



CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE

Magnolia Ouriques de OLIVEIRA¹

¹Cadre Medico Educatif, Educatrice Spécialisée, Monitrice Educatrice, Aide Medico Psychologique/Institut Régional du Travail Social, Poitiers, France (IRTS). E-mail: ouriques@hotmail.fr

Résumé. J'ai pu constater au sein de mon équipe, que la contention physique passive, est une proposition quasi systématique évoquée par l'équipe pour répondre aux problèmes de chutes causés par la perte d'autonomie. Mais non seulement en cas de chutes mais aussi en cas d'agressivité de ces personnes contre elles-mêmes ou envers les autres. Je pense que ce sont des propositions qui révèlent davantage d'un héritage de pratiques institutionnelles qu'une véritable réflexion sur la nécessité même de cet acte. Pierre Bourdieu sociologue Français dans ses études sur le concept d'Habitus dit: "*L'habitus c'est le résultat d'un ensemble de pratiques qui s'est constitué au fil du temps, a été capitalisé et se transmet de génération en génération par la confrontation à la réalité*". Dès l'antiquité la contrainte physique a été un recours au traitement de la guérison de personnes considérées comme folles, agitées. De nos jours, cette pratique est toujours requise lorsque l'équipe se sent incapable de maîtriser une situation. Ce travail d'observation a été réalisé au sein d'un Etablissement accueillant des personnes en situation d'handicap moteurs et intellectuel dont l'Age varie entre 45 ans à 70 ans. Dans cet écrit, je vais mettre en lumière ce constat en montrant les raisons de cette pratique de la contention physique passive, tout en donnant quelques pistes de réflexion pour atténuer ce problème car je pense qu'il y a nécessité de sensibiliser l'équipe à une nouvelle pratique.

Mots-clés: Contention physique passive; Personnes vieillissantes; Loi sur la Contention.

CONTENÇÃO FÍSICA PASSIVA

Resumo. Foi possível observar que a contenção física passiva é uma proposta quase sistemática levantada pela equipe para responder aos problemas de quedas causados pela perda de autonomia. Mas não só em caso de quedas, mas também em caso de agressividade dessas pessoas contra si ou para os outros. Acho que são propostas que revelam mais um legado de práticas institucionais do que uma reflexão real sobre a própria necessidade desse ato. O sociólogo francês Pierre Bourdieu em seus estudos sobre o conceito de Habitus afirma: "*O habitus é o resultado de um conjunto de práticas que foram construídas ao longo do tempo, foi capitalizado e passado de geração em geração, confrontando a realidade*". Desde os tempos antigos, a contenção física tem sido um recurso para o tratamento da cura de pessoas consideradas loucas, agitadas. Hoje em dia, essa prática é sempre necessária quando a equipe se sente incapaz de dominar uma situação. Este trabalho de observação foi realizado em um estabelecimento que acolhe pessoas com deficiências motoras e intelectuais cuja idade varia de 45 a 70 anos. Neste artigo, vou destacar esse achado, mostrando as razões para essa prática de restrição física

passiva, enquanto dou algumas idéias para atenuar esse problema, porque acho que há necessidade de aumentar a conscientização da equipe a uma nova prática.

Palavras-chave: Restrição física passiva; Pessoas idosas; Lei sobre Restrição.

PASSIVE PHYSICAL CONDITION

Abstract. It was possible to observe that the passive physical restraint is a quasi systematic proposal raised by the team to respond to the problems of falls caused by the loss of autonomy. But not only in case of falls, but also in case of aggression of these people against themselves or for others. Are presented proposals that reveal more a legacy of institutional practices than a real reflection on the very necessity of this act. The French sociologist Pierre Bourdieu in his studies on the concept of Habitus states: "*Habitus is the result of a set of practices that were built over time, was capitalized and passed from generation to generation, confronting reality*". Since ancient times, physical restraint has been a resource for treating the healing of people considered crazy, restless. Nowadays, this practice is always necessary when the team feels unable to master a situation. This observation work was carried out in an establishment that accommodates people with motor and intellectual disabilities whose age ranges from 45 to 70 years. In this article, Was highlighted this finding, showing the reasons for this practice of passive physical restraint, while giving some ideas to mitigate this problem, because probably, there is a need to raise awareness of the team. a new practice.

Keywords: Passive physical restriction; Old people; Law on Restriction.

