en psychiatrie

1- a- Généralités au sujet des soins non consentis

Lorsque l'on parle de contention dans la pratique médicale, mesure extrême, ô combien contraignante, à laquelle l'intéressé, dans la plupart des cas, ne consent pas, tout pourrait commencer, en matière de droit, par un paradoxe : puisque d'un côté, l'article 7 de la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* de 1789 stipule que « nul homme ne peut être accusé, arrêté, ni détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrite », ce que confirme d'ailleurs aujourd'hui l'article 66 de la *Constitution* en assurant que « nul ne peut être arbitrairement détenu » ; mais que d'un autre côté, la loi, en l'occurrence le *Code de la Santé Publique* (CSP) en son article L. 1111-4, tout comme la *Convention d'Oviedo* de 1994 ratifiée par la France en son article 5, érigent en principe de droit commun celui des soins librement consentis : « Règle générale - Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé ».

De fait, au vu de ces dispositions, les soins sans consentement ne peuvent donc se comprendre que comme une dérogation particulière à ce principe général, c'est à dire comme une exception. En effet, en toute règle l'exception existe, y compris en droit, si tant est qu'elle soit prévue par la loi. Pour ce qui est des soins non consentis, il convient d'en distinguer de plusieurs ordres distincts.

Tout d'abord il peut s'agir de soins rendus obligatoires par la législation tels que les vaccinations, la médecine du travail, ayant un but de protection de la santé publique qui en France s'élève au rang d'obligation constitutionnelle pour les pouvoirs publics depuis 1946 et est aujourd'hui inscrite dans la loi à l'article L.1411-1 du CSP : « La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat ». De fait, certaines libertés individuelles ont toujours été limitées par des impératifs de santé publique, ou tout du moins de sûreté, l'on peut penser à l'immémoriale exclusion des lépreux, aux règlements de quarantaine vénitiens qui depuis le XV^{ème} siècle ont bien souvent accompagnés les grandes épidémies et dont on peut voir l'expression moderne dans le *Règlement Sanitaire International* (RSI) et les décrets dits de confinement récemment pris. L'intérêt général, dont chacun aujourd'hui dans une certaine

mesure aussi bénéficiaire, prime alors sur les considérations individuelles et toute notion de consentement.

Ensuite, il peut s'agir d'une injonction ou obligation de soins, décidée par le juge à la suite d'une condamnation, le consentement n'est alors pas totalement écarté, puisqu'on ne peut imposer les soins à la personne qui s'y refuse, mais l'on peut considérer qu'il est biaisé dans la mesure où la peine, par exemple en terme d'emprisonnement, à laquelle elle s'expose en cas de refus sera d'autant plus lourde. Ici, c'est avant tout l'ordre public qui limite le consentement.

A l'inverse, le soin non consenti peut s'accomplir dans l'intérêt immédiat de la personne concernée, par exemple lors d'une situation d'urgence somatique vitale dans laquelle la personne se trouve inconsciente et donc dans l'impossibilité évidente de consentir. C'est sous ce principe, du recueil de consentement impossible mais de la nécessité impérieuse du soin, que l'on pourrait aujourd'hui comprendre l'usage fait de la contention en gériatrie.

C'est de cette antinomie apparente entre, d'un côté, les libertés individuelles protégées, particulièrement celle *d'aller et venir* et celle *d'autodétermination*, comme le droit du patient à ne pas recevoir de soin sans *consentement*, et, d'un autre côté, la nécessité pour l'Etat d'assurer la protection des personnes les plus vulnérables et de leur santé, qu'est donc né un ensemble de lois et de recommandations qui tendent à expliciter précisément dans quelle mesure, et dans quels cas, les libertés individuelles peuvent être effectivement limitées, parfois jusqu'à cette extrême privation, au regard de ces autres impératifs.

1- b- L'hospitalisation contrainte et les garanties judiciaires

Bien que ce soit le domaine de la gériatrie qui ici nous occupe, il est impossible, lorsque l'on parle de contention de faire l'impasse sur son usage en psychiatrie, d'autant plus lorsque l'on s'intéresse à la législation car à tous les cas précédents, s'ajoute encore le cas très particulier de l'hospitalisation sous contrainte qui entraîne manifestement une privation de liberté majeure, pour des raisons médicales, puisqu'elle suppose un enfermement. Elle peut naître de deux causes qui relèvent de deux intentions distinctes : soit que l'ordre public ou des tiers soient menacés par l'état pathologique de la personne concernée, soit que celle-ci se trouve dans l'impossibilité manifeste de consentir eu égard son état de santé psychique altéré qui nécessite pourtant, et parfois pour cette raison même, des soins. Dans ces deux cas, même si le consentement de la personne se doit d'être recherché, ne serait-ce que pour tenter d'obtenir une certaine coopération de sa part, s'il ne peut être recueilli, le corps médical peut alors tout à

fait s'en passer, à la condition toutefois que certaines règles soit respectées. Or, c'est ce cas de figure des soins psychiatriques sans consentement, qui englobe les mesures d'isolement et de contention dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, qui a d'abord poussé l'évolution du droit.

Si la loi du 30 juin 1838 *d'aide et d'assistance aux aliénés*, dite loi Esquirol, définissant les modalités d'internement a longtemps été le seul texte régissant l'admission dans les hôpitaux psychiatriques, qui ne se concevait alors que sur le mode asilaire de l'enfermement, ce jusqu'à la loi du 23 juin 1990 *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* avec laquelle peu de choses changent si ce n'est que le maintien de la mesure d'internement est réévalué périodiquement ; deux régimes d'hospitalisation psychiatrique bien distincts existent aujourd'hui, depuis la loi du 5 juillet 2011 *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* qui se subdivisent encore tous deux en des modalités différentes, selon que l'hospitalisation soit complète ou non, ce pourquoi l'on parle désormais de soins et non plus d'hospitalisation.

L'article L. 3211-2 du CSP précise qu' :

une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

Autrement dit, quel que soit le soin qu'on lui propose, elle en dispose, son consentement est nécessaire.

En revanche, en ce qui concerne les soins psychiatriques sous contrainte, les droits du patient sont considérablement limités, notamment pour ce qui relève du consentement au soin, qui n'est plus qu'anecdotique, ici, le soin s'impose. Cependant, depuis le début des années 1990, dans la mouvance du droit supra-national et par la pénétration de considérations que l'on peut dire éthiques dans la loi, la protection des droits fondamentaux et des libertés individuelles prenant une importance prépondérante au cours du XX^{ème} siècle, le droit se voulant avant tout protecteur vise à empêcher l'arbitraire des décisions ; deux voies peuvent donc aboutir à cette contrainte de soin voire à une hospitalisation sous contrainte.

La première, dite à la demande d'un tiers ou pour péril imminent (SDT ou SPPI), anciennement dite hospitalisation volontaire (mais ce n'était que la volonté du tiers dont il était question) est régie par les articles L. 3212-1 et suivants du CSP. Le directeur

d'établissement ne peut décider de l'admission d'une personne que lorsque deux conditions sont remplies :

1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière

Qui peut aussi être discontinuée du type hospitalisation partielle de jour ou de nuit, ambulatoire, dite programme de soin. Et selon une procédure très précise, l'admission peut faire suite : soit, à une demande d'un proche susceptible d'agir *dans* l'intérêt de la personne, ou du tuteur s'il existe, « accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours » ; « soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues (...) et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical ». Tous les certificats médicaux doivent être impérativement rédigés de la main de médecins psychiatres (deux distincts dans le cas d'une SDT) non liés à la personne, pour confirmer la légitimité de la décision. Mesure qui, si elle dure, doit encore être réévaluée à des fréquences déterminées par un psychiatre, et dont le représentant de l'Etat au sein du département doit être informé, de même que la famille ou les proches de la personne concernée dans les plus brefs délais quelle que soit sa durée. Par cette première voie les soins sont imposés dans le seul intérêt de la personne.

La seconde, dite sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), ancienne hospitalisation d'office, vise quant à elle explicitement à la protection des tiers ou de l'ordre public. L'on peut la considérer comme fille de la longue tradition d'enfermement des "fous" qui visait bien davantage à rétablir l'ordre et à conjurer la peur qu'ils pouvaient susciter en les écartant de la société plus qu'à les soigner ; jusqu'à ce que Pinel entérine un tournant par sa « thérapie morale » et que, dans les siècles qui suivirent, de réels progrès en pharmacologie puissent permettre certains traitements psychotropes d'une relative efficacité. Elle est régie par les articles L. 3213-1 et suivant du CSP, un certificat médical est ici tout aussi nécessaire, l'hospitalisation est complète au moment de la décision, quitte à ce que le protocole de soins soit assoupli par la suite sur la proposition des psychiatres.

Toujours est-il que quelle que soit la voie qui mène à une hospitalisation sous contrainte, puisqu'elle porte manifestement atteinte aux libertés des intéressés et que selon les termes de l'article 66 de la *Constitution*, « l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi », cette

dernière étant si peu saisie à ce sujet (et pour cause : il peut s'avérer délicat de faire appel à son avocat comme de saisir le juge lorsque l'on est supposé manquer de discernement et que de surcroît l'on est retenu par des sangles dans une chambre d'isolement) le législateur s'est vu obligé de prévoir, bien que tardivement, un contrôle supplémentaire de la dite autorité sur ce type de placements.

Ici, il n'est pas question d'une obligation "morale" c'est à dire spontanée, imposée par la volonté de résoudre le paradoxe apparent, de concilier au mieux la sauvegarde des libertés avec l'enferment, mais bien d'une obligation imposée par la décision du 26 novembre 2010 du Conseil Constitutionnel³ suite à une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC) portée par une victime. Ainsi, le Juge des Libertés et de la Détention (JDL) chargé depuis 2000 de contrôler les prisons, voit ses prérogatives s'étendre aux hôpitaux psychiatriques et, depuis la loi de 2011, est chargé de contrôler la légalité de l'admission en soins sans consentement, dans un délai de douze jours, de un mois, puis tous les six mois si la mesure est reconduite.

Parallèlement, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la *Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, est lui aussi chargé de visiter, en sus des établissements pénitentiaires ou de rétention, ceux où s'exercent des soins sans consentement et de veiller à ce que les personnes soient traitées avec *humanité* et dans le respect de leur dignité, en rédigeant des rapports et des recommandations à l'adresse des pouvoirs publics.

L'on voit donc ici que le placement d'office ou "volontaire" pose depuis quelques décennies la question des libertés individuelles, dont la protection va croissante tant au niveau national qu'international, non seulement, au titre des libertés d'aller et venir et de s'autodéterminer, les plus manifestement remises en cause, mais encore, à celui de la possible inhumanité des traitements et de leur caractère potentiellement dégradant. Le droit de ne pas se voir infliger de tels traitements est, au même titre que la droit à la vie, un droit reconnu comme intangible par les instances supranationales.⁴

1- c- Coévolution des textes et des usages de la contention en psychiatrie

Aussi, avant 1993, les mesures d'isolement et de contention (degré ultime de privation

3 Conseil Constitutionnel, *Décision n°2010-71 QPC* du 26 novembre 2010.

4 BIOY, Xavier, *Droits fondamentaux et libertés publiques*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ-Lextenso, collection Cours, 2018, p 99.

de liberté puisque même placé à l'isolement en prison un détenu n'est en principe jamais contenu) très largement utilisées depuis des siècles dans le cadre des internements comme un mode habituel d'administration des "aliénés", ne faisaient l'objet d'aucune réglementation particulière. Si la loi régissait les conditions qui mènent à l'internement, elle restait silencieuse sur les conditions mêmes de celui-ci.

La circulaire Veil du 19 juillet 1993 relative, entre autres, *aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux*⁵, si elle ne mentionne pas explicitement l'isolement et la contention, pose néanmoins quelques principes : si l'état d'une personne en hospitalisation libre nécessite un enfermement, en service ou en chambre, son régime d'hospitalisation doit être redéfini dans un délai de quelques heures, de plus, il est clairement précisé que « l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple commodité du service », l'isolement ne peut donc se comprendre désormais que comme une indication médicale que l'état de santé du malade nécessite.

L'on peut remarquer au passage que l'"aliéné" substantiel est devenu un simple malade atteint d'un trouble, est-ce à dire que l'on considère désormais qu'il se pourrait qu'un jour il guérisse, ou pour le moins que son état soit susceptible d'être stabilisé, ou plutôt que les intitulés des textes eux-mêmes se doivent de ne plus être tant attentatoires à la dignité de la personne humaine ? Paradoxalement c'est cette année là que la spécialisation d'infirmiers en psychiatrie est abandonnée.

En Juin 1998 paraît la première recommandation de l'ANAES⁶, qui mentionne explicitement la contention en n'envisageant son utilisation que comme une modalité possible de la mise en isolement qui elle-même ne peut être qu'une modalité de l'hospitalisation sous contrainte. De là, l'idée de l'impératif de l'usage à visée exclusivement thérapeutique s'impose, autrement dit, ces dispositifs ne doivent être mis en œuvre ni à titre punitif, ni par économie de moyen. Ils sont décrits comme évoqués par les professionnels comme étant le plus souvent utilisés dans une intention :

- de limitation du caractère contagieux de l'agitation et de la violence
- de mise au calme et de protection face aux stimulations excessives

Des nombreux critères issus de ce rapport, l'on peut brièvement retenir ici les indications et

5 Ministre des affaires sociales de la santé et de la ville, *Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux.*

6 ANAES : *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, juin 1998.

contre-indications posées pour l'usage de l'isolement et de la contention :

- Indications : 1. Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle sont inefficaces ou inappropriés. 2. Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins. 3. Isolement intégré dans un programme thérapeutique. 4. Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues. 5. Utilisation à la demande du patient.
- Contre-indications : 6. Utilisation de la chambre d'isolement à titre de punition. 7. État clinique ne nécessitant pas un isolement. 8. Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante ou pour son confort. 9. Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Si la loi au sens strict reste toujours muette, ce texte, même s'il n'a pas intrinsèquement de valeur réglementaire, acquiert néanmoins une relative valeur normative dans la mesure où il est reconnu par les tribunaux.

La loi, quant à elle ne sort enfin de son mutisme que le 26 janvier 2016 avec la loi *de modernisation de notre système de santé* qui introduit pour la première fois le terme de contention dans l'article L.3222-5-1 du CSP qui, à ce jour, reste l'unique occurrence de ce mot dans cette acception dans tous les Codes :

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Plus que sur l'indication "thérapeutique" de plus en plus discutée par les professionnels de santé, aucune étude n'étant en mesure de prouver strictement l'efficacité de telles mesures, l'accent est mis en droit sur la prévention d'un dommage *immédiat* ou *imminent* et la notion de *dernier recours*. De plus, l'établissement habilité (la mise en œuvre de l'isolement et de la contention reste donc l'apanage exclusif des soins psychiatriques sans consentement) doit tenir un registre extrêmement circonstancié, faisant état d'une surveillance médicale scrupuleuse, consultable par la commission départementale des soins psychiatriques, le CGLPL, ses délégués et les parlementaires, ainsi qu'établir un rapport annuel sur la mise en œuvre de ces pratiques transmis notamment aux autorités de tutelles.

Le CGLPL qui, la même année, rédige un rapport thématique sur l'isolement et la contention⁷, à la lecture duquel l'on ne peut être que frappé de l'extrême variabilité des

⁷ CGLPL, *Rapport thématique sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale*, 2016.

pratiques qui ne semble pas pouvoir s'expliquer par la nécessité médicale des situations mais bien plutôt par des « cultures d'équipe », pointe également le fait que tous les professionnels s'accordent à dire que ces pratiques sont en recrudescence bien que ce phénomène ne puisse être quantifié faute de recueil de données sur lesquels s'appuyer, la recommandation non contraignante de 1998 ayant mené à une diversité d'interprétations, d'adaptations, parfois inefficaces voire contre-productives, peut-être à mettre en lien avec le tout nouveau manque d'infirmiers spécifiquement formés à bien gérer les crises. Toujours est-il que le CGLPL constate que par endroit des ordonnances "en blanc" sont rédigées d'avance permettant aux équipes de contenir même en l'absence de médecin.

En 2017, une nouvelle recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁸ concernant spécifiquement la contention en psychiatrie, fait suite à la loi et à ce rapport, ne retenant *in fine* que l'ultime indication de la violence ou du danger immédiat ou imminent :

Indications : - Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. - Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui. - Exceptionnellement, en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement. - Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

Contre-indications : - Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination. - En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels. - État clinique ne nécessitant pas une contention. - Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

La loi et le règlement sont en place, pour la psychiatrie tout du moins. Il est tout de même remarquable qu'aucune sanction ne soit prévue en cas de non respect, comme le fait que le JDL, s'il a le pouvoir de lever une mesure d'hospitalisation, n'ait pas celui de lever une mesure d'isolement ou de contention, se déclarant incompetent sur ces points.

En 2015 la Cour européenne des droits de l'homme a condamné la Croatie car aucun recours n'était possible dans le cas d'une mise à l'isolement et jusqu'à fin 2020 la France semblait pareillement condamnable. Pour preuve l'article L.3222-5-1 s'est vu abrogé et réécrit sur une décision du Conseil Constitutionnel⁹ faisant suite à une QPC relative à ce sujet car

8 HAS, *Isolement et contention en psychiatrie générale – recommandation de bonne pratique*, février 2017.

9 Conseil Constitutionnel, *Décision n°2020-844 QPC* du 19 juin 2020.

jugé contraire à l'article 66 de la constitution, pour mémoire : « Nul ne peut être retenu arbitrairement ; l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe », or, au vu de la première version de l'article du CSP, même si la mise à l'isolement et/ou sous contention devait durer des semaines, le garant de la liberté n'en était pas même informé.

Conséquemment, depuis le 16 décembre 2020, le JDL doit être averti de toute mise à l'isolement de plus de 48 h et de toute mise sous contention excédant 24 h (même fragmentée sur une durée de quinze jours) ; il peut se saisir d'office pour prononcer la mainlevée de la mesure comme être saisi par la personne, ses proches ou représentants.

Aujourd'hui, l'utilisation de ces pratiques médicales se situent donc dans un cadre juridique extrêmement strict, en théorie. Car en pratique, leur usage courant déborde largement de ce cadre et se situent donc à la marge de la légalité.

1- d- Les usages hors soins sans consentement

En effet, l'extinction de la filière de formation spécifique d'infirmiers de secteur psychiatrique n'est pas sans conséquence, selon le CGLPL, les équipes sont d'autant plus enclines à contenir dès lors qu'elle n'ont pas connaissance d'autres techniques de désescalade en cas d'agitation avec risque de violence. De fait, le constat est fait que l'isolement et la contention sont utilisés même sur des patients en hospitalisation libre, comme celui que des services hébergeant des personnes aux régimes d'hospitalisation différents se trouvent, dans les faits, verrouillés sans toujours la possibilité d'en sortir, ce qui correspond, de fait, à une mesure d'isolement.

De plus, il est d'usage courant de contenir des patients dans bien des services qui ne relèvent pas de la psychiatrie : soit que l'on craigne l'agitation ou les fugues de personnes soignées pour des raisons somatiques mais néanmoins connues pour leur troubles psychiques, soit que l'on craigne l'arrachement volontaire ou involontaire de dispositifs médicaux d'importance parfois vitale par les patients ainsi contenus. Dans les services de médecine générale la ligne de partage entre la commodité de service et la nature impérieuse du soin à prodiguer en sécurité peut être des plus floue.

L'on peut d'ailleurs ici mentionner, l'usage fait de la contention en pédiatrie, si la question du consentement se pose différemment puisque celui d'un mineur est celui de ses parents, les techniques d'embaillotement dans un drap restent courantes pour les moins de trois ans et il n'est par rare que lors d'un soin particulier, par exemple une prise de sang, l'on

soit amené à retenir physiquement le corps ou les membres de l'enfant de ses mains, que l'on soit soignant ou parent. Sans même s'attarder sur le sort des détenus hospitalisés, ou transportés pour l'être, qui peuvent se voir menottés indûment, l'on voit déjà que l'usage déborde ainsi largement du cadre prévu la loi.

D'ailleurs ce n'est pas un hasard si les textes prohibent expressément l'utilisation de la contention pour des commodités de service ou pallier à un manque d'effectif, c'est précisément parce que de tels usages ont été constatés qu'ils visent à les éradiquer, car ici se pose évidemment la question de l'illégitimité et de l'indignité de tels traitements.

Autrement dit, bien que la législation se veuille éminemment protectrice des libertés individuelles et que la HAS tente de décourager ces pratiques par le biais de recommandations, l'usage réel de l'isolement et de la contention est d'une banalité telle pour nombre de soignants que cela ne relève aucunement de l'exception mais du quotidien.

De surcroît, il est donc cet autre emploi très spécifique de la contention, qui lui aussi semble bien établi et qui nous intéresse ici, bien que sa prévalence soit tout aussi peu chiffrable, par l'usage si répandu qui en est fait, non pas pour éviter la violence, mais pour "prévenir" les chutes en dépit de sa non recommandation pour cette indication par la Direction générale de la santé¹⁰, en gériatrie.

2- De la légitimité et de l'usage de la contention en gériatrie

2- a- Silence de la loi à propos de la contention du sujet âgé

Cette différence d'indications explique d'ailleurs pourquoi la contention n'est ici aucunement associée à l'isolement, ni même à l'hospitalisation contrainte, ce qui induit cette autre différence fondamentale qu'aucun garant des libertés n'ait un quelconque regard systématique sur ce qui peut se passer dans les EHPAD même en dépit du fait que bien des personnes y soient hébergées de mauvais gré. Ce qui, en théorie, n'est pas véritablement légal, mais en pratique nombre de dossiers d'inscription se cantonnent à préciser que « le consentement de la personne n'a pu être recueilli ».

Le cas de la contention de la personne âgée n'est aucunement prévu par la loi, sauf à considérer qu'il entre dans la définition de la limitation de la possibilité de circuler évoquée aux articles R.311-37-1 et L.311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles ménageant la

¹⁰ Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, [Les bonnes pratiques en EHPAD](#), octobre 2007, p.34.

possibilité d'entrée de personnes âgées en EHPAD, voire pour celles atteintes de troubles démentiels en UVP ou Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) qui sont des services fermés, anciennement communément dites unités Alzheimer :

Les mesures collectives relatives à l'exercice de la liberté d'aller et venir des résidents figurant au règlement de fonctionnement font l'objet (...) d'une évaluation pluridisciplinaire de leur proportionnalité par rapport aux risques encourus par les résidents, dans le cadre d'une procédure associant l'équipe médico-sociale de l'établissement. R.311-37-1

Le contrat de séjour peut comporter une annexe (...) qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. L.311-4-1

Mais cette interprétation peut paraître tout à fait abusive, ce, d'autant plus si l'on considère que cette annexe, révisable *a minima* tous les six mois, est facultative ; pourtant si le décret d'application précise avant tout que « ces mesures peuvent concerner en particulier l'entrée dans l'établissement, la circulation dans l'établissement, notamment l'accès aux terrasses et jardins et les sorties en dehors de l'établissement », il nous dit aussi, de manière beaucoup plus implicite, que « (c)et article comprend également », pudiquement, « uniquement lorsque celles-ci sont strictement nécessaires, les mesures particulières envisagées pour mettre fin au danger que le résident fait courir à lui-même par son propre comportement du fait des conséquences des troubles qui l'affectent. »¹¹

Or, bien des personnes sont ainsi contenues, sans jamais avoir signé une telle annexe, ni même leur représentant, alors qu'elles résident en simple EHPAD, dans lesquels la liberté d'aller et venir est censément protégée comme en témoigne l'article 3 de la *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante* qui précise très explicitement que celle-ci conserve le droit « de se déplacer », jusqu'en 2016, date après laquelle c'est l'article 8 de la *Charte des droits et libertés de la personne accueillie* qui proclame encore aujourd'hui « la possibilité de circuler librement ».

11 Ministère des affaires sociales et de la santé, [Décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016](#)

Nous voyons donc qu'une certaine partie de la population se trouve ainsi placée dans une situation habituelle de relatif isolement, puisque si les services sont fermés dans les UVP et UHR, les chambres ne sont en principe pas verrouillées, la contrainte minimale étant recherchée, puisque l'exercice de la liberté d'aller et venir se doit précisément d'être soutenu, voire de contention physique, sans le moindre contrôle ni du JDL, ni du CGLPL. Le fait que les EHPAD ne soient pas considérés comme des lieux de privation de liberté, les prive absolument de ce regard judiciaire, laissant la pleine appréciation de ces situations au corps médico-social. Tant que, bien entendu, *le principe de proportionnalité* est respecté.

Aussi, bien que l'usage de la contention soit par ailleurs régi par une recommandation, celle-ci n'est en aucun cas contraignante, de là cet usage peut presque être considéré hors cadre légal : les vieux demeurent les sans voix, presque sans recours. Presque, car ce texte est tout de même lui aussi, reconnu par les tribunaux. La jurisprudence peut donc pallier par endroit au silence de la loi mais encore faut-il que le Juge ou le Défenseur des droits soit saisi à propos de certaines situations car il est peu probable que la personne en soit elle-même capable, et il n'est pas garanti que la famille, si tant est qu'elle existe, s'en inquiète, elle peut être la première à demander de telles mesures sécuritaires.

Dans les faits, la seule condamnation remarquable pour un usage abusif de contentions en 1997¹² fait suite à un signalement auprès de la DDAS d'un établissement où l'usage était institué d'attacher chaque nuit plus du tiers des résidents à leurs lits, plus de douze heures consécutives, tout en verrouillant les portes, ce, « sans nécessité thérapeutique ou de sécurité » ; cette pratique de contention systématique ayant été jugée « constitutive de violences volontaires » aggravées car « commises sur des personnes hors d'état de se protéger », la maltraitance en soi n'existant pas pénalement, l'on qualifierait aujourd'hui ces faits d'atteintes à l'intégrité physique ou psychique aggravées du fait de la vulnérabilité de la victime.

Pour le reste, les contentieux pour contention abusive de sujets âgés sont rarissimes. Les familles se plaignant plus facilement du fait qu'une contention n'ait pas été mise en place après qu'un dommage parfois mortel soit survenu. Pourtant l'atteinte de droits protégés est manifeste et l'on peut s'interroger sur la possibilité de l'arbitraire des décisions. Ce d'autant plus que nombre d'établissements sont dépourvus de médecin coordonnateur, environ un tiers, quand d'autres en ont mais qui s'avèrent très peu présents¹³, ce qui ne facilite pas la collégialité de l'évaluation pluridisciplinaire.

12 Cour de cassation, Chambre criminelle, [n° de pourvoi 95-84.852](#), 06 août 1997.

13 IBORRA, Monique, FIAT, Caroline, [Rapport d'information : Les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes](#), Commission affaires sociales, Assemblée nationale, 14 mars 2018, p.27.

Néanmoins dans le non dit de la loi au sens strict, c'est une recommandation de l'ANAES de 2000¹⁴ qui vise ici à encadrer, limiter et réduire cette pratique, elle sera examinée en détail après que nous ayons rappelé la spécificité de la personne âgée ainsi contenue et les moyens qui sont employés pour ce faire : car entre l'usage psychiatrique et l'usage gériatrique des contentions, l'on peut certes établir bien des parallèles, pour autant, ils se distinguent sur bien des aspects, à commencer par le vocabulaire.

2- b- Les différents modes et moyens de contention

En effet, si la contention architecturale, le fait que les services soient fermés, la contention chimique, qui consiste à administrer des traitements psychotropes, comme la contention verbale, qui consiste à intimor à la personne de se calmer ou de ne pas bouger par des ordres plus ou moins péremptaires, ont bien la même signification ; en revanche, le fait de retenir quelqu'un par des liens ou autres dispositifs ne se qualifie pas exactement de la même façon. En psychiatrie la contention physique s'entend du fait de maîtriser par son propre corps le corps de l'autre, de fait, attacher quelqu'un est un acte dit de « contention mécanique » tandis qu'en gériatrie cette méthode est dite de « contention physique passive » en opposition à l'active qui est à visée rééducative comme une atèle par exemple. Nous utiliserons désormais le terme de contention tel qu'il est défini par l'ANAES en gériatrie¹⁵ :

La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels 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.

De plus, des matériels de contention en psychiatrie, dont le plus mythique reste sans conteste la camisole de force, plus ou moins tombée en désuétude, presque aucun n'est utilisé en EHPAD. Les attaches de poignet ou de cheville sont pour ainsi dire inexistantes. Ici vous trouverez principalement, pour ceux qui visent un maintien au fauteuil, des dispositifs peu sécurisés (c'est à dire qui se clipsent simplement si tant est qu'on puisse atteindre le point d'attache, sans être verrouillés) : des ceintures, des harnais, des gilets, etc., qui existent dans une infinité de déclinaisons ou des systèmes de tablettes qui se fixent aux accoudoirs des fauteuils gériatriques, plus difficiles à retirer.

14 ANAES, *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, octobre 2000.

15 *Ibid.*, p.10.

Pour ce qui est du maintien au lit, les dispositifs les plus utilisés sont les barrières latérales de lits médicalisés, lorsque les deux sont levées la personne est considérée comme contenue, et ceux de type sécuridrap[®] ou drap de sécurité dont l'usage est bien plus confidentiel. Ce dernier est d'ailleurs aussi utilisé en psychiatrie et n'est pas sans évoquer le fameux vêtement précité, l'on peut remarquer que l'ANAES ne le mentionne pas spécifiquement. Certaines équipes l'appellent poétiquement « la robe de mariée », d'autres auraient plutôt tendance à le qualifier de « linceul », l'on pourrait dire aussi « camisole de nuit », toujours est-il qu'il s'agit dans les faits d'une espèce de grenouillère-sac de couchage (avec des manches et le haut du corps ajusté, les jambes étant prises dans un ample sac de coton épais) avec une sangle au niveau de la taille à fixer au sommier par laquelle la personne est retenue à son lit, permettant de s'asseoir, de se coucher en chien de fusil, mais pas de se retourner sur le ventre, moins encore de se lever¹⁶.

A tout cela, il faut ajouter tous ces moyens de contention "informels", non prescrits, comme le fait de bloquer un fauteuil roulant avec les freins à une table, de recouvrir les mains de gants de toilettes pendant la douche lorsqu'une personne a tendance à agripper le bras de celui qui la lave, de border très sévèrement une personne qui aura ainsi du mal à se dégager de son couchage, etc..

Ou encore ceux dont les équipes ne savent pas vraiment s'ils doivent ou non être prescrits, le fauteuil gériatrique ou coquille en position déclive, la grenouillère simple qui n'empêche aucunement la mobilisation et ne vise nullement la sécurité mais empêche d'accéder à son propre épiderme, ce qui constitue indéniablement une privation de liberté, mais dans un but d'hygiène (très largement utilisées pour ne pas que les résidents déchiquettent leurs protections et ne souillent leur lit).

Car si l'on voit une si grande différence entre les matériels utilisés, cela vient du fait que les indications qui mènent à la contention ne sont, dans la plupart des cas, absolument pas les mêmes. Si en psychiatrie elle vise à contenir les crises violentes, à éviter des automutilations, à empêcher les anorexiques de se faire vomir, etc., en gériatrie elles visent, dans la très grande majorité des cas, précisément à empêcher la personne de se lever seule.

Certes, les indications purement psychiatriques peuvent aussi exister en EHPAD, d'autant plus si l'on considère que des personnes ayant passé la majeure partie de leur vie en institution en raison de leurs troubles peuvent s'en voir exclues dès lors qu'une limite d'âge est atteinte, des personnes psychotiques peuvent aussi être admises mais elles ne sont pas

16 Ces dispositifs ont fait l'objet d'une [alerte de sécurité](#) suite à des accidents par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé en 2017, leur usage a donc été suspendu sur décision de police sanitaire. Les fabricants très réactifs ont alors adapté le matériel en rajoutant un point de fixation à l'extrémité inférieure du couchage, son utilisation est donc ré-autorisée depuis 2018.

nombreuses.

La violence en revanche y est courante, les troubles démentiels liés à l'âge peuvent provoquer de l'agressivité, voire des crises, comme le simple fait de se voir "interné" en établissement alors que l'on n'y consent pas et que l'on dispose encore de toutes ses facultés intellectuelles. Pour autant, ces crises là entraînent rarement une mise sous contention physique, même dans l'urgence, ce, pour la simple et bonne raison que le matériel à disposition peut difficilement retenir une personne physiquement encore très valide et "enragée". Ces situation aboutissent plutôt à une "contention humaine" immédiate, l'équipe se rendant disponible le temps de maîtriser la crise, par la présence et la discussion, presque aussitôt renforcée par une aide chimique si cela ne suffit pas. Si une contention physique est alors mise en place, c'est secondairement : pour éviter la chute éventuelle de la personne du fait des effets indésirables du traitement, et l'on se retrouve alors dans la situation de l'indication habituelle : la prévention des chutes. Comme c'est également le cas lorsque l'on contient une personne en perte d'autonomie fonctionnelle totale uniquement pour éviter qu'elle ne glisse de son fauteuil.

2- c- Les indications en gériatrie

Toutefois si la prévention des chutes semble une indication dissociable d'une indication psychiatrique, il ne faut pas perdre de vue que les personnes désorientées sont les plus fréquemment contenues. Cet état de fait résulte de la spécificité de la personne âgée désorientée aux vulnérabilités multiples. Si en elle même la dépendance liée à l'âge nécessitant une assistance dans les actes de la vie quotidienne peut mener à des institutionnalisations non désirées, c'est davantage la désorientation, qu'elle soit due ou non à une pathologie de type démentiel, qui conduit le plus souvent à la mise sous contention. Car une personne douée de discernement est a priori capable de comprendre les consignes, tout comme, si ces troubles mnésiques ne sont pas importants, elle est capable de se souvenir, par exemple, que l'appui sur telle jambe fraîchement opérée n'est pas autorisé.

D'ailleurs, on lui concède bien plus facilement la possibilité d'exercer son droit de refuser un soin, quel qu'il soit. En effet, plus la personne reste capable de faire pour elle-même ses propres choix, d'être autonome en matière de décision, moins l'on assiste au transfert d'autorité qui accompagne bien souvent la vieillesse : les parents ne s'en sentant plus capables s'en remettant aux choix de leurs enfants, voire à celui de tiers accompagnants, en l'occurrence les soignants, ceux que l'on appelle les aidants, qu'ils soient naturels ou

institutionnels.

Les cas critiques sont ceux où les personnes, au delà du possible déficit d'indépendance décisionnelle, ne sont manifestement plus capables de se souvenir, ni des consignes récentes, ni qu'elles ne sont plus capables de marcher seules sans chuter. Si la maladie d'Alzheimer peut provoquer une réelle disjonction entre le corps effectivement vieillissant dans la temporalité présente et le corps tel qu'il est vécu par la mémoire défaillante, prisonnière d'une temporalité autre, qui ne peut se le rappeler que dans l'état d'une jeunesse révolue, la personne peut se retrouver dans la situation aussi dramatiquement simple d'oublier que ses jambes ne la tiennent plus.

Ce, même avant les stades avancés de la maladie où des mouvements involontaires non coordonnés s'installent. Ce peut même être le cas dans un processus de sénescence physiologique, de vieillissement sans trouble démentiel particulier, un déficit de mémoire épisodique, voire une part d'amnésie antérograde, l'accompagnant bien souvent, même si les processus sous-jacents ne sont pas les mêmes dans les deux cas, l'on peut dire en simplifiant qu'en avançant en âge, la mémoire la plus récente va toujours s'altérant¹⁷.

Mais dans ce cas si simplement dramatique, ne pas attacher cette personne si vulnérable, qui de ce fait s'en remet si spontanément aux autres, dont ni les jambes, ni l'esprit ne la soutiennent plus suffisamment, ne serait-t-il pas alors *stricto sensu* la laisser tomber ? Renoncer en quelque sorte à son devoir de la protéger ? De fait, si les textes ménagent la possibilité de la contention, c'est qu'elle semble correspondre tout de même à certaines indications.

Si les indications rencontrées en psychiatrie face à une violence subite peuvent paraître tout autant légitime chez le sujet âgé que chez une personne plus jeune, comme nous l'avons dit, elles sont rares. Exception faite des cas désormais relativement peu fréquents où la contention est utilisée pour calmer l'agitation non violente ou éviter une déambulation jugée excessive, indications qui même en psychiatrie paraîtraient aujourd'hui, selon les textes, abusives, si l'on considère que la déambulation n'est excessive que parce qu'elle dérange.

Car s'il est un point sur lequel les recommandations se rencontrent, c'est précisément sur celui que la contention, du fait même de la sensation de contrainte, a bien souvent pour effet d'aggraver l'agitation, ce que d'ailleurs le clinicien Pinel décrivait déjà il y a plus de deux siècles au sujet de ses "insensés" « qui ne nuisent à personne. Enfermer de pareils fous, sous prétexte d'entretenir l'ordre, c'est leur imposer une contrainte superflue, c'est les révolter,

17 KALPOUZOS, Gregoria ; EUSTACHE, Francis ; DESGRANGES, Béatrice, [Substrats cérébraux du déclin de la mémoire épisodique : contrastes entre vieillissement normal et maladie d'Alzheimer](#), *Revue de neuropsychologie*, 2010. volume 2, n°2, p. 114-123.

c'est provoquer leur fureur et rendre leur manie plus invétérée et souvent incurable »¹⁸. Si ces dires se rapportent certes à des personnes psychotiques qui ont leur spécificité, il n'en reste pas moins que l'ANAES fait état d'un risque d'aggravation de la confusion. Pour autant ces motifs sont encore cités par les répondants, comme par les études les plus récentes.

