

La contention des personnes âgées au domicile

Un piège pour qui ?

Description des pratiques de terrain et construction d'un outil d'aide à la réflexion à destination des professionnels des Services d'Aide aux Familles (SAFA).

Valentine Charlot et Caroline Guffens

2022

Avec le soutien de la fondation Roi Baudouin



Colophon

« La contention des personnes âgées au domicile, un piège pour qui ? Description des pratiques de terrain et construction d'un outil d'aide à la réflexion à destination des professionnels des Services d'Aide aux Familles ».

Autrices

Valentine Charlot, docteur en psychologie, gérontologue

Caroline Guffens, licenciée en droit, gérontologue

Sous la supervision scientifique de César Meuris, Directeur du Centre Ressort de la Haute Ecole Robert Schuman de Libramont.

Lecteurs

- Martine Balthazart, directrice régionale ADMR asbl
- Floriane Bovens, assistante sociale, ADMR asbl - Antenne de Verviers
- Catherine Hanoteau, psychologue et présidente de l'asbl Un Nouveau Chapitre
- Anne-Marie Impe, journaliste indépendante
- Dominique Langhendries, directeur Respect Seniors, agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés

Recherche financée par le Fonds Daniël De Coninck géré par la Fondation Roi Baudouin.

Septembre 2022

« Aujourd’hui, j’ai fermé la porte à clé, comme toutes les fois où je me rends chez Marguerite. J’ai glissé la clé dans la boîte à code pour la collègue qui viendra après moi, ou pour le médecin et l’infirmière. Jusque-là rien d’anormal ... Pourtant, je ne suis pas tranquille. J’ai la boule au ventre, un nœud de plus en plus grand à l’estomac au fil des semaines. Je sais que Marguerite n’a aucun moyen de sortir de sa maison. On lui a vaguement dit il y a quelques mois qu’on mettait un double de la clé au-dessus de l’armoire ... mais elle a la maladie d’Alzheimer. Elle ne s’en souvient certainement pas. Je la laisse à 18h30 après l’avoir conduite à son lit. Et puis ? plus personne ... personne jusqu’au passage de l’infirmière le lendemain matin. Personne pour s’assurer qu’elle va bien. Personne pour la réconforter si elle s’inquiète, pour lui ouvrir si elle n’est pas bien. Et si elle décide de s’en aller et qu’elle trouve porte close ? Et si elle veut se faire un cacao et qu’elle oublie d’éteindre la gazinière ? ... et si ... et si ... Je me fais mille scénarios, j’ai la boule au ventre, peur qu’il lui arrive quelque chose, peur que ce soit ma faute. Et puis je n’aime pas cette sensation que j’ai quand je l’enferme, quand je lui dis au revoir et que je m’éclipse comme si j’étais fautive. Mais que faut-il faire d’autre ? »

« On dit d'un fleuve emportant tout qu'il est violent,
mais on ne dit jamais rien de la violence des rives qui l'enserrent »

Bertolt Brecht

Résumé

Ce travail traite de la contention des personnes âgées à leur domicile, c'est-à-dire le fait d'attacher ou d'enfermer une personne, dans l'objectif de la protéger d'un danger. Considérée comme un acte infirmier, la contention au domicile concerne néanmoins d'autres professionnels de l'aide à domicile impliqués malgré eux dans des actes qui les dépassent. Entre les besoins des bénéficiaires, les attentes des familles, la disponibilité des médecins et infirmières, le cadre de travail des services des aides aux familles et les autres intervenants ponctuels ... les aides familiales et les gardes à domicile sont amenées à poser des actes interdits (comme remonter des barrières de lit) sans avoir la possibilité d'y réfléchir avec leurs collègues ou avec les autres intervenants voire même avec leur assistante sociale.

Dans une première partie d'analyse, les enjeux d'un échantillon des différents acteurs concernés ont été récoltés. Si les directeurs de services ou de fédérations sont unanimes sur l'interdit de poser un acte de contention par les travailleurs de leurs services, ils reconnaissent néanmoins que la réalité est moins claire et demandent un changement de cadre vers plus de souplesse. Les travailleurs sociaux sont souvent coincés entre les rappels à la règle de leur direction, les difficultés rapportées par les équipes de terrain et leur demande d'aide et la pression des autres travailleurs (infris, kinés, etc.) qui ne sont pas compréhensifs des limites. Au bout de la chaîne, aides familiales et gardes à domicile ont en ligne de mire le bien-être des bénéficiaires et leur sécurité. Pour répondre à la demande des familles, sécuriser le bénéficiaire, prendre le relais du proche défaillant, ou parce que personne n'y avait encore pensé avant ... elles posent les contentions nécessaires non sans se demander si leur service les couvrira le cas échéant.

