



EREGE

Espace de Réflexion Éthique Grand Est

Site d'appui alsacien

La contention : cadre juridique

Michaël ROQUART – Juriste

**« La contention : un soin? Une question éthique? Regards croisés » - EREGE –
Mardi 24 septembre 2024**

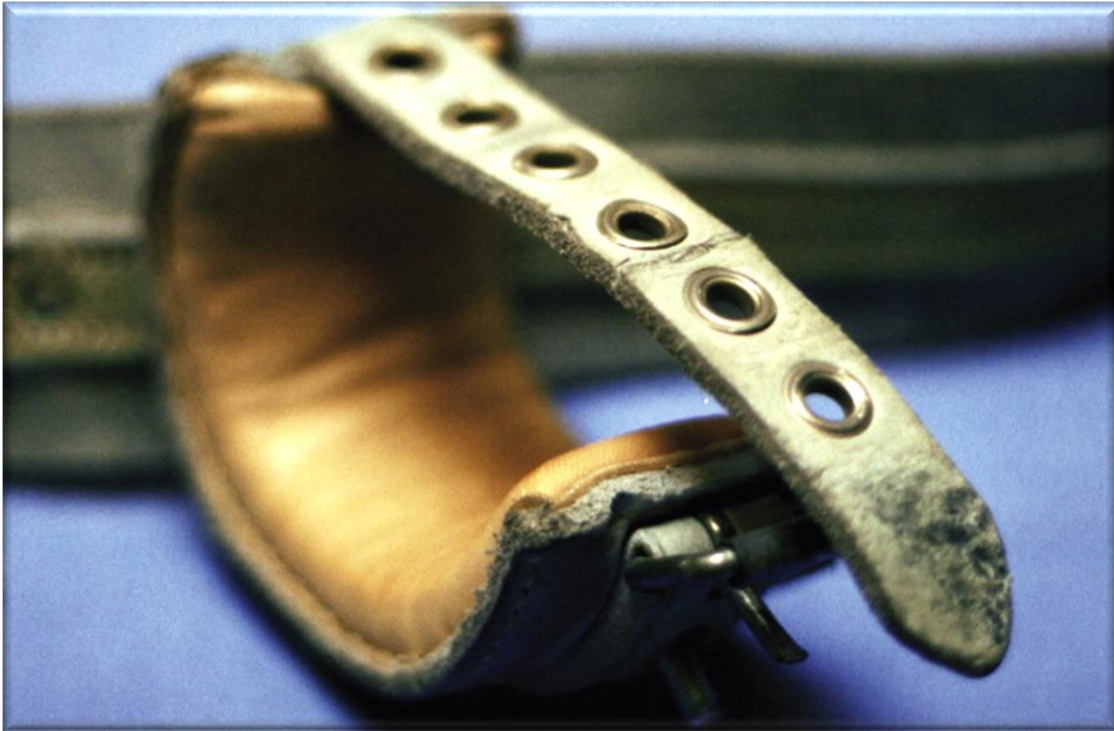
« Le droit est la plus puissante des écoles de l'imagination. Jamais poète n'a interprété la nature aussi librement qu'un juriste la réalité ».

Jean Giraudoux - La Guerre de Troie n'aura pas lieu.



Une définition de la contention

Les contentions, un procédé thérapeutique ?



La pratique des contentions : un procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité.

Une distinction entre les contentions

Une distinction entre les contentions physiques :

- **Les contentions à visée rééducative** : la contention dite posturale (qui participe au maintien d'une attitude corrigée dans le cadre d'un traitement rééducatif) et la contention dite active réalisée le plus souvent par un masseur kinésithérapeute qui prépare la verticalisation après une période d'alitement prolongée.

- **La contention physique dite passive.**

Plusieurs types de contentions possibles :

La contention physique ou manuelle : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.

La contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui (Haute Autorité de la Santé, février 2017).

Des modes de contention physique divers et variés

La **contention physique, dite passive** : 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 (rapport ANAES, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, octobre 2000).

Une grande diversité de moyens et de techniques de contention physique :

1 des moyens spécifiques : gilets et sangles thoraciques, ceintures, attaches de poignets et de chevilles, sièges gériatriques, sièges avec un adaptable fixé, barrières de lit.

2 des moyens non spécifiques : tout matériel détourné de son usage (drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps).

D'autres formes de contention parfois assimilées à du soin

Certaines pratiques posent des difficultés de qualification :

- La **contention médicamenteuse** : administration de médicaments dans le but de réduire la mobilité d'une personne (recours à une sédation, tranquillisants, neuroleptiques ou antidépresseurs conduisant dans les faits à l'immobilisation de la personne).
- La **contention psychologique** : ensemble des instructions, à caractère injustifié, autoritaire, adressées de façon répétée à une personne en vue de la dissuader de bouger (répétition d'injonctions : « restez assis », « marchez doucement, vous allez tomber » ...).

Une absence de définition légale, source de difficultés de qualification

En **l'absence de définition légale de la contention**, les juges n'ont pas toujours une approche aussi large de ce que peut être la contention.

Une cour d'appel a jugé : *« en tout état de cause, la contention physique des malades qui consiste à les maintenir alités membres supérieurs et inférieurs attachés par des sangles n'est utilisée, du fait de l'atteinte à la dignité du patient, qu'en dernier recours après que le personnel soignant ait d'abord utilisé des pouvoirs de la parole, de la pharmacopée à doses suffisantes et des chambres d'isolement (...) »* (Cour Administrative d'Appel de Marseille, 3ème chambre - formation à 3, 25/01/2007, 05MA01245, Inédit au recueil Lebon).