Néanmoins, il convient de préciser que la déambulation est susceptible d'être jugée excessive pour d'autres raisons. D'une part, dans le cas de résidents qui déambulent au point de ne pas rester à table durant les repas et refusent obstinément de manger en marchant ; d'autre part, dans la mesure où elle peut parfois conduire à l'épuisement physique de la personne qui, si elle ne se repose jamais, risque, par moment, de ne plus arriver à tenir debout et risque alors de chuter.

A l'inverse, la contention peut aussi être mise en place dans le simple but de sécuriser psychologiquement la personne. C'est le cas notamment des barrières de lits souvent légitimées par la demande de la personne elle-même. Cela semble presque la seule indication valable si l'on suit le document de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé de 2006 car « (l)es barrières sont conçues pour éviter la chute des patients pendant leur sommeil et leur transport MAIS ne sont pas conçues pour empêcher un patient de sortir volontairement de son lit »¹⁹. Cette « mise au point » faisant suite à nombre d'accidents survenus entre 1996 et 2006 ayant entraîné une quarantaine de décès consécutifs à des chutes ou piégeages dus à l'utilisation de barrières et précise encore qu'« (a)ucun moyen technique ne remplace la surveillance du patient. Une surveillance particulière est nécessaire pour les personnes agitées, non valides, non lucides (...) régulière (elle) permet de répondre aux besoins du patient et de limiter ainsi ses raisons de vouloir sortir de son lit ».

Il peut s'agir aussi d'une question de maintien postural chez des personnes ayant totalement perdu la capacité de se mobiliser, pour autant, même si chez ces personnes la contention physique semble peu problématique dans la mesure où elle ne les empêche certes aucunement de se mouvoir, leur état de santé ne le leur permettant déjà plus, il reste encore à discuter de la manière dont on va contenir celles-ci, car d'autres moyens sont possibles que de strictement les attacher par des sangles.

Il est encore ce problème délicat de l'arrachement de dispositifs médicaux, que l'on rencontre aussi dans les services de médecine, dont notamment les perfusions et les sondes. Si le caractère vital d'une perfusion peut être discutable, beaucoup d'infirmières sont absolument

18 PINEL, Philippe, « Observations sur la manie pour servir l'Histoire naturelle de l'Homme » (1794) dans *La psychiatrie*, Paris, Postel, Larousse, 1994, p 54.

19 Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé (AFSSPS), *Bonne utilisation des barrières de lit*, Mise au point, Janvier 2006, en majuscule dans le texte.

déseparées lorsque l'un de leurs résidents arrache systématiquement sa sonde urinaire en tentant d'aller aux toilettes normalement. Le fait de devoir réinstaller constamment ce type de matériel, ce qui est loin d'être indolore, peut être vécu comme d'infliger une torture trop souvent renouvelée à cette personne. De là, une contention au fauteuil, empêchant ce type d'initiatives inappropriées, peut paraître un moindre mal.

Toutes ces indications existent, il en est même d'autres, et des plus discutables, l'on peut contenir pour redresser une personne qui penche ou se replie sur elle-même, mais finalement pourquoi ? Si cette posture induit une souffrance à la limite pourquoi pas, s'il s'agit d'arriver à la faire manger passe encore, mais s'il ne s'agit que de la faire se tenir droite, cette raison peut paraître aberrante. Mais le motif le plus inattendu qu'un des répondants ait donné à lire et que nous espérons très sincèrement ne relever que d'un cas isolé est « pour éviter la prise du traitement des autres ».

Toujours est-il que, faisant abstraction de cette dernière indication qui paraît si absurde qu'il est presque difficile d'y croire, parmi celles qui sont effectivement envisagées par les autorités de santé, la plus fréquente est celle de la prévention des chutes, alors même qu'elle est la plus sujette à caution puisqu'elle n'est pas recommandée pour cette indication. Ce, pour la très simple raison que son efficacité n'a pu être prouvée. Peu d'études existent, les plus souvent citées, parce qu'elles le sont par l'ANAES²⁰, sont celles de Tinetti, 1992, Capezuti, 1996, 1998 et Schleenbaker, 1994, qui s'avèrent contradictoires en ce qui concerne le nombre absolu de chutes. En revanche, elles tendent toutes à démontrer que l'absence de contention ou la réduction de son usage n'augmente pas le risque de chutes graves, voire le diminue, puisque certaines montrent justement que la probabilité de chutes graves augmente avec l'usage de la contention. Nous pourrions ici aligner les chiffres mais nous préférons renvoyer au document précité car il est bien plus intéressant de s'attarder sur le pourquoi de cette aggravation, de tenter d'expliquer cette corrélation, il y a à cela deux raisons principales :

La première est qu'une personne contenue aura bien souvent tendance à vouloir se libérer. De là, les risques de provoquer des chutes entraînant du matériel, notamment le fauteuil auquel l'on est attaché, est accru, comme celui de tomber de bien plus haut lorsque que l'on est contenu par des barrières de lit. Exactement de la même manière que de vouloir se défaire de la contention, ou même simplement de trop s'agiter ou de glisser dès lors que l'on est contenu, entraîne des risques d'accidents pouvant conduire à l'étouffement ou à la strangulation (20 cas dont 14 mortels ont été recensés en France entre 1999 et 2010)²¹.

20 ANAES, *op. cit.*, p.13.

21 AFSSPS, *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique*, février 2010, p.4.

De fait, même si on la pense *a priori* de sécurité, il ne faut jamais perdre de vue que la contention est avant tout une *pratique à risque*.

La seconde, selon nous la plus importante à considérer, puisque cela concerne précisément ce que l'on cherche à éviter, est que la contention, comme toute immobilisation forcée, entraîne à une vitesse alarmante un déconditionnement physique important. Dû tant à la fonte musculaire, qu'à la perte de masse osseuse, d'autant plus rapide que la personne est âgée et fragile, et d'autant plus difficilement réversible que la personne est contenue longtemps : « une immobilisation d'une semaine pourrait ainsi faire perdre jusqu'à 10 % de la force musculaire »²² ; au bout de 24 heures une personne âgée immobilisée perd le tiers de sa masse musculaire, au bout de 72 heures, elle en perd la moitié, données obtenues par IRM.²³

Ce déconditionnement n'est pas que physique : il est psycho-moteur, une désadaptation à la marche comme aux autres gestes de la vie quotidienne, comme parvenir à effectuer seul le transfert du fauteuil aux toilettes par exemple, est une conséquence connue, démontrée, et donc prévisible d'une mise sous contention. Considérant cela, il n'est pas surprenant que les chutes graves soient plus probables dès lors qu'une personne a été contenue : non seulement ses capacités de mobilisation s'en voient immédiatement réduites, mais encore, si d'aventure elle vient à tomber, ses capacités à amortir d'elle-même sa chute le sont tout autant.

De là, l'ANAES, la HAS l'ayant depuis absorbée, comme la Direction générale de la santé dans leur guide *Les bonnes pratiques en EHPAD*, ne peuvent que conclure :

Attacher un sujet âgé ne doit pas être un procédé pour prévenir les chutes, les blessures ou les troubles du comportement. L'efficacité de la contention n'a pas été prouvée dans ces indications. Au contraire, l'immobilisation prolongée imposée par une contention conduit les patients à un déconditionnement physique et psychologique qui augmente la probabilité de chutes et de blessures.²⁴

Paradoxalement, tout en énonçant cela, l'ANAES produit donc une recommandation en dix critères qui légitime pourtant un tel usage pour de telles indications.

Puisque c'est le seul texte "normatif" que les professionnels ont à leur disposition pour aiguiller leur pratique (ici les guillemets s'imposent car si l'obligation déontologique devenue légale de se conformer « aux règles de l'art » pour le médecin implique de ne pas ignorer et de considérer cette recommandation, la jurisprudence reconnaît néanmoins que la règle, comme

22 ANAES, *op. cit.*, p.13.

23 MARMET, Thierry, *Vieillir sans retenue*, conférence prononcée à Toulouse le 4 Novembre 2019.

24 Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, *Les bonnes pratiques en EHPAD*, octobre 2007.

Ce paragraphe figure déjà dans la recommandation de l'ANAES dès 2000 (vers laquelle le site internet de la HAS renvoie toujours vingt ans plus tard) presque mots pour mots, à un près, puisque le procédé est qualifié d'« expéditif » entre guillemets dans le texte initial.

les données acquises de la science sur lesquelles elle se fonde, est loin de se résumer exclusivement à celle-ci et qu'elle ne peut donc contraindre absolument²⁵) nous jugeons plus utile, plutôt que de les produire en annexe, d'examiner un par un ces dix critères.

2- d- La recommandation de l'ANAES, reprise par l'HAS, en 10 critères²⁶

1 → « *La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.* »

Ce critère est certainement le plus respecté d'entre tous, tout du moins sur le fait que la contention soit prescrite. Ce point ne laissant aucune place à l'interprétation. C'est d'ailleurs ce seul point qui sera vérifié en cas de visite de l'établissement par les autorités de tutelle. Par contre, le fait qu'elle soit « motivée » peut être diversement apprécié. Soit le praticien peut considérer qu'il suffit qu'il y ait une raison "évidente" à la mise sous contention, par exemple : M^{me} X chute à répétition, l'équipe est démunie face à ce comportement, pour que cela soit suffisant. Soit qu'il faille réellement justifier qu'une telle décision s'impose, c'est à dire qu'il ait tenté d'éliminer les causes possibles des dites chutes et que l'on ait tenté par ailleurs d'autres moyens de prévention infructueux avant d'en arriver à la contention, et c'est bien dans ce sens là que l'ANAES parle de prescriptions motivées si l'on lit l'intégralité du texte et non le seul résumé des 10 critères. Or, le sont-elles toujours à ce point ?

2 → « *La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.* »

Ce critère également semble de prime abord majoritairement respecté. Même si cela arrive, il est rare qu'une mise sous contention fasse suite à une décision unilatérale du médecin. D'ailleurs dans la majorité des cas, c'est l'équipe soignante qui en fait la demande²⁷. Aussi, la décision est généralement discutée en équipe, ne serait-ce que de manière informelle durant les transmissions s'il n'existe pas de procédure formalisée au sein de la structure. Néanmoins, outre le fait que le rapport bénéfice/risque soit souvent fort délicat à évaluer, quel que soit le cas de figure, l'on peut s'interroger sur la qualité de la délibération. Si tant est qu'elle ait lieu. Ce sera donc l'objet de la section suivante.

25 Conseil d'État [req. N°25616001](#), 12 janvier 2005 et [req. N°334396](#), 27 avril 2011.

26 ANAES, *op. cit.*, p.19.

27 Les répondants pensent la contention demandée par l'équipe dans 73,9 % des cas de contention nocturne et 82 % des cas de contention diurne. Réponses questions 11 et 12, annexe 4, p.120.

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. »

La normalisation des soins, via les logiciels qui imposent planifications et signatures, font que cette surveillance quant à ce qui a attrait aux soins d'hygiène, à la prévention d'escarres, à la nutrition, à l'hydratation, à l'élimination, est nécessairement programmée et automatiquement retranscrite, tant que le soin est numériquement signé, ce d'ailleurs qu'il soit accompli ou non, mais nous croyons en la conscience professionnelle des équipes.

En revanche, qu'un réel accompagnement psychologique, qu'une réelle observation comportementale, soient planifiés et tracés de la même façon est bien moins évident et ne semble dépendre que de la volonté et de la disponibilité des équipes de s'imposer cette charge de travail supplémentaire. Comme de la disponibilité des psychologues qui interviennent à temps plus que partiel²⁸ sur les structures et n'ont pas que les résidents contenus à suivre, loin s'en faut ! D'ailleurs si l'on soustrait de leur temps de présence effective, le temps consacré aux transmissions, à la rédaction des Projets d'Accompagnement Personnalisés (PAP), au passage des Mini Mental State (MMS), aux entretiens avec les familles, il reste bien peu de temps consacré aux entretiens ou autres activités avec les résidents.

4 → « La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et des buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés. »

Ici la difficulté du respect d'un tel critère est palpable à plus d'un titre. Tout d'abord, comme nous l'avons vu précédemment, la contention est très majoritairement appliquée à des personnes qui manquent de discernement. Si l'on excepte le cas des barrières de lits qui sont parfois mises à la demande de la personne elle-même, par peur de tomber d'un lit trop étroit, qui donc consent. Dans la très grande majorité des cas, surtout en ce qui concerne la contention au fauteuil, le consentement de cette dernière n'est le plus souvent pas recherché avant la mise en place.

Doit-on pour autant partir du principe qu'une personne désorientée n'est pas en mesure de consentir puisque son avis ne peut être éclairé ? C'est le cas en droit de la santé, pour autant cet état de fait pose le problème de la possibilité du refus de soin. Quelles que soient ses récriminations, sur la base de ce seul principe, la personne manifestement opposante a toutes les chances de ne pas être entendue, tout au plus obtiendrait-elle que la mesure soit peut-être

²⁸ Taux d'encadrement 0,46 psychologue pour 100 résidents en 2015, DRESS [L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées \(EHPA\)](#), édition 2015.

plus souvent rediscutée à l'inverse de celle qui se résigne. Pour autant résignation est-elle acceptation ? Nous y reviendrons.

De plus, les cas où la personne a rédigé des directives anticipées sont encore bien trop rarissimes, et quand bien même cela soit fait, s'il l'on songe à se prononcer sur la réanimation, la douleur ou la sédation profonde, ce n'est pas le cas en ce qui concerne la contention²⁹. Sans même parler d'aller jusqu'à consentir, la personne concernée n'est pas non plus systématiquement informée. Ce n'est pas même toujours le cas en ce qui concerne la famille ou la personne de confiance, alors même que de recueillir préalablement leur avis sur la question lorsque la personne n'est plus en capacité de s'exprimer à ce sujet pourrait éclairer la délibération *dans* son intérêt³⁰.

Or, bien des proches sont mis devant le fait accompli, si l'on les informe certes des raisons et des buts de la contention, *a posteriori*, une majorité de soignants pensent néanmoins que ceux-ci ne sont pas suffisamment informés des risques que fait courir une mise sous contention³¹. Cela peut facilement s'expliquer si l'on considère qu'au moment où on les informe, l'on recherche à faire accepter cette décision qu'ils ont de fortes chances de vivre douloureusement et donc à les rassurer, plus qu'à les inquiéter avec les risques potentiels.

Néanmoins, du fait de ce manque d'information, l'on peut s'interroger sur la qualité du consentement ainsi recueilli. L'information s'avérant incomplète, celui-ci n'est-il pas presque aussi peu éclairé que celui de la personne concernée ? Les familles sont perçues comme résignées, voire demandeuses, les soignants les pensent avant tout rassurées³². Pour autant, l'on peut se demander si tel est vraiment le cas et si les équipes sont suffisamment pédagogues pour permettre un consentement éclairé ? Pourtant, si l'on souhaite obtenir la participation des familles, des aidants naturels, dans l'accompagnement de la contention, afin d'en minimiser les risques, ne faudrait-il pas justement qu'ils en aient la pleine conscience ?

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 contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes (...) qui bougent avec le patient (...) les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.* »

29 La façon dont sont rédigés les modèles n'y invite nullement, est-on rétif à ne serait-ce que mentionner cette éventualité ?

30 A la question « Selon vous, le consentement de la famille ou de la personne de confiance est-il recherché avant une mise sous contention ? », seuls 26,6 % des répondants pensent qu'il est généralement recherché. Réponses question 17, annexe 4, p.121.

Au sein de l'établissement témoin, à la même question, sur 3 IDE ayant répondu au questionnaire sur 4 y travaillant, 2 déclarent que « cela dépend des cas », une répond « non jamais », le seul médecin ayant participé à l'enquête répond que « cela dépend des cas ». De toute évidence, cette recherche n'est pas systématique.

31 60,1 % des répondants pensent qu'elles ne le sont pas. Réponses question 18, annexe 4, p.121.

32 56,8 % des répondants pensent les familles rassurées par la contention. Réponses question 20, annexe 4, p.122.

Ce critère de recommandation même abrégé est de loin le plus long, et pour cause : il vise à expliciter plus que clairement la façon dont doivent être installés les dispositifs de contention au lit, autres que les barrières, pour prévenir les accidents par strangulation ou compression thoracique, imaginez ce qui peut se passer lorsque votre lit monte et que votre drap de sécurité ou votre sangle, fixé au mauvais endroit, ne suit pas le mouvement.

Pour ce qui est de la prévention d'escarres de la personne alitée, les matelas à air sont tellement répandus que ce risque semble être bien pris en compte. Mais ce que l'on sait moins c'est que sur la prescription des fabricants de tels matériels, puisque leur usage induit un risque de chute important, il nécessite deux barrières relevées. Une personne qui a besoin d'une telle prévention mais aucunement d'être contenue, encore capable de se mobiliser pour s'installer sur son fauteuil roulant et aller seule aux toilettes par exemple, risque ainsi de se retrouver nuitamment prisonnière.

Alors même que ces matelas ne sont pas indiqués chez des personnes encore capables de se mobiliser ou agitées. Cet usage étendu qui se constate par endroits, ou la tendance de certaines équipes à ne lire que partiellement les notices, viendrait-il du fait qu'il est tellement plus rapide de changer une fois un matelas que de procéder régulièrement à des massages et à des changements de position ?

6 → « *L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.* »

La préservation de l'intimité interroge. Est-ce à dire que la personne contenue ne doit pas être vue dans une telle situation ? Que l'on doive nécessairement fermer la porte derrière elle ? Ce serait peut-être abusif d'interpréter cela de la sorte, surtout au vu des critères suivants, peut-être vaut-il mieux simplement considérer que cela ne dispense pas de l'habiller et que les dispositifs doivent se faire discrets. Ce pourquoi un fauteuil en position décline, pour une personne ayant perdu toute capacité de mobilisation, peut paraître visuellement moins choquant s'il n'est pas systématiquement associé à des sangles et des harnais, que ce soit pour la personne elle-même, ou pour celles qui la visitent.

La préservation de la dignité interroge également et de surcroît prête à débat. Si la dignité est devenue un principe cardinal pour le droit, nombre de conventions internationales la protégeant, ou s'en réclamant, depuis la fin de la seconde guerre mondiale, personne ne s'accorde sur sa définition. Certes, l'héritage kantien mène à penser que tout être humain, de par ce seul fait qu'il en est un, recèle en lui-même la dignité de l'humanité tout entière et qu'en vertu de ce principe on lui doit cet égard qu'il soit toujours considéré comme une fin et jamais comme un moyen. Belle idée régulatrice s'il en est, mais cela ne nous renseigne en rien sur la

façon d'effectivement préserver la dignité de tel ou tel individu³³.

Certains considéreront que d'assurer la sécurité, vitale, même par la contrainte, est la seule façon de protéger l'humanité d'autrui, qu'en cela réside précisément la préservation de la dignité ; d'autres considéreront au contraire que d'attacher quelqu'un, ou que de se voir soi-même attaché, est un mauvais traitement déshumanisant au possible, intrinsèquement indigne : « Ça fait animal » dit l'un ; « On m'attache comme un chien » dit l'autre³⁴. Pour ces derniers, l'humanité semble tellement déniée que dès lors qu'une contention est posée, il ne resterait plus grand chose à préserver. L'on peut donc longuement se demander laquelle de ces deux visions peu conciliables se prête le mieux à être universalisée sans être guère plus avancé³⁵.

7 → « *Selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible.* »

Ce critère n'est cité parmi les plus importants à retenir que par une poignée de personnes, (moins d'une dizaine) parmi la faible part qui a conscience d'avoir connaissance de cette recommandation (18,6 %) sur plus d'un demi-millier de répondants qui pourtant se déclarent majoritairement formés à ce sujet (67,2 %)³⁶.

Ainsi, si la conscience de la nécessité de la prescription est désormais très bien ancrée, même parmi les personnels non formés, la méconnaissance des autres critères de recommandation peut faire que cette prescription soit perçue comme un "ordre" s'appliquant en toute circonstance auquel on ne peut déroger sans être fautif. Et devant un tribunal, suite à un dommage survenu en l'absence de contention alors que celle-ci est prescrite, ce pourrait être le cas. Si le médecin, peut-être d'ailleurs lui-aussi ignorant de ce critère, prescrit généralement des séances de kinésithérapie pour limiter les risques liés au déconditionnement physique dans la plupart des cas, il ne dépend que de la volonté et de la disponibilité des équipes d'aller au delà de cette prescription, si tant est que le prescripteur en ait laissé la possibilité, et de veiller à ménager des plages surveillées pour ôter la contention.

8 → « *Des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort*

33 Kant, énonçant son impératif catégorique dans sa *métaphysique de mœurs* propose une loi morale, expurgée de tout affect, supposant la même rationalité universellement partagée, certes propre à imprégner le droit, mais absolument pas une éthique visant un agir efficace.

34 Parole d'un aide soignant du Doubs, parole d'un résident du Cantal, qui ne se sont jamais rencontrés, invariance des représentations ?

35 Tout au plus, ici la notion juridique de dignité, si on la décortique, ne nous permet que de nous rendre compte que ce sont les deux droits intangibles, inaliénables, précédemment cités qui participent également à la dignité, qui sont ici en concurrence l'un avec l'autre.

36 Réponses aux questions 3 et 6, annexe 4, p.119.

psychologique. »

L'animateur, dont on peut d'ailleurs dire qu'il est celui qui passe le plus grand nombre d'heures consécutives et cumulées au contact direct des personnes contenues (pour celles qui ne sont pas laissées seules en chambre) sait aussi plus que quiconque que plus une personne est dans un état de troubles cognitifs prononcés, ce qui est donc le cas de la majorité d'entre elles, plus il est délicat de l'inclure dans des activités de groupes. De là, la nécessité de recourir à des activités individualisées peut s'imposer.

Mais là encore la question de la disponibilité et du temps peut vite devenir problématique. Car, déjà, il n'est pas rare qu'il soit seul pour tout l'établissement³⁷, et de surcroît, qu'une part de son temps de travail, qui n'est d'ailleurs pas nécessairement toujours un temps plein, soit encore consacré à des tâches d'hébergement ou de soins pour soulager le reste de l'équipe. Ce poste étant une variable d'ajustement sur laquelle les directions peuvent jouer en cas de nécessité. Or, il est fréquent dans les EHPAD que cet état de nécessité soit constant³⁸. L'animation passant bien facilement au second plan après les soins de *nursing* et l'aide au repas qui seuls paraissent véritablement impératifs. Exactement de la même manière qu'en temps de pandémie, la culture, les arts et le divertissement sont des secteurs jugés non essentiels.

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.* »

Couramment, à moins qu'une procédure spécifique n'ait été mise en place, la surveillance n'ira pas au delà de celle que l'on prodigue à chaque résident, contenu ou non. Lorsque l'on présente ces critères de recommandations, un par un, à une équipe, c'est à ce stade que certaines infirmières³⁹, souvent déjà débordées par leur charge de travail, commencent à dire que cette recommandation est inapplicable.

10 → « *La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.* »

37 Taux d'encadrement 0,85 animateur pour 100 résidents en 2015, DRESS [L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées \(EHPA\)](#), édition 2015. La situation de la "solitude de l'animateur" s'est encore aggravée après la suppression des "contrats aidés" qui assuraient parfois un renfort de quelques heures hebdomadaires.

38 La dotation en postes soignants (AS, IDE, AMP, etc.) qui dépend du budget dépendance, liés aux soins, est décidée par les ARS. De fait, s'il manque des soignants du fait d'un décalage entre la dotation et le travail réel à accomplir, le directeur ne peut que compenser en recrutant sur le budget hébergement dont l'animateur dépend comme les agents de services, ce pourquoi l'on assiste à tant de glissements de tâches et de personnels non soignant "faisant fonction".

39 Expérience faite lors de la présentation d'une synthèse de formation sur la contention, effectuée fin septembre 2020 par le biais du Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT) en fin de transmission au sein de l'établissement témoin en octobre 2020.

Sur ce dernier critère, elles bondissent de leur siège s'écriant « mais c'est impossible ! ». Et pour cause : par endroit, le médecin coordonnateur (dont on peut se demander s'il est à même d'établir une ordonnance particulière de contention puisqu'en principe le pouvoir de prescription reste la prérogative du médecin traitant) n'est jamais présent, si tant est qu'il y en ait un. Quant au généraliste, il est souvent si sollicité par ailleurs qu'il est déjà compliqué d'arriver à le faire venir sur la structure lorsque l'un de ses patients est malade. Comment imaginer dans ces conditions de renouveler une ordonnance quotidiennement ?

Le problème de l'indisponibilité des médecins se pose bien au delà du seul problème de la contention : « En pratique, partout où les habitants peinent à avoir accès rapidement à un médecin libéral, les résidents d'EHPAD rencontrent ces mêmes difficultés, bien souvent exacerbées »⁴⁰ puisque précisément ils résident dans un établissement supposé médicalisé, de fait, la venue des médecins libéraux en établissement leur paraît moins prioritaire que les visites chez les particuliers, l'on peut toujours faxer une ordonnance en urgence à l'infirmière.

Pourtant son rôle est fondamental dans l'accompagnement et le suivi de telles mesures puisqu'il est le décisionnaire. Les médecins s'arrangent avec ce critère difficilement applicable en considérant que la reconduction est tacite jusqu'à nouvel ordre ou jusqu'au renouvellement complet de l'ordonnance⁴¹. Selon les établissements, si le médecin ne souhaite pas établir une prescription de courte durée comme il est pourtant, en théorie, tenu de le faire, le renouvellement peut être systématisé (pour ne pas dire automatisé) à un mois, trois mois, six mois, un an ... jamais.⁴² Les praticiens hospitaliers reconnaissent que cette recommandation n'est pas pensée pour les EHPAD. L'inapplicabilité de ce dernier critère, peut avoir pour effet indésirable de faire oublier tous ceux qui l'ont précédé : la recommandation étant jugée inapplicable dans sa globalité, l'on ne se donne alors pas la peine de s'y conformer au maximum comme il conviendrait de le faire, si tant est qu'on la connaisse.

L'on voit donc que bien que le CGLPL ne mette pas les pieds dans les EHPAD, l'on peut déjà presque aboutir aux mêmes conclusions même en l'absence de rapport thématique : la recommandation non contraignante laisse libre cours à une grande variété d'usages et d'interprétations. Le parallèle peut ici paraître d'autant plus pertinent que la contention se pratique dans les deux cas censément sous l'égide du médecin, qui s'avère bien souvent

40 IBORRA, Monique, FIAT, Caroline, *op. cit.*, p.25.

41 PLESSI, Amandine, *Analyse de la pratique de la contention et du rôle du médecin traitant dans deux EHPAD de la région bordelaise en juin 2018*, Médecine humaine et pathologie, DUMAS, 2018, p.40.

42 Un mois, trois mois, six mois, ou un an dans les établissements étudiés par A Plessi ; trois mois ou jamais dans l'établissement témoin, selon que la contention soit renouvelée sans être réévaluée tous les trimestres avec le reste de l'ordonnance ou non, hors cas particulier peu fréquent de prescription courte à l'initiative du médecin traitant.

indisponible, par des personnels non suffisamment spécifiquement formés, notamment en matière d'alternatives. De là à supposer qu'il y ait aussi des "cultures d'équipe"...

3- L'importance de la délibération collégiale et ses limites :

3- a- L'art de bien délibérer selon Aristote

Équipe pluridisciplinaire qui doit donc délibérer collégialement pour évaluer le rapport bénéfique/risque. Car l'éthique médicale moderne, lorsqu'il s'agit de prendre une décision particulièrement difficile, impose la collégialité de la décision, que ce soit pour une transplantation d'organe, pour une aide à la procréation, pour une limitation ou un arrêt de traitement, pour une sédation profonde, etc.. Cette recommandation a donc le mérite de reconnaître que de mettre sous contention une personne âgée est une décision grave, qui ne peut être prise, ni seul, ni à la légère. Par ailleurs, tout traitement, même le plus anodin qui soit, ne peut être mis en œuvre sans que le médecin n'ait évalué le rapport bénéfique/risque, *pour* la personne concernée, longue tradition médicale dont la source remonte au moins au grand principe hippocratique, d'abord ne pas nuire : *primum non nocere*.

Ici, pour s'attarder encore un instant sur la sagesse pratique qui nous parle depuis l'antiquité, il peut aussi être utile de se souvenir des analyses d'Aristote dans *l'Éthique à Nicomaque*, qui ne manquent pas d'actualité, au sujet de la décision réfléchie et de la délibération, la première étant le résultat de la seconde. Tout d'abord, l'on ne délibère que sur les choses qui sont en notre pouvoir, qui dépendent de nous mais sont « obscures dans leurs issues particulières »⁴³. D'emblée la délibération a une visée pratique : on ne délibère pas sur les fins mais sur les moyens pour y parvenir, la délibération vise un agir, et lorsque la situation est complexe, « nous appelons à notre aide des conseils plus éclairés que les nôtres, parce que nous nous défions de notre seul discernement et de notre insuffisance dans les cas douteux »⁴⁴.

Si l'on ne délibère pas à propos des fins, il faut toutefois les avoir bien discernées, en cela, de la fin que l'on se propose dépend, non pas la rectitude, mais la sagesse de la délibération. Seule l'intention guidée par la *phronèsis*, la prudence, disposition intérieure subtile qui n'est ni purement rationnelle, ni purement affective, mais qui requière une alchimie raisonnable entre les deux et ne « s'applique qu'aux choses essentiellement humaines » peut aboutir à une sage délibération.

43 ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Le livre de poche, collection biblio essai, 1992, p.118.

44 *Idem*.

La délibération n'est ni science (savoir qui ne discute pas) ni opinion (réflexion arrêtée sur un point) ni finesse intuitive (habileté empirique irréfléchie). Mais une démarche de la raison qui toujours « cherche » et « calcule »⁴⁵ pour trouver la juste mesure entre un savoir purement intellectuel et une habileté purement empirique pour conduire l'action la plus appropriée dans le but de bien agir.

La *phronèsis*, lorsqu'elle n'est pas traduite par le terme de *prudence* qui pourrait induire à la confondre avec notre prudence moderne, qui n'est bien souvent que l'art d'éviter pour soi-même de fâcheuses conséquences, l'est par la locution de *sagesse pratique*. Disant cela, l'on voit immédiatement pourquoi dans le domaine de la décision éthique, la pensée d'Aristote est bien plus éclairante que le pur rationalisme kantien. Car cette prudence est une sagesse, non seulement pratique, mais encore incarnée, à double titre.

D'une part, si elle s'appuie certes sur l'intellect et le savoir nécessaire, elle s'appuie aussi sur le savoir faire empirique, seule l'expérience de nombreux cas particuliers accumulés peut aider à spontanément discerner au mieux ce qu'il convient de faire dans celui qui se présente, *hic et nunc*, et une part d'intuition n'est pas inutile pour s'adapter au mieux aux contingences de la situation comme de saisir le moment le plus opportun pour agir. Ce qui dans ces cas peut se comprendre comme l'adaptation à la singularité de celui ou celle qui occupe notre réflexion.

D'autre part, si la délibération véritablement bonne est pour Aristote l'apanage de l'homme prudent c'est aussi que celui-ci ayant incorporé l'habitude de bien agir à force de bien agir, par la *praxis* renouvelée, il y est finalement disposé, il en éprouve réellement le désir éclairé par la raison, sa décision est portée par un affect raisonné, l'*intention*. De là il est le plus à même de discerner le meilleur but à atteindre et d'ainsi nourrir une bonne intention. D'autant plus que pour Aristote, une vertu n'allant jamais seule, l'homme prudent est pareillement disposé à la *bienveillance*.

Or, dans le cas des contentions qui nous occupe, l'on peut se demander quel est le but de ces délibérations : est-ce simplement d'empêcher à la prochaine chute de se produire ou véritablement de procurer à la personne la meilleure qualité de vie possible ? De là dépendra, non pas la rectitude du jugement, l'efficacité de la délibération, mais bien la sagesse de celle-ci, car est telle celle « qui règle la conduite de l'homme sur la fin suprême de la vie humaine ; l'autre est celle qui ne se règle que sur le but particulier qu'elle poursuit »⁴⁶.

45 *Ibid.*, p.256.

46 *Ibid.*, p.257.

3- b- Les entraves à la bonne délibération

Or lorsque le médecin coordonnateur est peu engagé voire inexistant, la délibération pluridisciplinaire est parfois effectuée par des personnels majoritairement mal ou non formés⁴⁷, qui ignorent pour la plupart les critères de recommandations, et peut-être même jusqu'aux risques induits par la contention. En l'absence du médecin généraliste qui n'intervient donc que secondairement, n'étant pas non plus toujours spécifiquement formé à cette problématique. Aussi, si tous les acteurs perçoivent le risque de chute "imminent" et ses conséquences redoutables, les risques "différés" de dépendance accrue et de détresse psychologique ne risquent-ils pas d'être facilement éludés ? La délibération ne risque-t-elle pas de manquer de science en ce qui les concerne ? Notamment en matière de risques psychiques puisque que le psychologue, d'ailleurs pas nécessairement beaucoup plus formé que les autres à ce sujet, n'est pas même toujours systématiquement consulté. Même indépendamment de l'intention présidant à la délibération, l'on peut donc d'ores et déjà se demander si, dans ces conditions, la balance bénéfice/risque est toujours bien pesée.

Et encore, lorsque l'on dit que le risque de chute est perçu, cela veut-il dire qu'il soit réellement évalué ? La question est d'importance car si tel n'est pas le cas, cela revient à dire que de telles décisions sont susceptibles d'être prises sur la simple base de représentations. D'une simple opinion, pas même droite, c'est à dire expurgée autant que faire se peut des dites représentations afin d'adhérer au mieux à la vérité de la situation. Sur la simple impression que M ou M^{me} Untel penche tant, ou se tient tellement au bord de son fauteuil, qu'il ou elle risque de tomber, le risque de chute, même si dans la majorité des cas les conséquences n'en sont pas graves, étant immédiatement considéré comme un danger.

Les moyens d'évaluer objectivement ce risque sont rares, certes des outils normalisés tel que le test *get up and go*⁴⁸ existent, pour autant, ils sont peu passés dans les EHPAD et s'ils étaient généralisés, ils pourraient même pousser à faire basculer des résidents dont on considèrent « qu'ils se débrouillent » comme des personnes à risque important. Cet outil étant mal adapté aux résidents qui sont déjà presque tous en perte de capacité à la marche au moment de leur admission, minoritaires sont ceux, même parmi ceux qui ne se déplacent pas en fauteuil, qui ne recourent à aucune aide technique, les cannes et les déambulateurs sont légion. Néanmoins, pour sortir de la projection reste l'importance de l'observation, nous y

47 A la question de savoir si les soignants, formés ou non, jugent leur formation suffisante à propos de la contention, 59,7 % trouvent qu'elle ne l'est pas, qu'ils ne soient pas formés ou que selon eux le sujet n'ait été que survolé. Seuls 28,2 % se pensent bien formés ou que sans cela leurs connaissances sont suffisantes. Les 11,9 % restant préférant ne pas se prononcer. Réponses question 4, annexe 4, p.119.

48 Pour la nature du test, voir : https://www.kine-services.com/kine-services/bilans/get_up_go.htm.

reviendrons.

Quant à l'entrave majeure c'est la peur. Mais là encore, toutes les peurs ne sont qualitativement pas les mêmes. D'un côté, la peur, humainement viscérale et altruiste, de voir cet autre vulnérable se faire véritablement mal en chutant et de ne pouvoir parvenir à le protéger suffisamment autrement qu'en l'attachant, ici la délibération peut se voir véritablement entachée d'un affect excessif ; d'un autre côté, la peur, tout aussi humaine bien qu'égoцентриque, de se voir reprocher de n'avoir pas assuré la sécurité si d'aventure il arrivait malheur, peur qui n'est *in fine* que celle des poursuites éventuelles, là, la délibération peut se voir radicalement dévoyée dans ses intentions.

S'attarder un instant sur la jurisprudence peut d'ailleurs être éclairant. En effet, si deux arrêts rendus par la Cour d'appel d'Aix-en-Provence en 2012⁴⁹, et la Cour administrative d'appel de Nancy en 2015⁵⁰, sont souvent cités et semblent conforter les équipes dans le fait qu'elles n'étaient pas tenues, afin de les protéger à tout prix, d'attacher des personnes qui ont pourtant chuté avec des conséquences graves, il paraît néanmoins difficile de tirer une règle générale de ces deux cas particuliers. En effet, dans le premier cas, un avenant au contrat de séjour précisait très explicitement que les contentions ne seraient pas utilisées pour une telle prévention, la famille s'étant engagée à accepter une part de risque pour préserver la liberté d'aller et venir de leur parent ; dans le second, rien n'indiquait dans le dossier médical du patient que le risque de chute était important. Les Cours semblent donc considérer qu'en ces espèces, les établissements étaient certes astreints à une obligation de moyens mais non de résultats en ce qui concerne la sécurité de ces personnes, que la contention n'était pas en ces occurrences un moyen approprié, que le risque zéro n'existe pas.

