

6 juillet 2023



SENIORS ET CONSENTEMENT - IV

Réflexion autour du recours à la contention

Entre consentement et contrainte,
où situer le recours à la contention ?

La contention en maison de repos :
s'agit-il d'un « mal nécessaire » ?

« Devoir contenir » en situation d'urgence ?
Un plaidoyer pour faire autrement

1. Réflexion sur un « mal nécessaire »

Le 21 novembre dernier, Le Soir publiait un article titré « Maisons de repos et de soins : la contention, un mal nécessaire¹ ? ». Le quotidien y rapporte les récits de maltraitance subie par des résidents, en dénonçant ce qui, dans certains cas, s'apparente à « une atteinte à la dignité et aux droits humains. » Les mesures de contention, nous rappelle l'article, assurent une sécurité qui peut avoir, paradoxalement, de graves séquelles sur la qualité de vie, sur la liberté et même sur la santé des résidents.

Nous avons déjà consacré deux analyses au sujet de la maltraitance des seniors. La première visait à dessiner les contours de ce nouveau problème de santé publique. Quant à la plus récente, elle revenait sur une affaire qui avait fait grand bruit au mois de mars 2022 : le scandale Orpea. Ces deux analyses proposaient une réflexion autour de la violence en institution, à partir de l'exemple de la contention. Nous voudrions profiter de cette publication du Soir afin de poursuivre notre démarche.

Cette démarche réflexive s'inscrit dans un projet d'éducation permanente plus large que nous menons actuellement et qui porte sur la question du consentement. Cette dernière a été abordée sous trois angles : l'abandon de la conduite automobile,

les choix du lieu de vie et les volontés en fin de vie. Il s'agissait pour nous de comprendre la manière dont les normes sociales et les textes législatifs se confrontent aux vécus des seniors. La dignité, l'autonomie et la liberté ne sont pas des valeurs et des droits abstraits, en dehors de tout contexte. Ils sont éprouvés de façon très concrète au quotidien. Donner la parole aux seniors nous a permis de réfléchir collectivement sur les enjeux qui sont engagés dans l'acte de donner son consentement.

La fabrique du consentement implique l'élaboration de tout un processus décisionnel, lequel ne se limite jamais au seul fait de rester en conformité avec le cadre légal ou de choisir de façon libre et éclairée... Les besoins, les souhaits, les contraintes ou encore les intérêts de chacun entrent en jeu. Ainsi, consentir passe par un certain exercice de négociation, par un « travail de production de l'acceptation² » : cela demande de parvenir à accepter ses incapacités, réelles ou perçues, et de négocier avec le regard parfois fort intrusif des autres – celui de la société comme celui de son entourage.

Nous ferons certainement tous, à un moment ou l'autre de notre vie, l'expérience d'être confronté à notre sentiment d'incapacité de conduire en toute sécurité, aux difficultés rencontrées à vivre chez nous de façon autonome ou encore à la nécessité d'exprimer nos dernières volontés. Le recours à la contention suscite des interrogations analogues :

- De quelle manière se construit le consentement d'une personne âgée, en particulier lorsque celle-ci souffre de démence et/ou est jugée incapable ?
- La contention est-elle nécessairement vécue par le résident comme une atteinte à sa liberté, à sa dignité et à son autonomie ? En d'autres termes, peut-on consentir à être placé sous contention ?
- Dans les cas où il n'existe aucune alternative à l'usage de mesures de contention, peut-on vraiment soutenir que les patients y consentent ?

Dans cette analyse, l'approche réflexive que nous menons porte moins sur le point de vue et le discours des personnes âgées qui *consentent* que sur les raisons conduisant à devoir *contraindre*.

La contention... De quoi s'agit-il ?

La contention peut être définie comme étant « un appareil ou un procédé destiné à immobiliser une partie du corps humain dans un but thérapeutique, ou de sécurité, de la personne âgée qui présente un comportement mal adapté ou dangereux³ ». En général, on distinguera la contention chimique (médication) de la contention physique (barrières de lit, tablette de fauteuil, harnais, babyphone, ...). À cela, s'ajoute aussi le recours à l'isolement.

Le recours à la contention est réglementé et ne peut avoir lieu qu'en dernier recours. Cette absence d'alternative trace la frontière entre un acte de maltraitance et l'exercice pragmatique d'un certain « travail de contrainte⁴ » ; entre le dérapage intolérable d'un côté, l'acte légitime et encadré de l'autre⁵.