En l'espèce, **la contention physique apparaît comme la seule véritablement condamnable**, les autres méthodes de contrainte étant assimilées à de la prise en charge médicale courante.



La problématique de la contention : la restriction d'une liberté fondamentale



- ❑ Les modes de contention physique : une atteinte à une liberté fondamentale, la liberté d'aller et venir.
- ❑ La nécessité de **limiter les dérives et abus.**

La liberté d'aller et venir, une composante de la liberté individuelle



EREGE

Espace de Réflexion Éthique Grand Est
Site d'appui alsacien

Une liberté inhérente à la personne humaine



La liberté d'aller et venir : un **droit inaliénable** de la personne humaine et une liberté inhérente à la personne humaine :

- ❑ se mouvoir, stationner, séjourner fait partie de ses fonctions vitales.
- ❑ pouvoir se déplacer librement sans contraintes et sans autorisation de la puissance étatique : un privilège des sociétés démocratiques.

La liberté d'aller et de venir, un principe garanti par la Constitution

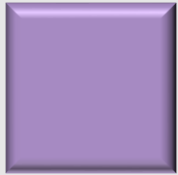


Le Conseil constitutionnel a attribué à la liberté d'aller et venir une **valeur constitutionnelle**, rattachée au principe de liberté de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (décision n° 79-107 DC du 12 juillet 1979, loi relative à certains ouvrages reliant les voies nationales ou départementales).

La valeur constitutionnelle de cette liberté est confirmée par le protocole additionnel n °4 à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui garantit à quiconque «**le droit [de] circuler librement** et [de] choisir librement sa résidence [sans] autres restrictions que celles [...] nécessaires [...] à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au maintien de l'ordre public, à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé et de la morale ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».



La contention, une restriction à la liberté d'aller et de venir



La liberté d'aller et de venir, une liberté non absolue : il est possible **d'y apporter des restrictions** dès lors que ces dernières poursuivent un but légitime (**préservation de la santé et de la sécurité**), s'avèrent proportionnées et ne portent pas atteinte à la dignité de la personne humaine.



La conciliation de la liberté d'aller et de venir avec les principes de sécurité et de santé doivent faire l'objet d'une **appréciation au cas par cas**, en fonction de l'état de santé de la personne, de son comportement, des risques encourus et de leur gravité...

La contention, une mesure exceptionnelle et temporaire

Selon la Haute Autorité de la Santé, le recours à la contention doit être à la fois **exceptionnelle et temporaire**.



*«L'utilisation des mesures d'isolement ou de contention constitue une **restriction majeure à la liberté individuelle**, et, de ce fait, **doit être une mesure d'exception et temporaire**. L'application de ces mesures doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une **supervision attentive...** » (Recommandation de bonne pratique – HAS – Isolement et contention en psychiatrie générale, février 2017).*

La nécessité d'un encadrement rigoureux de la contention



La contention, pratique dite de « dernier recours », nécessite un encadrement rigoureux.

La Cour européenne des droits de l'homme a en effet déclaré que la contention pouvait constituer un **traitement inhumain et dégradant** (CEDH, 15 sept. 2020, Aff. 45439/18, Aggerholm c/ Danemark).

La contention, un traitement inhumain et dégradant

Dans cette affaire, un homme schizophrène se plaignait d'avoir été sanglé sur un lit de contention en hôpital psychiatrique pendant près de 23 heures, une des plus longues périodes d'immobilisation de ce type jamais examinées par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH).

La CEDH dit, à l'unanimité, qu'il y a eu **violation de l'article 3 (interdiction des traitements inhumains ou dégradants) de la Convention européenne des droits de l'homme.**

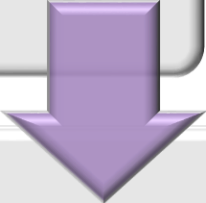
Compte tenu du contexte et des antécédents du requérant, auteur d'infractions violentes, la Cour, tout comme les juridictions internes, admet que la décision de le sangler à un lit équipé d'un système de contention était le **seul moyen de prévenir des atteintes immédiates ou imminentes au personnel et aux patients de l'hôpital où l'intéressé se trouvait.**

Elle estime toutefois que les juridictions internes ont omis d'examiner plusieurs questions concernant le maintien et la durée de la mesure, notamment le fait que celle-ci a été prolongée par un médecin de garde qui avait pourtant trouvé le patient calme quatre heures plus tôt et que la décision prise le lendemain de libérer l'intéressé de ses liens a été exécutée avec une heure et demie de retard.

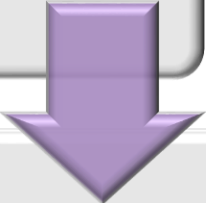
La contention, un acte médical

La qualification d'acte médical

Au vu des conséquences des pratiques de contention sur le patient, la contention est définie comme un **acte médical** : acte relevant du monopole médical et ne devant être pratiqué **que sous le contrôle direct du médecin**.



Un acte nécessairement **soumis à prescription médicale** qui outre son caractère obligatoire exige motivation et inscription dans le dossier médical.



Les infirmiers et les aides-soignants n'ont pas la possibilité de décider seuls d'une pratique de contention : ils sont associés à la prise en charge, consultés et mettent en œuvre la prescription du médecin.