Néanmoins l'on peut se demander quels auraient été ces jugements si un tel avenant n'avait pas été signé et/ou si un risque important avait été mentionné dans le dossier médical. En tout état de cause, le fait que ces établissements n'aient pas été condamnés ne change rien au fait qu'ils aient été attaqués : cela est déjà suffisant pour que les personnels soient poussés à vouloir se prémunir de telles poursuites. Une procédure, quelle qu'en soit l'issue est toujours indésirable. Certains professionnels font d'ailleurs état de pressions exercées par certains médecins pour maintenir la contention à cette seule fin⁵¹. Ce qui peut d'ailleurs paraître une crainte irrationnelle puisque ce sont bien les établissements (personnes morales non-individuées) et non les praticiens qui se sont vus mis en cause.

49 Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 10^{ème} chambre, [n°09/04252](#), 15 février 2012.

50 Cour Administrative d'Appel de Nancy, 3^{ème} chambre - formation a 3, [14NC00039](#), 09 avril 2015.

51 Kinésithérapeute, IDE, au cours d'échanges informels lors du rendu des questionnaires papiers au sein de l'établissement témoin. L'une écrit clairement noir sur blanc que l'on contient pour « dédouaner le médecin traitant » en réponse à la question 8.

De fait, cette inquiétude est donc aussi prégnante parmi les équipes, au niveau desquelles deux types de peurs se conjuguant s'intensifient mutuellement. Considérant cela, l'attitude sécuritaire a déjà bien des chances de s'imposer. Cet état de fait est encore renforcé si l'on se cantonne, sans réfléchir plus avant, à utiliser l'algorithme décisionnel produit par l'ANAES⁵² qui pousse à ne considérer que le danger, sans aucunement considérer les risques induits et la privation de liberté. Cet algorithme visant prioritairement à empêcher les contentions inutiles. Un répondant déplore d'ailleurs que depuis l'usage de cet outil, qui n'est pas même encore généralisé partout, l'on ne réfléchisse plus vraiment lors des prises de décisions. La normalisation visant à harmoniser les pratiques tendrait-elle à gommer la singularité de chaque situation ? Si éviter le danger est le seul but, cette question reste donc toujours en suspens : l'intérêt de la personne est-il véritablement recherché ? Quels affects sous-tendent la délibération ?

Comme cette autre : la délibération collégiale a-t-elle toujours lieu ? Il arrive parfois que l'on assiste finalement à cette parodie du renvoi mutuel de la responsabilité, tous les acteurs pétris de craintes diverses et variées se donnent certes des avis, mais qui ont toutes les chances de converger, sans même jamais se réunir pour véritablement peser les risques pour la personne, ni mettre le bénéfice attendu en regard des privations de libertés.

Si les kinésithérapeutes, parfois tout aussi libéraux et aussi peu disponibles que les médecins sont consultés, quels avis peuvent-ils donner à propos de leurs patients, pour lesquels trois séances hebdomadaires sont prescrites alors qu'ils ne sont en mesure que d'en assurer difficilement deux, voire une seule ? Patients qui peinent de ce fait à maintenir leurs capacités fonctionnelles. Professionnels indispensables qui ne peuvent que très rarement prendre en soin de nouveaux résidents, peut-être pas même ceux que l'on s'apprête pourtant à contenir⁵³.

Le médecin traitant quant à lui parfois peu engagé fait généralement confiance à l'équipe, s'il ne s'investit pas plus avant, son rôle tend à devenir "résiduel" dans la prise de décision. Parfois jusqu'au point d'établir des prescriptions "si besoin". Ce qui a certes l'avantage de permettre un plus facile respect du 7^{ème} critère de recommandation, de laisser une certaine flexibilité dans la mesure, mais l'inconvénient majeur de faire porter son *entière responsabilité* sur la personne en poste sans la moindre consultation. Le "besoin" étant une notion très subjective, il sera fort différemment apprécié d'un soignant à l'autre, modalité de

52 Voir annexe 1, p.105.

53 Seules trois kinésithérapeutes interviennent sur l'établissement témoin, une vient une fois par semaine pour une unique résidente et n'en accepte pas d'autre ; une vient en principe une fois pour sept résidents dont une contenue et annule régulièrement sa venue ; une vient deux fois pour dix résidents dont deux contenus et ne peut faire davantage. Tous les autres kinésithérapeutes de la commune et de l'agglomération voisine refusent d'intervenir sur la structure et d'une manière générale tout nouveau patient, même jeune.

prescription qui n'est pas sans rappeler les ordonnances en blanc rencontrées par le CGLPL. Ce blanc-seing, pour peu qu'on s'y attarde, ne dédouane finalement personne et peut culpabiliser chacun, alors même que la collégialité est censée préserver, non seulement de l'arbitraire, mais aussi d'une telle culpabilité.

En toute rigueur, si l'on souhaitait véritablement respecter autant que faire se peut les critères de recommandation, hors urgence, toute prescription ne devrait être que séquentielle. A savoir, précisant dans sa rédaction même à quels moments de la journée la contention doit être posée et levée, en fonction de sa raison, du comportement de la personne et de la disponibilité des équipes, familles et intervenants, mais cela supposerait que tous ces acteurs soient effectivement réunis collégalement autour d'une même table pour en discuter. Prenons cet exemple hospitalier qui n'est pas nécessairement strictement applicable tel quel en EHPAD mais qui donne une idée claire de ce que peuvent être de telles contentions séquentielles, qui peuvent aussi ne s'appliquer qu'au moment des repas :

Nous appelons contention séquentielle, une contention individualisée, manuscrite, datée et signée du médecin, dont la durée est limitée dans le temps en journée et réévaluée toutes les 24 heures. Sa justification répond à des objectifs de contenance et de pare-excitation. Exemple de protocole : « contention au fauteuil, avec harnais ventral, pendant une heure le matin (de 11 heures à 12 heures) et deux heures l'après-midi (de 15 heures à 17 heures), sous surveillance soignante en s'assurant régulièrement de la tolérance psychique et du confort physique du patient ».⁵⁴

3- c- Les limites de la délibération : la nécessaire réévaluation

Pour en revenir un instant aux risques induits, l'ANAES fait état d'un risque de résignation, presque immédiatement associé à l'idée de perte de dignité⁵⁵. Or, sans avoir à recourir à ce concept si humainement abstrait et plastique, l'on peut déjà concevoir ce que peut signifier la résignation pour un corps qui vit encore. Quiconque observe un chat affublé d'une collerette à la suite d'une opération peut constater que si le premier jour il se déchaîne comme un forcené au point de presque se blesser pour se défaire de ce matériel qui le gêne, au bout d'une semaine, de guerre lasse, le parti est pris de "faire sa toilette" léchant consciencieusement la barrière de plastique qui l'empêche effectivement d'accéder à son pelage, sans plus aucunement se débattre. Des comportements similaires s'observent chez les êtres humains, si l'on peut les interpréter en terme d'adaptation, de lassitude, avant même qu'il

54 BERTHES, Christophe et al., « Le résident bouc émissaire en EHPAD », *NPG Neurologie - Psychiatrie -Gériatrie*, 2013, volume 13, n°78, pp.344-349, note 3.

55 ANAES, *op. cit.*, p.32.

soit question d'une quelconque perte d'estime de soi, ou de sentiment subjectif d'indignité subie, peut-on considérer pour autant que la contrainte soit acceptée ?

Et pourtant, si l'on méconnaît ce phénomène, celui qui ne se plaint plus, même si ce n'est qu'une question d'*usure*, à l'inverse de celui qui accuse avec véhémence ou cherche activement à se libérer, ne sera pas forcément considéré comme quelqu'un qui vit mal sa contention. De là, l'on pourrait effectivement considérer que cette *usure* induite de la volonté incarnée, de surcroît possiblement ignorée, constitue précisément une atteinte à la dignité. Même si la personne n'est plus en mesure d'en prendre conscience en tant que telle.

Ce peut paraître être une digression hors de propos, nous faisons néanmoins l'hypothèse que les contentions dont les résidents ne se plaignent plus, pour cette raison même, paraissent indûment être acceptées⁵⁶. Car si en vingt ans depuis la recommandation d'indéniables progrès au niveau de la réflexion à propos des mises sous contention ont tout de même été faits (si la délibération est parfois bien imparfaite, elle a néanmoins le plus souvent lieu) il n'en va pas toujours de même en ce qui concerne la réévaluation du besoin de celle-ci⁵⁷. D'autant moins si la personne semble bien vivre sa contention dans la mesure où l'*usure* a fait son œuvre. Pourtant, même une délibération de la meilleure qualité qui soit ayant abouti à une prescription réellement motivée perd tout son sens si l'ordonnance se mue en règle indérogeable.

Comme nous l'avons dit certains médecins sont rétifs à établir des prescriptions séquentielles ou de courte durée, une réévaluation quotidienne semble impossible à bien des équipes, si ce n'est inutile : l'état de santé des personnes âgées allant le plus souvent se détériorant, l'on voit *a priori* mal comment un mieux pourrait s'envisager, et il est vrai que certaines contentions au long cours, comme celles qui visent un maintien postural ou des barrières de lit mises à la demande du résident, ne semblent pas nécessiter une réévaluation journalière.

Mais au delà de ces cas particuliers, la peur "panique" face au risque de chute doublée de la possible insuffisante prise en considération des risques induits, puisque la résignation aucunement n'effraie, pourrait avoir parfois pour conséquence désastreuse que plus personne n'ait suffisamment de courage pour tenter de lever une contention une fois qu'elle est posée. Et

56 A la question 21 de savoir si une fois mise en place, la nécessité de la contention est réévaluée, les réponses de l'établissement témoin s'écarte énormément des réponses générales plus diversifiées, ici 50 % pensent que « non la plupart du temps », 27,8 % pensent que cela arrive « seulement en cas de difficulté », 22,2 % pensent que « oui la plupart du temps ». Ce sont ces 50 et 27,8 % qui nous interpellent et laissent à penser, que par endroit, les contentions ne sont réévaluées que si le problème qu'elles posent à la personne est manifeste. Autrement dit, que si elle s'agit ou s'en plaint, que si elle n'est pas résignée.

Une aide soignante n'a pu s'empêcher d'écrire en marge du questionnaire papier à la question « Vous arrive-t-il qu'une personne contenue vous demande de la détacher ? Oui, souvent. », rajoutant : « Surtout au début ! », ici aussi se laisse à lire entre les lignes la résignation.

57 A la même question 21 les répondants généraux répondent : 37,8 % « oui la plupart du temps » ; 28% « oui toujours » ; 23,2 % « non la plupart du temps » ; 6,9 % « seulement en cas de difficulté » ; 4% « non, jamais ».

pour cause : du fait même qu'elle ait été contenue, même très peu de temps, la personne présente désormais, objectivement, un risque de chute aggravé !

De là, ce dernier recours équivaut-il à un point de non retour ? Ici, tout lecteur de Jankélévitch peut être saisi de cette idée obsédante : celle de l'exigence du bien à toujours recommencer⁵⁸. Selon lui, la bonne action se distingue de la mauvaise précisément en ceci que l'on ne peut jamais s'en satisfaire : si le mal est fait, il est fait, mais le bien, lui, est toujours à refaire. Rien ne permet jamais de se reposer sur celui déjà fait. De là, si l'on applique son raisonnement à notre cas, aussi réfléchi que puisse être la prime décision, même guidée par une prudence des plus aristotéliennes, rien ne dispense de devoir y réfléchir à nouveau, dès le lendemain, voire à l'instant même. Car si le but est bien celui de procurer à la personne accueillie la meilleure qualité de vie possible, si à un moment donné, la mise sous contention s'est avérée une bonne décision, ne plus rechercher d'alternatives de ce seul fait est par la même la rendre mauvaise.

Si, selon lui, il y a toujours urgence à faire le bien, que celui-ci ne peut attendre, cela paraît d'autant plus vrai dans ces cas là. Il y a toujours urgence à "décontenir" et c'est loin de n'être qu'une simple question de morale : Si l'on s'endort sur la bonne conscience, et donc avec une certaine mauvaise volonté, d'avoir bien délibéré car éviter un danger imposait cette mesure, l'autre danger, celui inhérent aux conséquences psycho-physiologiques de la contention devient quant à lui, pendant ce temps, de plus en plus important, tandis que les conséquences délétères tendent à se faire irréversibles. Peut-être au point de déséquilibrer radicalement la balance. Ce danger peut alors, dans certains cas, devenir incommensurable avec le premier. Devra-t-on se féliciter si d'aventure un jour on peut enfin retirer sans risque la contention, la personne s'étant laissée glisser dans son syndrome, devenue incapable de mobilisation ? De là, la nécessité de ne jamais perdre de vue les effets iatrogènes de cette pratique, à laquelle toute alternative peut paraître préférable, et de sans cesse, sans arrêt, se redemander : Le remède ne serait-il pas pire que le mal ?

Comme celle qui l'accompagne : Comment se fait-il que l'on ne fasse pas déjà autrement ?

58 JANKELEVITCH, Vladimir, *Traité des vertus*, Paris, Flammarion, collection Champs, 1983.

II- Vers des alternatives et de leur possibilité de mise en œuvre effective

1- Vécu douloureux des soignants vecteur de prise de conscience

1- a- Institutions : champ de contraintes "disciplinaires"⁵⁹

Pour mieux comprendre pourquoi malgré ses risques cette pratique persiste et peut parfois être vécue douloureusement par certains soignants, il convient de considérer son insertion dans le champ plus vaste du contrôle généralisé des corps par l'institution qui ouvre le champs infini de la *maltraitance* dite institutionnelle⁶⁰. Car si les hôpitaux psychiatriques sont fils des asiles, les EHPAD sont fils des hospices, ces institutions ayant le même ancêtre commun : l'hôpital moyenâgeux et religieux ne soignant donc que les âmes. Hôtels Dieu, ayant une double fonction : d'assistance, en vertu du principe de charité, d'exclusion, pour garantir l'ordre social. Double fonction qui n'a commencée à devenir une préoccupation d'Etat qu'à la fin du XVII^{ème} siècle avec la création des Hôpitaux généraux⁶¹.

De fait, une population bigarrée d'insensés, de nécessiteux, de vieillards, de prostituées, de malades, de marginaux, peuplait indistinctement toutes ces institutions qui fonctionnaient alors selon des mécanismes de *pouvoir*, certes hiérarchisés et normatifs (relevant d'usages empiriques immémoriaux, tel celui des chaînes, à l'efficacité incertaine) mais non encore normalisés par un véritable savoir, c'est à dire des méthodes élaborées et rétro-contrôlées scientifiquement, autrement dit de véritables méthodes de *gouvernement*, au sens foucauldien du terme, visant un contrôle social.

Populations qui n'ont été contingentées et "internées" séparément les unes des autres que très progressivement au fil des siècles, au fur et à mesure que l'avènement de la médecine scientifique ait permis aux hôpitaux de remplir une réelle fonction soignante, de devenir des lieux de soins curatifs, laissant de fait aux autres institutions leur fonction palliative d'assistance et/ou d'exclusion. Ce pourquoi, dans la mesure où les EHPAD, comme ses ascendants et collatéraux, sont à l'instar des casernes des institutions « complètes », puisqu'elles régissent l'intégralité de l'existence des individus qu'elles accueillent, qui n'en sortent plus ou si peu et, dans le cas des EHPAD, le plus souvent les pieds devant, il paraît pertinent de s'attarder sur les analyses de Foucault au sujet de telles institutions pour remettre

59 Disciplinaire dans le sens où Michel FOUCAULT l'entend dans ses ouvrages tels que *Histoire de la folie*, Paris, Gallimard, collection Tel, 1972 et *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, collection Tel, 1975.

60 IBORRA, Monique, FIAT, Caroline, *op. cit.*, p.8.

61 Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale, *Histoire de l'hôpital et prise en charge des personnes en situation de pauvreté*, 2009.

en contexte les pratiques de contentions en gériatrie au delà de leur apparente fonction de protection individuelle impérative face à un danger imminent.

Car ce que les travaux de Foucault mettent en exergue à propos de telles institutions, est leur caractère d'institutions disciplinaires. Il ne faut pas entendre par là qu'elles aient toutes intrinsèquement pour fonction de sanctionner (ce qui peut pourtant être aussi le cas notamment en ce qui concerne les prisons) mais bien qu'elles imposent, de par leur fonctionnement même, une discipline aux individus qu'elles abritent. La discipline étant avant tout un ensemble de méthodes visant à la modification des comportements, qui passe nécessairement par une assignation de chacun, dans l'espace et dans le temps, sous surveillance, pour amener à se comporter selon une norme acceptable par l'institution. Idéalement, dès lors qu'un certain stade de normalisation est atteint, sans avoir recours ni à la violence, ni à d'autre coercition que celle, subtile, des incitations. Discipline induisant de fait un certain contrôle sur les corps. Pour ne pas dire un contrôle certain, dans le double sens du terme : d'une prise de pouvoir comme d'une surveillance systématisée.

Processus de normalisation institutionnel encore doublé dans ce cas précis de celui de la normalisation médicale qui déborde largement le seul cadre des institutions pour s'étendre à tous les champs de la société selon le même auteur. Ce d'autant plus que depuis que les maisons de retraite sont devenues les EHPAD contemporains, cela a conféré à ces établissements ce double statut si ambigu : de lieu de vie comme de lieu de soin. Fonctionnalité première indéfinissable, chargés de part leur dénomination même d'accompagner la dépendance tout en ayant des objectifs imposés de préservation de l'autonomie des personnes accueillies. Ainsi, au delà de la fonction socio-palliative, héritée des hospices, une fonction médico-curative semble également s'être instaurée. Même si les entrants pénètrent dans leur dernière demeure pour finalement, la plupart du temps, au bout d'un certain temps, y mourir relativement à l'écart de la société (fonction d'exclusion persistante ?), on attend paradoxalement de l'institution qu'elle maximise l'autonomie de ces personnes et qu'elle ne les laisse mourir qu'en parfaite santé.

Au delà de ce paradoxe conceptuel, les personnes âgées se trouvent ainsi prises dans les faits dans un double carcan de contraintes. A la fois celles dues à la prépondérance du pouvoir médical généralisé qui s'applique à tous, en tous lieux, et d'autant plus dans un lieu de soin ; mais également les contraintes disciplinaires inhérentes à l'hébergement collectif qui ne sont pas directement liées à une question de santé mais à la seule particularité de leur lieu de vie.

En effet, si Foucault décortique minutieusement bien des règlements d'institutions

disciplinaires⁶², ceux de fonctionnement des EHPAD sont étrangement similaires à ceux qu'il étudie : repas servi à telle heure et à tel endroit, soins d'hygiène prodigués à telle heure, activités dont exercices possibles (le plus souvent de groupe) à telle heure et à tel endroit, accès aux parties communes de telle heure à telle heure, visites de telle à telle heure, sorties possibles sous telles modalités. Soins prodigués (toilette quotidienne et douche hebdomadaire) non selon les souhaits et habitudes de la personne, mais selon les possibilités et les plans de travail des soignants. Plans de travail plus minutés encore : petits déjeuners de 7h00 à 7h45, toilettes de tel étage jusqu'à telle heure, de tel autre à partir de tant, etc. ... jusqu'au dernier change et coucher 20h45. Détail ultime, sans que cela soit clairement stipulé dans le règlement que signe le résident, accompagnement aux toilettes à telle, telle et telle heure. Si d'aventure le corps ne peut "spontanément" intégrer cette dernière contrainte, incorporer l'habitude d'uriner ou de déféquer à heures fixes, l'usage de protections "au cas où" sera imposé⁶³.

Cet exemple d'incontinence institutionnellement induite, archétype de ce que l'on nomme *maltraitance institutionnelle*⁶⁴, est encore exacerbé dans le cas des personnes que l'on contient. Car certaines n'ayant pas perdu la capacité de ressentir leur besoin se trouvent empêchées de tenter d'y répondre par leurs propres moyens. Double dépendance induite : d'une part, incontinence physiologique qui risque de véritablement s'installer, d'autre part, dépendance immédiate au tiers soignant pour accomplir un besoin des plus élémentaires qui soit. Le droit fondamental de rester "continent", certes non reconnu en ces termes par les conventions internationales, est pourtant cité à plusieurs reprises par les répondants comme l'un des droits limités par la contention. Assigné dans l'espace et le temps au point de devoir faire sur soi, perdre sa continence à force d'être contenu, tel est aussi parfois l'effet bien connu de cette mesure de "sécurité" dont l'efficacité n'est pas plus démontrée que celle des chaînes alors que sa dangerosité l'est. Ce n'est ici qu'un exemple pour illustrer à quel point la structure est susceptible d'accaparer un corps.

De fait, l'organisation des soins avec un personnel insuffisant induit structurellement une incompatibilité des temporalités. Le soignant court, toujours, alors même que la vieillesse est un moment de ralentissement où davantage de temps est nécessaire pour accomplir tout acte de la vie quotidienne. De fait, les personnes âgées se trouvent réveillées par la nécessité de service de la distribution des médicaments, bousculées pour la toilette, parfois aidées par le tiers soignant si d'aventure elles n'ingèrent pas d'elles-mêmes leur repas assez promptement,

62 Voir *Surveiller et punir*, III- Discipline 1. Les corps dociles – Le contrôle de l'activité, p.175.

63 Car il n'est pas certain, si tant est que la personne sache se servir de sa sonnette, que le soignant puisse accourir auprès d'elle assez vite.

64 Que ce soit dans le langage courant des professionnels comme dans le rapport parlementaire relatif aux EHPAD.

et, entre deux de ces actes effectués dans la précipitation, bien souvent elles ont la sensation d'attendre dans un temps qui semble irrémédiablement s'étirer en longueur, pendant que le soignant, lui, continue de courir pour aller accomplir ces mêmes soins chronométrés auprès d'autres résidents, déplorant de ne pouvoir prendre le temps de la relation. Car si le corps du résident est accaparé, celui du soignant l'est tout autant.

Le contrôle et la surveillance s'exercent dans tous les sens et à tous les échelons, soins "protocolisés", programmés et signés, incluant la surveillance physiologique élémentaire des corps accueillis et recueillis sous formes de données, pesées régulières, enregistrement des selles, déclaration de chute, etc.. Tandis que les soignants sont guidés et surveillés, tant par le logiciel que par leur hiérarchie, elle-même rétrocontrôlée par ses autorités de tutelles, et même encore travaillent sous le regard parfois inquisiteur des familles et des personnes accueillies. Le lieu de soin, que l'on dit parfois médicalisé, où pourtant bien souvent le médecin brille par son absence et où aucune présence infirmière n'est assurée la nuit, paraît néanmoins médicalement normalisé à l'extrême, comme tout hôpital moderne digne de ce nom.

Cette normalisation omniprésente peut faire illusion, mais il est encore bien d'autres domaines que celui de la présence médicale concrète où elle s'avère imparfaite, ou pour le moins non pensée dans le but de procurer la meilleure qualité de soin à chacun⁶⁵, car si les établissements sont tenus annuellement de faire remonter le nombre absolu de chutes vers les ARS, puisqu'il s'agit là d'un problème de santé publique majeur, ce n'est absolument pas le cas en ce qui concerne le nombre et la durée des mises sous contentions, ce qui peut d'ailleurs laisser à penser que ce problème n'en est pas vraiment un. Aussi s'observe conséquemment une tendance mécanique de certaines directions à vouloir avant tout minimiser le "chiffre" des chutes sans nécessairement se préoccuper de réduire effectivement les pratiques de contention ni même d'en tenir un registre circonstancié⁶⁶ puisque les pouvoirs publics ne jugent pas utile de mettre en rapport ces informations et que seule la première donnée quantitative sera considérée lors de l'évaluation qualitative de l'établissement.

Quant à ce qui concerne le versant lieu de vie, pour lequel aujourd'hui les résidents payent pourtant très cher⁶⁷, ce qui leur confère d'ailleurs désormais un statut d'usagers voire de clients et non plus d'assistés, l'on pourrait presque supposer que tant de normalisation nuit. En

65 Le but réel étant bien plutôt d'assurer une prise en charge "acceptable" avec un moindre coût pour la société, voire de dégager un bénéfice pour les établissements privés à but lucratif.

66 La tenue d'un tel registre est conseillée, mais même en psychiatrie où elle est imposée par la loi, les registres ne sont mis en place que dans la moitié des établissements selon le *Rapport annuel de 2018* du CGLPL.

67 Si L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) compense le tarif dépendance lié aux soins, reste à charge le très conséquent tarif hébergement pour qui ne bénéficie pas de l'aide sociale, que tous les établissements ne sont d'ailleurs pas habilités à percevoir. Aussi, si toutes les structures ne cherchent pas à dégager un bénéfice comme ce peut être le cas pour les structures privées commerciales, toutes sont néanmoins contraintes économiquement pour que leur prix de journée reste dans des limites acceptables.

effet, les plans de travail rationalisés à l'extrême, dévolus aux soins et autres actes de fonctionnement nécessaires, ne ménagent généralement pas le temps de la relation, pas plus qu'il ne ménagent celui pour lever les éventuelles contentions. La promenade assortie de vains bavardages est un luxe pour qui a besoin d'être accompagné lors de celle-ci, l'on vient de voir que d'aller aux toilettes lorsque l'on en a envie peut déjà s'avérer en être un, et l'on peut se demander si de telles assignations spatio-temporelles systématisées, malgré tous les PAP souvent formalisés mais parfois cruellement vides de substance voire radicalement inappliqués, ne sont pas aux antipodes du devenir non programmé qui rend précisément un monde habitable et humain.

Tout comme l'on peut se demander si plus ces structures devenant importantes en terme de capacité d'accueil, tendance générale qui s'observe partout et s'explique par le double souci d'optimiser économiquement les ressources financières, donc humaines, et de répondre à la demande croissante de place dans de telles institutions, si celles-ci, déjà intrinsèquement disciplinaires, n'ont pas tendance à en devenir d'autant plus concentrationnaires⁶⁸. Rendant de fait de plus en plus difficile, pour ne pas dire impossible, de parvenir à une adaptation de l'accompagnement aux particularités individuelles de chaque résident.

Les professionnels peuvent ainsi être amenés à déplorer que la relation se dégrade car l'accompagnement proposé aux usagers est « de moins bonne qualité ». Ils indiquent que la dégradation est principalement liée à la qualité de leur propre travail, ou du moins aux conditions contraintes dans lesquelles ils exercent, et elle prend principalement la forme d'une adaptation du résident au soignant, en ce qu'il incarne des horaires, des règles, une organisation, et non l'inverse pourtant prôné par la réglementation sur la qualité des établissements.⁶⁹

Considérant cela, lorsque l'on en vient à décider que l'on n'a pas d'autre choix que de contenir une personne incapable de s'assujettir à de telles assignations, est-ce parce que véritablement son état de santé l'impose ou parce que les conditions structurelles ne permettent pas de lui procurer l'accompagnement dont elle a besoin ? Qui n'est peut-être parfois qu'un bras secourable toujours à portée de main. Les soignants ont une conscience aiguë de ces carcans contraignant les corps. Or, peut-on encore parler de choix délibéré lorsqu'il s'agit d'une décision à laquelle on se sent acculé ?

Toutefois, si ces contraintes structurelles existent bel et bien et effectivement

68 Le terme peut paraître excessif mais c'est bien la question de « la «concentration-exclusion» des personnes âgées dans des établissements dédiés » que pose le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) dans son [avis 128](#) de 2018. p.24.

69 DREES, « [Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés](#) », *Les dossiers de la DREES*, 2016, n°5, p.23.

contraignent, elles se voient néanmoins souvent pondérées par l'intention de bien faire. La marge de manœuvre, même mince, laissée dans l'organisation aux équipes permet de tenter de concilier aux mieux celles-ci avec les besoins, les attentes et les souhaits des personnes accueillies. Si la recherche effective de l'intérêt de la personne est bornée par les possibilités de prises en soin, il en découle que les soignants se sentent véritablement démunis face à certaines situations.

De là, même si cela peut pour partie être dû à une commodité de service, à un manque d'effectif ou à la rareté des intervenants, on ne contient généralement pas par plaisir. Nombreux sont ceux qui ont le sentiment de déjà faire le maximum pour contenir le moins possible⁷⁰. Si un accompagnement constant est impossible et que la perte de la marche est inéluctable, la contention peut paraître inévitable en vertu du devoir de protection. Celui de protéger la santé des personnes les plus vulnérables. Et pourtant, ce devoir, si souvent invoqué, ne risque-t-il pas de dissimuler le risque d'abus le plus patent, à savoir celui de la contention qui pallie effectivement à un manque de surveillance⁷¹ ?

Entendue ici comme la *présence réelle et attentive* auprès des personnes et non plus comme celle, intermittente, visant le soin rationalisé et le recueil de données formalisé dont il était question précédemment. A titre d'exemple, il faut considérer que nombre d'UVP sont laissées sans présence effective continue la nuit, sous la seule surveillance distante de deux personnes (généralement un binôme aide-soignant / agent de service) qui veillent sur l'intégralité de l'établissement pouvant accueillir parfois une soixantaine de résidents, voire davantage, et encore soumises à des plans de travail incluant, en sus des tours de change, du ménage. De là, cette autre question qui taraude et toujours reste en suspens : Où commence la négligence ? Même institutionnellement induite, n'est-elle pas déjà en soi maltraitance ?

1- b- La rencontre selon Levinas

Car avant même de pouvoir parler de "bienveillance" ou même d'"humanité" qui sont deux notions souvent évoquées lorsque l'on parle d'éthique du soin en EHPAD, encore faut-il se souvenir que leur pré-requis nécessaire est la *non maltraitance*, sans laquelle l'on peut difficilement parler d'une démarche éthique. Or, c'est un fait curieux que l'éthique du *care*, du prendre soin, s'attache tant à Ricœur qui pense la symétrie de la relation, *Soi-même comme un autre* autant dire l'autre comme mon alter ego bien que nous ne soyons pas les

70 29,4 % des répondants, Réponses question 30, annexe 4, p.124.

71 24,2 % des répondants considèrent que la contention répond dans les faits à une telle indication dans l'établissement où ils travaillent ou interviennent, Réponses question 8, annexe 4, p.124 ; 33 % dans l'établissement témoin.

mêmes, relation d'égalité atténuant les oppositions alors que précisément c'est une brisure de symétrie indubitable qui semble pourtant si caractéristique de la relation de soin, d'autant plus dans les cas qui ici nous occupe.

En effet, si l'on écoute les soignants prendre la parole lorsqu'on les invite à s'exprimer, en aparté, à propos de la contention, qu'en disent-ils ? « C'est une torture ce qu'on leur fait » ; « On les rend grabataires » ; « Dès le moment où on les attache c'est fini ». Certes ces paroles manquent peut-être d'objectivité scientifique, de rigueur expérimentale, peut-être des représentations sont-elles ici aussi à l'œuvre, quoiqu'encore s'il l'on considère les risques effectivement démontrés au regard des difficultés à les prévenir, cela tendrait presque à corroborer ces dires. Toujours est-il qu'ils sont l'expression de la façon dont les choses peuvent être véritablement ressenties, vécues, comprises, l'on ne peut donc leur dénier cette réalité là. En ce sens elles ont valeur de témoignage d'une des façons dont la conscience peut se ressaisir du phénomène. Or qu'est-ce qui s'exprime ici, qui-est ce « on » *sujet* indéfini de l'action pratiquée sur « les » compléments d'*objet* directs indistincts ?

Cette simple remarque grammaticale nous invite à penser que la cohorte indéterminée des soignants dans laquelle le soignant s'inclut lui-même sans parvenir à s'en distinguer (comme peut-être pour diluer sa propre responsabilité) exerce bel et bien un *pouvoir* sur la vague assemblée des personnes âgées contenues.

L'on peut certes objecter qu'une part d'objectivation est souvent nécessaire dans la relation de soin, que de là dépend son efficacité, que tout pouvoir n'est pas mauvais par essence, qu'il convient de relativiser cette pratique qui n'est pas une torture mais bien le meilleur choix délibéré possible car la distinction réside précisément dans l'intention, ici, il n'est pas question de brimer l'autre pour le rabaisser mais bien de rechercher son intérêt : sa protection.

Il n'en reste pas moins qu'au cours du tête à tête soignant-soigné, demeure aussi une part irréductible de pure humanité qui résiste à toute rationalisation. Or, que se passe-t-il lorsque l'on traduit cette expression d'ensemble dans les termes d'une relation intersubjective ? Il semble que ce soit ici Levinas qui ait le mieux pensé cette particularité de l'événement tel qu'il peut s'imposer au sujet soignant : « l'altérité apparaît comme une relation non réciproque »⁷². L'altérité est radicale, d'emblée, la dissymétrie est criante, si, comme il l'écrit, l'autre peut être le faible et moi le puissant, il se peut que dans le cas présent l'autre soit précisément celui qui n'a plus la force de lever et l'un celui qui le force à s'asseoir. Comment l'autre n'accuserait-il pas l'un de ce qu'il lui fait même sans mot dire ? Si son visage, porte en

72 LEVINAS, Emmanuel, *Le temps et l'autre*, Paris, Presse Universitaire de France, collection Quadrige, 2004, p.75.

lui-même l'interdit du meurtre⁷³, cette injonction qui assigne l'un à sa *responsabilité* pour l'autre, ne porte-t-il pas aussi intrinsèquement celui des traitements inhumains et dégradants ?

Levinas ne nous parle pas ici de la plastique particulière du visage d'autrui, ni de ses traits singuliers, mais de ce qui s'exprime à travers ce visage sans encore se dire de son humanité, de ce qui, en lui, ne se laisse ni réduire à une appréhension intellectuelle, puisque précisément il est autre, ni soumettre au pouvoir que l'un tente d'exercer sur lui.

Deux êtres humains se font face. Or c'est dans cette distance, interstice d'espace, hors du temps, si ténu soit-il, que la rencontre accusatrice peut faire effraction comme un choc. Instant où l'un comme l'autre se voient soudain dépouillés de leurs assignations sociales respectives, de leurs identités propres, pour n'être plus que de par cette relation. Ce moment où l'autre résiste à toute objectivation. Où l'un peut se voir tout à coup bouleversé par l'appel, même silencieux de l'autre. Si, comme le pense Levinas, cet appel qui assigne à responsabilité se situe en deçà et au delà de tout langage, de toute conscience intentionnelle, à laquelle elle permet justement de se reconstituer en tant qu'être pour l'autre, comment l'un peut-il échapper à cette tacite accusation lorsqu'il s'en ressaisit puisque l'on vient de voir justement qu'il connaît les conséquences prévisibles de son acte qu'il peut penser de surcroît inutile.

Or dans les faits, ces autres ne sont pas même tous nécessairement silencieux, certains, désignant leur ceinture demandent très poliment : « Vous pourriez m'aider à enlever ça ? » ; d'autres crient simplement « Au secours ! » ; beaucoup très pragmatiques, tout incohérents qu'ils soient diagnostiqués posent sans cesse cette question qui ne manque pourtant pas d'à propos : « Vous avez pas des ciseaux ? ». Preuve qu'il subsiste tout de même chez ces personnes un semblant de mémoire procédurale et sémantique adapté, voire un désir d'autonomie, car il en est aussi qui ne demandent rien à personne mais savent très bien se servir d'un couteau de table à bon escient. Plus rares sont ceux en revanche qui, tout en se débattant, savent trouver les mots justes pour tenter de se défendre, telle cette dame de plus de 90 ans, contenue par une tablette au fauteuil, qui s'écrie, les larmes aux yeux, à l'adresse de la personne qui lui fait face : « Moi qui ai dû fuir pendant la guerre ... j'ai connu l'exode ... pour la liberté ! ... Ils me mettent dans une cage ! ... Mais qu'est ce que j'ai fait pour mériter ça ?! » On ne pourrait exprimer plus explicitement que cela le sentiment d'injustice subie que cette pratique peut induire.

De là, puisque tous sont manifestement angoissés par la situation dans laquelle ils se trouvent, est-ce alors juste et nécessaire d'associer systématiquement un traitement psychotrope aux mesures de contention ? Dans le but d'apaiser ces personnes, certes, de

73 LEVINAS, Emmanuel, *Totalité et infini - Essai sur l'extériorité*, Paris, le livre de poche, collection biblio essai, 2001, p.185.

conjurer l'angoisse, cela s'entend et la bienveillance le réclame, cet argument médical est parfaitement recevable, mais ce qui a aussi parfois pour corollaire peut-être espéré bien que non énoncé de les faire taire, ce, au risque d'aggraver encore leur état de confusion. Si bien des médecins sont convaincus de cette nécessité, et peut-être ne fait-elle effectivement aucun doute, l'on peut néanmoins toujours se poser la question de la justice de la situation. Et il n'est pas rare que le soignant confronté à ces suppliques parfois pluriquotidiennes, s'il n'a pas malgré lui aussi envie de les faire taire quelles qu'en soient les conséquences, se la pose de la même façon.

D'ailleurs, que le cri ait eu un jour ou l'autre la même valeur révélatrice que le visage, dans la mesure où celui qui littéralement appelle au secours peut donner à entendre tous ces autres qui sans mot dire en disent tant, ait réellement fait événement ou non, n'a que peu d'importance. Il n'est point besoin d'un appel assourdissant, la rencontre est susceptible de se produire même dans le silence le plus profond. Car ceux qui se taisent, ne sont-ils pas d'autant plus éloquents ? Ceux qui accusent en silence de par leur résignation, leur repli sur eux-mêmes, leur dépression⁷⁴. Le visage fait déjà signe indépendamment du discours que la personne est capable de prononcer : Ici, l'autre enjoint l'un d'être là pour lui alors même qu'il le lie pour précisément pouvoir le laisser seul.