2. La contention : un état des lieux

CHIFFRE-CLÉ

4/10

Selon les statistiques de l'Agence wallonne pour une qualité de vie (Aviq), plus de quatre résidents sur dix sont sous placés sous contention (de jour et/ou de nuit). Il s'agira le plus souvent de personnes qui souffrent à la fois de dépendance et de démence (catégorie Cd de l'échelle de Kartz). Au sein des établissements wallons, les dispositifs les plus fréquemment utilisés sont les barrières de lits, les fauteuils avec tablette et les ceintures abdominales. Certaines résidences déclarent également avoir recours à des attaches poignets ou fermer à clé les portes des chambres⁶. La contention sera le plus souvent motivée par les risques de chutes et de déambulation, ou par la prévention de troubles du comportement et d'actes violents.

À première vue, contenir semble donc faire partie intégrante de l'activité des soignants. Mais cela ne signifie pas pour autant que son usage soit hors de tout contrôle. Au contraire, une procédure est prévue dans le règlement d'ordre intérieur de l'institution, les mesures prises sont motivées par

une prescription médicale et précédées d'une information à la famille. Un peu plus de la moitié des maisons de repos wallonnes (57 %) déclarent même mener une réflexion sur la question de la contention. Dans son guide des bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention, l'Aviq invite à ouvrir un dialogue pour que chacun soit impliqué dans le processus décisionnel, avant de conclure que « l'habitude et "ce qui s'est toujours fait" sont les pièges qui menacent, au quotidien de nos pratiques, la dignité, le respect et la liberté humaine⁷ ». La contention est une réalité courante, mais continue de susciter le débat, au sein même des équipes médicales qui peuvent estimer que cet acte va à l'encontre des normes usuelles de bientraitance et de leur propre jugement moral.

Le même constat est fait concernant la contention des personnes âgées à domicile, à ceci près que les soignants sont souvent seuls face à ces dilemmes et exigences contradictoires : laver, changer, aider à alimenter, ... Pour exercer ces tâches – les faire bien, mais les faire quand même – ils doivent trouver des astuces et bricoler « sans que les enjeux, les valeurs, les principes moraux guidant ceux-ci ne soient formulés et discutés » en équipe, sans accompagnement, sans réflexion collégiale, sans partage de la responsabilité⁸. Le risque est alors que cette pratique devienne banalisée...

La contention à l'épreuve des situations d'urgence : l'exemple de la pandémie de Covid-19

Au mois de novembre 2020, Amnesty International publiait un rapport sur les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique, dans lequel l'organisation fait part de son inquiétude quant à un possible « recours accru aux moyens de contention mécaniques et chimiques⁹ ». La recherche du consentement éclairé du résident et de son entourage, procédure ordinaire, s'est vu confrontée à un véritable cas de force majeure¹⁰. Limiter la propagation du virus et assurer la sécurité des résidents rendrait légitime le recours à des moyens de contention : il faut les isoler afin d'éviter leur déambulation, il faut les contenir afin de faciliter la réalisation des soins et autres tâches quotidiennes, ...

Ainsi, « le principe de précaution invoqué dans certaines situations semble prévaloir sur le principe de prévention du risque individuel¹¹. » Écarter tous les risques et prendre des décisions difficiles pour *sauver nos vieux* : cela semble aller de soi.

Mais pour autant, nous pourrions nous demander si, malgré l'urgence, il n'aurait pas été possible de faire autrement... Non pas pour condamner la gestion de la pandémie par les maisons de repos, mais afin d'encourager à une réflexion anticipative sur les procédures à suivre. De nouvelles situations de crise surviendront certainement. Comment s'y préparer ? N'avons-nous rien à apprendre de ce qu'il s'est passé ?

3. Plaidoyer pour faire autrement

La loi relative aux droits du patient de 2002 nous rappelle que tout acte médical requiert un consensus entre le médecin et le malade. Ce dernier – ou son mandataire/ représentant légal – doit donc, au préalable, donner son consentement à la mise en place d'une procédure de contention. Et comme le rappelle la Fondation Roi Baudouin, même une « personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a le droit, après avoir été correctement informée, d'accepter ou de refuser l'intervention médicale qui lui est proposée¹². » Selon l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés, Respect Seniors, même en situation de crise sanitaire, la parole des seniors reste « un choix encore possible¹³ » pour les inclure et les faire participer à l'élaboration des prises de décision qui les concernent.

