

Commission éthique Rapport n° 2 – mars 2016 De la contention et des violences

Trois situations, issues de trois établissements de l'ARIMC, sont venues interpeler la commission éthique de l'ARIMC au début de l'année 2015. Cette interpellation a donné lieu à un travail d'analyse et de réflexion éthique à propos de la contention et des violences, incluant une situation d'hospitalisation sans consentement motivée par des violences extrêmes exercées par le résident d'un foyer d'accueil médicalisé, à l'encontre d'une résidente.

1°) Les situations, vécues en institution et difficiles à gérer

La situation n°1 est rapportée par la cadre de santé du Centre d'éducation motrice (CEM). L'approche de la contention réalisée par le CEM passe par l'utilisation d'une salle d'apaisement installée pour contenir les troubles du comportement des adolescents.

La jeune fille dont la situation est rapportée ici, est dépendante pour actes de la vie quotidienne. Elle est porteuse d'une déficience intellectuelle et des troubles du comportement nécessitant parfois son isolement.

L'utilisation de cette pièce, appelée salle d'apaisement, est règlementé par une procédure. Une fiche de signalement d'un comportement difficile ou inadapté est renseignée pour chaque passage dans la salle. On y retrouve : les noms de jeune et des professionnels impliqués, le contexte de la personne, le motif, le temps passé et les observations des professionnels. Une évaluation de la contention est formalisée au terme de celle-ci. Cette fiche est ensuite transmise au chef de service qui en informe la famille. La situation est analysée dans la semaine, lors de la réunion des cadres et un retour est fait au professionnel ayant fait le signalement. Les réflexions récurrentes des professionnels concernent la violence de la contention, qu'ils ressentent comme une culpabilité face à la privation de liberté qu'on inflige et des conditions utilisées (parfois par la force). Il est néanmoins reconnu qu'il faut répondre à un besoin de mise en sécurité (danger pour la jeune fille et violence pour les autres usagers).

La situation n°2. Le cas de Thomas, accueilli en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Thomas est un adulte jeune, sans langage verbal, dépendant, mais qui déambule beaucoup avec son fauteuil roulant en le propulsant avec les pieds. Il présente une fragilité respiratoire avec bronchites à répétition, qui contraindique qu'il s'expose au froid, insuffisamment vêtu, ce qu'il fait s'il n'est pas surveillé. Thomas présente régulièrement des gestes inappropriés avec les autres résidents, notamment avec une jeune femme qu'il importune en lui imposant des marques d'affection. L'équipe confrontée à la nécessité de contenir les débordements de Thomas, lui impose des temps de contention à des périodes « à risque ». La discussion bénéfique risque a été réalisée avant la mise en place de cette procédure. La famille est informée et dit comprendre ce qui est fait. Certains professionnels, au sein de ce FAM, ne supportent pas le terme de contention et obtiennent qu'on appelle la procédure « restriction temporaire de mobilité ». L'équipe éducative demande que la mise en place de la contention soit systématiquement initiée par une ordonnance du médecin (ce qui est

d'ailleurs obligatoire réglementairement). La difficulté pratique semble d'abord résider dans la non-communication verbale du résident, qui gêne les échanges et les explications avec les accompagnants. Dans le vécu difficile des professionnels vis-à-vis de la privation de liberté, on retient un clivage entre les soignants et l'équipe éducative.

La situation n°3. Elle concerne un résident hébergé en Foyer de vie. Cette personne paralysée cérébrale, ne pouvant s'exprimer verbalement, présente un handicap moteur léger et une agressivité récurrente ; il a proféré des menaces avec des passages à l'acte. Ce comportement s'accroît au cours des 18 mois avant l'épisode qui a amené à demander l'hospitalisation d'urgence en milieu fermé de psychiatrie. Les professionnels, confrontés à cette situation ont été désemparés et voudraient avoir des repères, bien que chacun ait apparemment fait ce qu'il avait à faire.