CONTENIDO FÍSICO PASIVA

Resumen. Fue posible observar que la contención física pasiva es una propuesta casi sistemática levantada por ellos para responder a los problemas de las caídas causadas por la pérdida de autonomía. Pero no sólo en caso de caídas, sino también en caso de agresividad de esas personas contra sí o contra los demás. Se cree que estas, son propuestas que revelan un legado de prácticas institucionales para una reflexión real sobre la propia necesidad de ese acto. El sociólogo francés Pierre Bourdieu en sus estudios sobre el concepto de Habitus afirma: "*El habitus es el resultado de uno conjunto de prácticas que se construyeron a lo largo del tiempo, capitalizado y transmitido de generación en generación, enfrentando la realidad*". Desde los tiempos antiguos, la contención física ha sido un recurso para el tratamiento de la curación de personas consideradas locas, agitadas. Hoy en día, esta práctica es siempre necesaria cuando el equipo se siente incapaz de dominar una situación. Este trabajo de observación se realizó en un establecimiento que acoge a personas con discapacidades motoras e intelectuales cuya edad varía de 45 a 70 años. Este artículo destaca este hallazgo, mostrando las razones para esa práctica de restricción física pasiva, mientras se dan algunas ideas para atenuar este problema, porque se cree que hay necesidad de aumentar la concientización del equipo en una nueva práctica.

Palabras clave: Restricción física pasiva; Personas mayores; Ley sobre Restricción.

INTRODUCTION

Depuis juin 2005, j'exerce au sein d'une Maison d'Accueil Spécialisée – MAS (CHAVAROCHE, 2005). Cet établissement, *La Fontaine du Roc*, reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, parfois associé à un handicap moteur ou somatique.

Actuellement, l'âge des résidents varie entre 45 et 70 ans; un vieillissement considéré comme étant précoce chez ces personnes. Par conséquent, l'équipe est face à une problématique nouvelle.

En effet, chez ces personnes, l'état s'aggrave assez vite, que ce soit en raison de troubles psychiques ou physiologiques. Cela implique une diminution des capacités motrices, de déplacement, l'aggravation de troubles orthopédiques (ostéoporose), facteurs qui augmentent les risques de chutes, de fractures ou encore de luxations de la hanche notamment. L'équipe doit donc faire face à cette évolution et prendre en considération l'accroissement de cette dépendance fonctionnelle, afin de penser autrement l'accompagnement des résidents. Assez souvent, la crainte de chutes amène l'équipe à proposer l'utilisation de la contention physique passive.

Dans les établissements accueillant des personnes vulnérables telles les maisons d'accueil spécialisées et maisons de retraites, la pratique de la contention physique passive est un recours assez répandu. Cette pratique est encore un sujet tabou dans ces structures. Des méthodes insidieuses sont utilisées par le personnel soignant et/ou éducatif.

“La prévalence des contentions est estimée en 7,4 et 17% dans les services hospitaliers de court séjour. Les sujets âgés ont 3 fois plus de risques d'être attachés durant leur séjour à l'hôpital que les plus jeunes. Chez les personnes de plus de 65 ans, ces chiffres atteignent 18 à 22%. En établissement de long séjour pour personnes âgées, la prévalence de la contention varie de 19 à 84,6%.” (RIFVEH, 2005).

Face à la problématique des résidents et à l'évolution de ce genre de pratique, il faut sans cesse être vigilant. En tant que cadre intermédiaire, le travail de sensibilisation de l'équipe est un travail long et constant dans le temps. Je pense même à ce rôle de « passeur de valeur », très important dans la fonction de cadre (FUSTIER, 2015). Mon objectif n'est pas d'éradiquer complètement la pratique de la contention mais de l'améliorer et de réduire le recours systématique à la contention physique passive.

Partant de ce constat, je me suis posé la question des pratiques

professionnelles. Comment fait-on pour s'adapter à cette évolution tout en respectant les droits des résidents et en étant en cohérence avec le projet individuel et institutionnel? Est-ce par manque de moyens et / ou par l'insuffisance de formation que ces pratiques sont utilisées et légitimées par le droit de sécurité et le principe de précaution?