Habituellement sûr de lui-même, de sa sagesse professionnelle et de ses choix collégiaux, surtout convaincu de bien faire, ce sujet soignant n'est pas à l'abri de se découvrir soudain, face à cet autre, nu de tous ces oripeaux, privé de certitude, prisonnier passif de sa propre pratique que le jugement de l'autre le force à radicalement remettre en cause, le privant de sa propre capacité d'auto-justification, par cette simple question : « De quel droit me fais-tu ça ? »

Ce, qu'elle soit formulée ou non. Ici, la responsabilité n'est ni légale, ni même déontologique, elle est celle que ressent, indépendamment de toute réglementation, un être humain pour un autre, et de là, pour tous les autres. Si l'on suit Levinas, il se pourrait même que le sujet ébranlé, ne puisse se reconstituer que de par cette responsabilité. Si tant est qu'à un moment donné, cette rencontre avec l'autre ait fait sens. Il n'est pas question ici de vocation, mais plutôt d'une convocation : l'autre assignant l'un à porter la responsabilité de ses actes que ceux-ci soient de soin ou non. A l'extrême, la contention peut être perçue par le soignant lui-même comme une contrainte qui s'impose à lui et dont il ne peut pas non plus se défaire. Ce moment critique où il ne parvient plus à se reconnaître, à s'appréhender dans l'acte qu'il doit pratiquer, où, vulnérable lui-même, il se voit menacé d'être écrasé par le poids de

74 Risques listés par l'ANAES, *op. cit.*, p.32.

son intime responsabilité.

L'atteinte de ce point de rupture potentiellement psychiquement destructeur pouvant encore être favorisé par les injonctions paradoxales (sois "bien traitant" bien que cela soit impossible) source de conflits internes sous-tendus par toutes les contraintes structurelles induisant tant de maltraitances institutionnelles précédemment évoquées. La contention apparaissant ici comme un point ultime de cristallisation. Dès lors, même si tous n'ont certes pas vécu une confrontation aussi violente, loin s'en faut, il n'est tout de même pas surprenant qu'une part conséquente de soignants fasse tout de même état d'un sentiment de culpabilité, voire d'un conflit de valeurs, qui, s'ils ne parviennent pas à le dépasser, puisse lui aussi devenir dévastateur. Et pas seulement pour le soignant.

1- c- Le poids de la culpabilité

S'il paraît *a priori* évident que le fait d'être exposé directement aux suppliques influe sur la manière de percevoir l'usage de la contention, les réponses au questionnaire tendent à étayer cette intuition, d'autant plus si l'on croise les réponses à diverses questions. Notamment celle qui concerne la fréquence à laquelle les soignants sont exposés à des demandes de "libération" de leurs résidents avec celles relatives à leur ressenti personnel par rapport à ces pratiques. Il est remarquable que l'écrasante majorité (90 %) des répondants se déclarent être les destinataires de telles requêtes au moins de temps en temps, cela peut tout à la fois suggérer qu'il y a ici un biais méthodologique d'importance puisque les personnes exposées seraient naturellement plus enclines à répondre à ce type d'enquête, néanmoins cela peut aussi suggérer que les soignants travaillant auprès d'un public âgé sont généralement plus que fréquemment confrontés aux contentions qui sont censées relever de l'exception :

Relation entre l'exposition et l'influence ressentie sur la qualité de la relation de soin	<i>25- Selon vous, le plus souvent, quelle influence la contention a-t-elle sur la relation avec la personne ?</i>					
<i>29- Vous arrive-t-il qu'une personne contenue vous demande de la détacher ?</i>	elle l'améliore	elle la détériore	elle n'a pas d'incidence	total exprimé	ne se prononce pas	total général
non, jamais	5	12	21	38	11	49
oui, rarement (moins d'une fois par mois)	16	25	43	84	37	121
oui, régulièrement (plus d'une fois par mois)	14	75	35	124	40	164
oui, souvent (plus d'une fois par semaine)	14	96	28	138	49	187
total général	49	208	119	389	132	521

L'on peut ici tout d'abord remarquer que seules les personnes peu ou pas exposées pensent majoritairement que la contention n'a pas d'incidence sur la relation avec la personne, celles fréquemment exposées aux suppliques en revanche, si elles prennent parti, pensent majoritairement qu'elle la détériore. De là, la relation de soin semble être impactée par cet usage, tout comme d'une manière plus générale la relation à l'autre, qui qualitativement en pâti.

Le fait de ne pas pouvoir toujours répondre favorablement à ce type de demandes pourrait aussi expliquer pour partie le sentiment d'impuissance dont il est majoritairement fait état lorsque qu'une décision de mise sous contention est prise⁷⁵. Pour partie seulement car cette impuissance traduit tout autant le sentiment de se sentir contraint d'en arriver là faute d'alternative, ce sentiment de ne pas avoir le choix, ce qui n'épargne paradoxalement pas celui de se sentir coupable.

Car le sentiment de culpabilité est le plus cité après celui d'impuissance, aussitôt suivi par celui de soulagement. Culpabilité et soulagement, d'ailleurs souvent cités par les mêmes personnes. De là, se sentirait-on coupable de se voir ainsi soulagé ? Ce qui montre bien que le ressenti face à de telles situations est des plus ambivalent qui soit, et à quel point ces prises de décision relèvent d'un véritable dilemme, d'ordre moral, que d'ailleurs beaucoup n'arrivent pas à laisser au travail.

<i>Relation entre l'exposition et l'empiètement sur la vie personnelle</i>	<i>28- Lorsque la question d'une mise sous contention se pose y repensez-vous en dehors du travail ?</i>					
<i>29- Vous arrive-t-il qu'une personne contenue vous demande de la détacher ?</i>	non, jamais	non, la plupart du temps	cela dépend des cas	oui, la plupart du temps	oui, toujours	total général
non, jamais	14	13	17	5		49
oui, rarement (moins d'une fois par mois)	33	32	40	12	4	121
oui, régulièrement (plus d'une fois par mois)	31	35	79	15	4	164
oui, souvent (plus d'une fois par semaine)	36	30	78	34	9	187
total général	109	106	203	61	16	521

En effet, près des deux tiers de ceux qui sont souvent ou régulièrement exposés aux demandes des résidents de les détacher, lorsqu'une décision de mise sous contention est en

⁷⁵ A la question « Lorsque qu'une décision de mise sous contention diurne est prise, quel ressenti avez-vous ? » à laquelle plusieurs réponses pouvait être données, les répondants font état d'un sentiment d'impuissance pour 42,6 %, de culpabilité pour 35,5%, de soulagement pour 34,9%, de devoir accompli pour 10,4% ; 16,9% déclarent n'avoir pas de ressenti particulier ; 8,6% préfèrent ne pas se prononcer. Réponse question 27, annexe 4, p.123.

passé d'être prise, ramènent à minima des "cas" à la maison, c'est le cas pour plus de la moitié des répondants, quelle que soit leur exposition. Un peu moins de la moitié n'y pense donc généralement pas. Plus du quart de ceux qui sont souvent exposés, en revanche, y repensent quasi systématiquement même sortis du travail.

Ceci laisse à penser que de telles prises de décision ne sont tout de même pas anodines et qu'elles travaillent l'esprit de certains soignants où qu'ils soient, bien au delà de leur temps de travail ; questionnement interférant de fait avec leur vie personnelle.

<i>Relation entre l'exposition aux demandes de libération et les conflits de valeurs</i>	<i>31- L'usage fait de la contention vous paraît-il compatible avec vos valeurs personnelles ?</i>				
<i>29- Vous arrive-t-il qu'une personne contenue vous demande de la détacher ?</i>	non	oui	total exprimé	ne se prononce pas	total général
non, jamais	16	20	36	13	49
oui, rarement (moins d'une fois par mois)	38	55	93	28	121
oui, régulièrement (plus d'une fois par mois)	74	49	122	41	164
oui, souvent (plus d'une fois par semaine)	96	44	140	47	187
total général	224	168	391	129	521

Plus les soignants sont exposés, moins ils jugent l'usage fait de la contention compatible avec leurs propres valeurs. Environ la moitié de ceux qui sont régulièrement ou souvent exposés à de telles demandes déclarent d'ailleurs cet usage non compatible. Ce qui laisse présumer la possibilité de conflits psychiques associés. En effet, certains vont jusqu'à se dire véritablement déchirés, pris entre le devoir de protection qui parfois objectivement s'impose et la conscience que la contention n'en génère pas moins des effets catastrophiques. Ces conflits internes laissent à voir des risques psycho-sociaux à prévenir. Mais peut être aussi entrevoir un levier sur lequel s'appuyer pour faire évoluer les pratiques là où ce n'est pas déjà fait. En effet, ceux ayant précisé pourquoi ils jugent cet usage compatible ou non avec leurs valeurs personnelles, soit environ quatre-vingts répondants, nous informent qualitativement sur leur prise de position⁷⁶.

Or, il s'avère que bien souvent ceux qui répondent par l'affirmative, s'ils ne mettent pas en avant le concept de sécurité, font surtout valoir que les décisions sont réfléchies, réévaluées, que les risques associés sont prévenus, que des alternatives sont recherchées et que les situations de mise sous contention correspondent réellement à des situations de dernier

⁷⁶ Verbatims questions 31-32, annexe 4, p.125.

recours là où ils travaillent.

En revanche, nombre de ceux qui répondent par la négative, s'ils ne mettent pas en avant une opposition de principe ou la cruauté intrinsèque de tels traitements, justifient ce choix en faisant état d'une insuffisance d'accompagnement et/ou de réévaluation, déplorant même parfois le fait que la personne se trouve ainsi contenue à vie sans autre forme de procès.

De là, au delà du contact direct avec les personnes contenues souhaitant très explicitement ne plus l'être, la diversité des pratiques entre les différents établissements expliquerait aussi pour partie la diversité des ressentis, ce qu'une infirmière d'EHPAD résume très bien en une seule formule : « Réévaluation des contentions à 24h 48h puis tout les mois avec des moments pour retirer les contentions car nous avons sinon des patients attachés pendant 10h au fauteuil ». Or, c'est encore le cas dans bien des endroits. Des personnes contenues *ad vitam*, 23h sur 24h, (s'il l'on excepte le temps de la toilette et des passages aux sanitaires) car à la contention diurne continue s'associe toujours une contention nocturne, sans le moindre regard donc des garants des libertés.

D'autre part, considérant que les personnes les plus exposées aux demandes ressentent en majorité que la contention détériore la relation, l'on peut se demander si elle n'est pas susceptible d'être véritablement mise à mal, voire empêchée. Car l'impuissance, la culpabilité, face à la rencontre peut mener à la "surdité professionnelle". Si l'on s'appuie de nouveau sur Levinas, la rencontre avec l'autre, si elle provoque un « traumatisme » qui véritablement engage à responsabilité, il se peut que le sujet puisse ne pas supporter le poids que l'altérité qui le heurte veut lui faire porter.

Or, cet état de fait peut donner des envies de « meurtre ». Non pas nécessairement de vouloir littéralement tuer cet autre qui l'assaille, mais bien plutôt de le faire taire, ou tout du moins de ne plus l'entendre, de se faire sourd à son discours, à ses appels au secours. Prenons ces cas où la personne réclamant qu'on la détache se trouve abruptement remise à sa place par une réponse aussi incompréhensible pour elle que : « Je ne peux pas, c'est le médecin qui décide »⁷⁷ même si, se sentant lié et ignorant du 7^{ème} critère de recommandation, le soignant répondant cela peut tout à fait être de "bonne foi". C'est un meurtre symbolique dont il s'agit ici. Que l'on passe à ses côtés feignant de ne pas l'entendre, comme en lui clouant le bec par une sempiternelle phrase toute faite, voire avec des neuroleptiques.

Cette posture de surdité professionnelle, bien que non consciente, est parfois décrite⁷⁸

⁷⁷ Réponse standardisée entendue des myriades de fois en vingt ans, sur laquelle s'accordent des professionnels de différents établissements lors de formations inter-collectivités et encore recueillie à plusieurs reprises sur les questionnaires papiers où les personnels pouvaient préciser la « phrase toute faite » assénée par manque de temps ; une variante usuelle étant « je ne peux pas, je n'ai pas le droit ».

⁷⁸ CNFPT, Formation *Au delà des mots communiquer*.

comme un mécanisme de défense psychologique que déploient les professionnels pour ne pas se laisser anéantir par toutes les souffrances auxquelles ils sont confrontés sans pouvoir les soulager. Ce mécanisme peut aussi être décrit comme une "carapace soignante". De là, si le soignant arrive ainsi à préserver sa propre santé psychique, maintenant une distance affective salubre, la relation de soin peut s'en trouver radicalement déshumanisée, autrui totalement réifié. Il n'est point besoin de s'étendre davantage pour comprendre que cette voie est résolument mortifère.

Tout comme l'est celle de la dépression professionnelle, qui peut être elle aussi provoquée par la violence de la rencontre. Par la déchirure consécutive. Car elle a cette particularité de ruiner la volonté, de paralyser tout agir efficace, pour soi-même comme pour autrui. Mais cette rencontre, si la responsabilité finit par être acceptée, et c'est en cela qu'elle nous intéresse, ouvre aussi la possibilité de l'éthique.

2- De la conversion éthique individuelle à l'éthique d'équipe comme praxis

2- a- La voie éthique selon Levinas⁷⁹

Si ce vécu douloureux et les possibles réactions à la rencontre ajoutent encore à la part d'objectivation inhérente à la prise en soin la tentation du « meurtre », objectivation ultime, l'on pourrait craindre que cet état de fait ne puisse que pousser encore davantage à la réification. Mais, si l'on suit Levinas, il se pourrait à l'inverse que ce soit là un passage indispensable qui seul puisse véritablement conduire à la *conversion éthique*. Car, en tout état de cause, ne pas avoir suffisamment considéré cette altérité avant ce choc était déjà "tuer" cet autre, mais dès lors que la rencontre accusatrice a eu lieu :

La volonté est libre d'assumer cette responsabilité dans le sens qu'elle voudra, elle n'est pas libre de refuser cette responsabilité elle-même, elle n'est pas libre d'ignorer le monde sensé où le visage d'autrui l'a introduite.⁸⁰

En effet, si le « traumatisme » de l'accusation dénude le sujet jusqu'à ce point où il se découvre obligé d'autrui avant tout autre chose, dévoilant ce lien antécédent même à toute conscience, il devient impossible de se soustraire au commandement d'autrui. Le sujet, tout soignant qu'il soit, n'a plus d'autre choix que de se faire réceptacle de l'altérité qui le percute.

⁷⁹ Pour une analyse bien plus subtile et approfondie de la relation éthique dans la philosophie d'Emmanuel Levinas, nous renvoyons à l'ouvrage de Flora BASTIANI, *La Conversion Éthique*, Paris, L'Harmattan, 2012.

⁸⁰ LEVINAS, Emmanuel, *Totalité et Infini*, p.241.

L'expérience de l'accusation expurge le sujet de ses scories égocentriques par la violence de l'injonction de non indifférence.

Injonction d'autrui, ou encore, mise à jour de l'infinie *responsabilité* que j'ai pour lui, avant tout engagement que j'aurais pris, à laquelle je ne peux que répondre, mais nécessairement toujours trop tard⁸¹. Toujours déjà coupable de pouvoir tuer cet autre. En cela je me découvre infiniment débiteur, de là, la somme des devoirs envers l'autre être humain est toujours incommensurable au rien qui m'est dû.

Cet autre m'accuse et je suis sommé de répondre, ne serait-ce que par la signifiante d'une présence où je m'oublie pour lui, pouvant elle aussi se passer de mot : le « Dire »⁸². Dans cette réponse à l'appel émerge le *sens*, en ce sens que l'expressivité première est, pour Levinas, de signifier à l'autre un « me voici »⁸³ même non énoncé, « Dire », qui ne recèle pas d'autre contenu signifiant que la présence elle-même, pure « exposition », passivité pure, prémisse de tout langage, *sens premier* : signification première du « pour l'autre ». Signe qui est déjà langage, mais pas nécessairement articulé, dans lequel la relation à autrui pourrait *a priori* presque se suffire.

Presque, car si c'est en tant précisément que je suis appelé et que je réponds par mon acte éthique de présence que se découvre ma subjectivité profonde, pour autant, la réponse ne peut se cantonner à cette simple présence. Car le passage du « Dire », pure signifiante, sincérité nue, don de soi, au « Dit », signification conscientisée, verbalisée, explicitée, parole qui naît de l'expressivité du « Dire », dans ce rapport à l'altérité, semble avoir pour Levinas une double fonction.

D'une part, d'ouvrir un « monde sensé », un monde commun, autrement dit un espace où l'autre puisse exister, même si l'on ne bouge pas d'un pouce, et l'on comprend à quel point cet espace là peut être important pour celui que l'on contient. Ne serait-ce que dans la mesure où autrui, ici assigné en un point fixe, réifié de ce fait puisque privé de tout pouvoir d'agir et d'explorer, se voit ici soudain considéré et reconnu dans son altérité, conforté lui aussi en tant que sujet, irréductible.

D'autre part, il permet à celui qui se découvre dépositaire de la vulnérabilité d'autrui d'abriter en lui cet autre, ce qui se pense d'abord chez Levinas comme un accueil, puis radicalement comme une obsession. Ainsi de lui assurer une place dans le monde commun à tous les autres dans une forme de « substitution », autrement dit, dans le devoir impérieux de mettre son propre pouvoir à sa disposition. Relation, « asymétrique », « inréciproquable », « à

81 LEVINAS, Emmanuel, *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, collection biblio essai, 2001, p.141.

82 *Ibid.*, p.236.

83 LEVINAS, Emmanuel, *Éthique et infini – Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris, le livre de poche, collection biblio essai, 2018, p.93.

sens unique », qui précisément « donne le sens ». Ce que Levinas appelle *désintéressement* et qui commence par l'impératif de « témoigner » de l'injonction reçue de l'autre devant tous les autres.

Ainsi «(l)e Dire se fixe dans le Dit », de là naît la loi, inspirée par le lien éthique, fondée par la responsabilité et non l'inverse. Car la culpabilité, qui n'est que responsabilité, dévoile ce lien antécédent à toute rationalité, *fraternité* première, puisque « (t)ous les autres qui m'obsèdent en autrui (...) d'emblée me concernent »⁸⁴ et commande de porter autrui, mon prochain, comme le plus lointain, qui n'en a pas toujours lui-même la force, dans le monde, lui et « sa misère » et c'est précisément en ce sens que : « Toutes les relations humaines en tant qu'humaines *procèdent* du désintéressement. »⁸⁵

La responsabilité, n'est finalement pas autre chose que de ce pouvoir *pour l'autre*. Autrement dit, pour qui se sait appelé, contenir autrement c'est porter en soi.

2- b- Du moment éthique philosophique aux autres voies avec la voix des autres

A l'inverse, la rencontre peut tout aussi bien ne jamais avoir lieu. La voie d'une éthique autre que celle décrite par Levinas peut tout de même être suivie sur le fondement bien plus consensuel et confortable de la sympathie, voire simplement animal de l'empathie⁸⁶. Car même les autres grands singes ont conscience que de leurs actes dépend la survie de leurs semblables, comme ils sont capables de meurtre⁸⁷. Sans pour autant perdre de vue que la relation de soin, socialement construite, en est une de *pouvoir* et n'est donc jamais égalitaire, elle n'appelle pas à réciprocité, ce en quoi Levinas semble peu dispensable, dans la mesure où l'idée de la dette envers l'autre est cruciale.

Si l'on voulait concilier l'inconciliable et tenter d'ancrer dans l'être biologique la responsabilité qui se situe pourtant « au delà de l'essence », et donc de l'être, dont Levinas nous entretient, peut-être que l'on pourrait considérer que *l'humanité* dont il nous parle qui universellement « règne » dans « ces yeux qui me regardent »⁸⁸, peut finalement aussi se comprendre comme notre *animalité* primordiale ; l'empathie comme l'émergence ancestrale qui rend possible la perception du signe au travers du visage d'autrui, qui ouvre la possibilité

84 LEVINAS, Emmanuel, *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, p.247.

85 *Idem*, souligné dans le texte.

86 Quelles qu'en soient les nombreuses définitions que l'on puisse en trouver, nous considérons ici la sympathie comme une aptitude psychologique réflexive intentionnelle qui permet de se représenter à la place de l'autre ; l'empathie comme une aptitude physiologique a-réflexive, involontaire, qui permet une relative compréhension de sa position, voire de ses émotions.

87 L'éthologue Frans DE WALL émet l'hypothèse que l'empathie trouve possiblement un ancrage biologique dans certaines cellules neurales tels les neurones miroirs et que les comportements sociaux assortis d'une conduite morale sont présents même chez les autres grands primates indépendamment de toute rationalité humaine. La conscience "complexe" serait donc coextensive à l'empathie.

88 LEVINAS, Emmanuel, *Totalité et infini*, p.229.

du *pour l'autre* conscientisé, communicabilité relative entre des altérités devenues irréductibles les unes aux autres, en laquelle la raison humaine coextensive à son langage trouve sa source sans jamais résoudre tout à fait cette incommunicabilité entre les êtres ?⁸⁹

In fine, quel que soit le rôle des neurones miroirs dans tout cela, toutes les *bonnes volontés* sont à coaliser, même si leurs sources écrites comme ontologiquement présumées divergent. L'on pourrait se penser à la place de l'autre dans une relation d'égalité, comme nous y invite une lecture superficielle de Ricœur, croyant presque le connaître, lui et sa souffrance, alors qu'il n'en est rien. L'on pourrait même, tel l'homme prudent que nous décrit Aristote cultiver la bienveillance à chaque occasion opportune pour le pur bonheur égocentré de l'exercer jusqu'à atteindre l'excellence de ne plus même avoir à y songer. Voire à l'extrême rigueur, se contraindre rationnellement à ne jamais déroger à l'impératif catégorique kantien. L'on peut surtout, à l'instar de Jankélévitch, en faire le constat, et ne pas tellement s'inquiéter de savoir d'où vient la conscience morale : tant qu'elle est là !

L'important étant d'en faire usage, perpétuellement. Peut-être pas absolument sans cesse, permanence trop exténuante, mais sans se rendormir dans l'inconscience souveraine du sujet qui tourne en boucle sur lui-même, ni s'assoupir sur une sclérosante trop bonne conscience professionnelle : toujours se laisser ressaisir de manière discontinue, de cette question que l'autre m'adresse, piqûre de rappel itérative qui persécute⁹⁰. Qui oblige tant à se questionner soi-même qu'à toujours reconsidérer les pratiques. Aiguiser cette conscience pour l'actualiser dans une éthique, une *praxis*, un agir efficace pour cet autre que l'on contient, que l'on hésite à contenir, que l'on résiste à "décontenir", tant il est fragile et paraît friable. Dont on se sent ou se sait responsable.

Outre les voies mortifères paralysantes, la seule posture soignante qui pose réellement problème est l'indifférence. Peu quantifiable, ceux qui se désintéressent de la question ne répondent pas aux questionnaires, quel qu'en soit le format, mais elle se lit en creux : dans le manque d'engagement de certaines équipes comme éventuellement dans le nombre de questionnaires papiers restés vierges⁹¹. Voire peut-être aussi quelque peu dans le nombre de ceux qui n'y repensent radicalement jamais une fois rentrés chez eux ?

Car se sentir personnellement concerné semble être un pré-requis nécessaire pour mieux se demander comment, collectivement, faire autrement. Que l'on pense l'éthique

89 Cet exercice n'a d'intérêt que pour qui est intimement convaincu que le *sens éthique* est antécédent à toute rationalité consciente, voire en est le fondement, que l'on pense l'inspiration d'un Infini qui nous dépasse ou un ancrage dans la terrienne histoire phylogénétique. Sur ce point des pensées de diverses disciplines seraient à rapprocher plus avant, mais cela déborderait du cadre de ce travail.

90 A propos de la « récurrence de la persécution » et du « clignotement du sens » chez Levinas voir *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, p.176 et p.258.

91 Au sein de l'établissement témoin seules dix-huit réponses dont deux d'intervenants libéraux "extérieurs" sur une cinquantaine de personnels présents à cette période toutes catégories confondues dont remplaçants et temps partiels.

comme le fondement de la rationalité ou l'inverse, que l'on soit pleinement désintéressé ou pas tout à fait, l'essentiel est de pouvoir garder en conscience la nécessité de conjuguer les efforts dans l'intention de procurer un mieux vivre à cet autre, de communiquer à ce sujet et de trouver des pistes pour ce faire, d'œuvrer de concert *les uns pour l'autre*. Car si seul, on peut déjà beaucoup, par le pouvoir immense que l'on a de lui donner une place dans le monde tant que l'on est à ses côtés, concrètement, l'on ne peut tout de même pas grand chose à sa situation immédiate. Dans les faits, il restera attaché tant que des actions coordonnées ne seront pas menées *pour* lui. D'où l'importance de cultiver la *coalescence des intentions*.

2- b- De l'individuel au collectif : L'importance des politiques d'établissement

Outre la volonté propre, si l'on souhaite une prise de conscience générale, reste donc l'importance de la formation des soignants, qui demeure paradoxalement bien souvent une initiative individuelle sur ce sujet là. Du côté aide-soignant, en formation initiale, la question est abordée brièvement, sans même que soit réellement distingué l'usage fait de la contention en psychiatrie et en gériatrie. Du côté des formations complémentaires, si l'on prend l'exemple de la fonction publique territoriale, une formation en externe de six heures relative à la contention⁹² n'apparaît au catalogue Auvergne que depuis 2020, avant quoi la question pouvait être abordée à la marge d'autres formations, traitant de l'accompagnement des personnes désorientées ou autres. Non que cette thématique ait été d'emblée pleinement intégrée au programme, mais parce que les professionnels, présents dans la très grande majorité des cas sur la base du volontariat, posaient fréquemment des questions à ce sujet là.

Au sein de l'établissement témoin, huit personnes, dont aucune IDE, se sont portées volontaires pour la suivre, seules cinq ont pu y assister, trois ayant été empêchées pour nécessité de service. Une synthèse de formation de dix minutes suivie de dix à vingt minutes de discussion a été accordée par la direction et présentée à une vingtaine de soignants, dont deux IDE. De fait, seul le rappel explicite, des risques, de la recommandation, des grandes lignes directrices et des techniques non encore employées sur la structure, a pu être possible⁹³. Accompagnée la même semaine de la distribution des questionnaires à l'ensemble de l'équipe.

Depuis, le taux de contention diurne a légèrement diminué, toutefois cette baisse est pour partie liée au fait que plusieurs résidents contenus sont décédés dans l'intervalle, elle serait donc pour partie contingente. Néanmoins, le fait que certains professionnels aient été

92 CNFPT, Formation *La contention dans la prise en charge de la personne âgée, risques et limites*.

93 Voir le diaporama présenté, annexe 2, p.106.

amenés à se questionner sur cette pratique peut laisser à penser que les contentions sont moins facilement mises en place, voire qu'elles sont peut-être plus fréquemment retirées⁹⁴. Tant que ceci reste frais dans les mémoires.

D'ailleurs une étude⁹⁵ plus ancienne et rigoureuse tend à prouver que la formation simultanée des membres d'une équipe peut mener à amoindrir le recours à la contention, même si les auteurs émettent les mêmes réserves quant aux multiples facteurs qui pourraient expliquer leurs résultats. Partie de formations sur site, réitérées à différents moments pour toucher tous les personnels, accompagnées de protocoles d'évaluation des pratiques et de réévaluation des contentions, une équipe de chercheurs est parvenue à publier ce résultat d'une prévalence initiale de contention (hors barrières de lits) de 22 % tombée à 15,5 % en neuf mois. Étude menée en 2001 sur six établissements, il serait intéressant de savoir où en sont ces structures aujourd'hui, car compte tenu du *turn-over* des personnels et de l'insuffisance générale de formation, il se peut, si les formations n'ont pas été reconduites régulièrement que le gain se soit perdu au fil du temps, à moins qu'une politique d'établissement proactive durable n'ait été mise en place.

Car les formations seules ne sont pas sans ambivalence si le sujet est "survolé" dans les formations initiales, les professionnels ne retiennent finalement que la nécessité de la prescription qui déresponsabilise. La question de la légalité se substituant à celle de la légitimité. Quant aux formations complémentaires, les soignants se montrent souvent déçus car on les invite à trouver par eux-mêmes des solutions sans pouvoir leur en apporter sur un plateau de toutes faites. Elles ont certes l'avantage d'alerter les consciences sur la question et d'harmoniser les usages, mais aussi l'inconvénient de déculpabiliser et de là, de banaliser ces pratiques. Le risque étant d'annihiler le sentiment de responsabilité nécessaire à l'impulsion d'une dynamique de réduction de cet usage au lieu de le cultiver.

S'il est certes important que les professionnels ne soit pas psychologiquement abattus lorsqu'ils n'ont véritablement pas d'autre choix, les mener à considérer, que la contention, à partir du moment où les recommandations sont peu ou prou respectées est un "soin normal", n'est pas sans danger et peut conduire à quelques écueils. Car le degré d'appréciation du fait de "ne pas avoir d'autre choix" est fort variable d'une personne à l'autre, d'une équipe à l'autre, d'un établissement à l'autre.

Car les politiques d'établissement ont ici un rôle fondamental, l'ont peut prendre en

94 Depuis trois contentions posées sur l'UVP ont été effectivement limitées dans le temps et retirées dès que possible, deux AMP sur sept soignants de l'unité ayant été formées. Sur le secteur EHPAD en revanche aucune différence ne paraît observable. Les contentions posées depuis, ou déjà en place, continuent de ne pas être réévaluées. De là, l'on peut supposer une différence d'appréhension des situations dans des secteurs différents d'un même établissement ; une tolérance au risque plus ou moins importante.

95 BIGA, Julie et al., « Contentions physiques en maison de retraite », *Presse Médicale*, 2004, n°33.

exemple les établissements "zéro contention"⁹⁶. Dans ces structures, l'objectif de ne pas recourir à la contention est revendiqué. La liberté d'aller et venir posée comme un principe fondamental indérogable. La hiérarchisation des principes est claire, la liberté prévaut sur la sécurité, considérant que la prise de risque (néanmoins contrôlée) participe à l'autonomie des personnes. Ceci passe, non seulement par une formation des équipes à des accompagnements alternatifs (si la bientraitance semble supplantée par l'humanité en passe de l'être par l'approche Montessori, toutes ces approches ont ceci de commun qu'elles se fondent sur le respect de la personne, y compris de ses choix et rythmes, sur sa dignité et sur l'adaptation à ses singularités) mais encore, par une explication très explicite de cette ambition aux résidents et à leurs familles dès la signature du contrat de séjour, voire par une architecture pensée pour ce faire pour les établissements les plus récemment construits. Le respect de la liberté et de l'autonomie des personnes étant l'essence même du projet d'établissement.

L'on pourrait donc bien trop rapidement en conclure que si cela est possible à certains endroits, cela doit l'être partout. Néanmoins, outre la volonté des directions, il ne faut pas perdre de vue que tous les établissements ne sont pas dotés de la même façon en matière de personnel médical et paramédical. Qu'un médecin coordinateur ou qu'un infirmier référent soit présent et très engagé sur la question peut grandement faciliter la mise en œuvre d'actions efficaces : la recherche d'alternatives, le suivi de telles mesures, leur réévaluation périodique et l'auto-évaluation des équipes. Qu'une personne soit capable de fédérer une équipe autour d'un projet commun, dont chacun puisse se sentir un acteur essentiel, a son importance. Tout comme la disponibilité et l'implication de professionnels tels que kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, directement employés par l'établissement avec un temps de présence conséquent peuvent changer considérablement la donne en matière de possibilités prise en soin. Dans les faits, toutes les structures ne sont pas à égalité dans l'accompagnement qu'elles sont susceptibles de proposer.

Aussi, il convient de considérer que d'interdire, par principe, tout recours à la contention physique risque, dans certains cas particulièrement difficiles, d'aboutir à recourir à une contention médicamenteuse accrue. Camisole chimique implacable. Ce risque n'est pas à négliger, tout comme ceux qui existent bel et bien lorsque la décision de retirer une contention est prise si la personne n'est pas suffisamment accompagnée lors de la transition, aussi, l'ambition de réduire drastiquement l'usage de la contention physique est peut-être un objectif plus réaliste, et raisonnable, voire *prudent*, que peut se proposer un établissement lambda.

D'autre part, si une telle politique de bannissement ou pour le moins de réduction de la

96 IBORRA, Monique, FIAT, Caroline, *op. cit.*, p.46.

contention n'est imposée que "d'en haut", par la réglementation ou la hiérarchie, sans moyens suffisants, le risque est alors grand que cela puisse être vécu par l'équipe comme un objectif de qualité inatteignable supplémentaire, autrement dit encore une contrainte accablante. Alors qu'à l'inverse, si l'injonction vient de cette hauteur autre qu'est le visage d'autrui, il se peut que certains l'ait incorporée avant même d'en prendre conscience au point de se sentir littéralement obligés d'agir en ce sens. Or, si une majorité des membres de l'équipe adhère à une telle démarche, voire est à l'initiative de celle-ci, il y a fort à parier que la recherche d'alternatives se fasse beaucoup plus efficacement.

Pour le dire autrement, la volonté soignante, intérieure, semble indispensable pour porter une politique globale, d'où la nécessité pour chacun de rester attentif au "sens éthique" qui est peut-être ce qui nous constitue le plus profondément.

3- La recherche effective d'alternatives et la prévention des risques induits

3- a- Les alternatives

Rechercher des alternatives passe nécessairement par l'acceptation d'une part de risque, cela n'est rien de le dire, mais s'avère peut-être le travail le plus délicat à accomplir au sein des équipes. Or, une chute n'est pas en elle-même un danger. Ce sont ses conséquences qui peuvent s'avérer délétères. D'ailleurs l'on distingue en médecine les chutes sans gravité de celles qui entraînent blessures et incapacités. De là, plutôt que de vouloir éviter la chute à tout prix, selon les cas, peut-être convient-il de plutôt chercher à éviter les conséquences néfastes qu'elle pourrait entraîner.

Néanmoins, dans la mesure où *il est beaucoup plus facile de ne pas mettre en place une contention que de la retirer une fois qu'elle est posée*⁹⁷, les actions visant à prévenir les chutes gardent une importance prépondérante, puisque l'on contient justement les "chuteurs" à répétition. Or, il convient de rappeler que les chutes dépendent le plus souvent de multiples facteurs, certains propres à la personne, d'autres inhérents à l'environnement. Or, si l'on ne peut l'impossible, il y a tout de même bien souvent parmi ces facteurs certains sur lesquels il est possible d'intervenir.

Avant tout, tenter de préserver par l'exercice et les encouragements les capacités psychomotrices de la personne : rééducation et éducation fonctionnelle, gymnastique,

⁹⁷ Principe sur lequel s'accordent bien des professionnels et que retiennent donc les formateurs : d'une part, car il est connu que parfois la réévaluation fait défaut ; d'autre part, car il devient de plus en plus difficile de retirer sans risque ces dispositifs au fur et à mesure que la personne perd en capacité du fait de l'immobilisation.

stimulations et mobilisations régulières, qui peuvent d'ailleurs aussi passer par le jeu, voire la danse, durant les animations, accompagnement "psychologique" à la promenade de celles et ceux qui nourrissent pour une raison X ou Y une peur de tomber afin que leur périmètre de marche n'en soit pas réduit pour autant. Si ces moyens de prévention ne peuvent garantir absolument qu'une chute ne se produira pas, au moins permettent-ils de maintenir un tonus et une force musculaire qui puissent laisser espérer qu'elle soit mieux amortie le cas échéant.

Au delà de ce principe général, qui vaut pour tous les résidents encore capables de mobilisation, reste le cas de ceux qui chutent déjà à répétition. Ici l'importance de l'observation est cruciale, elle seule permet de déterminer à quelle occasion, dans quelles circonstances, telle ou telle personne en vient régulièrement à chuter (à ce titre des tableaux d'observation peuvent être des outils utiles). Car c'est à partir de ce point que l'on peut véritablement commencer à rechercher des moyens adaptés, au cas par cas, à mettre en œuvre.

Outre le rôle propre du médecin dans la révision de l'ordonnance, visant à éliminer avant tout autre chose les possibles interactions médicamenteuses, à limiter autant que faire se peut l'usage « des médicaments à haut risque (benzodiazépine, neuroleptique, antidépresseur, anticonvulsivant, antiarythmique de classe I) »⁹⁸ ou la mauvaise adaptation d'un traitement, et son rôle dans l'éventuel traitement de pathologies sous-jacentes pouvant entraîner des chutes (comme par exemple un trouble visuel que l'on peut corriger), ou encore repérer une pathologie dont la chute serait le symptôme (insuffisance cardiaque par exemple), des moyens simples, à portée des équipes, peuvent parfois être mis en œuvre pour éviter d'avoir à contenir quelqu'un.