La qualification d'acte médical

Quelle que soit la forme de la contention, il s'agit d'une pratique médicale soumise au contrôle strict du médecin : prescription dont l'aménagement du régime est lié à l'urgence ou éventuellement à l'application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif qui aurait été préalablement établi, daté et signé par un médecin.

La qualification d'acte médical permet d'affirmer qu'il s'agit nécessairement d'un **acte de soins** répondant à un **impératif de sécurité et de protection du patient**, notamment contre lui-même, mais aussi et surtout à une **nécessité thérapeutique**.

L'intervention du législateur

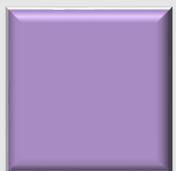
La nécessité d'un cadre juridique



La nécessité d'un cadre juridique afin de **limiter les dérives et les abus** : le recours à la contention pour pallier les dysfonctionnements au sein des établissements (effectifs insuffisants, personnel insuffisamment formé, tensions budgétaires, locaux inadaptés à la prise en charge...).



Le recours à la contention utilisé comme **moyen de régulation et de prévention des risques**, et non plus comme un acte médical à portée thérapeutique.



Un recours à la contention qui ne constitue plus une mesure de soins, mais une mesure de police destinée à éviter les déambulations excessives : protection du patient contre lui-même pour éviter les chutes et protection des autres résidents et de l'établissement (éviter les actions en recherche de responsabilité).

A compter de 2016, un encadrement juridique de la contention

Jusqu'à l'intervention de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre santé : **aucune disposition spécifique en matière de contention s'agissant des prises en charge en psychiatrie.**



L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique : un **encadrement du recours à l'isolement et à la contention dans le champ de la prise en charge psychiatrique.**



Auparavant, une circulaire du 19 juillet 1993 et un guide de L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé (ANAES) visaient à accompagner les pratiques de contention et d'isolement; ainsi, pouvaient être prises comme référence les recommandations de l'ANAES sur la contention de personnes âgées édictant 10 critères.

Critère 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

Critère 2 : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

Critère 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.

Critère 4 : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

Critère 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, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.

Critère 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.

Critère 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.

Critère 8 : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.

Critère 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.

Critère 10 : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

La contention : une réglementation désormais spécifique

L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique issu de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : l'instauration d'une réglementation spécifique **pour les établissements de santé assurant des soins psychiatriques sans consentement.**



*« L'isolement et la contention sont des **pratiques de dernier recours.** Il ne peut y être procédé que **pour prévenir un 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 ».*



Des dispositions n'ayant vocation à **s'appliquer que dans le cadre sanitaire hospitalier, et uniquement pour les établissements de santé chargés d'assurer des soins psychiatriques sans consentement.**

La loi de 2016 : un régime juridique très incomplet



Une reconnaissance **officielle** de l'existence des pratiques de contention dans un cadre légal (les recommandations de bonnes pratiques sont dénuées de toute force contraignante).



Néanmoins, une **absence de définition légale** de la contention qui exige de se référer à des recommandations de bonnes pratiques dénuées de pouvoir normatif : des interprétations sources d'une **certaine insécurité juridique**.



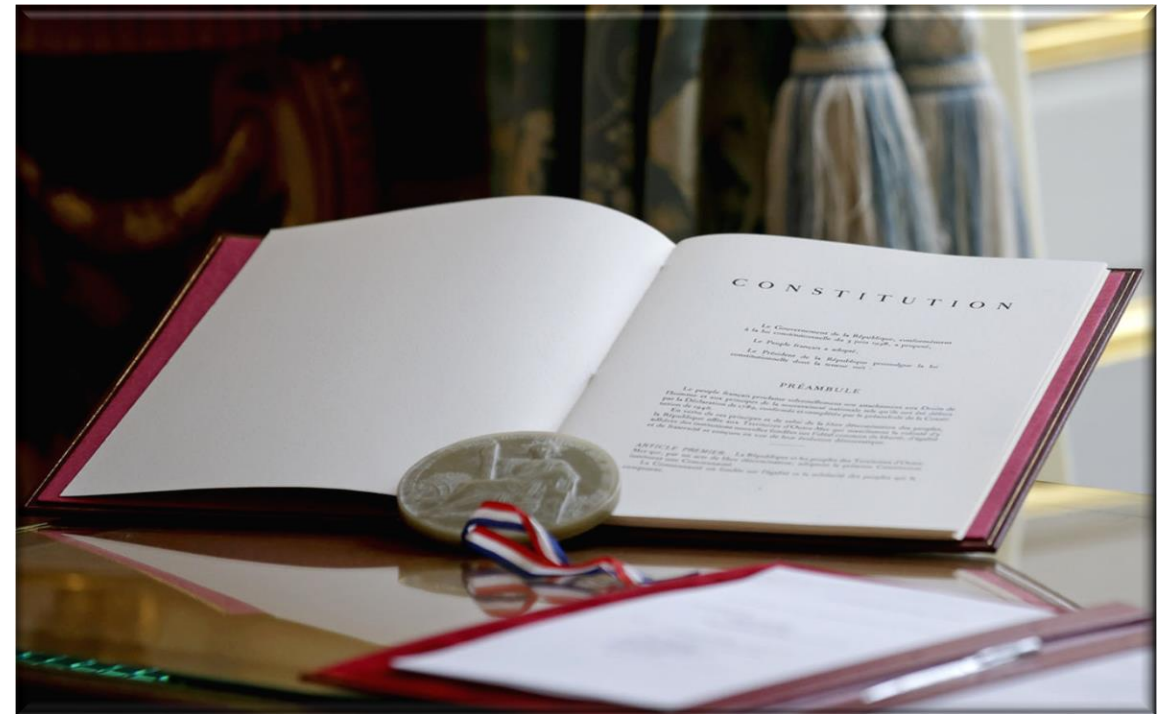
Une omission essentielle : la **non-systématisation du recours au juge judiciaire**.