Présentation de l'établissement

La Fontaine du Roc est un établissement médico-social créé par l'arrêté préfectoral du 30 mars 2000 et géré par le Centre Hospitalier de La Rochelle. Le service relève de la *loi d'orientation du 30 juin 1975* en faveur des personnes handicapées et de la *loi du 2 janvier 2002* rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cet établissement accueille des adultes lourdement handicapés dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

La MAS est située dans l'enceinte du Centre Hospitalier Spécialisé Marius Lacroix et dispose d'une capacité de 25 places.

Projet institutionnel

Le Projet institutionnel consiste à:

1. Répondre aux besoins des personnes accueillies en instaurant des Projets Individualisés et Personnalisés.
2. Développer des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et à améliorer les acquis, prévenir les régressions des résidents et introduire les familles dans l'accompagnement éducatif.

Population accueillie

La MAS a une capacité de 25 places. Actuellement elle reçoit 22 résidents en mode d'accueil permanent. Le sex-ratio est de 9 femmes et 13 hommes. Ces personnes sont atteintes de psychose déficitaire, d'autisme et de polyhandicap. Deux d'entre elles ont des soins spécifiques: alimentation entéral par sonde de gastrotomie.

LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE AU SEIN DE LA MAS, UNE PRATIQUE BANALISÉE

Le paradoxe des pratiques professionnelles

Pourquoi, au sein de la MAS, le sujet de la contention revient souvent dans les questionnements de nos pratiques. A vrai dire, je n'ai pas la réponse exacte. Il me semble, que tout part d'un bon

sentiment qui est celui de protéger le résident!

Il existe un réflexe immédiat d'anticipation vis-à-vis d'un danger imminent pas forcément avéré. Un réflexe protecteur où l'affect n'est pas en phase avec une réflexion et même l'éthique. Dans certains cas, on ne se questionne pas sur le besoin réel de la personne, ces besoins nous les créons pour eux.

Pour moi, le fait de souvent remettre sur la table le même sujet n'est pas un problème. Sensibiliser, conduire le travail d'une équipe dans un sens éthique est nécessaire. Il faut parfois du temps et même une certaine subtilité dans le quotidien institutionnel pour donner du sens à l'accompagnement des résidents. En principe, pour l'équipe, il n'y a pas de contradiction dans le fait de 'protéger les résidents'. Les arguments donnés sont entendables: "*il va finir par avoir un trauma crânien*", "*l'enfermer dans sa chambre évitera qu'il aille déranger la qualité du sommeil des filles (...)*". Mais ce principe de précaution ferme le débat et ne propulse pas la réflexion. D'autant que cette pratique est devenue un sujet délicat et culpabilisant pour l'équipe qui est perdue face à ce dilemme de la bienveillance / maltraitance, du bien / du mal pour les résidents.

Au-delà de ce constat d'anticipation pour protéger les résidents, je n'écarte pas les raisons organisationnelles, je me pose aussi des questions sur la motivation du personnel à adhérer aux valeurs institutionnelles et faire un travail de qualité? Que faut-il pour répondre aux besoins de l'équipe en termes de motivation? C'est un sujet très vaste et incontournable.

Au sein de la MAS ils existent quelques avantages sociaux tels une prime de pénibilité, une prime nommée 'prime aide soignante', les congés trimestriels (inexistants dans la major partie des structures accueillant des adultes), une prime annuel d'intéressement (sur les bénéfices de l'hôpital)...

Des entretiens annuels d'évaluation sont mis en place, les motivations et les objectifs professionnels sont pris en compte.

Des formations continues et diplômantes sont nécessaires et effectives au sein de la MAS.

Toutes ces avantages n'évitent pas une certaine instabilité dans les réseaux sociaux avec un clivage marquante gèrent ainsi une faille dans la synergie de l'équipe et aussi un absentéisme très important, ce qui m'oblige à solliciter la collaboration du « pool » de remplacements (qui n'est pas toujours disponible) ou de l'équipe. Ces remplacements, doivent certainement être la cause d'une certaine fatigabilité et un sentiment d'injustice de la part du personnel. Entre novembre 2009 et avril 2010, le Pool de remplacement été pressenti 38 jours au sein de la MAS. 28 jours l'équipe a travaillé en sous-effectif (3 éducateur à la place de 4).

En ce que concerne les Agents de Service Hospitalier, le Pool a été présent 20 jour pour la même période.

Dans ce paradoxe un cap à tenir est que l'autonomie et la dignité des résidents ne soient pas mises à mal.