Car les menus détails ont leur importance, il convient donc de leur prêter une grande attention. Particulièrement au chaussage (qui se doit d'être d'adapté tant à la façon dont se déplace la personne qu'à la nature du sol), à la hauteur du lit et des assises, à l'encombrement des pièces, à la luminosité. Tout comme le fait de rendre facilement accessibles tous les éléments dont la personne pourrait avoir besoin. L'idée générale étant non pas d'adapter la personne à son environnement mais bien l'inverse : *adapter l'environnement aux singularités de la personne*.

Par exemple : ne pas laisser une table adaptable sur roulette dans la chambre d'une personne qui a tendance à s'appuyer sur le mobilier plutôt que d'utiliser sa canne pour s'y déplacer ; libérer d'obstacle le parcours de ceux qui déambulent seuls ; prévoir d'accompagner la personne à l'heure où elle tombe systématiquement en tentant de se rendre aux sanitaires ;

98 Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, *Les bonnes pratiques de soins en Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes*, p.27.

ne pas laisser seul celui que l'on sait particulièrement agité à tel moment de la journée ; attacher la télécommande de la télé qui choit sans cesse et à la suite de laquelle l'on choit à son tour pour la rattraper ; accompagner les déambulations de ceux qui, peu assurés, ne peuvent apprendre à se servir des aides techniques à la marche mais conservent l'*instinct viscéral* de donner la main ou de saisir le bras humain qui vers eux se tend, *et cætera*.

En ce qui concerne les personnes que l'on contient, au delà du risque de chute, pour précisément les amener à retrouver une contenance, dans une ambition de mise au calme telle qu'on peut la rencontrer en psychiatrie, l'utilisation de couvertures lestées peut être tout à la fois parfaitement inutile chez certains comme relativement efficace chez d'autres. Cette technique (inspirée du "*packing*" qui consiste à envelopper le corps de l'autre de linges mouillés tout en l'accompagnant humainement par la présence⁹⁹) est à la limite de la contention. L'on peut considérer que si le poids de la couverture est tel que la personne ne puisse s'en défaire facilement elle est bel et bien contenue, tandis que si elle n'a pas de difficulté à se découvrir tel n'est pas le cas. Toujours est-il que pour pouvoir se prononcer sur l'efficacité du procédé pour tel ou tel résident, il convient de l'avoir essayé.

Car cela va sans dire que toute recherche d'alternative demande avant tout une immense attention à l'autre, une observation comportementale rigoureuse, la prise en compte des spécificités de chacun, la présence effective des personnels auprès des personnes, tout comme leur volonté et leur possibilité de se réorganiser. Car accompagner la déambulation, par exemple, requière que l'on puisse se relayer très fréquemment auprès de la personne, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas.

Mais quand bien même tout cela soit fait, c'est à dire le maximum de ce qui est possible compte tenu des moyens à disposition, certains continueront de tomber, reste alors à prévenir, avant que de songer à les attacher, les conséquences des chutes dans les cas où cela est envisageable. Des protections existent : protection de hanche, genouillères, coudières, casque, etc.. Même s'il peut paraître tout à fait étrange, voire déroutant, d'harnacher un résident déambulant et "chuteur" comme un pratiquant de sports extrêmes, n'est-ce pas tout de même un tantinet moins barbare que de lui interdire d'emblée toute liberté de mouvement ?

Exactement de la même manière que pour limiter les conséquences d'une éventuelle chute nocturne par dessus des barrières, tout en évitant d'user d'un drap de sécurité, l'usage s'est répandu de positionner des matelas au sol à côté du lit baissé au maximum, voire au ras du sol pour les lits dits Alzheimer utilisés avec ou sans barrières, ou encore d'installer directement la personne sur un matelas à même le sol pour éviter qu'elle ne se blesse avec son

99 Pratique de *packing* qui prête à débat, certains psychiatres la jugeant fort efficace, d'autres la considérant comme une maltraitance.

lit. Dans de telles situations, l'information aux familles en amont est capitale, sinon comment pourraient-elles comprendre, ou interpréter, le fait que l'on fasse dormir leur parent par terre¹⁰⁰?

Mais quand bien même tout cela soit fait, il restera toujours ces cas où aucune de ces alternatives, ne se montre véritablement efficace. Que faire lorsque la personne en vient nuitamment à ramper, pour ne pas dire se traîner, par terre, errant sans savoir où elle va au risque de se cogner contre les murs ou les meubles, de se coincer dans un encadrement de porte ? Que faire lorsque la personne ne tient véritablement plus du tout debout mais tente sans arrêt et quoi que l'on fasse de se lever quand même ? L'assommer de neuroleptiques pour que cela cesse n'est en définitive peut-être pas beaucoup plus humain que de la contenir. Ici la mise sous contention serait réellement, comme le veulent les textes, utilisée en dernière intention. Mais reste encore à savoir de quelle manière on va le faire. Pour le dire autrement, lorsque cet ultime recours s'avère nécessaire quel accompagnement ?

Car il y a une différence majeure entre contenir une personne dans un lourd fauteuil gériatrique freiné qu'elle ne pourra déplacer seule, arguant de son confort (voire d'un très hypothétique risque qu'elle ferait courir aux autres) laissant ainsi la possibilité de ne pas trop avoir à s'en occuper et la maintenir dans un fauteuil léger, dit de transfert, qui, utilisé sans cale-pieds, peut laisser espérer qu'elle puisse encore se déplacer à petits pas tout en le faisant rouler : permettre ainsi ce que les professionnels appellent le déplacement podal.

Dans le premier cas, l'assignation dans l'espace est radicale, indiscutable, dans le second, il se pourrait que ce soit un cas paradoxal où véritablement la contention libère : la personne recouvrant ainsi la possibilité d'un déplacement autonome sécurisé. Mais bien entendu, si elle est désorientée, cela demande tout de même que l'on puisse veiller sur elle, afin de ne pas la retrouver les doigts coincés dans une porte, en passe de rouler sur les pieds de son voisin, ou encore, en train de prendre la poudre d'escampette par un portillon resté entrebâillé. Ce pourquoi, ce choix là, *a priori* préférable si l'on garde à l'esprit l'intention de procurer à cet autre la meilleure qualité de vie possible, et donc la contrainte minimale, est loin d'être toujours une évidence¹⁰¹. Or, il est pourtant manifeste que dans un cas la liberté d'aller et venir est effectivement soutenue, tandis que dans l'autre absolument pas.

Au delà encore de ces importantes considérations pratiques de choix de dispositifs, reste la question de l'accompagnement humain que l'on sera ou non capable de proposer à la

100 Ici encore, l'idée vague de "dignité" peut créer davantage de difficultés qu'elle n'est susceptible d'en résoudre.

101 Au sein de l'établissement témoin, neuf personnes sont installées sur des fauteuils gériatriques freinés sans possibilité de toucher le sol ; quatre autres, incapables de mobilisation, dans des fauteuils coquilles ou gériatrique en position décline, dont deux sanglées ; seules trois sont installées sur un fauteuil leur permettant de poser les pieds à terre, et pour deux d'entre elles, il n'est pas rare que le fauteuil, tout léger qu'il soit, soit freiné.

personne. Car de celui-ci plus que de tout autre chose semble dépendre la propension qu'une mesure de contention peut avoir à se muer en traitement inhumain s'il s'agit de la ficeler et de l'abandonner là, seule avec ses angoisses. Si l'on doit se résoudre à contenir, autrement dit à refermer drastiquement l'espace sur lequel la personne peut avoir directement prise, il convient de lui ouvrir par ailleurs bien d'autres horizons.

3- b- L'animation & la nécessaire créativité des soignants

L'animation est-elle un soin comme un autre ? Nous faisons l'hypothèse qu'elle en est un, certes différent des autres, puisque non strictement médical, mais au même titre que les autres, et à double titre. D'une part, dans la mesure où elle fait partie intégrante des méthodes de prévention des chutes que préconise l'HAS si l'on considère qu'elle participe tant au maintien des capacités motrices, donc de l'autonomie, qu'à l'approche "occupationnelle" qui vise à canaliser l'attention comme l'énergie des personnes qui sans cela erreraient sans fin au risque de s'épuiser à outrance, ou, à l'inverse, qui vise à stimuler celles qui sans cela resteraient seules dans leurs chambres au risque de s'y étioiler ; et, d'autre part, dans la mesure où l'animation participe également à la prévention des risques, non seulement physiques mais surtout psychologiques, induits par la contention.

En effet, le meilleur moyen d'aider une personne à supporter une mesure de contention à laquelle elle ne consent résolument pas reste sans conteste de parvenir à lui faire oublier le fait même qu'elle est contenue. Ce, même si ce n'est que pour quelques heures ou quelques instants fugaces. Si l'on se souvient de cette dame pleurant de rage d'être mise en cage, vous pourriez tout aussi bien la voir rayonnante d'agencer un bouquet de pâquerettes sur cette même tablette lors de promenades au soleil autour de l'établissement, avide de culture, ou encore absolument absorbée par la complexité d'une partie de scrabble.

Tout comme il est possible de confier des ciseaux ou des couteaux tranchants à ceux qui demandent à couper leurs ceintures, sous réserve de leur confier conjointement la mission d'importance de vous aider à découper tel ou tel support, ou d'éplucher des pommes pour préparer une tarte, (et de bien penser à récupérer ces outils à l'issue de la séance). La façon de présenter les choses est ici loin d'être négligeable si dire : « on va faire du découpage » peut certes être infantilisant et inintéressant au possible, à l'inverse, dire : « j'aurais besoin que vous m'aidiez » à préparer ceci ou cela pour telle ou telle occasion, peut participer à restaurer le sentiment d'utilité chez celui ou celle qui se voit ainsi sollicité.

D'ailleurs, les psychologues ne s'y trompent pas, outre les activités que l'on peut

proposer à ceux qui conservent en partie leurs facultés d'intellection, pour ce qui concerne les personnes atteintes de troubles cognitifs extrêmement prononcés, ils sont les premiers à préconiser d'avoir à disposition des chariots d'activité flash, facile à mettre en œuvre, pour tenter de canaliser l'attention lorsqu'une personne commence à s'agiter.

Ici, l'animation est aussi, indépendamment de tout risque de chute, une méthode de pare-excitation qui peut s'avérer efficace pour certains que l'on pourrait sinon être tenté de contenir pour les contraindre à se calmer. Sans même avoir ici aucune ambition de maximiser telle ou telle capacité encore mobilisable, il s'agit de faire en sorte que la personne soit saisie, reconnectée dans l'instant avec ses sensations présentes. Aussi, il devrait être une évidence pour les professionnels que : oui l'animation est un soin, mais que de surcroît, ce soin particulier n'est pas l'apanage de l'animateur mais peut être l'œuvre de tout un chacun.

Car le soin lui même, celui relevant du *care*, s'il ne se résume pas à de purs gestes techniques accomplis machinalement, pour ne pas dire mécaniquement, peut être vecteur d'animation, au sens le plus étymologique comme le plus noble du terme, celui de "*donner vie*" : qu'un jour l'aide-soignante entonne la chanson qu'affectionne telle résidente et il se peut que ce jour là celle-ci ne se montre soudainement plus opposante à la toilette. Dans ces petites attentions se crée l'espace de la relation, si primordiale dans le cas des personnes contenues, si susceptibles de perdre toute confiance en ceux qui ainsi les maintiennent si cela est fait abruptement.

Car restaurer la confiance est l'enjeu crucial pour éviter que la personne ne se sente persécutée. Si toutes ne sont certes pas en capacité de consentir de manière éclairée, certaines sont tout de même capables de recevoir une explication simple lorsqu'elles demandent pourquoi on les attache. Se mettre à portée peut être de rappeler patiemment, à de multiples reprises, à la personne qu'elle n'arrive pas toujours à se souvenir qu'elle a besoin d'aide pour marcher et que c'est précisément pour cette raison qu'on lui met une "ceinture de sécurité" : parce qu'on ne voudrait pas qu'elle se blesse. Même si l'explication est très vite oubliée, dans l'instant où elle est donnée, il n'est pas exclu que la personne perçoive que l'on souhaite en réalité prendre soin d'elle. D'autant plus si cette explication est véritablement sincère.

D'autres ne sont pas capables de comprendre, ou d'accepter, même momentanément, une telle explication, mais répondre à leur question par une autre du type : « Où voulez-vous aller ? » peut parfois aider à engager la conversation vers bien d'autres sujets. Il est d'ailleurs surprenant de voir comment certains sont susceptibles de si vite oublier leur demande initiale d'être détaché dès lors que l'on s'assoie à leur côté, prêt à les écouter.

Le geste de converser peut d'ailleurs se poursuivre même auprès de personnes atteintes

de la maladie d'Alzheimer encore volubiles ayant développé ce trouble du langage qui donne à entendre ce babil inintelligible si caractéristique et si alambiqué. Car la personne sera toujours sensible à la manière dont elle est écoutée, comme au soin que son interlocuteur peut prendre à relancer par quelques mots plus ou moins signifiants la conversation, si les mots eux-mêmes n'ont plus le moindre sens commun, la parole en elle-même n'en reste pas moins un acte sensé. Elle recèle toute la signifiante du « Dire ».

Qui peut d'ailleurs tout aussi bien se signifier en silence puisque l'on parle tout aussi bien avec son corps entier, en cela toute la communication non verbale qui passe par le regard, le toucher, les effleurages, les massages, les caresses, est un langage à part entière, comme peut l'être le simple fait de tenir la main à quelqu'un. L'attention à l'autre n'est certes pas toujours suffisante pour conjurer l'angoisse, mais il y a tant de cas où une présence attentive véritablement tranquillise et ouvre un tel espace de liberté en tant qu'elle conforte autrui dans le sentiment de sa propre existence qu'il serait bien dommage de s'en priver. Ainsi peut se retrouver le maximum de liberté dans la contrainte

Que ce soit pour éviter de contenir ou prévenir les risques liés à cette pratique, la créativité des soignants est donc impérative. En effet, chacun est si différent qu'il convient parfois de déployer des trésors d'inventivité avant de trouver l'alternative adéquate, le "truc" susceptible d'accrocher la personne, la posture idoine pour entrer en communication avec elle. Ici encore cela demande une réelle capacité d'adaptation, individuelle et collective, aux singularités de chacun, parfois une patience d'ange et toujours une infinie bienveillance, car *il n'y a pas de solution magique pour les cas délicats*.

3- c- Le rôle essentiel des aidants naturels

En tout état de cause les aidants institutionnels ne sont pas les seuls à avoir les cartes en main pour rechercher des alternatives ou tenter d'atténuer les effets délétères de la contention, les aidants naturels que sont les familles et amis sont aussi riches de ressources pour participer au mieux vivre de leurs proches si tant est que l'institution les y invite.

D'ailleurs peut-être connaissent-ils déjà des "trucs" efficaces pour leurs parents qu'aucune formation ne pourra jamais indiquer aux soignants. En ce sens, le professionnel a tout intérêt à rester humble et à savoir encore se mettre dans la position de l'apprenant. Si certaines familles, souvent peu conscientes des risques induits, poussent certes à la mise en place de contentions par peur de la chute, d'autres à l'inverse sont les premières, et parfois les seules, à se battre pour qu'elles soient retirées, lorsqu'elles perçoivent que leur parent en pâtit

visiblement.

De là, outre le rôle que les proches devraient pouvoir jouer dans la délibération antécédente à la mise en œuvre de la mesure, s'ils sont les dépositaires d'une information loyale et claire, qui précisément n'élude pas les risques induits par la contention, cela peut les inciter à redoubler d'attention et de présence auprès des leurs le temps durant lequel la mesure s'avère nécessaire. Non seulement pour qu'elle soit psychologiquement mieux supportée, mais aussi pour peut-être parvenir à ce qu'elle s'applique moins longtemps au cours de la journée, voire moins longtemps dans la durée.

S'il s'agit d'une personne qui marche encore relativement bien en donnant le bras, si les professionnels ne peuvent se relayer constamment auprès d'elle, inviter ses proches à lever la contention lorsque eux sont là peut redonner une marge de liberté non négligeable à la personne. Mais cela implique que ces derniers n'aient pas été effrayés par l'équipe avec le risque de chute qui impose cette mesure au moment de l'information au point qu'eux mêmes n'osent plus du tout ôter la contention.

En effet, si les répondants pensent que la contention rassure les familles, il se peut qu'elle les inquiète tout autant, car elle est la preuve tangible que leur parent, même en institution, est manifestement un danger pour lui-même. De là, pour ne pas qu'elles en viennent à considérer que le péril est imminent dès lors qu'il n'est plus contenu, l'explication et les encouragements de l'équipe pour que les enfants osent recommencer à mobiliser leur parent comme ils le faisaient sans crainte encore la veille peuvent parfois s'avérer nécessaire. Et fructueux.

Car de la même manière qu'une mesure de contention sera mieux acceptée si elle est expliquée et comprise, voire idéalement décidée d'un commun accord, la prévention des risques sera bien plus efficace si les familles sont impliquées dans le processus. Si une prise en charge optimale par des kinésithérapeutes libéraux ne peut être obtenue après une fracture par exemple, passé un certain stade de rééducation, les proches peuvent être invités à mobiliser leur parent pour pallier une séance manquante dans l'espoir que la contention puisse être retirée plus rapidement. Certains se prêteront volontiers à l'exercice si tant est que l'équipe soit capable de dialoguer au sujet des difficultés auxquelles elle est elle-même confrontée.

Si tous les acteurs se montrent ainsi capables, par la volonté coalisée, en apprenant les uns des autres, de coordonner leurs efforts *dans* l'intérêt de la personne, l'on peut alors espérer lui procurer un maximum de confort dans l'inconfort que provoque inéluctablement une mise sous contention. Le rôle des aidants institutionnels étant alors d'accompagner les aidants

naturels, par le dialogue et la pédagogie, afin de leur permettre de tenir pleinement leur propre rôle. Ce qui implique que les premiers soient conscients, dès lors qu'une contention est posée, de l'immensité du travail qui reste encore à accomplir.

Néanmoins, il convient de préciser que toutes les personnes vivant en institution n'ont pas la chance d'avoir des proches très présents susceptibles de les entourer au quotidien, voire d'accompagner des mesures de contention. Certains enfants sont très pris par leur vie professionnelle. Certains résidents sont éloignés de leurs familles. D'autres n'ont ni visites, ni famille connue. Toutes les situations existent, y compris de rupture familiale et de solitude la plus extrême. Dans de tels cas, les aidants institutionnels se voient bien malgré eux dans la position de devoir en quelque sorte "pallier" le manque de relations humaines extérieures à l'établissement et sont résolument les seuls sur lesquels la personne puisse encore s'appuyer. *Pleinement responsables*. Cette personne plus ou moins vulnérable, radicalement esseulée, se voyant ainsi entièrement livrée à leur volonté, plus ou moins forte, plus ou moins sincère, plus ou moins contrariée, de bien l'accompagner.

Car si cette volonté est indéniablement nécessaire, est-elle pour autant suffisante ?

III- Ce que dévoile la pandémie

1- Du confinement à l'isolement ou l'attitude sécuritaire généralisée

1- a- Cas général et psychiatrique

La limite la plus tangible à la volonté des soignants n'est peut-être *in fine*, que l'attitude sécuritaire généralisée dans laquelle ils baignent, la sécurité passant de plus en plus facilement la liberté, peut être au point de devenir à plus ou moins brève échéance une nouvelle norme de société. Car la contention n'est qu'un des multiples cas de privation de liberté de la personne âgée en institution, dont le point culminant a sans doute été atteint lors de la première vague de l'épidémie de Covid19 en mars 2020. Ce qui peut être regardé comme un cas particulier d'une tendance générale.

Si en temps ordinaire cette privation de liberté est généralement justifiée par le devoir de protéger la personne elle-même, la crise sanitaire impose des privations à tous dans un intérêt collectif. Pour autant, tous ne sont exactement soumis de la même façon à ces privations : les plus rudement empêchés sont tous ceux qui précisément vivent déjà dans des institutions disciplinaires, du fait du caractère collectif de leur hébergement qui justifierait que des mesures bien plus contraignantes soient prises du fait du risque infectieux accru en raison de la promiscuité. De là, ces personnes là ne seraient-elles pas soumises en temps de crise à une double peine ?

La Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales du Conseil de l'Europe en son article 5 relatif au droit à la liberté et à la sûreté stipule que :

- 1 - Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales: (...)
- e -s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond

Au regard de cette convention, ratifiée par la France, un aliéné susceptible de propager une maladie contagieuse est donc doublement passible d'être privé de sa liberté, si tant est que cette privation suive les voies légales. Or, quelles sont-elles ?

Nous avons vu que pour recourir à l'isolement et à la contention en temps ordinaire, *théoriquement*, seul un impératif psychiatrique nécessitant une hospitalisation sous contrainte peut selon la loi le justifier.

Quant à ce qui concerne la lutte contre le risque de propagation d'une épidémie, l'article 3131-1 du CSP, même hors état d'urgence sanitaire permet déjà au ministre de la santé de prendre des dispositions « en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence », il peut :

par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population

Ce qui peut bien entendu l'amener à limiter la liberté de circuler, ce, depuis la loi du 5 mars 2007. Tout comme le préfet peut, sur proposition du directeur général de l'ARS, prononcer des mesures de placements de personnes affectées depuis un décret du 3 avril 2017 qui vise à mettre en conformité le droit interne avec le RSI, seul texte international contraignant permettant, entre autres, des mesures de quarantaine et d'isolement.

Les articles du CSP L. 3131-1 puis L. 3131-15, permettent quant à eux l'instauration, sur décision du gouvernement, de l'état d'urgence sanitaire, d'où découlent les décrets dits de confinement adoptés les 16 et 23 mars, 20 et 29 octobre 2020 et 2 avril 2021. S'ils retiennent certes le terme d'isolement, ce n'est pas forcément dans la même acception que dans l'usage psychiatrique ordinaire. Ici l'isolement se définit par le RSI en son article 1^{er} et « s'entend de la mise à l'écart de malades ou personnes contaminées (...) de façon à prévenir la propagation de l'infection ou de la contamination ».

Le moment critique où la nécessité d'une indication médicale risque de voler en éclat dans l'esprit des équipes est celui où ces deux acceptions sont confondues et il est vrai que d'utiliser un même terme pour des mesures de sources et d'intentions différentes peut prêter à mésinterprétation et à gommer la distinction.

Or, selon la loi, il n'en est rien, si l'autorité administrative a bien le pouvoir d'imposer un isolement prophylactique à des fins de santé publique, d'ordonner des placements, y compris de mise en quarantaine (qui peuvent concerner des personnes dont la contamination n'est pas prouvée¹⁰²) encore faut-il que la dite autorité les ait spécifiquement ordonnés à l'encontre de tel ou tel individu, ou de telle ou telle catégorie d'individus, pour que quiconque soit légalement autorisé à les mettre en œuvre.

Or, jusqu'à présent, si un isolement sanitaire, de certaines catégorie de voyageurs, des malades et des cas contacts, a pu être préconisé, aucune mesure particulière d'isolement strict

102 RSI article 1 : « "quarantaine" s'entend de la restriction des activités et/ou de la mise à l'écart des personnes suspectes qui ne sont pas malades (...) de façon à prévenir la propagation éventuelle de l'infection ou de la contamination ».

n'a été imposée à une catégorie entière de la population, même si en avril 2021 l'isolement de voyageurs internationaux revenant du Brésil ou d'Inde peut se voir contrôlé, ceux-ci peuvent toutefois se balader à leur gré chaque jour de dix heures à midi.

Autrement dit, jusqu'à présent, il n'a jamais été question d'autre chose que d'un isolement "volontaire", dans le sens ou même s'il s'agit d'une décision contrainte, personne ne s'est vu emprisonné derrière une porte verrouillée de l'extérieur ! Moins encore en ce qui concerne la population confinée.

Le risque d'infection ne fait aucunement partie des cas prévus par la loi qui autorisent la restriction de liberté sur décision du psychiatre, le fait que l'état d'urgence sanitaire soit déclaré ne change absolument rien à ces dispositions, toute mise à l'isolement, a fortiori, sous contention, sans que cela ne soit médicalement justifié par le trouble même de la personne reste abusive. L'acte de "soin" devenant alors acte de coercition non fondé.

En effet, si le préfet sur délégation du ministre de la santé ou le premier ministre, en vertu du pouvoir de police spéciale conféré par l'état d'urgence sanitaire, peut ordonner des mesures d'isolement, il ne peut le faire d'une manière générale et sans condition, et, dans cette éventualité, à moins qu'une mesure de SDRE ou de SPPI n'ait été prononcée, il est du ressort des forces de police et de gendarmerie de veiller au bon respect des mesures de confinement, non au personnel soignant.

En revanche, dès lors que le Ministère de la santé donne pour consigne aux soignants exerçant en psychiatrie¹⁰³ :

Les sorties sont définitives, les autorisations de sortie de courte durée ne sont plus autorisées car il faut proscrire les allers-retours entre le domicile et l'hôpital. Les permissions accompagnées par un soignant doivent être organisées et strictement limitées aux nécessités prévues par la dérogation relative aux déplacements

..., tout en préconisant un isolement en chambre autant que faire se peut, dans l'esprit des équipes, les choses deviennent immédiatement beaucoup plus ambiguës.

Pourtant, dans le document de l'ANAES de 1998 relatif à l'isolement en psychiatrie, l'on peut lire très clairement ceci :

(O)n peut considérer que tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve de ce fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé.

103 Ministère des solidarités et de la santé : [Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie](#), 22/03/20.

Aussi, théoriquement, aucun soignant de service psychiatrique ne devrait pouvoir ignorer que de fermer une porte à clef est une mise à l'isolement, comme il doit savoir que « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à (l')état mental » de la personne comme l'indique l'article L. 3211-3 du CSP.

Pourtant dans les faits, la difficulté de faire respecter les mesures de confinement à un public difficile a pu mener certaines personnes à prendre des dispositions clairement disproportionnées pour obtenir ce résultat, comme en témoigne la nécessité d'émettre des recommandations en urgence¹⁰⁴ qui s'est imposée en mai 2020 au CGLPL suite à des visites durant lesquelles il a été constaté que des personnes se trouvaient enfermées dans leurs chambres en permanence, parfois des semaines durant, sans que cela ne soit médicalement justifié ; situation ayant d'ailleurs abouti à une défenestration.

En tout état de cause, si l'on excepte les cas où l'impératif psychiatrique nécessite un isolement, ceux où l'autorité administrative peut avoir imposé un placement en isolement contraint à une personne suite à un non respect manifeste et réitéré des mesures de confinement comme le lui permet la loi, toute mise à l'isolement hors de ce cadre n'a aucune base légale et l'on peut d'ailleurs considérer qu'il n'y a pas de véritable raison pour que les personnes soignées pour leurs troubles psychiatriques soient assujetties à des mesures plus contraignantes que celles auxquelles est soumise la population générale, qui rappelons le, ne s'est jamais trouvée dans une situation d'isolement total puisque des sorties quotidiennes ont, jusqu'à présent, toujours été autorisées, cela pourrait même être considéré comme des mesures discriminatoires.

Ce pourquoi le CGLPL précise qu'une personne en hospitalisation libre pour des raisons psychiatriques, même atteinte du virus, doit conserver la possibilité de quitter l'hôpital. Si d'aventure son état psychique devait néanmoins l'amener à prendre des risques inconsidérés pour sa santé, c'est au psychiatre qu'il revient d'évaluer si son régime d'hospitalisation doit être requalifié, ce qui d'ailleurs ne justifie pas pour autant une mise à l'isolement. Dans cette hypothèse, il faut encore que les audiences avec le JDL soient effectivement maintenues, même par visioconférence, or certains établissements ont pu rencontrer des difficultés à ce niveau au début de la crise, même pour des personnes entrantes.

D'ailleurs, hors cas spécifique de facteur de risque connu pour être aggravant (obésité, diabète, hypertension, etc...) rien ne prouve que ces personnes soient davantage sujettes que les autres de développer une forme sévère de la Covid19, de là, quand bien même elles

¹⁰⁴ CGLPL, *Recommandations en urgence du 25 mai 2020 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives à l'établissement public de santé mentale Roger Prévot de Moisselles (Val- d'Oise)*, 25/05/2020.

s'exposeraient de leur propre chef au risque d'être contaminées, l'on peut difficilement considérer que le danger soit suffisamment grave ou imminent au point d'imposer un recours à l'isolement pour un motif psychiatrique puisque la probabilité qu'elles en guérissent spontanément est tout de même le plus important. Même en temps de crise, toute mesure se doit d'être proportionnée.

Aussi, l'on peut considérer que le fait de respecter ou non les mesures de confinement relève pour les personnes hospitalisées, comme pour tout un chacun, de leur libre arbitre, et si les équipes se doivent évidemment de tout faire pour tenter de les convaincre de respecter au maximum ces mesures, de les inciter à un isolement volontaire et d'ainsi se protéger tout en protégeant les autres, aucune mesure coercitive supplémentaire ne devrait être arbitrairement décidée.

2- b- Cas très particulier des EHPAD

De fait, des problèmes tout à fait similaires ont pu, et peuvent encore, se poser en EHPAD. Avec ce degré de complexité supplémentaire que le fait d'être contaminé par le SARS-Cov2 n'a pas exactement le même degré de dangerosité pour une population très âgée pour laquelle le risque d'en périr devient alors considérable, d'autant plus lorsque cette population dite « à risque de formes graves » est concentrée en même lieu¹⁰⁵. Néanmoins, là encore, il convient de considérer la diversité des situations dans lesquelles se trouvent les établissements. Or, rappelons la chape de plomb qui s'abat d'une manière générale et sans exception sur les résidents le 11 mars 2020, toute visite étant alors abruptement interdite¹⁰⁶.

Comment, par exemple, justifier que dans des UVP, spécifiquement conçues pour que les personnes accueillies puissent librement y déambuler puisque précisément leur pathologie le réclame, où le nombre de résidents n'excède pas plus de vingt personnes et se situe généralement plutôt aux alentours de moins d'une quinzaine, ou le personnel est généralement toujours le même afin que ces services aient l'allure d'un foyer, unité déjà enclose sur elle-même et dans une large mesure relativement isolée du reste de l'établissement, qui se trouve lui-même mis sous cloche et coupé du reste du monde sur décision du Gouvernement¹⁰⁷, l'on ait encore préconisé un confinement en chambre¹⁰⁸ ? Ce, même dans les départements où le

105 Le CCNE soulevait déjà la question de la pertinence d'une telle concentration, notamment en raison du risque infectieux induit, dans son [avis 128](#) de 2018.

106 Par voie de presse sans décret.

107 Gouvernement, *COVID 19 Mesures de protection renforcées EHPAD-USLD*, 11/03/2020.

108 Ministère des solidarités et de la santé, *Lignes directrices pour la mise en œuvre des mesures de confinement en établissements médico-sociaux*, 28/03/2020.

virus ne circulait quasiment pas et qu'aucun cas suspect n'était déclaré sur la structure ? Quid du principe de proportionnalité ? Ce principe si fondamental : que ce soit en droit ou pour la pratique médicale.

Le fait que les soignants aient été alors invités par leurs autorités de tutelle à ne pas porter de masques chirurgicaux (alors que certains établissements en avaient encore potentiellement un mince mais existant stock propre) sous prétexte de leur non utilité mais afin de les économiser, comme dans l'impossibilité de se faire tester, peut-il suffire à justifier de telles recommandations ?

Recommandations qu'une équipe anxieuse, se sentant devenue le seul vecteur potentiel de contamination, peut avoir à cœur d'appliquer strictement dans un réflexe sécuritaire pouvant mener jusqu'à des isolements et mises sous contentions abusives, puisque bien des personnes ne sont bien évidemment pas en mesure de comprendre les consignes, alors même que de telles mesures ne paraissent manifestement pas proportionnées avec le risque réellement encouru. Ce d'autant plus que ces mêmes équipes, généralement peu formées en droit et moins encore en procédures psychiatriques, n'ont pas même nécessairement conscience que le fait de verrouiller une porte est une mesure d'isolement qui ne peut s'accomplir que sur prescription psychiatrique et/ou décision de l'autorité administrative.

Dans les faits, et dans des cas similaires, nombre de structures ont en réalité choisi, en dépit des préconisations, de ne pas confiner en chambre les résidents déambulant de telles unités alors que la situation sanitaire de la zone géographique ne le justifiait pas, afin de ne pas infliger une torture supplémentaire peu utile à ces personnes vulnérables déjà privées de leurs aidants naturels avec lesquels le maintien de la relation peut difficilement se faire via les outils numériques tant elle repose souvent presque exclusivement sur le tact.

Paramètres que les gouvernants qui souhaitaient ouvertement protéger ce public si fragile ne semblent par avoir suffisamment considéré lors de leur prime prise de décision, précédent l'avis¹⁰⁹ d'experts rendu le 14 mars 2020 par le Haut Conseil de Santé Publique au Directeur général de la santé qui sera suivi *a maxima* à savoir :

- Restreindre drastiquement voire interdire les visites dans les établissements d'hébergements collectifs dans lesquels des personnes à risque sont hébergées et remplacer ces visites par des moyens de communication alternatifs évitant les conséquences psychologiques de ces mesures d'exclusion.
- Interdire toute sortie aux personnes à risque résidant en hébergement collectif à l'extérieur de ces établissements.

¹⁰⁹ Haut Conseil de la santé publique, [Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de forme sévère](#), 14/03/2020.

L'on a donc ici le principe de l'isolement total à l'intérieur de la structure posé pour les EHPAD et qui ne sera levé partiellement que le 20 avril 2020¹¹⁰, soit vingt jours après que le CCNE ait rendu une réponse¹¹¹ plus nuancée à ce sujet visant à ne plus tant attenter aux libertés des personnes hébergées bien davantage qu'à celle de la population générale. Sorties donc permises mais sur demande préalable, accompagnées par un membre du personnel, et sur décision « exceptionnelle » du directeur d'établissement qui n'a donc bien évidemment pas toujours autorisé les sorties même dans le strict respect du décret du 16 mars 2020, loin s'en faut, même si la condition d'un personnel accompagnant est levé le 16 juin 2020¹¹².

Au 1^{er} octobre 2020, « Le principe général est toujours celui d'une limitation des sorties individuelles dans la famille aux situations exceptionnelles », donc de l'isolement, ou confinement, au sein de la structure ; au 1^{er} novembre 2020¹¹³, les mêmes sorties ne relèvent même plus de l'exception et sont simplement « suspendues », confinement général oblige, alors que, paradoxalement, les enfants de ces personnes peuvent se voir, dans le même temps, délivrer des attestations dérogatoires leur permettant de traverser la France entière quand bon leur semble pour motif familial impérieux.

Les "permissions de sorties" libéralement accordées par le gouvernement lors des fêtes de fins d'année aux résidents indemnes de contamination ont tout l'air d'une farce¹¹⁴. Si le résident choisit de partager un moment en famille, la contrepartie en est un isolement en chambre consécutif de sept jours assorti d'un test PCR et du port du masque en présence des professionnels. Tout l'art de ne pas interdire tout en décourageant autant que faire se peut les sorties tout en les déclarant « facilitées à titre exceptionnel ». Aussi les résidents eux-mêmes n'ont pas été dupes, rares sont ceux qui ont choisi de tout de même se rendre chez les leurs, et l'on a pu en entendre clairement répondre à leurs proches désireux de les recevoir à Noël : « Pour aller passer deux heures chez toi, je ne vais pas *encore restée enfermée* une semaine dans la chambre ! »¹¹⁵. De fait, même chez les plus solides psychologiquement, le souvenir du confinement en chambre semble avoir laissé des traces indélébiles, pour ne pas dire quelques séquelles.

110 Ministère des solidarités et de la santé, [Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins de longue durée](#), 20/04/2020.

111 CCNE, [Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD](#), 01/04/2020.

112 Ministère des solidarités et de la santé, [Retour à la normale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées \(EHPAD, USLD et Résidences autonomie\)](#), 16/06/20.

113 Ministère des solidarités et de la santé, [Consignes relatives aux visites et aux mesures de protection dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et les USLD](#), 01/11/2020.

114 Ministère des solidarités et de la santé, [Consignes relatives à l'organisation des établissements pour personnes âgées pendant la période des fêtes de fin d'année](#), 11/12/2020 ; applicable du 15/12/2020 au 05/01/2021.

115 Nous soulignons.

Le CGLPL étant encore impuissant à intervenir en ce qui concerne les EHPAD, qui ne sont toujours pas considérés comme des lieux de privation de liberté bien que les personnes y soient cette fois-ci dans les faits, toutes, tout à fait enfermées (ou pour le moins sommées de ne pas dépasser les abords immédiats de l'établissement¹¹⁶), c'est le Conseil d'État¹¹⁷, encore saisi par une association de familles, qui finit par contraindre les pouvoirs publics à revoir leur copie pour que ces personnes ne subissent plus une privation de liberté disproportionnée. Si le Ministère de la santé considère « qu'il n'est porté aucune atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale » au bout d'une longue année d'enfermement et après encore avoir réitéré le 28 janvier 2021 que « les sorties (...) sont suspendues (...) jusqu'à nouvel ordre »¹¹⁸, le Juge des référés ne considère pas les choses exactement de la même façon, mais eu égard seulement au tout nouveau statut vaccinal de la plupart des résidents.