Un législateur sous pression du juge constitutionnel

Une injonction de contrôle par le juge judiciaire

Par une décision du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel, saisi d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité, enjoint au législateur le **recours systématique au juge judiciaire, gardien des libertés individuelles.**

Au-delà d'une certaine durée, les mesures de contention (et d'isolement) doivent pouvoir être **contrôlées** par le juge judiciaire sur le fondement de l'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958.



La décision du Conseil constitutionnel du 19 juin 2020, une décision essentielle

« 3. Aux termes de l'article 66 de la Constitution : « Nul ne peut être arbitrairement détenu. **L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi** ». La liberté individuelle, dont la protection est confiée à l'autorité judiciaire, **ne saurait être entravée par une rigueur non nécessaire. Les atteintes portées à l'exercice de cette liberté doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis.** »

4. Dans le cadre d'une prise en charge dans un établissement assurant des soins psychiatriques sans consentement, l'isolement consiste à placer la personne hospitalisée dans une chambre fermée et la contention à l'immobiliser. Ces mesures ne sont pas nécessairement mises en œuvre lors d'une hospitalisation sans consentement et n'en sont donc pas la conséquence directe. Elles peuvent être décidées sans le consentement de la personne. **Par suite, l'isolement et la contention constituent une privation de liberté.** »

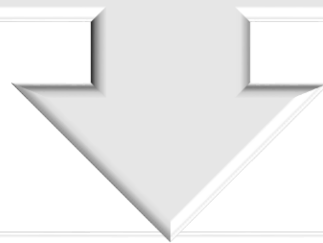
La décision du Conseil constitutionnel du 19 juin 2020, une décision essentielle

« 7. Si l'article 66 de la Constitution exige que toute privation de liberté soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire, il n'impose pas que cette dernière soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté. Dès lors, en ce qu'elles permettent le placement à l'isolement ou sous contention dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, les dispositions contestées ne méconnaissent pas l'article 66 de la Constitution.

8. En revanche, la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée **que si le juge intervient dans le plus court délai possible**. Or, si le législateur a prévu que le recours à l'isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a **pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire**. Il s'ensuit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution. »

La construction d'un régime juridique sous la surveillance du juge constitutionnel

Pour répondre aux injonctions du Conseil constitutionnel, une nouvelle intervention du législateur par la **loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021** (autorisant le médecin à prolonger les mesures d'isolement ou de contention au-delà des délais légaux).



Une **nouvelle décision de censure** du Conseil constitutionnel saisi d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité : décision du 4 décembre 2021 jugeant ces dispositions contraires à la Constitution.

La loi du 22 janvier 2022, un cadre juridique objet de controverses



La loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 et son décret d'application du 23 mars 2022 : une **systematisation du contrôle du juge des libertés et de la détention** en cas de maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée.



Une nouvelle controverse : la Cour de cassation soulève la compatibilité des exigences constitutionnelles avec les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, qui ne prévoit **aucune obligation d'informer le patient sur une mesure d'isolement ou de contention** prise à son égard.



Le Conseil constitutionnel par décision du 31 mars 2023 a confirmé que cette disposition ne méconnaissait pas le droit à un recours juridictionnel effectif ni les droits de la défense.

L'encadrement de la contention

La contention, une mesure à caractère exceptionnel

La contention ne peut être pratiquée que sur des **personnes admises en soins psychiatriques sans consentement.**

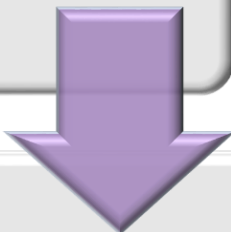
Il ne peut être recouru à la contention que pour **prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui**, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient.

La contention, une mesure temporaire

Une mesure de contention limitée dans le temps : une durée de **6 heures**, renouvelable jusqu'à **24 heures maximum**.



Le renouvellement suppose dans les deux cas **deux évaluations par 24 heures**.



Une possibilité pour le médecin de **prolongation**, à titre exceptionnel, au-delà de ces durées sous réserves **d'informer obligatoirement** les proches (famille, tuteur/curateur, ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins) et le juge de la détention et des libertés (saisine obligatoire du juge avant l'expiration de la 48^{ème} heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées, ou, à défaut, dans les 24 heures).

La contention, une mesure temporaire

Des règles très précises concernant la computation de ces délais et la forme de l'information donnée aux proches (article R. 3211-31-1 du code de la santé publique).



Une **obligation de tenue d'un registre** dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, pour assurer des soins psychiatriques sans consentement : pour chaque mesure d'isolement ou de contention, obligation de mentionner le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.