Mais dans les faits, on imaginera aisément les difficultés que rencontreront les soignants à intégrer un patient – souffrant ou non de démence – dans un tel processus décisionnel, surtout lorsque des mesures doivent être prises en toute urgence. La famille sait-elle vraiment ce qui est bien pour son parent âgé ? Ce dernier comprend-il toujours ses droits et ce à quoi il s'engage en acceptant d'être placé sous contention ? Et s'il refuse alors que les soignants estiment que « c'est le mieux à faire » ? L'idéal d'un consentement donné de manière libre et éclairée se heurte à la réalité pratique du terrain. Dans ce contexte, le principe de sécurité semble prévaloir sur le droit du patient à choisir.

Cela ne signifie nullement que les soignants ont recours à la contention par la force : la contrainte n'exclut pas une certaine recherche du consentement de la personne âgée. Cette recherche passe par un « travail de production de l'acceptation¹⁴ ». En fait, « le dialogue ne se limite pas à une information objective : il s'agit de convaincre, de patienter, de ruser, de marchander, parfois de menacer pour que le patient soit amené, en quelque sorte malgré lui, à adhérer à ce que le professionnel sait, de par son expérience, être le meilleur pour lui¹⁵. » Cela peut également passer par une invisibilisation des contraintes en vue « d'éviter les confrontations directes avec le refus des résidents¹⁶. »

D'un côté, la législation nous rappelle que les mesures de contention ne doivent être utilisés qu'en

dernier recours, après avoir écarté toutes alternatives. Et « en aucun cas, elles ne seront envisagées à des fins éducative, disciplinaire ou punitive ». Elles ne devront pas non plus « être destinées à pallier un manque de personne, ni être instaurées en vue d'assurer un certain "confort" pour les professionnels de la santé ou les familles¹⁷ ».

Pour autant, dans certaines situations d'urgence, le recours à la contention semble inévitable. Il faut faire au mieux, mais surtout faire selon la réalité du terrain... Les mesures de contention font en quelque sorte partie du « sale boulot » que les soignants doivent exercer, même si cela leur « gâche le boulot¹⁸ ». Entre « travail de contrainte » et recherche du consentement, le personnel y a recours en tentant « au mieux de conformer les corps des patients aux exigences du fonctionnement de l'institution ». Ce sont de telles exigences qui sont au cœur du processus décisionnel de recours à la contention. Ce sont elles qu'il faut questionner.

Les dilemmes pratiques, éthiques et juridiques que posent la recherche du consentement pour recourir à la contention nous détournent du problème. En effet, « l'espace des possibles du dernier recours¹⁹ » n'est ni une fatalité ni une contrainte objective, mais le résultat de décisions politiques et de logiques économiques, de choix réalisés en amont de la situation d'urgence. Cela signifie donc qu'il est possible de faire autrement ! Si les choses tendent certes à évoluer – par des événements médiatiques tels que la crise sanitaire ou la publication de l'ouvrage *les Fossoyeurs* –, les maisons de repos ne sont toujours pas une priorité de nos pouvoirs publics. Que signifie *décider du meilleur pour les résidents* quand leur prise en charge suit une logique gestionnaire, quand l'organisation industrielle du travail laisse peu de place à l'imprévu et au désordre²⁰ ? Que signifie *faire au mieux selon les moyens dont on dispose* quand le personnel ou le matériel manque, quand les minutes sont comptées et les soins réalisés de manière mécanique et à la chaîne ? En reprenant le titre de l'article du Soir présenté en introduction, le recours à la contention se révèle bel et bien être un « mal nécessaire »... mais pour le résident ou pour le personnel soignant, lui aussi maltraité, en manque de moyens et à bout de force ?

Ouvrons le débat...

- Afin d'évaluer l'usage réglementaire de la contention, nous contrôlons que le dispositif mis en place soit adéquat et nous veillons au bien-être de la personne contenue. Mais en focalisant notre attention sur cet acte potentiellement maltraitant, nous ne remettons jamais en cause les raisons sous-jacentes cachées derrière de telles mesures. Comme si tout allait de soi... Comme si le fait que les maisons de repos aient connu une telle situation d'urgence en période de crise sanitaire ne pouvait pas être questionné. Et si une restructuration du modèle industriel et gestionnaire (soyons bien clairs : davantage de personnel et de moyens) permettait de redéfinir « l'espace des possibles du dernier recours », afin de réduire encore davantage l'usage de la contention ? Pensez-vous qu'une maison de repos sans recours au « travail de contrainte » pourrait-elle fonctionner ? Peut-on envisager une autre forme – réaliste et pratique – d'accompagnement de nos aînés ?