Ainsi pour une liberté recouvrée¹¹⁹, ceux qui ont été les premiers, et les plus sévèrement confinés, se voient de nouveau les premiers à expérimenter le passeport vaccinal, au risque de se voir injustement refuser le droit de sortir¹²⁰, alors que l'exécutif feint encore de réfléchir à sa "future" mise en application. Liberté que l'on peut de toute façon craindre de fort courte durée puisque, même dans le strict respect du couvre feu, toute mesure de confinement local ou national induit le retour d'un régime de sorties contraint « sur décision exceptionnelle » et donc une fois encore la "règle" de l'isolement au sein de la structure ...

Faut-il en conclure que les personnes résidant en EHPAD ne bénéficient résolument pas du même degré de protection de leurs libertés individuelles que le reste de la population ? Si l'on se réfère à ce qu'en disait le CGLPL, demandant à pouvoir visiter ces établissements dès 2012, la situation n'ayant aucunement évoluée depuis :

En somme, la situation des EHPAD est exactement comparable aujourd'hui à ce qu'était celle des établissements pénitentiaires ou des établissements psychiatriques, avant l'institution du contrôle général. Les effets bénéfiques de celui-ci (contrôles et, au-delà, possibilités de contrôle qui suffisent à modifier les pratiques) n'ont pas été étendus aux établissements de personnes âgées.¹²¹

116 Exemple parfait de contention verbale.

117 Conseil d'État, *Décision 449759* du 3 mars 2021.

118 Ministère des solidarités et de la santé, *Adaptation des mesures de protection dans les EMS et USLD face à la propagation de nouvelles variantes du SARS-Cov-2*, 28/01/2021 ; encore téléchargeable à cette adresse : <https://www.fhf.fr/Autonomie/Actualites-FHF-AUTONOMIE/Covid-19-Adaptation-des-mesures-de-protection-dans-les-EMS-et-USLD-face-a-la-propagation-de-nouvelles-variantes-du-SARS-Cov-2> au 14/04/2021.

119 Ministère des solidarités et de la santé, *Allègement post vaccinal des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD*, applicable au 13 mars 2021.

120 Car, pour l'heure, l'on ne cherche nullement à savoir si la personne non vaccinée, donc toujours soumise aux restrictions précédemment en vigueur, a choisi en conscience des tenants et aboutissants de sa décision de refuser la vaccination ou si son médecin l'a jugée contre-indiquée. Le premier étant toujours "libre" de se raviser, le second, non.

121 CGLPL, *Rapport annuel de 2012*, p.293.

Pour la simple raison que les pouvoirs publics considèrent que les personnes n'y sont pas hébergées sous la contrainte et que donc leur libertés ne seraient pas pareillement menacées. Néanmoins lorsque l'on voit dans les faits leurs libertés bien plus atteintes que celles du commun des mortels, *sans le moindre contrôle*, l'on peut se demander s'ils ne seraient pas discriminés du simple fait qu'ils vivent en institution ?

La question peut se poser d'autant plus crûment si l'on songe à la façon dont sont envisagées en situation de crise les mesures de contention.

2- Épidémie et contention

2- a- Le problème pratique

Car dans le cas où l'établissement se voit effectivement touché par l'épidémie, la question de savoir si le risque de contamination présente un danger immédiat ou imminent pour la personne ou pour autrui se pose avec une terrible acuité.

Si la loi de 2016 ne visait aucunement à étendre les possibilités d'usage de la contention, les termes en lesquels elle est rédigée permettent en revanche d'en imaginer des usages qui ne soient pas directement liés à l'état psychiatrique de la personne mais qui visent simplement à éviter un dommage grave quel qu'il soit. En l'occurrence prévenir le risque d'une contamination potentiellement fatale. Ce d'autant plus qu'il est admis en gériatrie, où le but n'a toujours été que la sécurité, qu'une mesure de contention puisse être prescrite par un médecin non psychiatre, ni même gériatre.

Or, il est *a priori* évident qu'un résident contaminé déambulant dans un service représente un danger potentiel pour les autres et qu'un simple isolement en chambre n'est pas forcément une solution appropriée car l'on risque alors qu'il ne se mette en danger lui-même, se blessant en tentant d'en sortir, ou avec le mobilier ou les équipements, puisque ces structures ne sont absolument pas conçues pour permettre une mise à l'isolement dans de bonnes conditions. Aucune pièce n'étant prévue à cet effet, de plus, ni la loi, ni la moindre recommandation ne prévoit ce cas de figure.

La contention pourrait alors s'envisager, en forçant quelque peu les textes qui ne l'envisagent aujourd'hui effectivement que pour éviter la contamination de la personne elle-même, comme une solution pour protéger de lui-même celui que l'on ne peut mettre en isolement en chambre de façon sûre afin de protéger autrui en s'assurant qu'il y reste tout de même confiné. Les recommandations en cours depuis le 20 avril 2020 n'excluant pas la

possibilité d'un « confinement contraint en chambre » sans pour autant parler explicitement d'isolement, sur décision collégiale des personnels assurant la direction de l'établissement¹²², les « mesures de contention sont (...) à proscrire autant que possible et doivent être réservées à des hypothèses de protection du résident contre lui-même. Un avis médical, réévalué quotidiennement, est alors obligatoire » mais dans les faits, comme nous l'avons déjà longuement évoqué, cette réévaluation, même en temps normal, est déjà largement inappliquée.

En ce qui concerne l'isolement contraint en chambre, cette possibilité est encore réaffirmée par le protocole du 11 août 2020, tout comme celle de mises sous contention¹²³, certes non généralisées, contextualisées, au cas par cas, pour sauvegarder un semblant d'éthique. Le principe étant de préserver la proportionnalité de la décision, ce qui exclut tout usage systématique. La marque de la jurisprudence de 1997 étant toujours ici palpable.

Ce cas de figure, même s'il n'est pas question ici de remettre en cause la nécessité immédiate pour certaines équipes, ne sachant vraiment plus que faire, d'en arriver à de telles extrémités pour tenter de prévenir une hécatombe, si tant est que la personne en question déambule effectivement, pose néanmoins la question de la difficile possibilité de faire hospitaliser les résidents atteints des EHPAD lorsque des cas se déclarent.

Car si l'on souhaite éviter une propagation au sein de la structure, qui n'est d'ailleurs pas en mesure de traiter convenablement des cas sévères puisque le personnel médical est insuffisant (répétons le : pas de présence régulière de médecin, pas de personnel infirmier la nuit, peu de matériel) ni même d'établir un zonage correct (les architectures n'étant souvent pas adaptées) avoir cette possibilité, d'ailleurs actée pour le premier cas par un des derniers protocoles en date¹²⁴ sans qu'elle puisse toujours être réelle, changerait considérablement la donne¹²⁵.

La nécessité d'employer de telles mesures coercitives à des fins prophylactiques n'aurait évidemment pas la même actualité. Car l'on peut toujours se demander, même si cela s'avère nécessaire, s'il est juste d'en arriver à attacher une personne sous prétexte qu'elle ne

122 Nombre de structures n'ayant pas de médecin coordonnateur l'on peut donc s'inquiéter de la possibilité qu'aucun avis médical ne soit rendu dans certains cas dans la mesure où les infirmières ne sont pas toujours considérées comme du personnel de direction.

123 Ministère des solidarités et de la santé, [*Protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection des établissements médico-sociaux accompagnant des personnes à risque de forme grave de Covid-19, en cas de dégradation de la situation épidémique*](#), 11/08/20.

124 Ministère des solidarités et de la santé, [*Plan de lutte contre l'épidémie de covid-19 dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes à risque de forme grave de covid-19*](#), 01/10/20.

125 Dans les faits, au 2 novembre 2020 dans le Cantal, les services hospitaliers de gériatrie "réquisitionnaient" les lits vacants des EHPAD en allant jusqu'à appeler téléphoniquement les établissements dans l'espoir de délester leurs services, en sus des mails envoyés les semaines précédentes par l'ARS-ARA invitant à faire remonter le nombre de lits disponibles ; ce qui laissait supposer que ces services se préparaient activement à accueillir des patients atteints, mais ce qui laissait également augurer qu'ils n'aient peut-être pas suffisamment de place pour pouvoir accueillir les résidents des EHPAD, tout premiers cas qu'ils soient. Ce qui s'est vérifié par la suite : le pôle gériatrique du Centre Hospitalier étant devenu le mois suivant le plus important cluster du département. Aussi seuls les résidents dont l'état de santé l'a nécessité impérativement ont pu être hospitalisés.

puisse plus déambuler en sûreté dans un service dont c'est la raison d'être (si seule sa chambre vaut pour substitut du domicile, l'unité entière est son lieu d'habitation) parce que ses "colocataires", malades et contagieux, ne peuvent être isolés convenablement en milieu hospitalier.

Tout comme l'on peut se demander s'il est juste que son voisin ou un autre plus lointain, meure malade et contenu, contenu parce que malade, et donc privé des siens. Qui d'ailleurs désormais portent plainte contre l'établissement pour homicide involontaire, arguant que la contention tue au même titre que l'infection¹²⁶. S'il est fort peu probable que ces faits soient ainsi pénalement caractérisés, l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique subie dans de tels cas ne fait guère de doute, voire la négligence. Car il est tout aussi peu probable que cette personne ait bénéficié avant son décès des soins dont elle avait réellement besoin, ne serait-ce qu'en matière de prévention des risques induits par la contention. La direction désarmée, pour se défendre, semble considérer que « la contention n'est pas une maltraitance quand elle est évaluée par un médecin » et tente de s'abriter derrière le protocole qui pourtant, en théorie, ne permet que « la protection du résident contre lui-même ».

Ce, pour l'unique raison que le Ministère de la santé ne peut se montrer ouvertement en contradiction flagrante avec les textes régissant la contention préexistants¹²⁷, alors même que tous les rédacteurs "protocolaires" savaient pertinemment bien, au moment même où ils ont rédigé ces lignes, que l'enjeu réel était bel et bien, en pratique, précisément d'attacher celui qui ne risque plus rien puisqu'il est déjà contaminé et non l'inverse ! De fait, si négligence il y a, de qui est-elle le fait ?

Mais s'ouvrirait ici le débat sans fin sur la fermeture de lits et les suppressions de postes dans les hôpitaux publics de ces dernières décennies, comme celui de la capacité des pouvoirs publics à anticiper le risque pandémique autrement que par une inflation de protocoles, plus ou moins applicables, rédigés au coup par coup, qui sauvent certes les apparences d'un égal accès aux soins, rendant par la même la personne publique qu'est l'État, soupçonné de ne pas avoir mis en œuvre tous les moyens pour protéger la santé de chacun, inattaquable pour sa carence¹²⁸, alors que cette égalité est loin d'être effective partout et que ce n'est pas là le cœur de notre sujet.

126 BRASSART, Pauline, « [Tarn : à 93 ans, il meurt du Covid-19 dans son Ehpad après être resté attaché 15 jours à un fauteuil](#) », *La Dépêche.fr*, 9 avril 2021.

127 Par exemple les [Normes révisées relatives aux moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes](#) du Comité européen de la Prévention de la Torture et des traitements inhumains et dégradants (CTP) du 21 mars 2017 : « La mise sous contention de patients ne devrait être qu'une mesure prise en dernier ressort (ultimo ratio) afin d'empêcher qu'ils ne se blessent ou ne blessent autrui ». Or, une contamination ne peut pas être d'emblée assimilable à une blessure.

128 Conseil d'État, [Décision 439910](#) du 15 avril 2020 : Car ici c'est précisément la présence de protocoles, de conventions avec les hôpitaux, qui dédouane l'État de sa responsabilité lorsqu'il est accusé d'avoir provoqué, entre autres, un tri des patients admis à l'hôpital, puisque toutes situations sont théoriquement prévues.

Car si l'on revient précisément à celui-ci, c'est à dire à notre personne âgée habituellement contenue dans son EHPAD même épargnée par l'épidémie, que s'est-il passé pour elle lors du premier confinement ? Confinée dans sa chambre, rivée à son fauteuil, privée de ses proches, interdite de kiné ? S'il lui restait quelques capacités à la marche ce très long mois là n'a-t-il pas été suffisant pour qu'elle les ait perdues tout à fait ? D'autres se sont laissés mourir de solitude songerez-vous, c'est pire encore, certes. Il n'en reste pas moins qu'au plus fort de la crise, cette tendance sécuritaire déshumanisante a pu partout s'observer : la vie humaine réduite à être assimilée à celle d'un organisme métabolisant, qu'il convient de protéger, au détriment des relations qui lui sont pourtant constitutives.

Si les visites des proches ont certes été ré-autorisées à partir du 20 avril 2020¹²⁹, les conditions dans lesquelles elles l'ont été, si extrêmement encadrées, quasiment carcérales (à un ou deux mètres de distance, dans des espaces dédiés, au départ sous surveillance et souvent à travers un plexiglas ... sans contact...) ont fait que nombre de résidents ne se sont pas même rendu compte que leurs conjoints ou leurs enfants (leurs aidants les plus naturels, avec lesquels la relation est on ne peut plus *charnelle*) sont venus les voir. Comment dans de pareilles conditions prévenir efficacement les risques psychiques induits par la contention ?

Et le soignant face à cela, n'est-il pas alors susceptible de développer une nouvelle forme de culpabilité, celle de se voir accorder un droit exceptionnel, celui d'être le seul à pouvoir *de ses mains toucher le corps de l'autre*, sans réelle légitimité, sans raison véritable, en vertu du seul principe si humainement abscons de la nécessité de service, de sa seule qualité de professionnel. Tandis qu'il est chargé par ailleurs de refuser ce même droit, qui pourrait pourtant paraître inaliénable à bien des égards, aux plus proches apparentés de la personne, à ses plus intimes. Qui ne sont d'ailleurs pas nécessairement plus contaminants que lui. Et encore de veiller à ce que les distances soient respectées. Quid, une fois encore, du principe de proportionnalité ?

Quel principe peut justifier que seul le soignant puisse s'arroger un tel privilège ?

129 Les visites dans des espaces dédiés, sur rendez-vous, ont été préconisées du 20/04/20 au 16/06/20 ; un relatif retour à la "normale", visites en chambre, dans le strict respect des gestes barrières et donc sans contact, a pu être possible par endroit sur décision du chef d'établissement de juin jusqu'aux prémices de la deuxième vague, sous réserve que la structure soit épargnée ; du 01/10/20 au 05/03/21, le régime sur rendez-vous dans des espaces dédiés a de nouveau été préconisé. Le retour à la "normalité" dégradée, « dans le respect des gestes barrières » est permis depuis, selon l'appréciation de l'équipe de direction, du fait de la vaccination, et de l'intervention du Conseil d'État. Notons que les personnes non vaccinées sont censées être mises à l'isolement dès lors qu'elles ont eu de la visite !

Bien entendu, ces aménagements ne tiennent que dans la mesure où aucun nouveau cas positif parmi les résidents n'est détecté depuis 10 jours sur la structure, dans le cas inverse, si l'on s'en tient à tous les protocoles, hors cas particuliers, de trêve de Noël, de fin de vie ou de risque avéré de syndrome de glissement : les visites sont simplement suspendues, jusqu'au 12/05/21.

Date à partir de laquelle les visites ne sont suspendues qu'à partir de l'apparition d'un *cluster*, soit trois cas mais cette fois ci résidents et personnels confondus. Le plexiglas est désormais proscrit et les personnes non vaccinées ne sont plus isolées mais simplement testées en cas de visite.

Ministère des solidarités et de la santé, [Nouvelle étape vers un retour à la vie normale dans les EHPAD, les ULSD, et les résidences autonomie](#), 12/05/21

2- b- Le renversement théorique ?

Toujours est-il que, outre les drames qui se jouent, concrètement, encore aujourd'hui, derrière les portes plus ou moins closes des établissements ; sur un plan presque purement théorique, dès lors que la contention est franchement envisagée comme une méthode possible pour éviter de nouvelles contaminations même par le CCNE¹³⁰, la question qui se pose devient alors la suivante : Est-ce là réellement le signe d'une sagesse pratique ou simplement le symptôme des failles d'un système de santé ?

Lorsque dans l'urgence, face à une menace relativement grave, l'instance éthique suprême, malgré toutes les précautions qu'elle recommande, est en passe d'accorder à la contention le *statut de mesure conventionnelle de sécurité*, entérinant par la même la possibilité d'une toute nouvelle indication que le corps médical n'avait pas encore envisagée, n'ouvre-t-on pas alors une brèche dans laquelle bien des usages ultérieurs pourraient s'engouffrer ? Que pourrait-t-il alors se passer, par exemple, lors d'une prochaine épidémie grippale ou de gastro-entérite ? Qui, rappelons-le, peuvent aussi être des maladies fatales pour les plus âgés et les plus fragiles.

Car, si l'on fait abstraction de la tension qui pèse sur les services hospitaliers justifiant que l'intérêt particulier s'efface un temps au profit de l'intérêt général, la menace n'est que relativement grave. Relativement seulement, car si nous voulions nous faire l'avocat du diable, l'on pourrait rappeler que la majorité des résidents ayant contracté le virus s'en sont remis, certains n'ont développé aucun symptôme, d'autres en plein *cluster* n'ont pas même été contaminés ; d'ailleurs il est fort probable que, à l'échelle d'un service ou d'un établissement, certaines infections respiratoires d'origine virale ou bactérienne aient parfois tué presque tout autant lors des hivers précédents, sans que l'on prenne pour autant des mesures aussi restrictives, sans que personne n'y ait même songé ne serait-ce que l'espace d'un instant.

Jusqu'ici, la contention n'a jamais été pensée comme une méthode pouvant être utilisée pour lutter contre le risque infectieux dans les services de gériatrie. Sans nier, ni sous estimer, la mortalité très importante chez les plus âgés, le SARS-Cov2, bien que beaucoup plus contagieux, n'a tout de même pas un taux de létalité comparable à celui d'Ebola par exemple, aussi la question de savoir si une contamination doit être considérée, en soi, comme quelque-chose d'extrêmement grave, comme un danger immédiat ou imminent, peut toujours être posée.

Dès lors, que faire de cette équation de la contention, indépendamment de toute utilité

130 CNNE, *op.cit.*

thérapeutique, de toute nécessité impérieuse due à l'état de santé immédiat de la personne, de tout risque *avéré* de blessure imminente, devenue "devoir" de protection envers la communauté ? Prophylaxie nécessaire en quelque sorte. Cela peut paraître une question très secondaire, et pourtant, si l'on se souvient que, concernant la liberté d'aller et venir en institution, dont la contention est la privation la plus extrême :

Le principe de prévention (identification objective des risques prévisibles pour chaque résident en vue de les limiter) doit prévaloir sur le principe de précaution (évitement subjectif de tout risque non précisément identifié, englobant de manière indifférenciée tous les résidents).¹³¹

... cette question peut avoir une grande importance. Car même s'il n'est aucunement question pour le CCNE d'inciter à contenir systématiquement *tous* les résidents déambulant, puisque l'usage de la contention « ne saurait être décidé de manière générale et non contextualisée »¹³², il n'est tout de même pas exclu dans sa réponse, au cas par cas. Même si cela devait finalement conduire dans les faits à contenir *chaque* résident déambulant, dans la seule intention de protéger les autres d'un risque infectieux dont on peine à évaluer le degré de dangerosité¹³³, en dépit de tous les risques connus que cela comporte pour la personne elle-même.

Car il est bien évident que les soignants qui manquent déjà de temps pour accompagner convenablement de telles mesures en temps ordinaire, ici pris dans bien d'autres urgences, en disposent d'autant moins, quoi que puissent préconiser les uns et les autres comme la pile de protocoles et autres recommandations qui s'entassent sur les bureaux « des personnels assurant la direction de l'établissement » qui *in fine* seuls apprécient quelles restrictions il convient d'imposer au risque de l'arbitraire des décisions¹³⁴. D'ailleurs, le fait que cet usage ne soit pas systématisé garantit-il par là même qu'il soit proportionné ?

Ainsi, fondamentalement, le principe de précaution n'est-il pas tout de même en train de prendre insidieusement le pas sur le principe de prévention ? Avec ce possible renversement conceptuel, n'est-on pas là en train de banaliser encore davantage une pratique que l'on peine déjà à endiguer ? La contention n'ayant ici aucun autre but que de faire respecter par la force une mesure de « confinement contraint » autrement dit d'isolement

131 Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gériatrie, [Les bonnes pratiques en EHPAD](#), octobre 2007, p. 74

132 CNNE, *op.cit.*

133 Il est encore extrêmement difficile de trouver des chiffres fiables concernant le taux de mortalité chez les plus de 80 ans, selon les sources il pourrait être compris entre 7 et 11 %, voire entre 4 et 22 %, mais ces données sont à prendre avec des pincettes et à considérer avec prudence. Preuve que l'on baigne encore dans l'incertitude. A moins qu'il ne faille considérer que le risque est trop important dès lors qu'il tend à se compter en pourcent ?

134 Car bien souvent, les interlocuteurs des cellules de crise des ARS restent pareillement perplexes à propos des non dits et points obscurs, voire contradictoires, des mêmes protocoles sur lesquels ils s'appuient, les connaissant parfois bien moins que celui qui les appelle, et finissent par conclure : « de toute façon c'est à la libre appréciation du directeur d'établissement ».

factuel, au sens quasi-psychiatrique du terme. Sans qu'aucun psychiatre, ni même le JDL, ne soit consulté. D'ailleurs, le fait que la prescription individuelle soit établie par un médecin garantit-il contre toute maltraitance potentielle ?

D'un pur point de vue juridique, le médecin prescripteur, s'il n'est pas le coordinateur de l'établissement, se voit dans la situation de ne plus peser les bénéfices et les risques en vue de l'intérêt de son patient mais bien dans la position de celui qui veille à l'application de mesures de police sanitaire sans qu'aucune autorité administrative ne les aient ordonnées jusqu'à ce point. L'acte médical se faisant ici aussi acte de coercition ; non fondé.

Car aucun arrêté, aucun décret, n'a jamais été pris en ce sens, un protocole, qui en l'occurrence ne permet pas même cela, n'a pas force de loi. De surcroît aucun texte contraignant national ou international ne permet l'usage de la contention à de telles fins, sauf à les tordre au point de dévoyer l'intention même de leurs rédactions. Tandis qu'à l'inverse l'article 3 de la *Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme* du Conseil de l'Europe stipule on ne peut plus clairement que : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants. » Or, qu'est-ce que la mise sous contention lorsque l'état de santé de la personne elle-même ne le justifie nullement ?

3- Les manques

3- a- Le manque de moyens humains

Contenir quelqu'un est inhumain dès lors que c'est le moyen que l'on utilise pour pouvoir l'oublier dans un coin. Alors que d'en arriver à une telle extrémité, si cela s'avère nécessaire, requière au contraire une attention extrême et une présence accrue pour que cela soit supportable pour la personne. Une présence humaine redoublée. De là, si déjà en temps ordinaire l'on s'astreignait à véritablement respecter la recommandation de 2000, c'est à dire ni plus ni moins que donner aux personnes concernées les égards et l'attention qui leur sont dus, l'on contiendrait vraisemblablement déjà beaucoup moins puisqu'on ne pourrait plus considérer cela comme une solution commode et autorisée, voire de facilité.

Car en dépit des textes, ces mesures ne font pas figure d'exception. La question peut alors se poser de savoir si cette recommandation, ni contraignante, ni contrôlée, ne serait pas contre-productive par certains aspects. En effet, la contention ayant acquis une réelle légitimité depuis, lorsque le cadre est ne serait-ce que partiellement respecté, notamment en matière de prescription, cela permet son utilisation en toute bonne conscience, sans avoir à

trop s'interroger sur cette pratique. Il est d'ailleurs remarquable que presque personne ne questionne le fait que l'on sangle des personnes incapables de mobilisation puisque presque personne ne songe que cela puisse être un réel problème que les ceintures de contention et autres harnais soient perçus comme du matériel on ne peut plus habituel aux yeux des personnels soignants.

De là, il n'est pas surprenant que peu s'émeuvent de voir la contention utilisée dans une toute nouvelle indication qui ne comporte absolument plus aucun bénéfice mais uniquement des risques pour la personne. Possiblement uniquement par manque de personnel disponible pour patiemment raccompagner en douceur les personnes dans leurs chambres, voire y rester avec elles pour qu'elles soient moins tentées d'en sortir¹³⁵. Car depuis que le droit a saisi la question de la contention, la question d'un éventuel intérêt "thérapeutique" est devenue insignifiante voire illégitime¹³⁶, la question même de son indication médicale est devenue tout à fait secondaire face à la considération du danger supposé évitable¹³⁷, *in fine* seule est considérée la sécurité. L'argument médical, sur lesquels les tribunaux ne tranchent pour ainsi dire jamais¹³⁸, n'est rien en regard du dommage potentiel. En ce sens, l'on peut se demander si le souci de protection des libertés, qui a poussé l'évolution du droit, par ce changement de paradigme, n'entraîne pas dans certains cas des privations facilitées.

De plus, les formations renforcent encore cette légitimité en confortant les équipes dans l'idée que parfois elles n'ont pas d'autre choix, ce qui strictement médicalement parlant n'est que rarement le cas, la contrainte étant avant tout souvent structurelle. Alors même que beaucoup de soignants pensent tout de même qu'avec davantage de personnel l'on parviendrait à moins contenir¹³⁹, l'on peut se demander si finalement l'effet non désiré, ou pour le moins non avoué, des formations ne serait pas de tenter d'éviter les *burn-out* soignants à peu de frais sans donner les moyens de ne plus contenir ?

Car lorsque l'on parle de présence humaine redoublée pour prévenir les risques liés à cet usage, ce n'est pas qu'une manière de parler, c'est précisément ce que propose, même en temps ordinaire et sans même se poser la question des personnes contenues, le rapport

135 Sur ce point l'exclusion des familles n'arrange rien !

136 « Les moyens de contention sont des mesures de sécurité et y recourir à des fins thérapeutiques ne peut se justifier » selon les normes révisées du CPT de 2017.

137 Car dans le cas de la contamination en structure rien ne prouve que de contenir certains résidents évite véritablement que le virus ne se propage, les personnels sont tout autant susceptible d'être vecteurs de contamination si l'on en croit les cellules de crises des ARS. De plus, puisque la contagion par aérosol semble se démontrer, dès lors que plusieurs cas se déclarent, quoi que l'on fasse, le virus n'est-il pas déjà plus ou moins présent dans toute l'unité ?

138 L'examen de la jurisprudence française relative à la psychiatrie, où les plaintes pour contention abusive sont plus communes, montre une nette tendance des juges à épinglez des maintiens de contention non conforme au regard des procédures, durée, manque de réévaluation, etc., sans remettre en cause le bien fondé initial de la mesure, l'argument médical est non nécessaire en ce sens qu'*a priori* le médecin semble toujours avoir eu raison de mettre en place une contention ; ou pour le moins, que le juge ne s'estime pas compétant pour se prononcer sur ce point.

139 59,3% des répondants pensent qu'avec davantage de personnel l'on parviendrait à moins contenir. Réponse question 30, annexe 4, p.124.

parlementaire de 2018 relatif aux EHPAD ; non pas doubler le nombre absolu de personnels mais doubler le nombre de personnels soignants directement au contact des personnes :

Rendre opposable une norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) de 0,6 (soit 60 ETP pour 100 résidents), dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel.¹⁴⁰

Proposition qui ne vise qu'à rendre le temps des toilettes et des repas humainement acceptable. A atténuer le risque de maltraitances institutionnelles. Faudrait-il envisager de surcroît de doubler pareillement ou d'augmenter conséquemment le taux d'encadrement en matière d'agents de service, animateurs, kinésithérapeutes et autres psychologues qui sont eux aussi au contact direct des personnes pour que les mesures de contentions puissent être enfin partout, sinon bannies, pour le moins bien conduites ?

De fait, depuis 2018 aucune augmentation substantielle du taux d'encadrement ne s'est observée et ce manque chronique de personnel explose aux yeux du grand public à la faveur de la crise. Sous la pression des familles traumatisées, la presse et les médias s'alarment soudainement des conditions "indignes" dans lesquelles meurent les résidents terrassés par la maladie alors que bien peu s'alarment des conditions tout aussi peu "dignes" dans lesquelles certains vivent bien trop souvent en temps ordinaire, ce, malgré le souci de bien faire et l'humanité de l'immense majorité des équipes.

L'on pourrait espérer que cette prise de conscience s'accompagne de mesures radicales visant à remédier à la situation. Néanmoins, ce serait vite oublier que la même prise de conscience avait eu lieu lors de la canicule meurtrière de 2003 sans que cela soit suivi d'autres effets notables que de nouveaux protocoles estivaux et l'achat de quelques climatiseurs. Le personnel quant à lui semble toujours coûter bien trop cher.

Malgré les immédiates revalorisations salariales visant aujourd'hui dans l'urgence à éviter la fuite de personnel soignant, il est à craindre que cela ne soit pas tout à fait suffisant pour rendre les métiers paramédicaux en EHPAD bien plus attractifs, car ce qui pousse les personnels à éviter avec grand soin ces structures ou à changer d'orientation, outre la difficulté intrinsèque d'être confronté plus que quiconque à la finitude irrémédiable, sont bien plutôt les conditions d'exercice dégradées que le manque à gagner. C'est à dire précisément ce taux d'encadrement insuffisant qui ne peut que laisser un goût amer de travail mal fait.¹⁴¹

140 IBORRA, Monique, FIAT, Caroline, *op. cit.*, p.32.

141 La [*Proposition de loi n° 2714 instaurant un taux d'encadrement responsable dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*](#) déposée à l'assemblée en février 2020 pour rendre immédiatement opposable le taux d'encadrement soignant de 0,66 ETP, comme celui d'un taux nocturne d'un aide-soignant pour vingt-cinq et d'un infirmier pour cent, est pour l'heure au point mort. Même si cette proposition venait à être adoptée, il est à craindre que ce ratio, comme celui précédemment proposé par le *Plan solidarité*

Certes les possibilités de convention de partenariat avec les groupements hospitaliers de territoire et leurs filières gériatriques se multiplient actuellement pour tenter de répondre à certains manques de prise en soin (soins palliatifs, suivis psychiatriques, équipe mobile d'hygiène, télémédecine, astreintes infirmières nocturnes, etc.). Néanmoins, si elle a son utilité en matière d'expertise, cette mutualisation, d'ailleurs parfois difficile à mettre pratiquement en œuvre et soupçonnée de renforcer encore certaines inégalités territoriales, n'entraîne pas vraiment davantage de présence concrète auprès des personnes, ni d'attention de personnels qui véritablement s'intéressent à eux. Bien au contraire, puisque précisément bien des fonctions essentielles tendent à ne plus être pensées que sur le mode de l'externalisation. Cela ne résout donc en rien le problème crucial de l'accompagnement au quotidien.

3- b- Le manque de financement et de perspective d'avenir

Tandis qu'en recrutant véritablement deux fois plus, l'on contiendrait sûrement beaucoup moins. Même si cela n'était qu'un effet secondaire, bien que désirable, de la proposition. Mais ici se pose la redoutable question du financement que les pouvoirs publics se posent d'ailleurs de longue date sans toutefois parvenir à y répondre véritablement. Car il est impensable de faire payer davantage ceux qui n'arrivent déjà que péniblement à financer leur hébergement. La réforme de l'aide sociale ne semble pas suffisante, si elle peut certes soulager certaines familles, elle n'engendre pas d'augmentation des effectifs. La possible création d'un cinquième risque de sécurité sociale, parmi d'autres pistes envisagées, a pu être avancée, abandonnée, remise sur le tapis... Les personnels politiques y pensent donc, tergiversent, ajustent les dispositifs existants, ressassent la question, sans que rien ne se passe. En attendant, l'État se défausserait-il sur des équipes désarmées ?

Car si la *Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, s'intéresse particulièrement, pour respecter le choix des personnes, à faciliter le maintien à domicile, le mieux et le plus longtemps possible, avec succès, elle reste fort peu signifiante en ce qui concerne les établissements. Qui ne peuvent que constater conséquemment une tendance d'autant plus marquée : désormais les personnes tendent à rentrer en *dernier recours*, et donc à contre-cœur, voire en détresse, dans des états de dépendance physique ou psychique de plus en plus prononcée. Tendance encore parallèlement renforcée par la fermeture de lits, et donc le manque de place, en USLD, services hospitaliers

grand âge sans qu'il soit opposable de 1 pour 1 toutes catégories de professionnels confondues, ne puisse être atteint, non seulement par crise de vocation dans ces professions, mais principalement par manque de financement suffisant.

destinés à accueillir les personnes ayant les besoins médicaux les plus importants. Sans donc que le taux d'encadrement n'augmente en conséquence¹⁴². Ceux qui entrent de manière volontaire en relativement bonne santé pour rompre leur isolement, par désir de socialité, se raréfiant au fil des ans. De là, faut-il s'étonner si les EHPAD redeviennent peu à peu les "mouroirs" du passé tant décriés ?

Les personnes encore relativement indépendantes étant plutôt incitées aujourd'hui à se diriger vers des résidences autonomie (alors même que dans les décennies précédentes l'on a converti massivement des foyers logement en EHPAD), n'est-ce pas là les vouer à devoir encore changer de lieu de vie si d'aventure elles perdent lourdement en capacité en l'espace de quelques années, voire de quelques mois seulement ? Les décideurs ont-ils l'idée de la perte de repères parfois catastrophique que peuvent générer de tels déménagements ?

Si une marche arrière sur certains points est nécessaire, ne devrait-on pas plutôt revoir radicalement la densité des établissements, les réduire à taille humaine, n'excédant pas une soixantaine de résidents, idéalement pas plus d'une trentaine, tout en favorisant au contraire l'hétérogénéité des degrés de dépendance et des pathologies ? Non seulement pour maintenir une charge de travail absorbable par les professionnels, mais aussi et surtout afin que ceux qui y entrent en forme puissent se dire que, quoi qu'il advienne, ils ne seront pas de nouveau contraints à déménager. Mixité qui permettrait aux plus vulnérables de côtoyer encore et toujours des personnes plus alertes qu'eux, comme aux plus alertes de se rendre compte qu'ils pourront toujours être ici chez eux.

Ce, sans que l'extrême vulnérabilité des uns ne soit d'emblée trop effrayante pour les autres. Car dans l'état actuel des choses, la dépendance rencontrée en institution effraie. Dès le premier regard, particulièrement celui, aiguisé, des personnes âgées les plus lucides, ce d'ailleurs qu'elles soient en perte d'autonomie ou non. Non pas tellement que la vulnérabilité d'un tel ou d'une telle soit si effrayante en soi, mais bien parce que les vulnérabilités diverses et variées sont ici *massivement* concentrées, comme trop de souffrances accumulées.

Or, à l'inverse, des lieux accueillants, où par une proximité non écrasante des liens de solidarité entre les uns et les autres puissent se créer, au sein de tous petits établissements

142 Les grilles AGGIR, qui déterminent le degré de dépendance des personnes, sont conçues d'une telle façon que lorsque les médecins les remplissent, des personnes physiquement très aptes, même atteintes de démences prononcées, peuvent parfois se retrouver classées en Groupe Iso Ressource (GIR) 4 voire 5 ; soit un groupe de dépendance minimal (le GIR 1 étant celui de la dépendance maximale, le GIR 6 celui de l'autonomie complète). Le GIR Moyen Pondéré (GMP) et le PATHOS (qui mesure les niveaux de soins nécessaires) Moyen Pondéré (PMP) déterminant, d'après une équation complexe, la dotation en postes en soignants dévolue à l'établissement, autrement dit, l'enveloppe budgétaire financée par la collectivité incluant le forfait soin pris en charge par l'assurance maladie via les ARS et le tarif dépendance généralement compensé par l'APA allouée par les conseils départementaux.

L'on voit donc pourquoi, malgré les divers ajustements des grilles, le taux d'encadrement soignant (dont le ratio est de toute façon décidé *a minima* non selon une norme législative mais réglementaire définie selon l'usage moyen des structures qui doivent présenter un budget à l'équilibre) qui certes augmente petitement puisque le degré de dépendance augmente dramatiquement, n'augmente tout de même pas aussi conséquemment que le besoin en accompagnement réel des résidents.

chaleureux, à dimension "familiale", où chacun aurait sa place et l'espace pour respirer, y compris celui de se perdre et se retrouver, pourrait participer à faire en sorte que l'entrée en maison de retraite, et non en EHPAD, puisse de nouveau être *désirable*. Toute la différence qu'il pourrait y avoir, y compris dans les termes, entre un véritable foyer et une "usine à vieux" ...

Bien sûr, ceci aurait un coût colossal puisque précisément aujourd'hui le point d'équilibre financier d'un établissement, en sous effectif chronique, se situerait autour d'un minimum de quatre-vingts résidents¹⁴³. Si ces données sont chiffrées, on ne mesure malheureusement pas de la même façon à partir de quel degré de concentration de population et de déficits agglutinés la maltraitance institutionnelle devient exponentielle. De plus, du point de vue des directions, même si c'est humainement déplorable et qu'elles le dénoncent depuis des décennies, il est encore rationnellement bien plus avantageux, si la logique est pragmatique voire comptable, de laisser glisser ses pensionnaires dans la dépendance que de promouvoir leur autonomie puisque la dotation en postes soignants se calcule toujours en fonction du degré de dépendance et non en fonction de la qualité de vie¹⁴⁴. Ainsi le "laisser faire" reste encore pour l'heure davantage encouragé par les politiques publiques de financement.