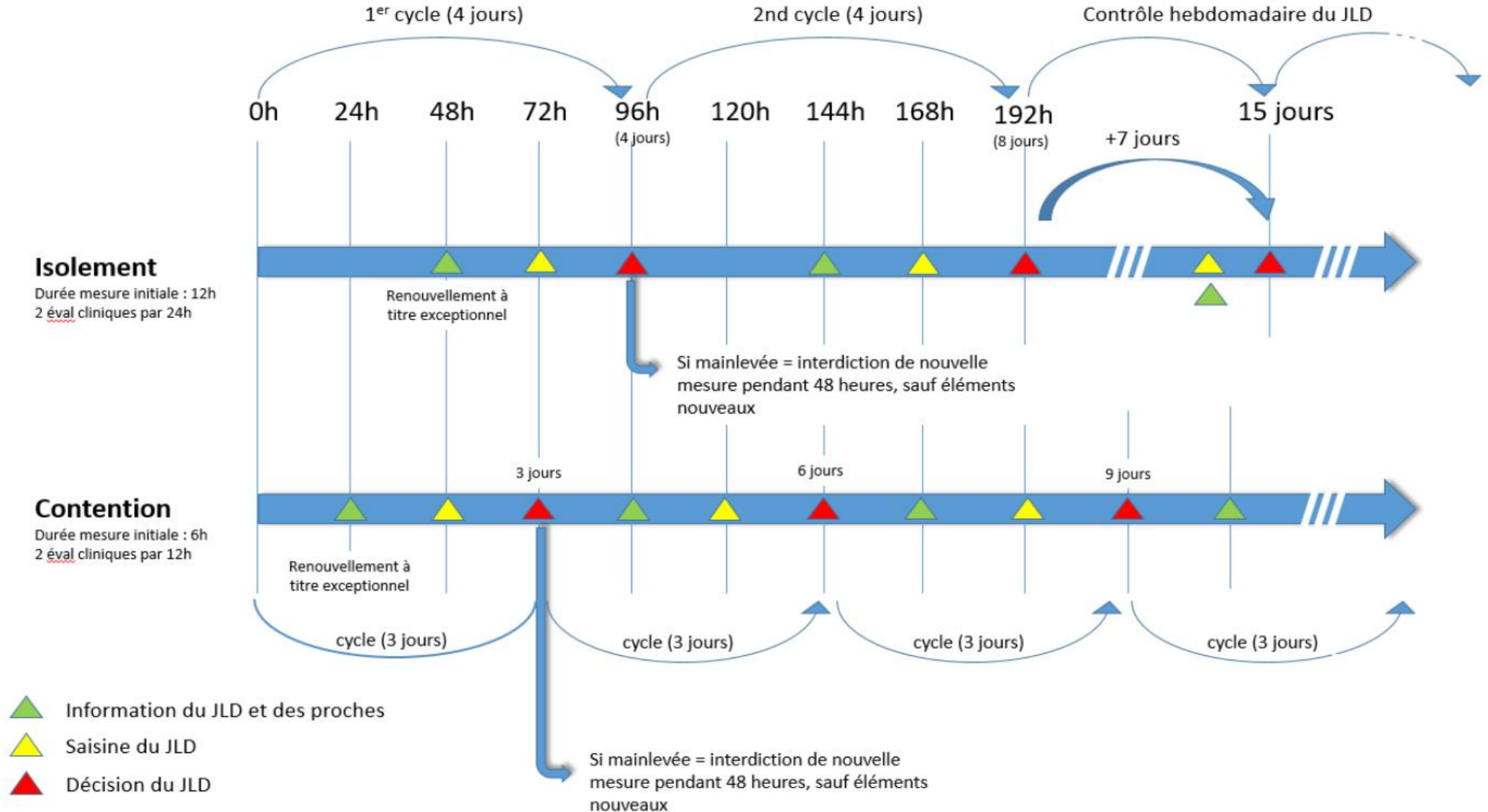
Une **obligation d'information du juge de la détention et des libertés** : il doit recevoir information lorsque le médecin, après une décision de maintien de la mesure prise par le juge de la détention et des libertés, renouvelle à titre exceptionnel une mesure de contention atteignant la durée cumulée de quatre-vingt-seize heures, soit 4 jours. Cette information est réitérée en cas de renouvellement ultérieur de la même mesure.



EREGE

Espace de Réflexion Éthique Grand Est
Site d'appui alsacien

La contention, une mesure temporaire



Une systématisation du contrôle par le juge

Le grand apport de la loi du 22 janvier 2022 : une **systématisation du contrôle par le juge judiciaire** des mesures de contention excédant une certaine durée.

Un outil de nature à éviter les recours abusifs à la contention, mesure privative de liberté.



Le contrôle juridictionnel



Un contrôle juridictionnel qui se déroule **en principe sans audience selon une procédure écrite**, sauf demande de l'intéressé, ou décision du juge de la détention et des libertés, s'il l'estime approprié.