Une pratique professionnelle issue de l'héritage psychiatrique

Dès l'antiquité, des écrits font allusion à la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées. Au Moyen-Age, le malade mental est le plus souvent « soigné » à domicile, maintenu attaché. Ce recours servait à protéger le « fou » de lui-même et des autres. Au XII^e siècle, les « fous » sont enfermés dans des cachots, des camisoles de force, des chaînes fixées au mur et au lit servant à les attacher.

Avec la Révolution française, le 'fou' devient un malade qu'il faut soigner. Pinel et son assistant Pussin sont les premiers à oser le 'geste inaugurateur': la libération des aliénés de leur chaînes.

Dans les années 50, arrivent les neuroleptiques et la psychanalyse; avancées qui permettent une autre relation entre soignant / soigné, ce qui modifie le climat d'agressivité qui régnait jusqu'alors.

La mise en place de la *loi du 2 janvier 2002* qui a comme principe fondateur la reconnaissance des droits des personnes en difficultés place l'utilisateur au cœur du dispositif et donne naissance au projet individualisé, ce qui exige une adaptation dans le respect des droits de ce dernier.

La création de *La Fontaine du Roc* résulte d'une initiative du Centre Hospitalier de La Rochelle datant de 1999, avec pour objectif de créer un cadre de vie pour des femmes et des hommes hospitalisés alors en psychiatrie. La Maison d'Accueil Spécialisée a ouvert officiellement ses portes en 2004. Elle a intégré ses locaux actuels en janvier 2005.

A partir de cette restructuration, une partie de l'équipe a été préservée. Le recrutement de personnel diplômé AMP*, ME* et ES* a été prévu dans l'effectif. Après remaniement, 5 AMP et 2 Aide soignants sont restés dans l'équipe, 14 autres ont été embauchés et forment l'actuelle équipe, entre elles, 2 ME, 1 ES, 2 AS et 9 AMP. Avec cette restructuration, le service - jusqu'alors psychiatrique - est passé d'un service dit « fermé » à un service « ouvert ». Ouverture vers l'extérieur: travail en partenariat avec les familles, travail d'intégration dans le tissu social...

La pratique de la contention physique passive à la MAS a été renforcée en partie par cet

héritage. Dans des services de psychiatrie, la contention physique est utilisée lors d'une urgence ou d'un passage à l'acte (dangerosité).

Je parle d'héritage, BOURDIEU (2000) l'appelle l'*habitus*: "*C'est le résultat d'un ensemble de pratiques qui s'est constitué au fil du temps, a été capitalisé et se transmet de génération en génération par la confrontation à la réalité*".

Quand je parle d'héritage, j'ai plutôt envie de parler du sens donné à la pratique, que de la perpétuation elle-même. Car j'ai constaté que certaines décisions de « contenir » ne sont pas le fruit d'un questionnement. La pratique se perpétue parce que « ça a toujours été comme ça » et que c'est apparemment la solution la plus adaptée.

La dignité des résidents mise à mal

Pour illustrer mon constat, je donnerai l'exemple de Nathalie, jeune femme de 30 ans, autiste. Nathalie, en ce qui concerne le développement du stade psychologique, est restée dans la phase anale. Elle a un rapport avec ses matières fécales singulier: elle va les chercher avec ses mains. L'équipe s'est obstinée à lui mettre une combinaison, les mains attachées avec des bandages, ceintures bien serrées au niveau de la taille... Finalement, la technique s'est avérée inutile car Nathalie arrivait toujours à ses fins. A près plusieurs débats et prise de conscience en relation à sa pathologie, cette pratique a évolué positivement.

Un autre type de contention physique passive est le cas des barrières de lit, sujet récurrent dans l'équipe. Les raisons sont variées pour justifier de l'utilisation des barrières: déambulations nocturnes, danger de chutes, sécurité.

Je citerai le cas de Marie, une femme de 45 ans, atteinte d'une déficience mentale avec troubles du comportement. Marie avait une certaine autonomie, elle pouvait se lever la nuit pour aller sur la chaise-pot placée à côté de son lit. Après trois chutes sporadiques sans conséquences graves, il a été décidé (officieusement) par une partie de l'équipe de lui mettre les barrières de son lit, en arguant de sa sécurité.