Pourtant il est manifeste que plus la structure est grande, plus les personnes qui la peuplent sont en perte d'autonomie, moins l'adaptation à la singularité de chaque personne sera facilitée. Or, pratiquement, les alternatives à la contention ne peuvent être efficacement mises en œuvre qu'à proportion de la capacité des équipes à se réorganiser en fonction des particularités des personnes accueillies. En considérant l'altérité irréductible de chacun. De là, sous couvert de sécurité, la contention du sujet âgé (qui tout âgé qu'il soit n'en demeure pas moins un sujet de droit) rencontrée au delà de certaines nécessités médicales ne doit-elle pas être aussi regardée comme un épiphénomène du problème sociétal de la prise en charge de la dépendance liée au grand âge ?

Car un véritable choix de société semble devoir s'imposer ici, les contribuables que nous sommes sont-ils prêts à payer le prix pour que l'accompagnement des aînés dans la vieillesse, et parfois la maladie tout à la fois la plus attendue et la plus déroutante qui soit, soit enfin considéré comme une mission prioritaire au même titre que l'éducation des enfants par

143 CCNE, Avis 128, p.29.

Ceci peut s'expliquer en considérant que les personnes accueillies soient 40 ou 80 cela ne change à peu près rien au nombre d'administratifs, cuisiniers, animateurs, agents techniques, veilleurs de nuits nécessaires sur la structure ; aussi l'augmentation de la capacité d'accueil est, en quelque sorte, une autre façon commode, et économique, de mutualiser les services même si cela se fait au détriment de la qualité de l'accompagnement.

144 IBORRA, Monique, FIAT, Caroline, *op. cit.*, p.38.

exemple ? Même si, à l'inverse de l'éducation des jeunes, cette mission ne peut que coûter beaucoup, beaucoup, plus cher à la solidarité nationale qu'elle ne sera jamais susceptible de rapporter à la communauté. A moins que la communauté ne parvienne un jour à considérer comme une immense richesse une attention altruiste qui n'attende absolument rien en retour ?
Pur désintéressement.

Mais une fois posée cette indéniable responsabilité collective, (re)devenue soudainement sujet médiatique de débat public, le sujet soignant ne court-il pas alors le risque, devant ce constat accablant, de s'avouer vaincu d'avance face à tant d'inertie ? D'abdiquer, de ne pas faire tout ce qui est en son pouvoir pour cet autre qu'il contient, considérant un peu vite que les pouvoirs publics ne en lui donnent pas suffisamment les moyens ? Ne risque-t-il pas d'être lui aussi tenté d'accuser l'État de sa carence comme pour mieux s'excuser lui-même de sa propre défaillance ?

La volonté subjective est parfois si fragile que, si l'on ne prend pas grand soin de la préserver, les obstacles accumulés sont susceptibles de la consumer. Comment faire pour que chacun, pris dans cet entrelacs de causes et d'effets, puisse rester conscient de son *intime responsabilité* ? D'où la nécessité de toujours se laisser ressaisir de cette piqûre de rappel itérative qui persécute.

Vous savez ce qu'ils me font ici ? Ils me font dormir dans un sac !¹⁴⁵

¹⁴⁵ Dires d'Annette.

Conclusion

Les vieux que l'on contient sont-ils condamnés à demeurer les sans voix ?

L'éthique dans le soin, si son importance est cruciale, à elle seule ne peut suffire. Car, dans l'état actuel des choses, en ce qui concerne les libertés individuelles, la loi est bien moins protectrice envers les personnes âgées désorientées qu'envers leurs puînés soignés pour des troubles psychiatriques. Le contraste est saisissant : si exigeante dans un cas ; si silencieuse dans l'autre... Si les privations extrêmes endurées pendant la crise sanitaire ont mise la question de l'atteinte aux libertés des sujets âgés vivant en institution sur le devant de la scène, induisant ainsi une prise de conscience collective, il faut espérer qu'un relatif retour à la normale ne la fasse pas fondre comme neige au soleil.

Il est toutefois rassurant de constater que face à l'isolement et à l'exclusion des familles, seul œil extérieur susceptible de scruter quelque peu ces structures en temps ordinaire, des voix s'élèvent de nouveau pour qu'une instance de contrôle, le CGLPL, ou une autre autorité propre aux EHPAD, puisse enfin avoir un regard sur ce qui se passe dans ces établissements¹⁴⁶. Ce serait déjà un premier pas, voire une nécessité, pour protéger plus efficacement les libertés des personnes accueillies en général. Mais pour véritablement protéger en particulier les personnes contenues et les prémunir des abus, il paraît également nécessaire que ces possibilités de visites soient assorties *a minima* d'une nouvelle recommandation de la HAS, propre aux EHPAD, applicable, c'est à dire instaurant une fréquence de réévaluation/prescription graduelle plutôt que journalière pour les mesures de contention¹⁴⁷, et contrôlée.

Idéalement inscrire dans la loi une limite de durée de prescription. Ainsi rendre l'absence de réévaluation véritablement punissable.

Toutefois le droit ne peut pas tout non plus, les contraintes structurelles pèsent tant sur les équipes, le manque d'effectif est si chronique, qu'en cas de dégradation due à une situation exceptionnelle, le pragmatisme veut que même les plus éminents des penseurs en éthique de la santé, comme les médecins les plus spécialistes, en viennent à produire des écrits qui légitiment l'usage de contention dans une nouvelle indication du fait du seul manque de ressources¹⁴⁸, y compris humaines.

146 Notamment celle de la Défenseure des droits dont le tout récent [Rapport Les droits fondamentaux des personnes accueillies en EHPAD](#) du 4 mai 2021 préconise que les ARS surveillent enfin activement les restrictions aux libertés et encore « de diligenter une mission de l'IGAS sur le recours aux mesures de contention », p.25 ; ainsi qu'instaurer « un droit de visite quotidien », p.27.

147 Par exemple toutes les 24h la première semaine, toutes les 72h la deuxième, hebdomadaire les six mois suivant, mensuelle ensuite ou strictement limité à la durée d'une non-autorisation à l'appui en cas de fracture.

148 [Le document et l'algorithme décisionnel](#) produit par la Société Française de Gériatrie et Gérologie en avril 2020 montre clairement que la contrainte architecturale peut aussi à elle seule en temps de crise conduire à des contentions.

Pourtant le rôle du philosophe n'est-il pas précisément aussi de rappeler, lorsque la crise bouleverse les repères de chacun, à l'instant même où la considération de la sécurité sanitaire risque d'occulter le fait que *l'existence humaine est essentiellement relationnelle*, que ce que la puissance publique peut imposer dans l'intérêt général se doit encore d'être évalué à l'aune du *sens premier* : du lien éthique qu'aucune loi ne saurait faire ou défaire ? Le seul lien qui véritablement nous attache. De rappeler, à l'heure où l'altérité est perçue comme une menace, la signification première du *pour l'autre*.

Sens premier, sens éthique ou encore sixième sens, qui devrait aiguiller le soignant dans sa pratique même la plus quotidienne. Autrement dit, lorsque la société entière maintient dans une situation d'impuissance, s'il faut certes exiger des moyens, dans cette attente peut-être vaine, il convient de ne pas renoncer pour autant à faire usage de l'immense pouvoir qui reste de donner à cet autre sa place dans le monde. Par la signifiante du « Dire » et la puissance du « Dit ». Lui procurer ainsi un espace de liberté véritable, celui qui s'ouvre par la présence et la parole. Faire usage, avant toute autre, de la "contention humaine", emprunte d'attention et de langage, cet autre lien qui peut rendre inutile, ou pour le moins moins blessant, celui qui retient autrui à un meuble.

Ainsi *se laisser saisir du sens éthique* semble le pré-requis nécessaire, peut-être même la posture idoine, pour parvenir à mieux accompagner cet autre, ainsi que tous les autres, y compris dans la contrainte, avec *humanité*.

Bibliographie

Ouvrages

- ARISTOTE, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Le livre de poche, collection biblio essai, 1992.
- BASTIANI, Flora, *La Conversion Éthique*, Paris, L'Harmattan, collection La philosophie en commun, 2012.
- BIOY, Xavier, *Droits fondamentaux et libertés publiques*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ-Lextenso, collection Cours, 2018.
- FOUCAULT, Michel, *Histoire de la folie*, Paris, Gallimard, collection Tel, 1972.
- FOUCAULT, Michel, *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard, collection Tel, 1975.
- JANKELEVITCH, Vladimir, *Traité des vertus*, Paris, Flammarion, collection Champs, 1983.
- KANT, Immanuel, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Delagrave, 1985
- LEVINAS, Emmanuel, *Autrement qu'être ou au delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, collection biblio essai, 2001.
- LEVINAS, Emmanuel, *Le temps et l'autre*, Paris, Presse Universitaire de France, collection Quadrige, 2004.
- LEVINAS, Emmanuel, *Totalité et infini - Essai sur l'extériorité*, Paris, le livre de poche, collection biblio essai, 2001.
- LEVINAS, Emmanuel, *Éthique et infini – Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris, le livre de poche, collection biblio essai, 2018.
- PLESSSI, Amandine, *Analyse de la pratique de la contention et du rôle du médecin traitant dans deux EHPAD de la région bordelaise en juin 2018*. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02064935, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02064935/document>.
- RICŒUR, Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil collection Points essais, 1990.
- THERON, Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, collection Aide-Mémoire, 2017.

Textes juridiques, avis, alertes, recommandations, rapports, protocoles

- LEGIFRANCE [en ligne] pour tous les décrets et articles extraits des Codes consulté en ligne le 14/10/2020, URL : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/2016-01-28.
- Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé, *L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie*, Service Évaluation en Établissements de Santé, juin 1998, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>.
- Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé, *Limiter les risques de contention physique de la personne âgée*, Service Évaluation en Établissements de Santé, octobre 2000, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé, *Bonne utilisation des barrières de lit*, Mise au point, janvier 2006, consulté en ligne le 01/06/2020, URL: https://framework.agevillage.com/documents/old_images/AgeNet/upload/documentation/lits06.pdf.
- Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé, *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique*, février 2010, consulté en ligne le 01/06/2020, URL: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Recommandations%20contentions.pdf>.

Comité Consultatif National d'Éthique, *Avis n° 128, Enjeux éthiques du vieillissement*, 15/02/2018, consulté en ligne le 01/06/2021, URL: https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_128.pdf.

Comité Consultatif National d'Éthique, *Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les EHPAD et les USLD*, 01/04/20, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne-reponse_a_la_saisine_du_26.03.20_renforcement_des_mesures_de_protection_en_ehpad_et_usld_0.pdf.

Comité européen de la Prévention de la Torture et des traitements inhumains et dégradants, *Normes révisées relatives aux moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes*, 21/03/2017, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016807001c4>.

Conseil d'État, *Décision 439910 du 15 avril 2020*, consulté en ligne le 05/11/2020, URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000041807017/>.

Conseil d'État, *Décision 449759 du 3 mars 2021*, consulté en ligne le 05/11/2020, URL : [Conseil d'Etat, 03/03/2021 449759](https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000030468382/).

Conseil Constitutionnel, *Décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020*, consulté en ligne le 01/06/2020, URL: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/201071QPC.htm>.

Conseil Constitutionnel : *Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010*, consulté en ligne le 14/10/2020, URL: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2020/2020844QPC.htm>.

Cour Administrative d'Appel de Nancy, 3^{ème} chambre - formation à 3, 14NC00039, 09/04/2015, consulté en ligne le 01/06/2020, URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000030468382/>.

Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 10^{ème} chambre, n° 09/04252, 15/02/2012, consulté en ligne le 01/06/2020, URL : <https://www.doctrine.fr/d/CA/Aix-en-Provence/2012/R27C71AFE76080D4E91D6>.

Cour de Cassation, Chambre criminelle, n° de pourvoi 95-84.852, 06/08/1997, consulté en ligne le 01/06/2020, URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007573972>.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activité 2012*, Paris, Dalloz, Collection Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2013.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, Dalloz, 2016, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Rapport d'activité 2018*, Paris, Dalloz, Collection Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2019.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Recommandations en urgence du 25 mai 2020 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives à l'établissement public de santé mentale Roger Prévot de Moisselles (Val-d'Oise)*, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2020/06/joe_20200619_0150_0094.pdf.

Le Défenseur des droits, *Rapport Les droits fondamentaux des personnes accueillies en EHPAD*, 04/05/2021, consulté en ligne le 01/06/21, URL : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/279745.pdf>.

Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, *Les bonnes pratiques de soins en Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes*, octobre 2007, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, *L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), édition 2015*, Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, Rapports publics, data, Dress [en ligne] téléchargeable à cette adresse le 01/06/2021, URL : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P.432.587.

Haute Autorité de Santé, *Isolement et contention en psychiatrie générale - Recommandation de bonne pratique*, 20 mars 2017, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale.

Haut Conseil de la santé publique, *Avis provisoire Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de forme sévère*, 04/03/20, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : <https://sfgg.org/media/2020/03/avis-relatif-a-CC%80-la-prise-en-charge-des-patients-a-CC%80-risque-de-forme-se-CC%81ve-CC%80re-de-covid-19.pdf>.

IBORRA, Monique, FIAT, Caroline, *Rapport d'information : Les Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes*, Commission affaires sociales, Assemblée nationale, 14 mars 2018, consulté en ligne le 01/06/2020, URL : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769_rapport-information.pdf.

Ministre des affaires sociales de la santé et de la ville, *Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux* : consulté en ligne le 14/10/2020, URL : <https://www.requa.fr/documents/projets/circulaire-veil--1317213535.pdf>.

Ministère des solidarités et de la santé, « Arrêt de l'utilisation du dispositif Securidap », *Message d'Alerte Rapide Sanitaire, MARS n°2017_17*, 21/07/2017, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : <https://framework.agevillage.com/documents/pdfs/Arret%20de%20l'utilisation%20du%20Securidrap.pdf>.

Ministère des solidarités et de la santé, *Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins de longue durée*, 20/04/20, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_relatif_aux_consignes_applicables_sur_le_confinement_dans_les_essms_et_unites_de_soins_de_longue_duree.pdf.

Ministère des solidarités et de la santé, *Respect de la liberté d'aller et venir des patients dans les services de psychiatrie en période de déconfinement*, 02/06/20, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_lav_psy.pdf.

Ministère des solidarités et de la santé, *Retour à la normale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, USLD et Résidences autonomie)*, 16/06/20, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-retour-normale-etablissements-hebergement-pa-covid-19.pdf>.

Ministère des solidarités et de la santé, *Protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection des établissements médico-sociaux accompagnant des personnes à risque de forme grave de Covid-19, en cas de dégradation de la situation épidémique*, 11/08/20, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-mesures-protection-etablissement-medico-sociaux-degradation-epidemie-covid.pdf>.

Ministère des solidarités et de la santé, *Plan de lutte contre l'épidémie de covid-19 dans les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes à risque de forme grave de covid-19*, 01/10/20, consulté en ligne le 14/10/2020, URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_de_lutte_contre_le_covid_covid_esms.pdf.

Ministère des solidarités et de la santé, *Consignes relatives aux visites et aux mesures de protection dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées et les USLD*, 01/11/2020, consulté en ligne le 05/11/2020, URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid_19_-_actualisation_consignes_visites_ehpad.pdf.

Ministère des solidarités et de la santé, *Consignes relatives à l'organisation des établissements pour personnes âgées pendant la période des fêtes de fin d'année*, 11/12/2020 ; consulté en ligne le 01/06/2021 URL : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid19_ehpad_-_protocole_fetes_de_fin_d_annee_vf.pdf.

Ministère des solidarités et de la santé, *Adaptation des mesures de protection dans les EMS et USLD face à la propagation de nouvelles variantes du SARS-Cov-2*, 28/01/2021 ; encore téléchargeable à cette adresse : <https://www.fhf.fr/Autonomie/Actualites-FHF-AUTONOMIE/Covid-19-Adaptation-des-mesures-de-protection-dans-les-EMS-et-USLD-face-a-la-propagation-de-nouvelles-variantes-du-SARS-Cov-2> au 14/04/2021.

Ministère des solidarités et de la santé, *Allègement post vaccinal des mesures de protection dans le EHPAD et les USLD*, applicable au 13 mars 2021, consulté en ligne le 01/06/2021 URL: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allègement_post_vaccinal_des_mesures_de_gestion_ehpad_et_usld.pdf.

Ministère des solidarités et de la santé, *Nouvelle étape vers un retour à la vie normale dans les EHPAD, les USLD, et les résidences autonomie*, 12/05/21, consulté en ligne le 01/06/2021 URL: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20210512_nouvelle_etape_vers_un_retour_a_la_vie_normale_dans_les_ehpad_usld_et_residences_autonomie-2.pdf

PAUGET, Éric, *Proposition de loi n° 2714 instaurant un taux d'encadrement responsable dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Assemblée Nationale, février 2020, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b2714_proposition-loi#D.

Société Française de Gériatrie et Gérontologie, *Personnes âgées et troubles psycho-comportementaux-COVID19 - Mesures organisationnelles - Groupe UCC-UHR*, avril 2020, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : <https://sfgg.org/media/2020/04/mesures-organisationnelles.pdf>.

Articles

BERTHES, Christophe et al., « Le résident bouc émissaire en EHPAD », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 2013, volume 13, n° 78, p. 344-349.

BIGA, Julie et al., « Contentions physiques en maison de retraite », 2004, *La Presse Médicale*, n°33.

BRASSART, Pauline, « Tarn : à 93 ans, il meurt du Covid-19 dans son Ehpad après être resté attaché 15 jours à un fauteuil », *La Dépêche.fr* [en ligne], 9 avril 2021, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : <https://www.ladepeche.fr/2021/04/09/tarn-la-famille-dun-resident-decede-dans-un-ehpad-a-mazamet-porte-plainte-pour-homicide-involontaire-9477915.php>.

Centre National de Recherche Textuelle et Linguistique [en ligne], *Lexicographie-contention*, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : <https://www.cnrtl.fr/definition/contention>.

Conseil National de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale, [en ligne], *Histoire de l'hôpital et prise en charge des personnes en situation de pauvreté*, 2009, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : <https://www.cnle.gouv.fr/histoire-de-l-hopital-et-prise-en.html>.

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », 2016, *Les dossiers de la DREES*, n°5, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>.

KALPOUZOS, Gregoria ; EUSTACHE, Francis ; DESGRANGES, Béatrice, « Substrats cérébraux du déclin de la mémoire épisodique : contrastes entre vieillissement normal et maladie d'Alzheimer », 2010, *Revue de neuropsychologie*, volume 2, n°2, consulté en ligne le 01/06/2020, URL : <https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-2-page-114.htm>.

Ressources vidéo

MARMET, Thierry, « Vieillir sans retenue », conférence prononcée à Toulouse le 4 Novembre 2019 dans le cadre de la journée d'étude *Contention et relation de soin* organisée par les étudiants du Master Éthique du soin et de la recherche, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : https://www.youtube.com/watch?v=P9_PZh0h7HM.

MAYET, Raphaël, « Contentieux de la contention », conférence prononcée à Toulouse le 4 Novembre 2019 dans le cadre de la journée d'étude *Contention et relation de soin* organisée par les étudiants du Master Éthique du soin et de la recherche, consulté en ligne le 01/06/2021, URL : https://www.youtube.com/watch?v=yfDrmgH_4g.

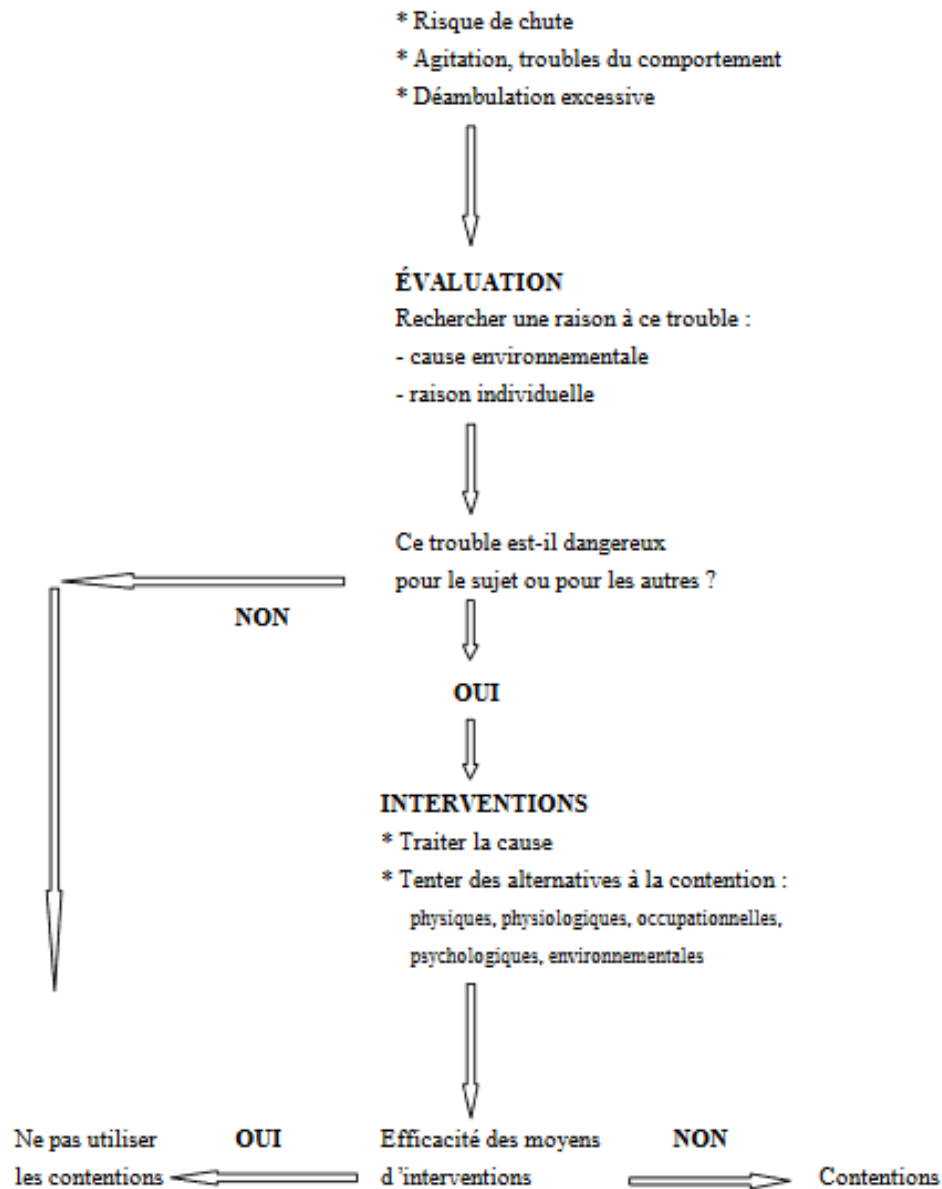
Table des annexes

Annexe 1- Algorithme décisionnel ANAES	105
Annexe 2- Diaporama de synthèse de formation	106
Annexe 3- Questionnaire aux soignants	114
Annexe 4- Réponses au questionnaire en ligne	118

Annexe 1 - Algorithme décisionnel ANAES 2000

Limiter les risques de contention physique de la personne âgée

ANNEXE 1. ALGORITHME DÉCISIONNEL



Synthèse de la formation sur la contention

DEFINITION

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

*limiter les risques de la contention physique de la personne âgée
ANAES / Service évaluation en établissements de santé / octobre 2000*

RISQUES

- Sentiment de mise à l'écart et de déshumanisation
- Repli, agitation et dépression
- Manque d'appétit
- Troubles vésicaux et intestinaux
- Atrophie musculaire, fragilisation osseuse
- Complications cutanées
- Résignation (privation de liberté, perte de dignité)
- Dépendance accrue
- Perte de mobilité, de fonctionnalité
- Risque de strangulation accru
- Sentiment d'emprisonnement

Limites des risques de la contention physique de la personne âgée

ANAES / Service évaluation en établissements de santé / octobre 2000

Recommandation HAS en 10 critères :

- 1 → La contention est réalisée sur **prescription médicale**. Elle est **motivée** dans le dossier du patient.
- 2 → La prescription est faite **après l'appréciation du rapport bénéfice/risque** pour le sujet âgé **par l'équipe pluridisciplinaire**.
- 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**.
- 4 → La personne âgée et ses proches sont **informés** des raisons et buts de la contention. Leur **consentement** et leur participation sont recherchés.
- 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 contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes (...) qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

Limites des risques de la contention physique de la personne âgée

ANAES / Service évaluation en établissements de santé / octobre 2000

Recommandation HAS en 10 critères :

- 6 → L'installation de la personne âgée préserve son **intimité** et sa **dignité**.
- 7 → Selon son état de santé, **la personne âgée est sollicitée** pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. **La contention est levée aussi souvent que possible**.
- 8 → Des **activités**, selon son état, lui sont proposées pour assurer son **confort psychologique**.
- 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.
- 10 → La contention est **reconduite**, si nécessaire et **après réévaluation**, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée

ANAES / Service évaluation en établissements de santé / octobre 2000

Points à ne pas perdre de vue :

Le risque de chute peut être imaginé plus que réellement évalué

L'immobilisation conduit à des pertes fonctionnelles parfois irréversibles avec une rapidité fulgurante :

Perte de la force musculaire de 10% en une semaine

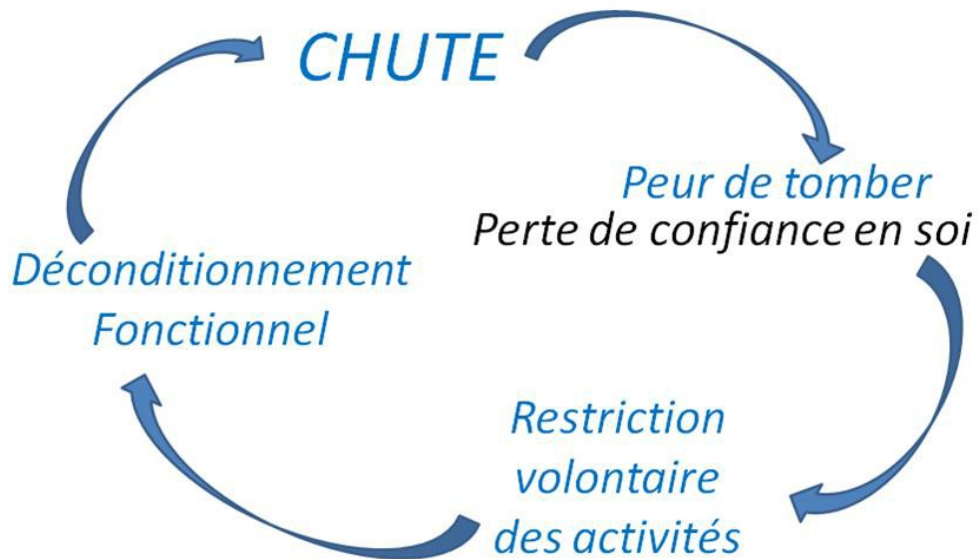
Perte de la masse musculaire un tiers en 24 H, 50% en 72 H

La contention augmente le risque de chutes graves

La contention augmente la charge de travail car elle conduit souvent à une perte d'autonomie / « grabatérisation » de la personne

Il est important de limiter la contention car une fois mise en place il est très difficile de la retirer

Spirale « physiologique » à prévenir



Spirale « induite » par une contention mal conduite



Conclusions qu'en tire l'HAS:

La contention n'est pas préconisée pour prévenir les chutes.

Sont préconisées des actions
sur l'environnement, pas d'entraver la personne :

révision des traitements,
attention portée au chaussage,
à la hauteur du lit, de l'assise,
à la disposition du mobilier, etc...

La contention, si elle est jugée inévitable, doit être utilisée :

le moins souvent possible
le moins longtemps possible
avec les dispositifs les moins contraignants possibles

uniquement en ultime recours

après l'échec de solutions alternatives

Quelques trucs d'ergo que l'on n'utilise pas ici :

Coussin à plot



*Pour éviter à la
personne de glisser
du fauteuil*

Quelques trucs d'ergo que l'on n'utilise pas ici :



*Coussin de redressement
anti-glisse*

Inconvénients:

- Nuit à l'efficacité du coussin anti-escarre*
- Risque de chute aggravé s'il est positionné à l'envers : « effet toboggan », demande une **extrême vigilance** lors de l'installation*



Quelques trucs d'ergo que l'on n'utilise pas ici :

Barre de redressement



*utilisable avec les matelas à air:
les doubles barrières ne sont pas une fatalité*

Quelques trucs d'ergo que l'on n'utilise pas ici :

Sangle de maintien type « Auxila » « Birdy »

Avantage : utilisée, passée sous l'assise, sans cale pied sur fauteuil très lourd voire lesté : permet de se lever et de s'asseoir → relative liberté de mouvement

Problème : n'est pas conçue pour être utilisée de cette façon → non respect du critère 5



Le truc de psycho que l'on n'utilise pas ici pour finir :

Couverture lestée ou pondérée :



Inspirée des techniques de « packing » ou d'enveloppement utilisées en psychiatrie pour aider les personnes agitées à retrouver une contenance, sans contenir

Merci de votre attention

La parole est à vous ...

Annexe 3 - Questionnaire papier distribué en octobre 2020 à l'équipe de l'établissement témoin dont l'équivalent a été proposé parallèlement en ligne sous forme google forms :

Questionnaire aux soignants sur leur perception de l'usage de la contention physique passive des personnes âgées en EHPAD (double barrières de lit et dispositifs de maintien au fauteuil)

Merci d'accepter de répondre à ce questionnaire anonyme. Les données recueillies serviront, d'une part, à étayer le mémoire de recherche que je rédige sur cette thématique en vue de l'obtention du diplôme de *Master éthique du soin et recherche, UT1-UT2-UT3* ; et, d'autre part, à aider l'équipe de la Résidence ***** dans sa démarche d'auto-évaluation sur les pratiques de contention physique en permettant de cerner la perception qu'en ont les divers acteurs. Me contacter pour toute précision : laellia.geneix@etu.univ-tlse2.fr Laellia Geneix

1- Quelle est votre profession ?

(entre parenthèses, nombre de choix possible jusqu'à mention contraire, ici : un choix)

- Médecin Cadre IDE AS ASH/Agent Social
 AMP/Auxiliaire de vie Kinésithérapeute Ergothérapeute Psychologue
 animateur Autre professionnel

2- Depuis combien de temps exercez- vous auprès de personnes âgées ?

- moins de 5 ans entre 5 et 10 ans plus de 10 ans

3- Avez-vous reçu une formation au sujet de la contention de la personne âgée ?

(maximum deux choix)

- oui, lors de ma formation initiale oui, lors de formations une fois en activité non

4- Pensez-vous que votre formation à ce sujet est suffisante ?

(un choix)

- oui, le sujet a été traité en détail non, le sujet n'a été que survolé non car je n'ai pas été formé
 oui, je n'ai pas été formé mais mes connaissances sont suffisantes ne se prononce pas

5- Vous diriez que la contention est avant tout :

(maximum trois choix)

- un acte médical banal un acte médical d'exception une contrainte pour la personne
 un acte de soin une mesure de sécurité ne se prononce pas

6- Connaissez-vous les 10 critères de la recommandation légale de l'HAS sur la contention ?

(un choix)

- oui oui, mais je ne les ai pas tous en mémoire non

Si oui, quels sont, selon vous, les plus importants à retenir ?

7- Quelles sont, selon vous, les principales indications d'une mise sous contention ?

(maximum trois choix)

- calmer l'agitation prévenir les chutes éviter une déambulation excessive
- prévenir les fugues rassurer le patient éviter l'arrachement de dispositifs médicaux
- éviter des actes de violence de la personne envers elle-même ou autrui
- autre, précisez : _____

8- Dans la structure dans laquelle vous travaillez ou intervenez, les mises sous contention sont, selon vous, principalement utilisées pour :

- calmer l'agitation prévenir les chutes éviter une déambulation excessive
- prévenir les fugues rassurer la personne éviter l'arrachement de dispositifs médicaux
- éviter des actes de violence de la personne envers elle-même ou autrui rassurer la famille
- rassurer l'équipe soignante pallier à un manque de surveillance
- autre, précisez : _____

9- Quels sont, selon vous, les principaux risques d'une mise sous contention à prendre en considération ?

- risques d'accident grave risques liés à la perte fonctionnelle (marche) risques psychiques
- risques pour l'état général risque de perte d'autonomie autre, précisez : _____

10- Selon vous, une personne contenue, par rapport à une qui ne l'est pas, nécessite :

(un choix)

- davantage de surveillance moins de surveillance la même surveillance

11- Selon vous, la décision médicale d'une mise sous contention nocturne (deux barrières de lit) dans la plupart des cas, fait suite à une demande ou est à l'initiative :

- de la personne elle-même de la famille de l'équipe soignante du médecin

12- Selon vous, la décision médicale d'une mise sous contention diurne (dispositif de maintien au fauteuil : ceinture, tablette, etc...) dans la plupart des cas, fait suite à une demande ou est à l'initiative :

- de la personne elle-même de la famille de l'équipe soignante du médecin

13- Selon vous, la décision de demande de mise sous contention est-elle suffisamment discutée en équipe ?

- oui, toujours oui, la plupart du temps cela dépend des cas non, la plupart du temps
- non, jamais ne se prononce pas

14- Avez-vous la possibilité de prendre part à ces discussions ou êtes-vous consulté sur ces questions ?

- oui, toujours oui, la plupart du temps cela dépend des cas non, la plupart du temps
- non, jamais ne se prononce pas

15- Selon vous les risques que fait courir une mise sous contention sont-ils suffisamment considérés lors de la prise de décision ?

- oui, toujours oui, la plupart du temps cela dépend des cas non, la plupart du temps
- non, jamais ne se prononce pas

16- Selon vous, le consentement de la personne est-il recherché avant une mise sous contention diurne ?

- oui, toujours oui, la plupart du temps cela dépend des cas non, la plupart du temps
 non, jamais ne se prononce pas

17- Selon vous, le consentement de la famille ou de la personne de confiance est-il recherché avant une mise sous contention ?

- oui, toujours oui, la plupart du temps cela dépend des cas non, la plupart du temps
 non, jamais ne se prononce pas

18- Selon vous, les familles ou les personnes de confiance sont-elles suffisamment informées des risques que fait courir une mise sous contention ?

- généralement oui généralement non ne se prononce pas

19- Selon vous, majoritairement, les personnes mises sous contention diurne :

- le vivent généralement bien le vivent généralement mal y sont indifférentes
 le vivent trop différemment selon les cas pour pouvoir se prononcer ne se prononce pas

20- Selon vous, les familles ou personnes de confiance, lorsqu'une contention est mise en place, sont majoritairement plutôt :

(maximum trois choix)

- rassurées contrariées résignées satisfaites en souffrance
 touchées trop différemment selon les cas pour pouvoir se prononcer ne se prononce pas

21- Selon vous, une fois mise en place, la nécessité du maintien de la contention est-elle réévaluée ?

(un choix)

- oui, toujours oui, la plupart du temps non, la plupart du temps non, jamais
 seulement en cas de difficulté ne se prononce pas

22 – Selon vous, à quelle fréquence une telle prescription devrait-elle être réévaluée ?

- tous les jours une fois par semaine une fois par mois une fois par trimestre
 moins d'une fois par trimestre seulement en cas de difficulté ne se prononce pas

23- Selon vous, des solutions alternatives (révision du traitement, aménagement de l'espace, organisation différente, etc...) sont-elles systématiquement recherchées avant la mise en place d'une contention ?

- oui, toujours oui, la plupart du temps cela dépend des cas non, la plupart du temps
 non, jamais ne se prononce pas

24- Selon vous, au sein de cette structure, la contention diurne est mise en place :

(maximum trois choix)

- trop fréquemment aussi souvent que nécessaire pas assez fréquemment
 sans être assez réévaluées en étant réévaluée correctement en étant trop réévaluée
 avec trop de facilité avec trop de difficultés de manière réfléchie
 en considérant bien les risques en considérant mal les risques ne se prononce pas

25- Selon vous, le plus souvent, quelle influence la contention a-t-elle sur la relation avec la personne ?

- (un choix)*
- elle l'améliore elle la détériore elle n'a pas d'incidence ne se prononce pas

26- Selon vous, quels droits de la personne accueillie, ou du patient, sont limités par la contention ?

27- Lorsqu'une décision de mise sous contention diurne est prise, quel ressenti avez-vous ?

(maximum trois choix)

- sentiment de devoir accompli sentiment de culpabilité sentiment de soulagement
 sentiment d'impuissance pas de ressenti particulier ne se prononce pas

28- Lorsque la question d'une mise sous contention se pose, y repensez-vous en dehors du travail ?

(un choix)

- oui, toujours oui, la plupart du temps cela dépend des cas non, la plupart du temps
 non, jamais ne se prononce pas

29- Vous arrive-t-il qu'une personne contenue vous demande de la détacher ?

- oui, souvent (plus d'une fois par semaine) oui, régulièrement (plus d'une fois par mois)
 oui, rarement (moins d'une fois par mois) non, jamais

Si oui : le plus souvent, comment avez-vous plutôt tendance à lui répondre ?