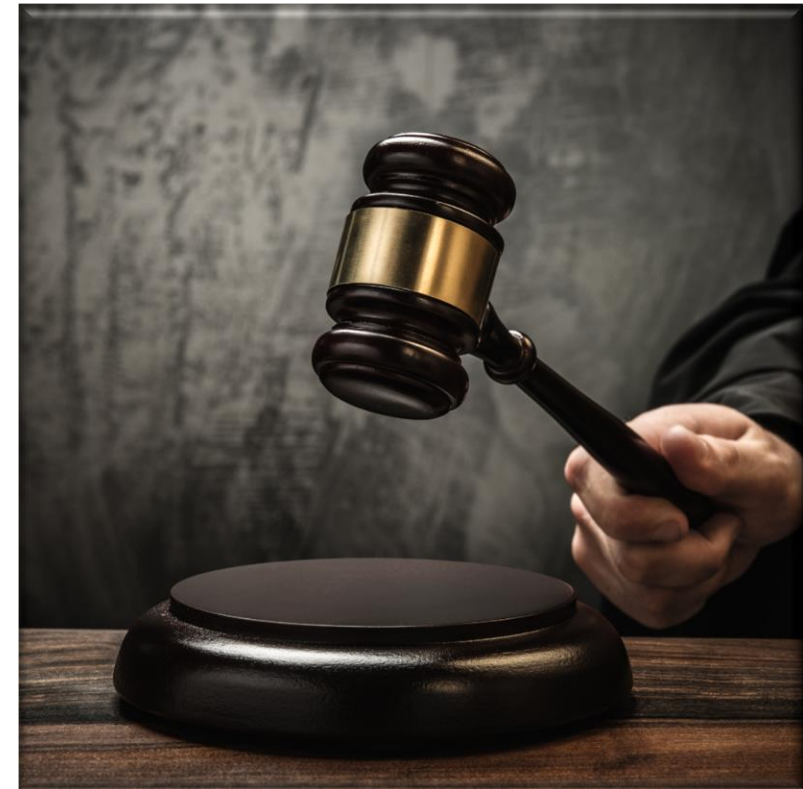


La possibilité pour le patient ou le demandeur à la mainlevée de la mesure de **demandeur à être entendu** par le juge des libertés et de la détention : une audition de droit, sauf obstacle de nature médicale, dûment motivé.



Si le patient souhaite être entendu par le juge, **l'assistance d'un avocat** est facultative. Toutefois, la représentation par avocat devient obligatoire dans le cas où l'audition du patient s'avère impossible pour des raisons médicales.

Une mainlevée automatique de la mesure de la contention si le directeur de l'établissement n'a pas saisi le juge avant l'expiration des durées requises ou si le juge statue au-delà des délais prévus.



La contention hors milieu psychiatrique

La contention des personnes âgées dans le secteur médico-social



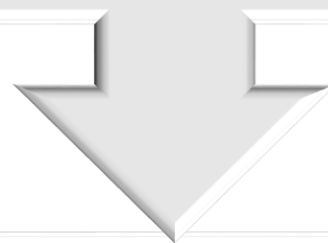
Le régime de la loi de 2022 ne s'applique **que pour les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement.**



Pour les personnes âgées en EHPAD, ou à domicile, l'usage des contentions n'est **interdit ni par la loi, ni par les bonnes pratiques professionnelles.**

L'absence d'un droit spécifique à la contention des usagers du secteur médico-social

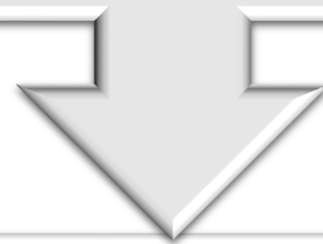
S'il existe un consensus pour définir la contention par ses effets restrictifs de liberté justifiant l'intervention du tiers dans le cadre d'un contrôle, les circonstances du recours à la contention **empêchent toute réelle analogie entre le patient psychiatrique et le résident d'un établissement médico-social.**



La prise en charge d'un patient dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement ne permet pas de rapprochement : l'hospitalisation sous contrainte et la prise en charge d'un résident dans le cadre d'une structure médico-sociale sont deux situations éloignées l'une de l'autre.

Un régime juridique non transposable

La personne hospitalisée sous contrainte, prise en charge dans une logique d'accompagnement et de soins, fait l'objet d'une **mesure de police administrative** destinée à préserver l'ordre public et la sécurité tant de la collectivité que de la personne elle-même.



La personne âgée accueillie en établissement se trouve liée à celui-ci par un **contrat de séjour** définissant les conditions de sa prise en charge, la durée, la description des prestations, les conditions de séjour d'accueil et éventuellement d'intervention à domicile, mais aussi les conditions financières de la prise en charge.



Les recommandations de l'ANAES ou de la HAS : des référentiels constitutifs d'un droit souple difficile à utiliser.



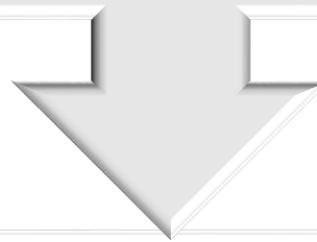
La recommandation de l'ANAES d'octobre 2000, « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » : une incitation à limiter le recours aux pratiques de contention.



Si la jurisprudence du Conseil d'État a consacré le principe de la reconnaissance de la valeur contraignante des recommandations de la HAS, les situations dans lesquelles la jurisprudence admet l'invocabilité efficace de ces dispositions sont rares.