A une autre résidente récemment opérée d'une greffe de la hanche, et afin d'éviter qu'elle se fasse une luxation en se croisant les jambes (sa position préférée), il a été proposé par un membre de l'équipe de lui sangler les cuisses.

De même, on a pu assister à la contention environnementale qui visait à maintenir un résident enfermé dans sa chambre durant la nuit, en vue d'éviter ses déambulations.

Une pratique décalée par rapport aux valeurs affirmées dans le projet d'établissement

Pour ma part, j'estime que de telles pratiques portent atteinte aux libertés individuelles d'aller

et venir des résidents et qu'elles vont dans le sens contraire du Projet Institutionnel dont l'objet est de promouvoir les droits et la dignité des personnes accueillies.

Comme déjà cité plus haut, nous avons, au sein de la MAS, des vestiges de la culture psychiatrique. Ainsi, certains membres de l'équipe, de même que les nouveaux arrivants, sont persuadés de l'efficacité de cette pratique.

L'environnement des résidents

UN RATIO D'ENCADREMENT LEGEREMENT SUPERIEUR AUX TAUX HABITUELS

Au sein de la MAS, tout le personnel d'encadrement est qualifié. Le personnel socio-éducatif paramédical et agent de service, présente un ratio d'encadrement de 1,23 ce qui est légèrement supérieur à la valeur préconisée en MAS, pour un agent/place. L'équipe est constituée de 15 aides médico psychologique, 4 aides soignants 2 monitrices éducatrices, (qui ont un travail de proximité), 3 infirmiers, 5 agents de service hospitalier, 1 éducatrice spécialisée et 1 psychologue. A la MAS le dispositif d'aménagement du temps de travail RTT a été appliqué et également l'équipe bénéficie des congés trimestriels. Quelques membres de l'équipe sont à temps partiel.

Le ratio d'encadrement à lui tout seul ne doit pas justifier des pratiques malveillantes au sein de la MAS.

Des aménagements des locaux et équipements nécessaires mais qui ne peuvent pas justifier cette pratique

La MAS est installée dans un bâtiment de plain-pied, fonctionnant sur 3 unités de vie, le nombre des résidents par unité est de 5, 8 et 9 résidents par unité respectivement. Il y a des chambres individuelles et des chambres à deux lits, toutes les chambres ne sont pas équipées de salles de bain. Un bureau médical, des dispositifs de sécurité tels alarme détection incendie, alarme médaillon d'urgence, utilisés par le personnel, en revanche, il n'existe pas d'appel malade dans les chambres aux wc. Dans l'ensemble du bâtiment les pièces permettent la circulation des fauteuils les couloirs sont adaptés avec des mains courantes. En ce que concerne la pratique de la contention physique passive, l'architecture de l'établissement n'est pas un argument acceptable pour la continuité de telle pratique. Cependant certains aménagements dans l'architecture sont envisageables pour un mieux confort des résidents.

Des familles qui ne sont ni informées, ni consultées sur cette pratique

L'association des familles dans l'accompagnement de leur enfants est effective au sein de la MAS. Les familles sont représentatives au sein du Conseil de la Vie Sociale, après élaboration des projets individuel elles donnent leur avis, pour certains familles elles gardent des contacts avec leur enfants soit de manière constante soit de manière sporadique en ce que concerne les résidents, trois d'entre eux partent régulièrement en famille. En revanche jusqu'alors les familles (ni représentant légal) n'ont pas été consultés et donnés leurs avis en ce que concerne l'utilisation de la contention passive au sein de la MAS.

LA CONTENTION PHYSIQUE PASSIVE (CPP)

Définition

La contention, 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 qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

Il existe une grande diversité de moyens et de techniques de contention physique.

Parmi les moyens les plus utilisés, on peut citer les moyens spécifiques, tels:

Les gilets, les sangles thoraciques, les ceintures

Les attaches de poignets et de chevilles

Les sièges confort (gériatrique), les sièges avec un adaptable fixé (tablettes)

Les barrières de lit

Parmi les moyens non spécifiques, il faut considérer tout matériel détourné de son usage, bien souvent un drap, ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps.