2°) Réflexion à partir de l'analyse de ces situations vécues.

Contention vient de contenir ; c'est l'ensemble des dispositifs et procédés destiné à immobiliser une partie ou la totalité du corps humain. Parmi les synonymes de contenir : « enfermer, contraindre, maîtriser, posséder, tenir, mais aussi contrôler, mesurer, embrasser, modérer, retenir, englober ». Beaucoup de ces termes font peur aux professionnels de l'établissement où est accueilli Thomas.

La communication par la parole fait partie des moyens utilisés en psychiatrie, mais le professionnel en milieu médico-social se sent souvent seul et démuni face à une situation où le résident ne peut s'exprimer verbalement. Or, en temps de crise, un temps de parole consacré à la situation, avec le résident, est essentielle. C'est à l'interlocuteur professionnel de trouver le mode de langage le plus adapté aux capacités du résident. Le professionnel qui accompagne des résidents doit en effet savoir que la violence s'accroît entre l'accompagnant et l'accompagné par un mécanisme de transfert/contre-transfert qui s'auto entretient quand le dialogue est interrompu

La participation de l'usager à verbaliser a priori les risques de crise, n'étant pas toujours possible, celui-ci peut se retrancher dans sa chambre (voir l'usage de la chambre d'apaisement présenté dans la situation N° 1). C'est alors l'usager lui-même qui va se « contenir ».

L'autorité que peut exercer l'institution est ressentie par plusieurs éducateurs de la commission comme maltraitante, quand elle va jusqu'à la contention, comme si la toute-puissance du soignant, mise en échec, exerçait son pouvoir de façon disproportionnée. D'autre part, de même que la loi, la police, la justice sont des moyens de remettre la population « ordinaire » dans son cadre social, de même, les résidents sont soumis à un cadre institutionnel dont l'autorité est définie et admise contractuellement lors de la formalisation du projet de vie avec les résidents.

Dans le soin, la contention peut faire partie de gestes soignants. Comme pour d'autres situations répertoriées (la prise en charge de la douleur par exemple), cette capacité de gérer une situation de violence peut être facilitée par une graduation des mesures de contention, donnant à chacun un rôle correspondant à sa mission. La pluridisciplinarité, bien gérée, garantit la bientraitance et donne un cadre à tous en limitant le clivage médical/éducatif.

La contention consistant à attacher la personne ou à l'empêcher de se déplacer en fauteuil, est mal supportée par la personne qui la subit, surtout quand elle est mise en place dans la durée.

Il semble, d'après les expériences rapportées au sein de la commission éthique, que la contention « physique », consistant à immobiliser le résident par la force d'un ou deux accompagnants, soit efficace pour une violence passagère, et qu'après un court instant désagréable perçu comme une agression, elle joue son rôle bienfaisant de contenir.

En dehors des contentions thérapeutiques, peu discutables si les conditions de leur mise en œuvre sont adaptées à chaque situation, d'autres contentions font l'objet d'une discussion :

- La contention « de facilité ». Par rapport au cas de Thomas, on peut la discuter, de la même façon que chez le jeune enfant dont les parents utilisent la télévision comme moyen de contention, ou en EHPAD, quand les soignants sont occupés aux soins d'hygiène du matin et ne peuvent surveiller les résidents « à risque », auxquels on met les barrières et une ceinture de contention au lit.

- La contention chimique. On tire souvent à boulets rouges sur les traitements psychotropes. Ils ont pour but d'être préventifs des crises d'angoisse ou des débordements d'humeur. L'usage des différents psychotropes n'est pas sans effets secondaires possibles, ce qui justifie une prescription spécialisée. En ce qui concerne les mérites comparés d'un traitement ponctuel et d'un traitement de fond, une discussion doit être menée au cas par cas. Le traitement ponctuel nécessite l'utilisation d'un protocole personnalisé, discuté en équipe interdisciplinaire, après une première crise, ou devant la menace d'une crise. Les professionnels disposent alors d'un repère pour rester bien traitants. Mais ce protocole n'est qu'un outil issu d'un guide de bonne pratique.