Sur base de ces analyses et en collaboration avec les professionnels de terrain, un outil d'aide à la réflexion en matière de contention a été créé dans le but de soutenir leurs pratiques dans les situations de contention. Il est conçu comme une procédure de réflexion à plusieurs étapes : comprendre les enjeux, s'enquérir de l'avis du bénéficiaire et de ses proches, prendre en compte le vécu du service, envisager des alternatives (avec l'aide de fiches conçues à cet effet), dialoguer avec tous les acteurs concernés, envisager les moyens d'action du service et se répartir les actions éventuellement décidées. Tout cela afin de rendre visible les actes de chacun et leur donner du sens tout en respectant le cadre légal actuel et les volontés de la personne concernée.

En guise de conclusion, des recommandations sont formulées à l'égard des différents professionnels concernés (terrain et cadres) et des décideurs politiques.

Introduction

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I. La thématique et son contexte

1. La contention : De quoi parle-t-on ?
 - 1.1. Définition
 - 1.2. Motifs
2. Aspects législatifs en lien avec la contention
 - 2.1. Textes de référence en la matière qui permettent d'affirmer ces valeurs.
 - 2.1. Le cadre
 - a. Un cadre restrictif d'usage de la contention
 - b. Un acte limité dans le temps et sujet à réévaluation
 - c. La dernière alternative
 - d. La contention, un acte de soins réservé aux praticiens de l'art infirmier
 - e. La contention, un acte soumis au consentement du patient
 - f. Et en cas d'incapacité ?
 - g. Et si le danger persiste sans que la personne ne l'admette ?
 - h. Les prestations de qualité et respectueuses de la dignité
3. Risques et effets secondaires de la contention
 - a. Les dommages corporels :
 - b. Les conséquences de l'immobilisation
 - c. La dépréciation de soi

Chapitre II. Les services d'aide aux familles et aux aînés

1. Les métiers concernés par ce travail
 - 1.1. L'aide-familiale
 - 1.2. La garde à domicile
2. Particularités de ces métiers

PARTIE PRATIQUE

Méthodologie

Chapitre I. Les retours du terrain : description et analyses

1. Quelles contentions sont utilisées ?
2. Exemples
3. Quelle ampleur ?
4. Qui décide ?
5. Pour quelles raisons ?
6. Vécus et point de vue des différents intervenants professionnels
 - a. Les directions générales des Safa, directions des fédérations et juristes
 - b. Vécus des travailleurs sociaux
 - c. Vécus des aides familiales et gardes à domicile
 - d. Vécus des infirmières à domicile
 - e. Avis de l'AVIQ
 - f. Synthèses et enjeux éthiques

Chapitre II. Un outil d'aide à la réflexion à domicile en matière de contention

1. Description
 - 1.1. Le danger
 - 1.2. La contention
2. Action
3. Évaluation

Chapitre III. Pistes alternatives à la contention

1. Sécurité – en lien avec un risque de chute : éviter la chute ou atténuer son impact
 - 1.1. En amont – éviter la chute ou la rechute
 - 1.2. Atténuer son impact ou limiter les risques de chute sans attacher
2. Alternative en cas de confusion – perte dans le quartier
 - 1.1. En amont
 - 1.2. Atténuer l'impact d'une sortie

Chapitre IV. Recommandations et conclusions

1. Recommandations vers les aides-familiales et gardes à domicile
2. Recommandations vers les assistantes sociales, responsables d'équipes.
3. Recommandations vers les responsables des SAFA et des fédérations
4. Recommandations vers les infirmières et médecins
5. Recommandations vers l'AVIQ et les décideurs politiques
6. Conclusion

Bibliographie

Annexes

- Annexe 1 – formulaire de consentement éclairé
- Annexe 2 – guide d'entretien en focus groupe
- Annexe 3 – ROI Focus groupe
- Annexe 4 – outil d'aide à la réflexion

Introduction

La contention est une thématique forte qui touche d'une part la tension entre les notions de liberté et de sécurité de plus en plus discutées dans nos sociétés modernes et d'autre part les publics vulnérables sur lesquels elle est appliquée par des intervenants détenant de la poser ou de l'ôter.

Dans le cadre du vieillissement (et pas uniquement), la contention se déroule tant à domicile qu'en institution, avec cependant une différence importante entre ces deux lieux de vie.