La contention et la loi

En matière de contention physique passive, les références, tant législatives que réglementaires, sont inexistantes. Il convient donc de considérer le problème, non-sous l'angle de la contention, mais sous celui de l'atteinte aux libertés individuelles qui en résulte. Ainsi, tout patient devrait être en mesure de consentir à la dispensation des soins dont il va bénéficier. Le retrait de cette faculté par mise sous contention constitue une atteinte à l'exercice de ce droit, cumulé à une atteinte à la liberté individuelle.

En termes d'évolution du cadre législatif, la loi du 2 janvier 2002 du secteur du médico-social et la loi du 4 mars du secteur sanitaire, nous apportent quelques références en ce que

concerne le respect des droits de l'utilisateur (LEGIFRANCE, 2019).

La loi du 2/02/2002 avec la Charte des Droits et Libertés qui porte sur les principes éthiques et déontologiques: droit de protection, le droit à la sécurité, le droit à un suivi médical adapté doit à l'autonomie et le droit de circuler librement (LEGIFRANCE, 2019).

La loi du 4 mars 2002 (Loi Kouchner), stipule: *“aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou la famille, ou à défaut un des proches ait été consulté”* (KOUCHNER, 2002).

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) a réalisé un guide d'évaluation des pratiques professionnelles sur ce thème. L'ANAES a constaté que les indications et les recommandations pour la conduite de cette pratique ne sont pas ou très peu au programme de l'enseignement des étudiants en médecine, ni des professionnels paramédicaux. Cette Agence a répertorié quelques recommandations sur cette pratique basé sur la littérature scientifique. Mais ces recommandations concernent les personnes âgées de plus de 65 ans (FRANCE ARCHIVES, 2019).

En ce que concerne cette pratique auprès des personnes handicapées nous n'avons aucune référence. Pour ces raisons, le rôle du Cadre intermédiaire est très important dans la sensibilisation d'une pratique nouvelle, réflexive et éthique.

L'efficacité de la contention physique

Les recherches dans ce domaine montrent que le recours à la contention augmente en fait les blessures, les lésions cutanées, le déclin fonctionnel, la perte d'appétit, la déshydratation, la constipation. La contention est aussi à l'origine de troubles émotionnels (sentiment de perte de la dignité et de l'autonomie).

Selon des enquêtes de *coroners* nord-américains, le recours à la contention est la cause de nombreux décès par étranglement. Aucune étude ne démontre clairement que le recours à la contention protège davantage l'utilisateur. Au Québec, des enjeux juridiques entourent le recours à la contention, c'est pourquoi le gouvernement de l'Ontario a adopté la loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades.

En France, la contention n'est interdite ni par la loi, ni par les règles professionnelles. Il n'en demeure pas moins que l'utilisation des contentions des personnes est strictement réglementée, afin d'éviter tout abus.

PRECONISATIONS

Au nom des droits fondamentaux et de la dignité des résidents, l'équipe doit faire face à l'évolution des problématiques des résidents en gardant à l'esprit la qualité de cet accompagnement. Cette qualité doit être la préoccupation centrale de l'équipe.

Mon objectif principal au sein de la MAS, est de diminuer la systématisation de la pratique de la contention physique passive. Dans cet objectif, mes préconisations sont exposées en trois axes:

Affirmer les valeurs de la structure à l'encontre de cette pratique

Etant donné la vulnérabilité des résidents accueillis au sein de la MAS, il est important d'inculquer à l'équipe des valeurs institutionnelles telles que le respect aux droits fondamentaux des résidents, entre autres, le droit d'intégrité physique, psychique, le droit de liberté... La contention physique étant une atteinte à ces droits, il faut sensibiliser l'équipe dans ce sens, que soit à travers d'informations, débats en réunions, formations, colloques... Il est important, que l'équipe soit respectueuse de ces valeurs.

En occurrence, il est important aussi, que l'équipe prenne conscience des dangers liés à cette pratique et de son inefficacité.

Nous défendons ces valeurs dans le projet institutionnel, mais il est vrai, que en référence à la contention, il n'y a pas un chapitre ou protocole défendant ma position et les valeurs institutionnelles. Bientôt, nous allons avoir l'évaluation interne, ensuite je compte ajouter des clauses dans le projet institutionnel tel que un chapitre sur la contention.

Accompagner l'équipe dans un changement de pratique

Etant que cadre, j'ai proposé la règle suivante. Ainsi, toute décision liée au projet d'accompagnement des résidents ou à l'organisation institutionnelle est souhaitable que soit une décision réfléchie en équipe, évaluée et collégiale. La réunion pluridisciplinaire est l'instance décisionnelle.