En cas de traitement de fond, la prescription médicale ne dispense pas de contractualiser le traitement entre le résident et le médecin, le contrat étant assorti d'un engagement de celui-ci à exercer une surveillance et à interrompre le traitement dès qu'il n'est plus utile.

3°) Quand la contention devient inéluctable.

Chacune des étapes du protocole mérite une réflexion.

- Les motifs de la contention : contenir la violence d'un usager, à hauts risques pour lui-même et/ou son environnement. Les motifs ne sont-ils pas en amont, la violence étant favorisée par des comportements des aidants/soignants ressentis comme une violence ?
- L'analyse de la situation facilite sa gestion. La violence manifestée par l'usager entre-t-elle dans le cadre des déficiences neuro-psycho-comportementales propres à la pathologie que présente l'usager ?
L'usager manifeste-t-il par son comportement violent une alternative à l'expression verbale qui lui fait défaut ?
L'origine est-elle institutionnelle car les professionnels peuvent être mis en échec par leur incapacité à comprendre une demande de l'usager, doublée d'une culpabilité à assumer leur mission. Il faut alors analyser les facteurs d'inadaptation de l'institution aux besoins de l'usager
- Les intentions des professionnels. Les questions à se poser : - « La contention, si elle est décidée, a-t-elle pour but de me protéger, de protéger celui dont le comportement violent n'est plus supportable (pour lui ou pour l'environnement), de protéger les autres autour de lui et, quel est alors le risque réel ? »
- La discussion pluridisciplinaire. Les questions à poser :
 - « La contention est-elle thérapeutique (contenir, donner un repère) ou sécuritaire ? »
 - « Y a-t-il des alternatives, au moins à une contention pure et dure susceptible de faire violence à l'usager ; par exemple, un traitement médical prophylactique est-il possible, un espace de parole peut-il prévenir la conduite violente ? »
 - « A partir de l'analyse de la pratique des professionnels, sur quels éléments se fait la discussion bénéfique/risque : est-ce vraiment nécessaire ? »
 - « L'expérience des parents est-elle prise en compte dans la décision ? »
- La décision entre dans un cadre légal ; elle est prise après prescription du médecin selon une procédure écrite. Est-ce que l'accord de l'usager a été demandé, sinon obtenu, pour la salle d'apaisement, par exemple.

S'est-on assuré que l'explication de la décision de contention ait été entendue par l'usager ?

- Mise en œuvre. L'utilisation d'un protocole est non seulement réglementaire, mais c'est aussi un outil de bonne pratique qui doit être adapté à chaque situation particulière, voire singulière : - «Devant un résident dont je connais bien les déficiences et les possibilités de résilience, ce protocole me laisse-t-il mon libre arbitre? »
- Le suivi et l'évaluation. Ils sont là encore encadrés par un référentiel issu des recommandations opposables de la HAS. L'évaluation de chaque épisode de contention, lors d'une discussion interdisciplinaire permet d'extraire des repères utilisables pour des prises de décision ultérieures face à des situations de violence.

Réflexion éthique

Les paralyés cérébraux et certaines personnes ayant un handicap neuromoteur lourd constituent une population très particulière. Les traits marquants de cette population sont la dépendance, la grande vulnérabilité, et les difficultés à se faire comprendre du fait de déficiences du langage qui nécessitent souvent une longue écoute pour capter un message. A ces traits s'ajoutent très souvent une labilité émotionnelle qui, de plus, est mal inhibée socialement dans ses manifestations visibles ou audibles (cri, geste brusque...). Il faut aussi compter avec les déficiences cognitives et parfois avec un trouble envahissant du développement La vulnérabilité de cette population accentue le risque d'atteinte à la dignité de la personne privée de liberté par la contention, surtout s'il s'avère que celle-ci est arbitraire.