(maximum trois choix)

- Pressé par le temps, par une phrase toute faite :
« Je ne peux pas car : _____ »
 Par une autre question pour détourner l'attention de la personne vers un autre sujet
 En tentant d'expliquer posément les raisons de la contention si la personne est suffisamment cohérente
 Cette demande vous met mal à l'aise et vous ne savez pas comment ni quoi lui répondre
 Autre, précisez : _____

30- Selon vous, que faudrait-il pour parvenir à moins contenir ?

- rien car tout est déjà fait pour contenir le moins possible une meilleure coordination de l'équipe
 davantage de personnel davantage de formation une meilleure recherche d'alternative
 une réflexion plus poussée lors des prises de décisions autre, précisez : _____

31- L'usage fait de la contention vous paraît-il compatible avec vos valeurs personnelles ?

(un choix)

- oui, précisez si vous le souhaitez :

- non, précisez si vous le souhaitez :

- ne se prononce pas

Merci d'avoir consacré votre temps et votre attention à ces questions

Annexe 4 - Présentation graphique et verbatims des réponses au questionnaire en ligne

Ce questionnaire a été proposé en ligne sur un groupe dédié aux soignants *Nous les Blouses Blanches* en octobre 2020 sur la base du volontariat. Les questions sont les mêmes que celles du questionnaire papier (la participation était également volontaire) seul a été modifié le message introductif :

Travail de recherche effectué dans le cadre du Master éthique du soin et recherche -
Université Toulouse 1,2,3

Contact : laellia.geneix@etu.univ-tlse2.fr

L'analyse des réponses ne peut prétendre au statut d'enquête quantitative puisque l'échantillon n'est pas strictement contrôlé mais il n'est pas ici question de faire œuvre d'épidémiologiste ou de sociologue par une enquête d'envergure ; c'est bien la valeur qualitative de ces réponses qui nous intéresse car elles nous informent sur la façon dont les professionnels perçoivent les pratiques de contention, et de fait, reflètent une certaine réalité.

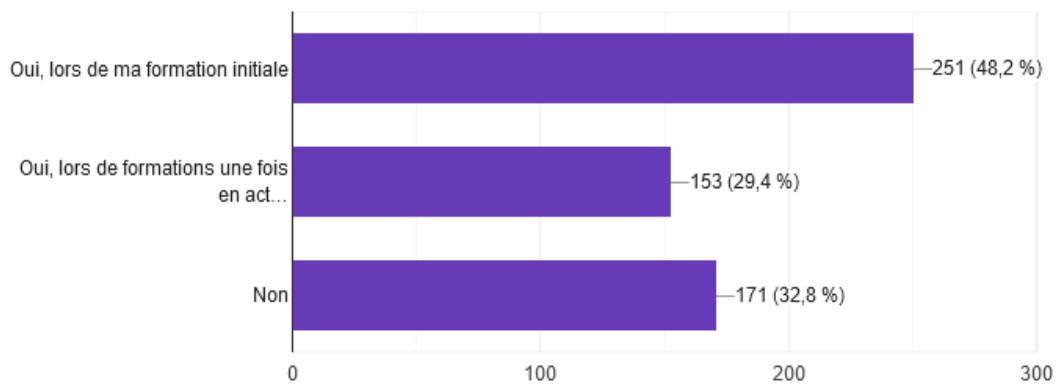
Ne sont ici présentées sous formes de graphiques que les questions se prêtant à ce type de représentation et utilisées dans le mémoire. Beaucoup de questions étant laissées ouvertes une représentation schématique s'est avérée impossible dans certains cas.

Certaines sont donc présentées sous forme de verbatims d'autres, faute de lisibilité ne peuvent être représentées ici, sauf à produire des dizaines de pages d'annexes peu utiles ; certaines n'ont pu être exploitées ; d'autres l'ont été sous la forme de synthèses succinctes disséminées dans le corps du texte ou en note de bas de page au fil de la rédaction.

Questions relatives à la formation et à la connaissance de la recommandation :

3- Avez-vous reçu une formation au sujet de la contention de la personne âgée ? (maximum deux choix)

521 réponses



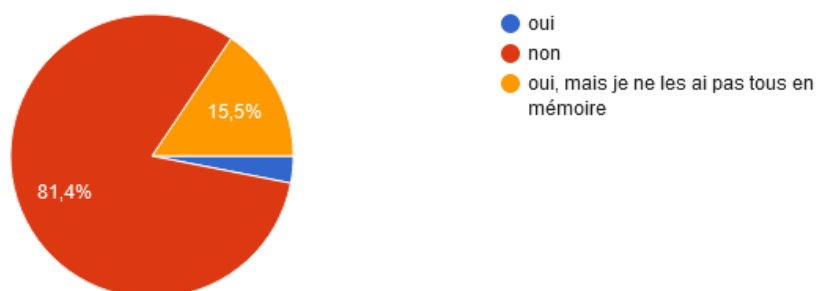
4- Pensez-vous que votre formation à ce sujet est suffisante ?

521 réponses



6- Connaissez-vous les 10 critères de la recommandation "légale" de l'ANAES sur la contention ?

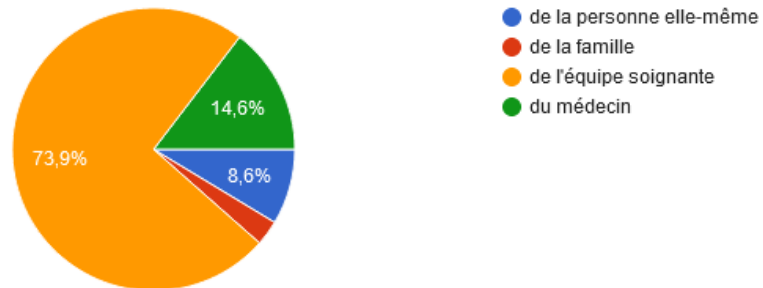
521 réponses



Questions relatives à l'initiative des mises sous contention :

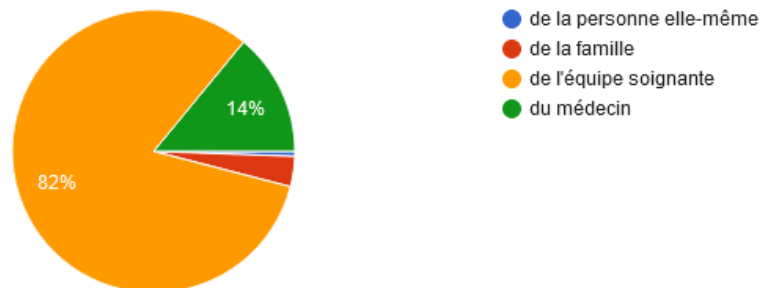
11- Selon vous, la décision médicale d'une mise sous contention nocturne (deux barrières de lit) dans la plupart des cas, fait suite à une demande ou est à l'initiative :

521 réponses



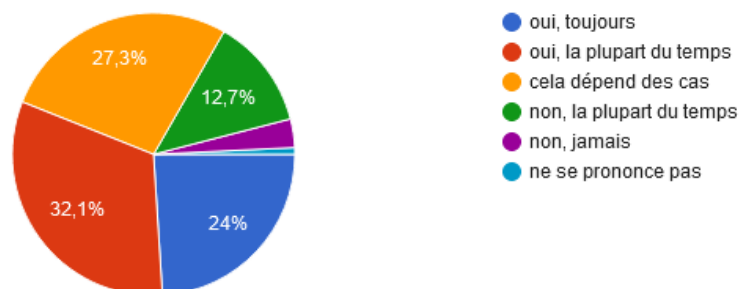
12- Selon vous, la décision médicale d'une mise sous contention diurne (dispositif de maintien au fauteuil : ceinture, tablette, etc...) dans la plupart des cas, fait suite à une demande ou est à l'initiative :

521 réponses



13- Selon vous, la décision de demande de mise sous contention est-elle suffisamment discutée en équipe ?

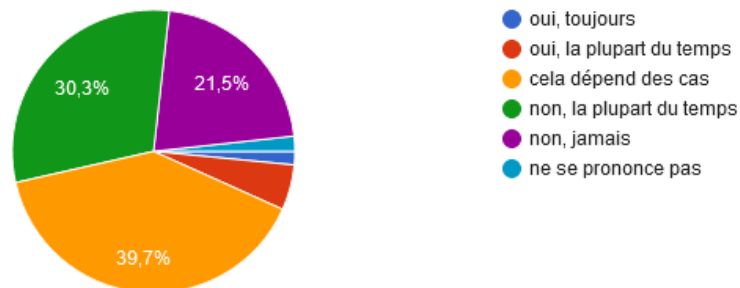
521 réponses



Questions relatives au consentement et à l'information :

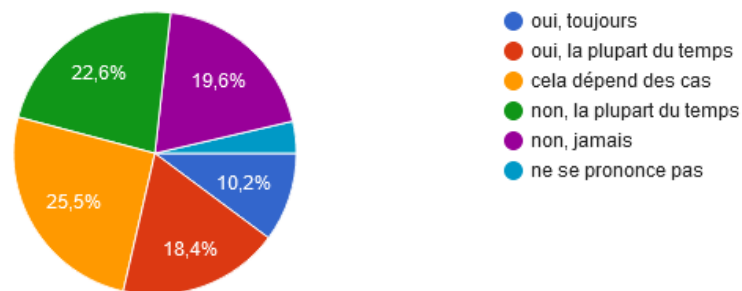
16- Selon vous, le consentement de la personne est-il recherché avant une mise sous contention diurne ?

521 réponses



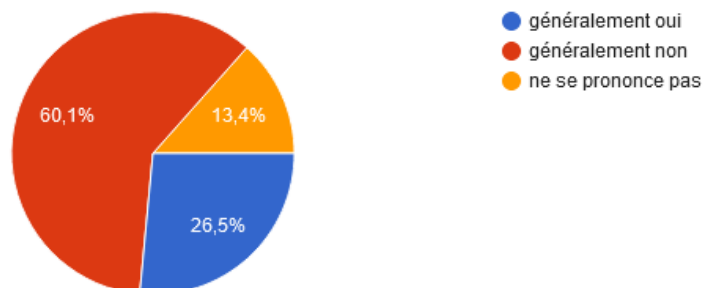
17- Selon vous, le consentement de la famille ou de la personne de confiance est-il recherché avant une mise sous contention ?

521 réponses



18- Selon vous, les familles ou les personnes de confiance sont-elles suffisamment informées des risques que fait courir une mise sous contention ?

521 réponses



Questions relatives au vécu des personnes et des proches perçu par les soignants :

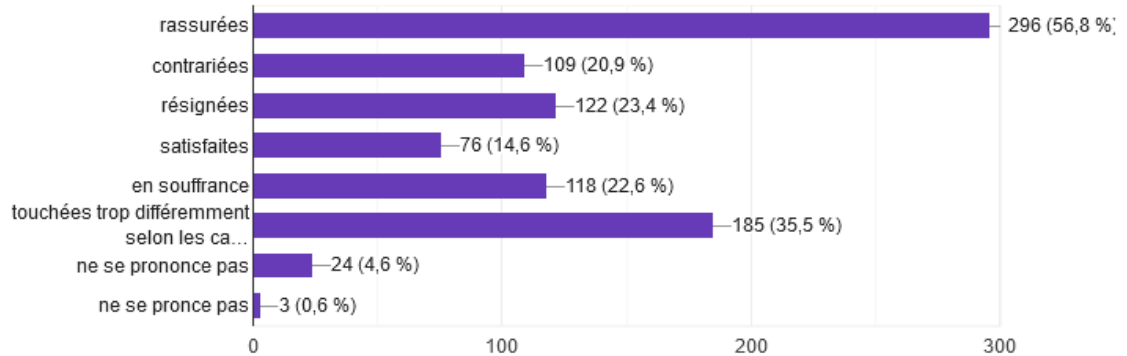
19- Selon vous, majoritairement, les personnes mises sous contention diurne :

521 réponses



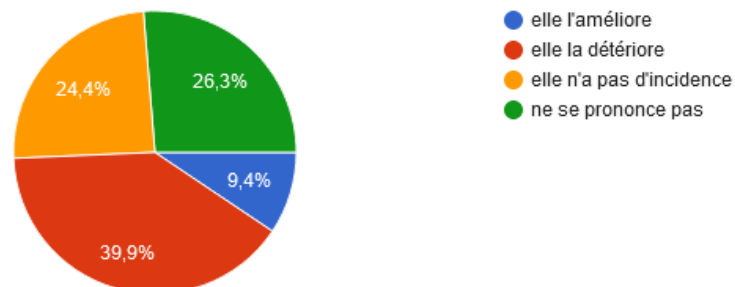
20- Selon vous, les familles ou personnes de confiance, lorsqu'une contention est mise en place, sont majoritairement plutôt : (maximum trois choix)

521 réponses



25- Selon vous, le plus souvent, quelle influence la contention a-t-elle sur la relation avec la personne ?

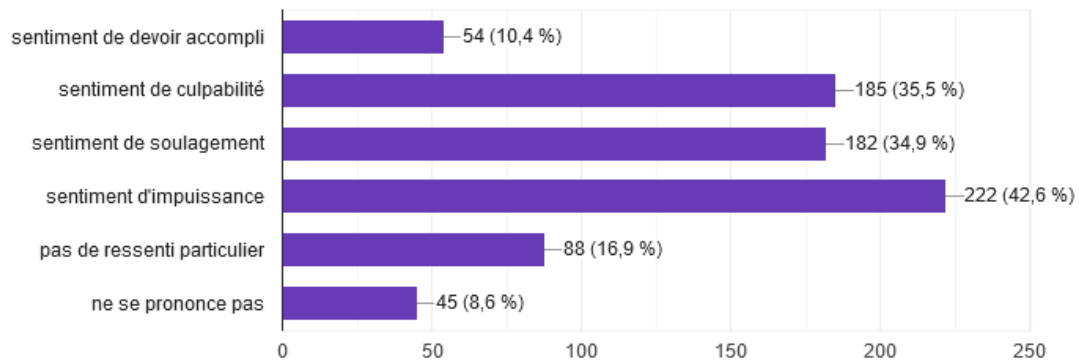
521 réponses



Questions relatives au vécu des soignants :

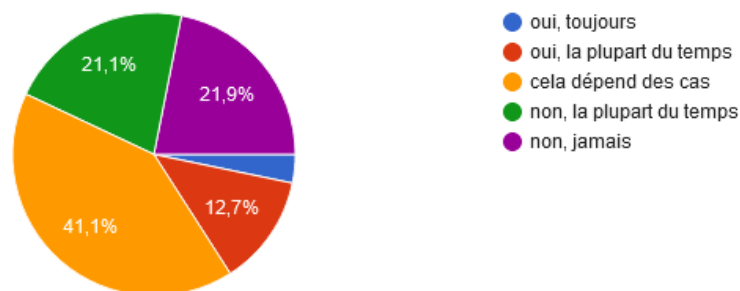
27- Lorsqu'une décision de mise sous contention diurne est prise, quel ressenti avez-vous ?
(maximum trois choix)

521 réponses



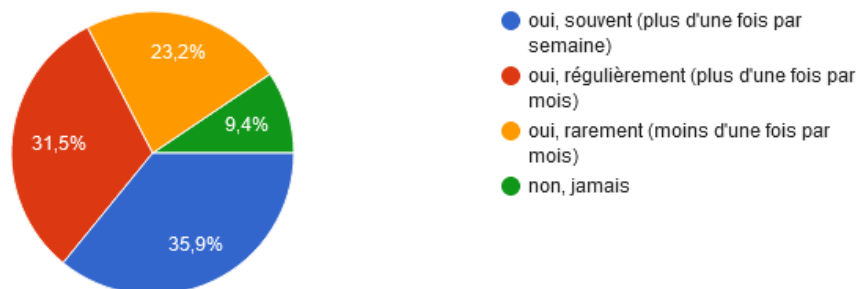
28- Lorsque la question d'une mise sous contention se pose, y repensez-vous en dehors du travail ?

521 réponses



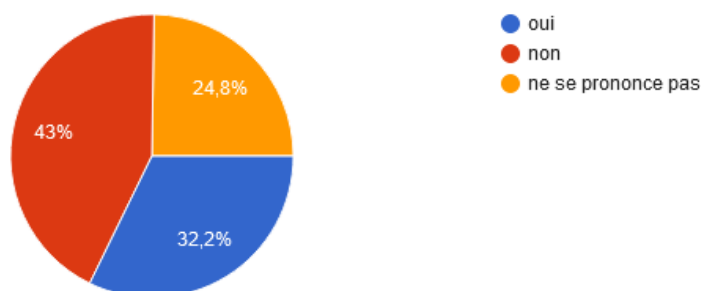
29- Vous arrive-t-il qu'une personne contenue vous demande de la détacher ?

521 réponses



31- L'usage fait de la contention vous paraît-il compatible avec vos valeurs personnelles ?

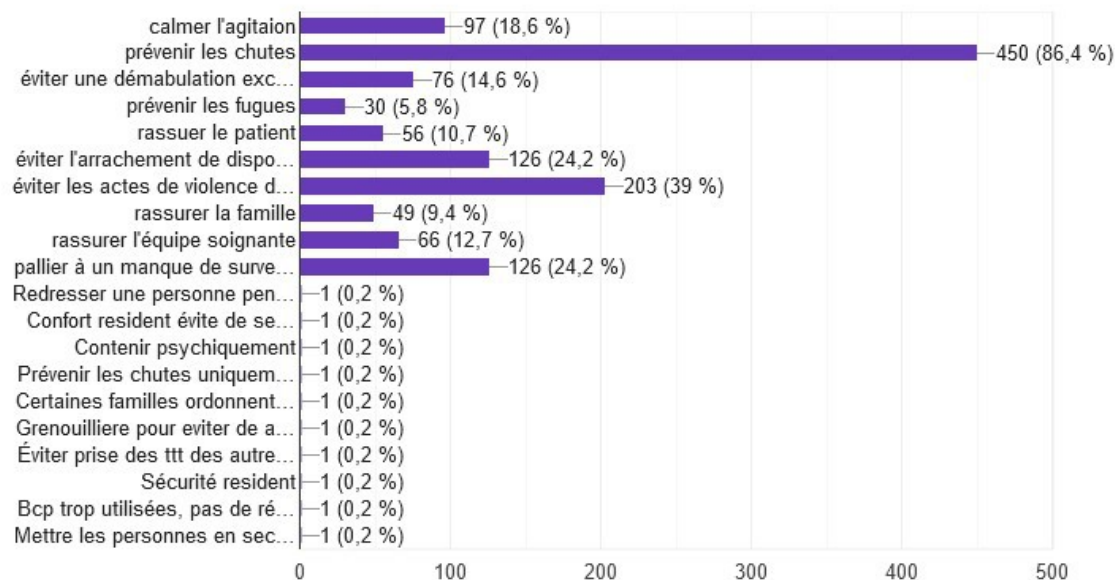
521 réponses



Questions relatives aux indications et moyens qu'il faudrait

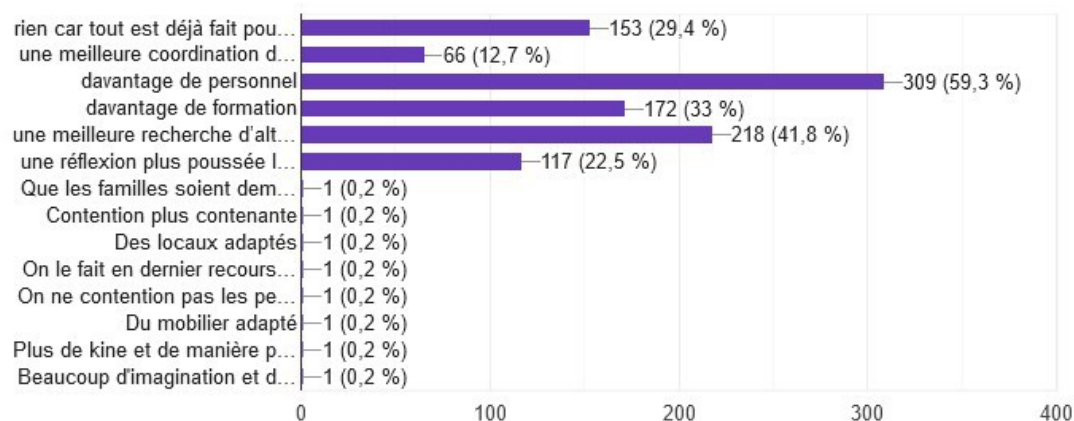
8- Dans la structure dans laquelle vous travaillez ou intervenez, les mises sous contentions sont, selon vous, principalement utilisées pour : (maximum trois choix)

521 réponses



30- Selon vous, que faudrait-il pour parvenir à moins contenir ? (maximum trois choix)

521 réponses



Verbatims

Questions 31 - « L'usage fait de la contention vous paraît-il compatible avec vos valeurs personnelles ? » et 32 - « Précisez si vous le souhaitez : »

31 32 - Précisez si vous le souhaitez :

- non Bien souvent pour éviter à la personne de chuter elle est mise sous contention hors il faudrait évaluer davantage le bénéfice risque car une fois la contention installée bien souvent elle n'est jamais retirée et la personne perd en autonomie +++, se desadapte au niveau psychomoteur
- non Contraire aux valeurs éthiques
- non Des méthodes existent, pas assez de formation de l'accompagnement. Personnel soignants démotivés..
- non C est très angoissant de ne pu être libre dans ses mvts
- nspp Très souvent la contention est utilisé dans les cas ou aucune autre solution n'est envisageable ou qu'elles ont toutes été essayé.
- oui Seulement pour la protection, avec une surveillance adaptée.
- non Même pour sa sécurité on ne peut contraindre quelqu'un à être attaché on n est plus dans l humanité pour moi.
- oui Je travaille dans une unité Alzheimer
- non Parfois difficile d évaluer le bénéfice/ risque.
- oui La contention physique diurne ou nocturne et pour moi le dernier des recours .elle est mise pour la sécurité du patient avant tout si il n y a aucunes autres solutions.
- oui Sécurité
- non Une dame avec troubles cognitifs à une contention au fauteuil, lorsqu'elle se lève, chute
Dès que nous le pouvons, nous l'a faisons marcher....
À "appris" à se déplacer avec le fauteuil, déambule
- oui Quand on s'est assez questionné pour que la mise en place d'une contention soit le seul choix possible en se disant toujours que cette décision sera réévaluée pour la limiter dans le temps
- non On évite mais quand on a plus le choix on en met
- non La contention est un sujet beaucoup discuté chez nous, de plus, j'ai fait mon mémoire sur la contention... donc je suis nommée « référente » ... cela permet un suivi plus précis .
- non Il est toujours difficile de priver quelqu'un de sa liberté de se déplacer même si l'on pense que le risque est trop grand
- non Toute personne a le droit de pouvoir se déplacer librement à partir du moment où elle ne met pas en dangers les autres
- oui Une mise en place de contention doit être réfléchi en équipe et réévaluer tous les jours compliqués mais par exemple lors de staff ou PAP
- nspp Oui et non car cela peut être un frein pour la liberté de la personne ou comme un outil pour éviter que la personne se mette en danger lui même ou les autres.
- oui C'est pour la sécurité du résident
- nspp Parfois, elle est vraiment nécessaire pour protéger la personne, mais l'usage de la contention elle-même semble parfois extrême
- oui Quand la contention est justifier
- non Car je n aimerai pas qu'on me mette une contention mais si on le fait c est qu il n y a pas d autre alternative
- non Ok pour la sécurité du patient mais je trouve que ça fait animal
- non C'est un déchirement que de les voir se débattre pour se sortir de cette contention, de ne pas pouvoir se frotter le nez, de me supplier de sortir la tablette ou autre..
- oui C est réfléchi en équipe
- non Mettez vous simplement à leur place. Le patient se sent dégradé, rabaissé. Trouvez plus de personnel formé et non « faisant fonction » .
- non La liberté de la personne est prioritaire
- oui Sécurité. Poursuite des déplacements en podal.
- oui La plupart du tps se mettent en danger,...et ne se rendent pas compte ex..oublie qu'ils ne marchent plus ...
- non Priver une personne de sa liberté n'est pas dans mes convictions surtout en Ehpad !

- En psychiatrie, le but de la contention est de rassembler la personne morcelée. Cela se fait sous contrainte, face à un péril imminent, et avec la sécurité du regard des juges des libertés pour éviter tout abus. La contention est évaluée chaque jour, voir 2 fois par jour, avec discussion d'équipe. Cela n'empêche que l'acte en lui-même peut être difficile à vivre dans la réalisation. Surtout quand il y a de la violence.
- oui
- Je pars d'un principe que l'on met une contention quand le résident se met en danger (chutes à répétition ou risque pour autrui)
- oui
- c'est une décision pluridisciplinaire et quand nous faisons une contention c'est pour le bien-être de la personne et sa sécurité et toujours avec l'avis du médecin
- nspp
- Je suis AS en EHPAD depuis 30 ans, la réflexion sur les contentions a énormément évolué ! Toute contention est réfléchie et discutée en équipe avec le médecin coordinateur. C'est une bonne évolution, pour le respect du résident et sa protection (sécurité).
- oui
- Sécurité avant tout et le manque de personnel fait que nous sommes obligés mais dès que nous avons le temps les contentions sont levées et aide à la marche si la personne le désire est faite
- oui
- Pour moi cela peut être utile dans certains cas comme je te mettais prescription médicale d'exception, le patient est violent, soigné à faire parce que ce dernier est souillé ou autre afin de ne pas se faire violenter ou pour sa propre sécurité tu lui mets la contention et soigné terminé tu lui retires. Si vraiment il est très agité et qu'il risque de se blesser en enjambant les barrières, tu lui laisses la contention. Et tu vois avec le médecin pour un traitement afin de l'apaiser.
- non
- La culture y fait pour beaucoup je suis d'origine musulmane et en aucun cas on mettra des contentions à nos anciens dz par nos valeurs.
- non
- Réagir à l'agressivité
- oui
- J'ai Bcp de mal avec la privation de liberté
- non
- non, pas toujours car il n'y a plus vraiment de réflexion avec cet outil, de bilan bénéfice/risque et une réflexion éthique dans une équipe
- non
- Nous n'attachons plus les résidents depuis plus de dix ans les barrières de lits ne sont plus montées au bénéfice de lit au sol, nous privilégions les équipements de protection pour les déambulants (type coques). Il reste à éliminer les comportements non conscients (bloquer les résidents à table ou avec la tablette). Nous évitons au maximum
- non
- Les contentions chimiques trop délétères pour l'état général du résident. La limite de la liberté individuelle est cependant le bien-être de la majorité des résidents (pas d'unité fermée dans un Ehpad de 40 lits) l'on rencontre donc la limite induite par la vie en structure.
- oui
- Mise en dernier recours pour empêcher une chute
- oui
- Tout dépend de la personne accueillie généralement c'est les chutes à répétition chez des personnes avec des troubles cognitifs qui nous mènent à utiliser les contentions diurnes et nocturnes c'est pour leur bien que c'est mis en place, si elle est utilisée c'est que la personne malgré ne recommandation se lève ou essaye de sortir du lit et chute régulièrement. Lorsque il y a des risques de fugue ou déambulation ++ nous fermons le service à clef
- oui
- Chaque contention est réévaluée en équipe avec le médecin coordonnateur une fois par semaine
- non
- Ce que je trouve dommage c'est dû on ne réévalue jamais, de plus souvent mal formées, certaines n'ont pas conscience des contentions telles que les gants sur les mains (comme une moufle) pour pas attraper lors de la toilette, la couverture bordée aux épaules sur une personne fragile qui ne pourra pas enlever ses bras pour attraper la sonnette, les 2 barrières alors qu'on a des lits ALZHEIMER (qui se baissent au sol) etc
- non
- Afin d'éviter les dangers il est donc parfois nécessaire de mettre en sécurité la personne par le biais d'une contention. Il est vrai que les équipes soignantes manquent d'informations et de formation à ce sujet.
- non
- Ce Questionnaire fut très intéressant.
- non
- Certaines pathologies nous obligent à utiliser les contentions à contre-cœur
- oui
- la contention reste très exceptionnelle pour éviter une chute sur une durée courte en générale et réévaluée minimum une fois par semaine
- non
- Doit toujours être discuté en équipe et avec la famille
- oui
- Lorsque les professionnels sont régulièrement formés, sensibilisés, que la procédure est connue et que la décision est pluridisciplinaire, que la surveillance est adaptée et dans le respect du droit des personnes, cela devient un soin normal.
- non
- Il serait important de faire une vraie réflexion d'équipe et de former les médecins aux troubles cognitifs. Car les contentions sont principalement mises en place sur des personnes ayant des comportements du aux troubles cognitifs.
- non
- Je pense que c'est cruelle pour la personne mais des fois pour son bien on a pas le choix mais cela reste difficile
- nspp
- Je préfère ne pas contorsionner mais parfois nous n'avons pas le choix selon la pathologie

- oui Oui uniquement quand la personne se met en danger. La contention mise pour déambulation excessive n'a pas lieu d'être par contre
- non Pour moi la contention doit être limitée le plus possible (après un col du fémur pour une personne déambulante, le temps que tout ce ressoude). Et envisager en dernier recours pour les autres cas.
- non Je travaille dans un EHPAD où il n'y a pas de contention (ni barrières, ni drap, ni tablettes) à part celle qui est chimique pour une faible partie des résidents
- oui La seule contention admise dans mon service sont les barrières au lit qui sont discuté en équipe et toujours misent sous prescription médicale
- non La dignité de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer
- oui Nous contenons (barrières) très peu, nous utilisons des lits Alzheimer très près du sol plus des matelas aux sols style tatamis.
- nssp Je suis soignante, la contention peut permettre la mise en sécurité, elle permet aussi de calmer l'agitation quand elle est accompagnée d'une présence et d'une écoute du patient, elle permet d'éviter la délivrance accrue de calmants chimiques, pour moi la contention reste le dernier recours, le relationnel doit être notre "arme" de prédilection.
- oui Oui si elle est mise en place quand nécessité absolue pour que la personne ne soit plus ou pas en danger, et aussi pour rassurer le patient souvent 2 barrières sont demandé la nuit par le patient.
- nssp J'ai la chance de travailler dans une structure où la bienveillance prime. Chaque semaine nous nous réunissons pour discuter et réévaluer, pas seulement des contentions mais aussi des régimes alimentaires, de la prise en charge kiné, ergo, animation, psy, bénévole, accompagnement religieux et PAP. Merci pour ce questionnaire, il est bon de se rappeler que nous faisons les choses de manière aussi humaine et réfléchie.
- non La contention est d'empêcher d'aller et venir
- non Je suis contre les contentions. Les prescriptions ne sont jamais réévaluer. Une fois contentionner ils le sont jusqu'à la fin de leur vie
- non Grosse perte d'autonomie
- non La contenance est synonyme de maltraitance pour moi, la personne est privée de liberté, m. Céline un besoin fondamental : qui est éviter les dangers
- oui La contention est parfois le seul moyen en attendant que des alternatives médicamenteuses agissent l'important est de toujours réévalué sa nécessité
- oui Quand toutes les solutions qui sont à notre niveau ont été essayé sans résultats probants
- oui Dans le service où je travaille, une unité Alzheimer, nous utilisons que de manière très exceptionnelle la contention, c'est toujours après discussion en équipe et épuisement des autres ressources disponibles
- oui Dans mon unité sécurisée on ne prend pas cela à la légère et tout est essayé avant sur 34 résidents 2 contentions
- nssp Certaines questions sont compliquées pour y répondre. Dans ce questionnaire, j'ai répondu avec ma vision sur la contention selon comment nous procédons dans l'Ehpad où je travaille et non les Ehpad en général ! Des fois, d'une situation à une autre les réponses ne vont pas être les mêmes, c'est pourquoi pour certaines questions j'ai répondu en fonction de certaines situations mais pas de toutes (impossibilité au niveau des réponses, peut être réponses trop fermées ?)... par conséquent, votre questionnaire va peut être être biaisé. De plus, lorsqu'un contention est mise en place, nous mettons en œuvre plusieurs actions pour éviter certaines conséquences : Balance bénéfiques/risques de la contention discutée en équipe. Évaluation de l'état général de la personne, surveillance points d'appuis (évaluation état cutané, évaluation ergo APA : effleurage points d'appuis, mise en place de coussins, matelas à mémoire de forme, matelas à air, ajustement du fauteuil...); bilan d'autonomie, évaluation de la marche, cours de rééducation physique adaptée en lien avec kiné, ergo, APA... nous mettons tout en place pour le bien être physique, psychique et moral de la personne.
- non Je souhaiterais que la contention n'existe pas...
Que les patients soient libre de leurs mouvements et de leurs décisions. Dans un environnement adapté, avec du mobilier, avec du personnel soignant qualifié, formé, attentif, bienveillant... Que nous ayons, nous, personnel soignant plus de temps auprès d'eux pour une meilleure prise en soin, une écoute de qualité...
- non Un sujet intéressant qui pose régulièrement question au sein des structures sur l'éthique de ces actes de soins...
Bon courage pour la suite !
- nssp Cela dépend vraiment des cas, il y a souvent des solutions mais certaines personnes peuvent vraiment se faire mal ou faire du mal aux autres, si ils y avait plus de personnels cela serait sûrement plus adaptés avec plus de surveillance.
- non importance que la contention soit mise correctement avec tous les éléments prévus! qui dit sécurité pour lui-même
- oui Pour éviter les chutes, la mise en danger de la personne
- oui Car elle n'est pas utilisée pour un oui ou pour un non mais pour sécuriser le patient

- non Réévaluation des contentions à 24h 48h puis tout les mois avec des moments pour retirer les contentions car nous avions sinon des patients attachés pendant 10h au fauteuil..
- oui Au cas par cas
- non Toutcontrainte à la liberté individuelle devrait pouvoir être abolie mais la réalité du terrain peut nous amener à certaines contentions qui doivent être envisagées qu'après avoir recherché les autres possibilités et toujours rediscutées régulièrement en équipes pluridisciplinaires et les familles
- non Manque de réévaluation et de prise en compte des risques : une personne contenue n'est bien souvent plus assez mobilisée par l'équipe et perd en autonomie
- oui Si la contention est nécessaire pour la sécurité des résidents. Si elle permet d'éviter des chutes qui pourraient aboutir à une fracture
- non Dans l'EHPAD où je travaille, nous utilisons surtout la contention pour éviter les chutes ou ponctuellement pour que la personne puisse se reposer.... J'ai un exemple d'une résidente dans l'unité Alzheimer qui déambulait beaucoup et chutait beaucoup.... Elle prenait des anticoagulants donc les chutes pouvaient être graves pour elle. Elle a donc été contentonnée de jour comme de nuit. Elle vivait très mal cela. Donc le médecin a revu avec son fils : elle n'est plus contentonnée (ou seulement 1 heure quand cela est nécessaire pour qu'elle se repose). Elle n'a plus d'anticoagulants et chute régulièrement, son moral est meilleur et son fils est informé des risques. Nous cherchons toujours un compromis entre le bénéfice et le risque pour chaque cas. Bonne journée.
- oui Tous les établissements ne contentonnent pas à outrance. Les barrières de lit sont mises que rarement et lorsque la santé de la personne en dépend. Quand aux contentions au fauteuil sur 70 résidents on en a qu'une. On travaille en humanité et le but de ma direction que la personne reste digne et libre jusqu'au bout.

Titre : La contention du sujet âgé en institution : du vide juridique à la dérive des pratiques, vers une délivrance par l'éthique ?

Résumé : Les pratiques de contention physiques en EHPAD ne sont pas strictement encadrées par la loi comme elles le sont en psychiatrie. Une recommandation existe ; non contraignante et non contrôlée. L'usage de la contention reste donc très variable d'un établissement à l'autre ce qui peut laisser supposer un risque d'abus, une menace pour la liberté des personnes âgées. Une utilisation sans nécessité médicale. Quels facteurs peuvent expliquer cette variabilité ? C'est ce que cette recherche explore. La diversité des postures soignantes suffit-elle à l'expliquer ? Ces postures sont si cruciales, la réflexion éthique peut donc aider à améliorer ces pratiques, notamment pour la prise de décision. Néanmoins les facteurs structurels tel que le manque de moyens financiers et humains influent aussi sur ces usages, tout comme l'attitude sécuritaire généralisée. Nous essayons de démontrer que, dans la contrainte, le sens éthique soignant, par l'humanité qu'il recèle, peut encore procurer un espace de liberté essentiel à l'autre.

Mots clefs : Contention – Personnes âgées – EHPAD – Éthique – Privation de liberté

Title : Physical restraints of elderly in institution : from legal vacuum to drift of practices, toward deliverance from ethics?

Resume:

Physical restraints use in nursing homes is not strictly regulated by law as it is in psychiatric services. Recommendations exist : not binding and uncontrolled. Therefore restraints practice highly varies between an institution and another, which may suggest a risk of abuse, a threat to liberty of older persons. Uses without medical necessity. What are the factors who could explain this variability ? This is what this research explores. Is the diversity of caregivers attitudes sufficient to explain it ? These attitudes are so important, so ethical thinking can help to improve these practices especially to making decision. However, structural factors such as lack of financial and human resources and general security attitude also influence these uses. This work try to demonstrate, despite constraint, caregiver's ethical sense through the humanity that contains can still provide an essential space of freedom to the other.

Key words : Physical restraints – Elderly – Nursing homes – Ethics – Liberty deprivation