Dans le cas, où une situation de recours à la contention se présente, une analyse de la situation avec une évaluation des bénéfices et risques (éventuellement grille d'évaluation) pour le résident, doit être faite. Dans cette analyse, des critères d'accompagnement doivent être pris en considération tels: Les changements psychoaffectifs, médicaux... L'approche occupationnelle, hypothèses des motivations qui conduisent un résident à un état d'agitation, à une perte d'équilibre ou à un état confus.

La décision du recours à la contention ne doit pas émaner d'un besoin de palier un

problème lié aux raisons organisationnelle: manque d'effectif, conflits d'équipe.

Remplacer cette pratique comment étant un axe médical

Le rôle du cadre, en ce que concerne ses prises de décisions repose sur un travail d'adhésion, de réflexion et de collaboration mené avec les autres membres de l'équipe. Par conséquent, sur le sujet de la contention, l'avis des médecins est très importante. L'institution doit impliquer le résident s'il est en mesure de donner son consentement ou impliquer son entourage ou représentant légal.

La mise en place de la contention doit à la fin être une décision du corps médical car c'est une intervention de soin qui implique:

- La connaissance des risques liées à l'immobilisation;
- Une évaluation régulière des besoins et des risques;
- Un programme de soins et de surveillance individualisé.

CONCLUSIONS

Je me suis beaucoup interrogé sur le recours à la contention de cette manière si rapide et raccourcie. Au début, j'ai cru à une décision de confort et à de la mauvaise fois de la part de l'équipe.

Mais le fait de persévérer dans ce questionnement a été une évolution importante dans les pratiques professionnelles au sein de la MAS. Et, même la démarche réflexive dans ce domaine ou encore la planification des raisonnements sont mises au bénéfice de l'accompagnement global des résidents.

A l'ouverture de la MAS, il a été difficile de sensibiliser l'équipe dans une approche éthique et déontologique de leur pratique. Une bonne partie de l'équipe était jeune, peu expérimentée dans le domaine professionnel ou peu qualifiée, une autre partie avait de références en décalage pour aller dans ce sens. Quelques membres de l'équipe étant ressources dans le domaine théorique, elles ont pu porter des éclaircissements dans ce domaine. Il a fallu du temps et des expériences pour amenuiser cette systématisation. Il faut admettre que ce n'est pas seulement en milieu psychiatrique que la culture de la superpuissance sur les personnes vulnérables est marquante. Que ce soit en milieu institutionnel ou familial, c'est une dure réalité, certes sous-estimée, et encore tabou.

Dans la quotidienneté institutionnelle sans que l'on s'y attende, ce sujet surgit dans notre quotidien à travers de pratiques insidieuses. Malgré les injonctions, malgré le travail de réflexion mené en équipe et malgré les prises de conscience, c'est un sujet récurrent.

Je me demande parfois si une loi comme celle du Québec (loi sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades) ne serait pas une manière formelle de cadrer une pratique? En corollaire, a-t-on besoins de loi pour traiter les personnes handicapées comme de personnes à part entière?

RÉFÉRENCES

BOURDIEU, P. **Esquisse d'une Théorie de la Pratique**. Paris: Editions du seuil, 2000.

CHAVAROCHE, P. **Travailler en MAS: l'éducatif et le thérapeutique au quotidien**. Toulouse: Érès, 2005.

FRANCE ARCHIVES. **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES): Archives DU SERVICE COMMUNICATION**. 2019. Disponible en: <https://francearchives.fr>. Accès en: 15 jan. 2019.

FUSTIER, P. **Le Travail d'équipe en institution: clinique de l'institution médico-social et psychiatrique**. Paris: Edition Dunod, 2015.

KOUCHNER, B. Loi n°2002-303. **Droit des malades et qualité du système de santé**. 2002.

LEGIFRANCE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. **Rénovant l'action sociale et médico-sociale**. Disponible en: <https://www.legifrance.gouv.fr>. Accès en: 20 jan. 2019.

RIFVEH - Réseau Internet Francophone Vulnérabilités et Handicaps. **Risques de la contention**. 2005. Disponible en: <http://www.rifvel.org/RIFVEH/>. Accès en: 11 jan. 2019.