Les parents représentent le « tiers social » avec lequel il faut que les accompagnants puissent compter, autant pour les informer d'une situation de violence que pour bénéficier de l'expérience qu'ils peuvent en avoir. A l'inverse, pour des parents d'adolescents, et même d'adultes, l'établissement peut être un « centre ressource ».

La singularité de chaque situation : L'utilisation d'un protocole « contention » est nécessaire pour que chacun dans l'équipe, et la personne contenue, elle-même, puissent avoir un même repère et pour éviter l'arbitraire. Néanmoins, chaque situation ne peut être traitée que pour elle-même, comme le veut le projet de vie propre à chaque résident. De même qu'il ne convient pas de généraliser à partir d'un cas particulier, voire singulier, de même, devant chaque situation, le professionnel, sans se dispenser d'un échange interdisciplinaire, exerce son libre arbitre pour décider ce qui lui apparaît bon avec et pour la personne accompagnée. Bien entendu, pour cela, il a besoin de repères éthiques pour que son libre arbitre ne se réduise pas à l'arbitraire.

Le contexte de la contention est-il précisé ? Il faut d'abord, dans ce contexte, distinguer la contention thérapeutique qui est pratiquée pour faire bénéficier le sujet d'un contenant qui lui donne un repère et une réassurance, de la contention en réponse à une violence en situation de crise, pour protéger le sujet et son environnement des conséquences de cette violence.

- - « Quel est mon rôle ? »
- - « Qu'est-ce qui peut mettre hors d'elle la personne que j'ai en face de moi ? »
- - « Comment faire pour la comprendre ; peut-elle m'écouter ? »
- - « Ai-je bien lu les transmissions ? »
- - « Y a-t-il un élément déclenchant de ma part, de celle du service, de quelqu'un d'autre, d'une attente non satisfaite ? »
- - « Quelle source d'apaisement (contenant) puis-je lui apporter ? »
- - « Dans le suivi des soins, ai-je pleinement conscience que ma responsabilité professionnelle individuelle est entière et indivisible vis-à-vis de la sécurité et des bonnes pratiques d'accompagnement et des soins ? »

Pour l'équipe, cette responsabilité implique de savoir « passer la main » dans le cadre d'un soutien interprofessionnel quand une situation conflictuelle mène à une impasse. La responsabilité individuelle implique aussi de participer activement à la transmission des informations concernant l'usager, ce qui permet d'éviter nombre d'incidents (cahier de liaison, fiches d'évènements indésirables...). Dans le cadre d'une réunion interdisciplinaire, quel est le rôle de celui qui parle, de ceux qui transcrivent l'information, de ceux qui observent sans être directement concernés. Ont-ils un rôle à jouer, de discernement, par leur regard extérieur ? L'analyse de la pratique peut-elle apporter des réponses à toutes ces questions, grâce à l'animation par une personne extérieure ?

La responsabilité de l'encadrement, dans la perspective d'une « visée bonne avec et pour les autres dans une institution juste », est engagée pour faciliter la communication et la coordination entre les différents acteurs, en s'assurant que les bonnes pratiques sont respectées, ce qui permet d'être dans la bientraitance, malgré les violences que peuvent subir les professionnels et les usagers.

Faut-il remettre en cause l'institution et son organisation s'il nous apparaît qu'une situation de violence/contention ne correspond pas aux impératifs de bientraitance qu'exigerait cette situation ? Les « excuses » qui sont données à une telle situation, telles que le manque de personnel, le manque de liaison, la fatigue... ne sont en fait que des facteurs favorisant ou déclenchant qui nécessitent en effet une remise en question de .

RECOMMANDATIONS

Les personnes paralysées cérébrales hébergées en établissement ont un mode de vie régi par l'autorité institutionnelle encadrée par le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement) dont ils doivent connaître toutes les règles quand ils signent le contrat de séjour. Ces documents donnent à la personne des garanties. L'institution doit s'interroger sur le recours qui est fait à ce contrat quand le dialogue avec l'équipe devient difficile, voire interrompu.