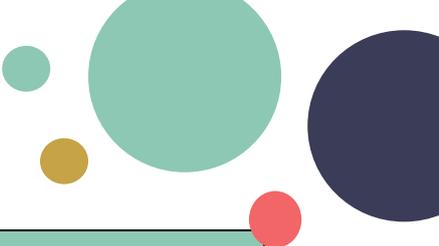
En institution, l'ensemble des pratiques de contention sont réglementées tant au niveau de la prise de décision que de la pose et du suivi. On sait qui peut poser, pourquoi, combien de temps, en attente d'un autre choix, avec surveillance, etc. Cependant, malgré ce cadre qui entoure tant les réflexions que les actions, les pratiques de contention sont encore trop souvent abusives ou mal accompagnées, décidées trop rapidement, pour trop longtemps, et sans recherche d'alternative.

A domicile, pas d'encadrement des pratiques. La contention est définie comme étant un acte strictement infirmier et la décision est réservée à ces derniers. En théorie. Car le nombre d'acteurs différents, de règles et de pratiques de terrain qui se croisent sans même souvent se rencontrer complexifient fortement la situation et le vécu. Entre les besoins des bénéficiaires, les attentes des familles, la disponibilité des médecins et infirmières, le cadre de travail des services des aides aux familles et les autres intervenants ponctuels ... c'est la méconnaissance du travail de l'autre, l'incompréhension mutuelle et le choc des pratiques qui prédominent.

La conséquence en termes de pratiques de contention est assez nette : des interstices existent et des dilemmes dans les situations d'accompagnement mettent à mal les professionnels. Au premier plan des malaises, les aides familiales et les gardes à domicile qui finissent par pratiquer des actes qui leur sont normalement interdits (comme remonter des barrières de lit) sans avoir la possibilité d'y réfléchir avec leurs collègues ou avec les autres intervenants voire même avec leur assistante sociale. Au fil des jours, les professionnels sont amenés à poser des actes avec des enjeux importants qui ont une portée morale. Tabou, pratiques cachées, angoisse de la responsabilité, fuite, etc. sont alors leur lot quotidien. Ces actes renvoient à des dilemmes, à des exigences contradictoires qu'il s'agit de concilier non sans transiger. Parfois des bricolages, des astuces, des semis-arrangements se présentent ... sans que les enjeux, les valeurs, les principes moraux guidant ceux-ci ne soient formulés et discutés.

L'objectif de cette étude est d'aider concrètement ces professionnels confrontés à une situation de contention d'un bénéficiaire âgé à son domicile. L'étude se focalise sur les aides familiales pour comprendre et analyser leurs réalités de terrain à ce sujet. Dans un second temps, un outil d'aide à la réflexion en matière de contention sera présenté. Il a été co-construit avec les travailleurs dans le but de soutenir leurs réflexions sur les situations de contention : comprendre les enjeux, envisager des alternatives, dialoguer avec tous les acteurs concernés, prendre une décision collégiale et se répartir les actions. Tout cela afin de rendre visible les actes de chacun et leur donner du sens tout en respectant le cadre légal actuel et les volontés de la personne concernée.

Ce document débute par une introduction théorique sur la contention, ses enjeux, conséquences et cadre législatif, se poursuit par les retours du terrain récoltés au fil des rencontres individuelles et en groupe, et par la présentation de l'outil et la manière de l'utiliser. En guise de conclusion, des recommandations sont formulées à l'égard des différents professionnels concernés (terrain et cadres) et des décideurs politiques.



PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I. La thématique et son contexte

Ce chapitre débute par une définition de la contention, des motifs de son usage et de ses effets secondaires ainsi que des aspects légaux qui la réglementent. Il se poursuit ensuite par une présentation des professionnels du domicile potentiellement impliqués dans la contention.

1. La contention : De quoi parle-t-on ?

1.1. Définition

Sur base de différents rapports et sur base de la législation, on peut définir la contention comme étant un acte thérapeutique d'exception visant à protéger la personne âgée d'un danger pour elle-même ou pour d'autres en la privant d'une part plus ou moins importante de sa liberté de mouvement, en fonction du moyen choisi qui peut être proche ou éloigné.

Certains moyens vont empêcher les mouvements de tout ou d'une partie du corps : il s'agit de la **contention proche**. Elle peut être de deux ordres :

- Physique : limite la mobilité de tout ou d'une partie du corps par un moyen matériel ou mécanique. Par exemples, les ceintures, barres de lit, tablettes de fauteuil, draps housse gériatriques, sangles, etc.
- Médicamenteuse ou chimique : limite la mobilité de la personne en lui administrant des médicaments de type sédatif : tranquillisant, antipsychotique ou antidépresseur (dans une visée autre que celle pour laquelle ils sont initialement prévus dans un cadre thérapeutique).

D'autres moyens de contention vont limiter l'espace de déplacement d'une personne sans immobiliser son corps en tant que tel, on parlera alors de **contention éloignée**. Il s'agit de tous les systèmes visant à fermer une porte : celle de la chambre, de la maison dans son ensemble, et ce à l'aide de différents moyens : clés, code, etc. Si le lieu dont la personne ne peut sortir est sa chambre, on parlera alors d'**isolement**.