La contention des personnes âgées dans le secteur médico-social

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement, dite loi ASV : une **référence expresse à la liberté d'aller et de venir.**



Article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles : « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne accueillie et accompagnée par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Lui sont assurés : 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée et familiale, de son intimité, de sa sécurité et de **son droit à aller et venir librement (...)** ».*

La garantie de la liberté d'aller et venir

La liberté d'aller et de venir a été affirmée par le législateur comme un fondement essentiel d'une prise en charge de qualité favorisant l'autonomie de la personne prise en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

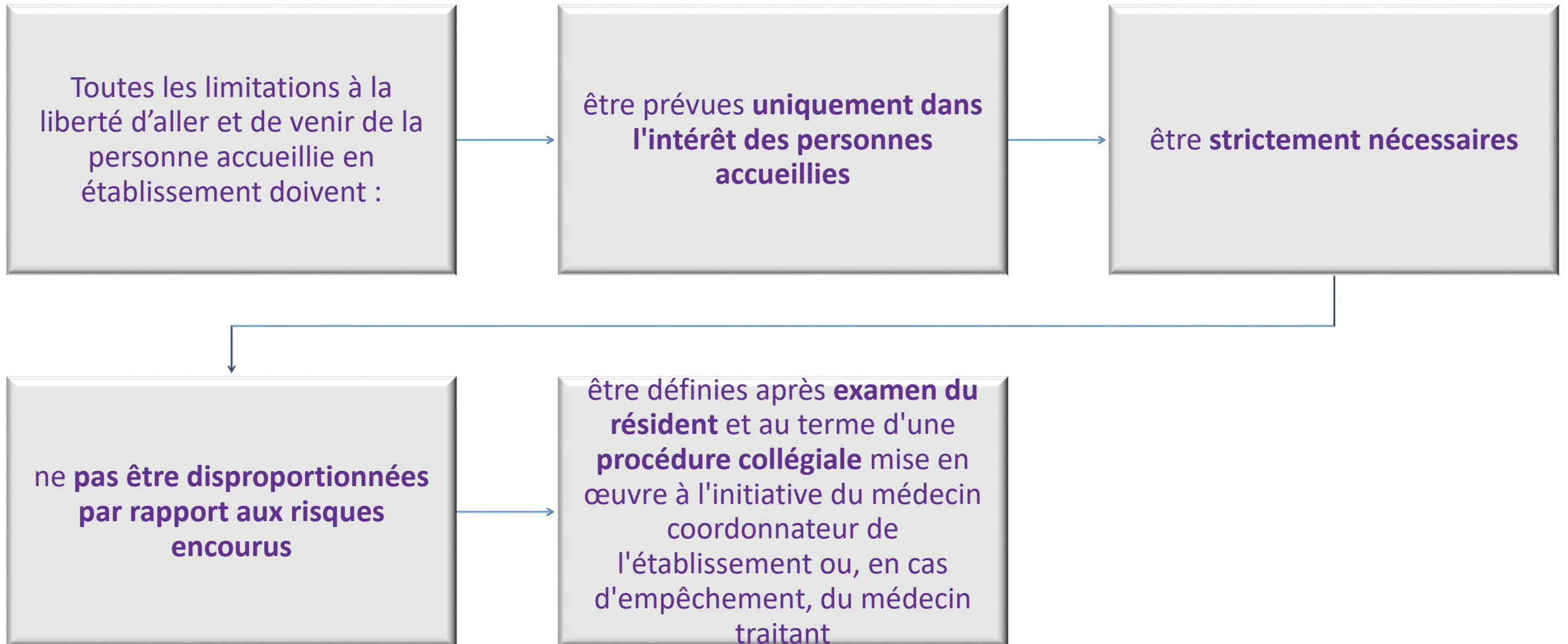


Des restrictions à la liberté d'aller et venir qui ne font pas état de la contention

Art. L. 311-4-1 I du code de l'action sociale et des familles : « *Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement (...) le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, 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 (...) »*

Une limitation à la liberté sous certaines conditions



Les mesures pour la personne âgée à domicile



Dans le cas du maintien à domicile, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui contribuent au maintien des personnes à leur domicile sont **tenus aux mêmes règles**.



Etant considérés comme des établissements ou service social ou médico-social, **les dispositions susvisées en matière de liberté d'aller et venir des personnes âgées leur sont applicables**, même si certaines d'entre elles visent plus spécifiquement les structures d'hébergement.

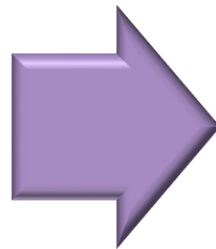


Aussi, la personne âgée vulnérable à domicile bénéficie des **mêmes droits et des mêmes garanties que la personne hébergée au sein d'un établissement**.

Des mesures alternatives à la contention ?

Les mesures alternatives à la contention

Une mesure de contention physique pour une personne âgée accueillie en établissement ou maintenue à domicile ne peut être appliquée que **de manière exceptionnelle et temporaire** afin **d'assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne** et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir et **si elle ne s'avère pas disproportionnée par rapport aux risques encourus.**



Il appartient au médecin traitant, voire à l'équipe de soins de recourir à des **mesures alternatives** faisant appel aux compétences et à la créativité des soignants, de la famille ou de l'entourage de la personne âgée afin:

- d'éviter de recourir à la contention physique,
- de prévenir, d'éliminer ou de réduire les causes des comportements de la personne âgée de nature à nuire à sa sécurité ou à celle d'autrui.

Les mesures alternatives à la contention

Les mesures alternatives à la contention, **au-delà des mesures proprement médicales**, peuvent relever :

de l'aménagement de l'environnement et du mobilier, de l'accompagnement de la personne âgée,

des transferts et déplacements,

de l'installation au fauteuil, au lit, de l'organisation de l'horaire ou de la routine (respect du rythme de vie),

de conseils à donner aux aidants sur les attitudes à adopter ou les façons de faire certaines activités,

de recommandations d'aides techniques qui peuvent aider la personne à adopter le comportement attendu...