Ressources utiles

Vous souhaitez aller plus loin sur le sujet de la maltraitance des personnes âgées ?

Redécouvrez nos deux analyses :

- [Seniors et Maltraitance : Lutter contre un problème de santé publique](#)
- [Seniors et Maltraitance : Réflexions autour d'un scandale](#)

Vous souhaitez découvrir nos autres publications autour des questions relatives au consentement ?

Retrouvez toutes nos analyses sur ce sujet, disponibles à la demande ou sur notre site Internet !

- [Seniors et Consentement – I : Table de réflexion autour de la mobilité](#)
- [Seniors et Consentement – II : Table de réflexion autour de la fin de vie](#)
- [Seniors et Consentement – III : Table de réflexion autour des lieux de vie](#)

Références bibliographiques

- 1 Voir article du Soir, publié le 21 novembre 2022.
- 2 Béliard, Aude, et Alice Le Goff. 2018. « Desserer les contraintes, structurer des choix. Le travail des professionnelles des équipes spécialisées Alzheimer ». In *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, Le sens social, Presses Universitaires de Rennes, 39-52.
- 3 Nous reprenons ici la définition utilisée par le Parlement de Wallonie.
- 4 Lechevalier Hurard, Lucie. 2013. « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique ». *Sociologie du travail* 55 (3): 279-301.
- 5 Moreau, Delphine. « Conjurer la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie ». *Sociologie Santé* 33 (2011): 29-47.
- 6 Toutes les données chiffrées sur la contention proviennent du « Rapport bisannuel des établissements d'hébergement et d'accueil pour Aînés au 31 décembre 2017 ». *Aviq Santé*. 2020.
- 7 « Contention et Isolement. Repères et bonnes pratiques ». Guide à l'utilisation des services d'accueil et d'hébergement pour personnes en situation de handicap agréés par l'AVIQ.
- 8 Charlot, Valentine, et Caroline Guffens. 2022. « La contention des personnes âgées au domicile. Un piège pour qui ? » *Le Bien Vieillir et la Fondation Roi Baudouin*.
- 9 « Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de COVID-19 en Belgique ». *Amnesty International*, 2020.
- 10 À ce sujet, lire Aviq, 2020, p. 176.
- 11 « L'impact des mesures Covid-19 sur les droits humains dans les maisons de repos (et de soins) : une étude qualitative ». *Unia*. 2021.
- 12 « Osez le dialogue ! Le projet de soins personnalisé et anticipé avec une attention particulière pour la personne atteinte d'une maladie de type Alzheimer ». *Fondation Roi Baudouin*. 2014.
- 13 Bachelet, Claire, et Pascale Broché. 2022. « Dans le dédale d'une pandémie : la parole comme choix encore possible ». *Gérontologie et société* 44 / 169 (3): 105-14.
- 14 Béliard et Le Goff, 2018.
- 15 Longneaux, Jean-Michel. 2020. « Le consentement : une illusion nécessaire ? » *Ethica Clinica*, n°97.
- 16 Lechevalier Hurard, Lucie. 2018. « Des libertés au prix de l'enfermement : le cas d'une unité Alzheimer ». In *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer*, par Livia Velpry, Pierre Vidal-Naquet, et Benoît Eyraud, 71-86. Le sens social. Presses Universitaires de Rennes.
- 17 Lemaire, Éric. 2017. « Chapitre 27. Les aspects médico-légaux de la contention » In *Démence et perte cognitive, Questions de personne*, Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 363-79.
- 18 Bigwood, Stuart, et Marie Crowe. « "It's part of the job, but it spoils the job" : A phenomenological study of physical restraint ». *International Journal of Mental Health Nursing* 17 (2008) : 215-22.
- 19 Hurard, 2018.
- 20 Loffeier, 2015.



Rue de Livourne, 25- 1050 Bruxelles

Pour nous suivre :

<https://www.ago-asbl.be/> et également sur Facebook

Pour nous contacter :

Téléphone : 02/ 538 10 48

Courriel : info@ago-asbl.be

Analyse rédigée et mise en page par :

Marin Buyse

Avec le soutien de :