La paralysie cérébrale entraîne des déficiences de la communication, de certaines capacités de jugement, ainsi qu'une difficulté à réguler ses émotions et très souvent des déficiences cognitives. Ces déficiences génèrent des situations de violence quand la personne ne peut se faire entendre.

Les professionnels de l'accompagnement éducatif et du soin se doivent de connaître le mécanisme de transfert/contre-transfert qui fait monter la violence en miroir, jusqu'à être obligé d'utiliser la contention. Le poids de la vie en institution doit aussi être pris en compte, ainsi que l'inadaptation éventuelle d'un accueil.

Ces mécanismes doivent être également connus des parents et des personnes accompagnées elles-mêmes, pour pouvoir désamorcer ensemble l'escalade de la violence.

Avant de pouvoir restaurer le dialogue, le choix de l'isolement dans un lieu contenant, quand cela est possible (salle d'apaisement ou chambre en établissement, chambre à coucher chez les parents), permet de respecter la dignité de la personne accompagnée et de restaurer la sérénité au sein de l'institution.

La contention, prise au sens bienfaisant de modérer en rassurant, peut aussi être utilisée ponctuellement par la force contenante. Sans brutalité, mais avec fermeté (ce qui nécessite une formation technique et une certaine force des soignants) la « contention physique » respecte la personne et lui transmet une énergie d'apaisement.

Certaines personnes paralysées cérébrales peuvent présenter un risque majeur de chute. Des barrières de lits ou une sangle de maintien au fauteuil peuvent être installées en accord avec la personne accompagnée, à laquelle ont été expliqués les motifs et la procédure.

Mais, cette même institution et les professionnels qui la constituent se doivent de proscrire les contentions « de facilité » mises en place au prétexte que les personnes concernées doivent être « protégées ». Cette façon de faire est un acte de maltraitance et l'institution ou le professionnel qui l'utiliserait auraient à en répondre devant la justice.

Quand la contention chimique répond à des indications pertinentes, quand elle est discutée en équipe, elle peut être alors bienfaisante. Le médecin explique à l'équipe et à la personne concernée, le motif, les avantages de ce mode de régulation du comportement, les effets secondaires éventuels et la durée limitée suivie d'une évaluation permettant de prolonger ce traitement si nécessaire, en accord avec la personne paralysée cérébrale. On est alors bien loin de l'image de la « camisole chimique ».

Quand la violence a dépassé la limite du supportable, que le dialogue est rompu et que les différents modes de contention s'avèrent plus nocifs que bénéfiques, l'institution médico-sociale ne peut éviter de « passer la main » à l'institution psychiatrique en utilisant rigoureusement la procédure d'hospitalisation sans le consentement de la personne paralysée cérébrale.

Cette décision pourrait cependant être parfois évitée, si au paravent, avait été proposé à la personne un séjour de répit dans un autre établissement, faisant ainsi tomber la tension grâce à un dialogue retrouvé avec une autre équipe de professionnels.

La visée éthique du professionnel ou du parent se doit d'être apaisante, et d'inclure la personne accompagnée, en sachant que les troubles de communication verbale rendent le dialogue souvent très difficile.

Les procédures dans le domaine des violences et de la contention ne peuvent dispenser les accompagnants d'assumer leur propre responsabilité, jusqu'au moment où il faut savoir se faire relayer. Le fonctionnement institutionnel a le devoir d'assurer ces relais et d'en superviser la réalité par l'encadrement.

Une institution juste sait se remettre en cause ; elle se doit de protéger de la maltraitance les personnes qu'elle accompagne et elle doit veiller à la bientraitance et pour cela s'assurer des bonnes pratiques, de la bienveillance des professionnels et assurer leur formation et leur accompagnement.