La contention architecturale



L'utilisation des locaux et de l'espace dans le but de limiter la mobilité et les déplacements de la **personne** constitue un mode de contention (enfermement du patient dans sa chambre afin d'éviter la déambulation, périmètre d'espace sécurisé, installation de digicodes, outils de traçage électronique du patient...).

Les mesures qui constituent une forme de contention

Afin d'assurer la protection de certaines personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et de limiter le recours à la contention, certains établissements ont recours à des **systèmes électroniques** de fermeture de portes, les usagers ayant des **bracelets émetteurs**, d'autres ont des systèmes de code pour ouvrir les portes.

Le ministère en charge des personnes âgées a diffusé en juin 2013 une « Charte sur les bonnes pratiques relatives à l'emploi des dispositifs de géolocalisation au bénéfice de personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles », objet d'une expérimentation menée par une dizaine d'EHPAD dont le bilan reste encore à être réalisé.

Publication par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 24 juillet 2013 de recommandations portant sur l'utilisation des systèmes de suivi et d'assistance électronique pour les personnes âgées présentant des troubles des fonctions intellectuelles : des conseils de base pour encadrer ces dispositifs :

- recueillir l'accord de la personne concernée et, dans le cas où il ne peut être obtenu, au minimum l'informer de la mise en place du dispositif et recueillir l'accord de ses représentants légaux ou de ses proches
- prévoir la possibilité pour les personnes en possession de leurs moyens de désactiver et réactiver aisément et à tout moment le dispositif
- ne pas placer des caméras dans des lieux où le respect de l'intimité s'impose (toilettes...)
- ne pas recourir à ce type de dispositif pour l'ensemble des pensionnaires d'une maison de retraite ou l'ensemble des personnes présentant un trouble du discernement mais le limiter à la surveillance de personnes effectivement sujettes à des fugues ou à des difficultés de repérage géographique ou justifiées par la proximité d'un danger lié à la localisation de l'établissement où la personne est prise en charge...

Un recours aux nouvelles technologies qui nécessite d'être maîtrisé



Dans tous les cas, c'est l'analyse « **au cas par cas** de la pertinence de la mise en oeuvre de ces outils qui doit prévaloir, évaluée par des personnes compétentes ».



La CNIL avertit à cet égard sur le « **risque de déresponsabilisation des acteurs concernés au profit de technologies qui ne sont pas infaillibles** » et qui « ne peuvent pas se substituer à l'intervention humaine ».

La contention, au-delà de nos frontières

L'Islande, pays d'exception : une interdiction de la contention

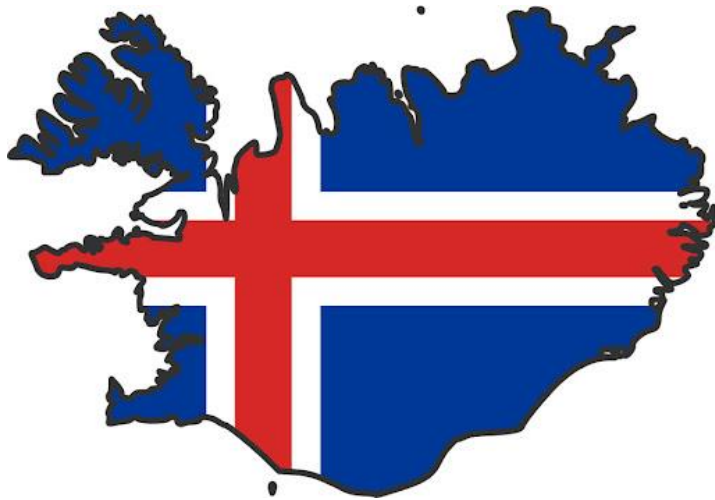


L'Islande : un pays de 300 000 habitants, desservi par un seul hôpital psychiatrique.

Aucune loi sur la santé mentale.

Des mesures coercitives de type ceinture, camisole ou mécanique n'ayant historiquement jamais fait partie des habitudes psychiatriques.

L'Islande, pays d'exception : une interdiction de la contention



Un unique usage éphémère de contention mécanique vite résolu en 1933 : le Dr Helgi Tómasso l'a supprimé sous le principe que « la violence engendre la violence ».

Une longue tradition islandaise de scepticisme face à la coercition. Le patient est encouragé à s'intégrer avec des repas conviviaux, et « lorsque cela ne suffisait plus il fallait le restreindre ».

Une utilisation de médicaments (morphine, scopolamine, barbituriques etc.) vite rentrée dans les mœurs.

Le Royaume-Uni : le « No restraint »



Le « no restraint » : les “moyens coercitifs” sont toutes les mesures de restriction imposées sans le consentement d’un patient (l’isolement, la contention mécanique et physique, la médication involontaire/forcée (injectables), et les portes fermées.

Une similarité entre les concepts d’« open door » (porte ouverte en anglais) et « no restraint » (pas de contention en anglais).

Un évitement des mesures coercitives lors d’un contexte de Psychiatrie Publique et communautaire.

Des chiffres inférieurs aux autres pays, mais en augmentation ces dernières années.

Une remise en question constante, avec de nouvelles mesures et initiatives afin de limiter encore plus l’usage de la contention et de l’isolement.



EREGE

Espace de Réflexion Éthique Grand Est

Site d'appui alsacien

**« La contention : un soin? Une question éthique? Regards
croisés »**

EREGE – Mardi 24 septembre 2024