Dans les deux cas, la personne est dépendante d'une tierce personne pour se mouvoir.

La contention ne concerne pas des moyens technologiques de traçage, des pyjamas grenouillères ou l'usage de protection car le résultat n'est pas une limitation des libertés de mouvement.

Peu importe le moyen, ce sont les conséquences sur la personne concernée par l'utilisation qui déterminent s'il s'agit de contention. Les intentions de celui qui pose la contention n'influencent pas le fait qu'il s'agisse ou non d'une contention. De plus, peu importe que la personne soit ou non d'accord avec le moyen utilisé, si la conséquence est une limitation des mouvements, il s'agit d'une contention.

Etant un acte de soin, seuls les moyens légaux et adaptés de contention sont admissibles et les moyens détournés sont illégaux et considérés comme de la maltraitance : menaces, infantilisation, usage de draps, alèses, sparadraps, etc. pour entraver un membre ou retenir un corps.

En synthèse

- L'intention n'est pas importante ;
- C'est la conséquence qui compte : en l'occurrence, la diminution de la mobilité de la personne ;
- Tout moyen, méthode qui va, soit limiter les capacités de mobilisation volontaire de la personne (de tout le corps ou d'une partie du corps) ; soit limiter son espace de mobilité est de la contention.

La contention, s'il s'agit d'un acte de soin légal et donc parfois nécessaire, s'inscrit, par sa limitation au droit fondamental de tout un chacun à la liberté, et par les effets secondaires qu'elle génère, dans un cadre particulier et restrictif qui sera abordé dans ce document.

1.2. Motifs

L'analyse des motifs de contention est quasi exclusivement réalisée en institution. Des données chiffrées, ou catégories de motifs propres au domicile ne sont pas disponibles. En institution, le motif le plus fréquemment relevé comme « justifiant » l'usage d'une contention est le risque de chute pour la personne âgée concernée. Ensuite, les « troubles comportementaux tels que l'agitation et la déambulation correspondent aux autres motifs les plus souvent cités » (Anaes, 2000¹). A ce stade, nous supposons que c'est également le risque de chute qui sera évoqué comme motif de contention à domicile.

2. Aspects législatifs en lien avec la contention

La contention n'est pas un acte anodin. Il s'agit d'une pratique encadrée par la loi, dans son champ d'application et dans son cadre général d'application. Même si le secteur du domicile ne possède pas de législation spécifique à la contention et à l'isolement, de nombreuses législations, qu'elles soient nationales ou internationales, s'y appliquent et nous précisent les limites d'intervention.

Qui peut décider et poser une contention ? Quelles sont les situations qui nous le permettent ? Quel est le cadre d'usage ? Une procédure existe-t-elle relative à la contention ? Voici quelques questions qui trouveront réponse dans ce chapitre.

Un système juridique qui privilégie la liberté

Nous vivons et travaillons dans un pays démocratique dont les lois s'ancrent dans des valeurs humanistes. Il est bon de le rappeler : nos lois ont un sens !

Ainsi, les valeurs principales de notre système juridique sont la liberté individuelle, la capacité juridique, la dignité et l'autonomie. Elles forment la base de notre société et de notre droit, et par conséquent, y déroger constitue une exception et demande de répondre à des critères précis. Les situations justifiant les dérogations devront être interprétées de manière restrictive, et non largement. La contention et l'isolement portant atteinte à la liberté, leur usage doit s'envisager dans ce cadre restrictif et elles

¹ *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé*. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), octobre 2000.

doivent demeurer des mesures d'exception. Et en les appliquant, le cas échéant, une attention particulière devra être accordée à la dignité de celui qui la subit.

2.1. Textes de référence en la matière qui permettent d'affirmer ces valeurs.

**** La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme**

Ce texte fut adopté en 1948 par les Nations unies, dans un grand élan humaniste et rassembleur d'après-guerre, « considérant que la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde ».

Son article 5 interdit la torture et les traitements dégradants. Or en 2013, le rapporteur des Nations unies a considéré la contention et l'isolement comme des traitements dégradants. Il a estimé que l'imposition de ces mesures, quelle qu'en soit la durée, à des personnes présentant un handicap mental, constituait un traitement cruel, inhumain ou dégradant (A/66/268, par. 67, 68 et 78).

Rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan Mendez, 2013, A/HRC/22/53, §85(e), <https://undocs.org/fr/A/HRC/22/53>

Article 5 :

Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

**** La convention européenne des Droits de l'Homme**

Datant de 1950, ses articles 5 et 8 mettent en avant le droit à la liberté et à la vie privée. Ils nous précisent le cadre restrictif de toute ingérence à ces droits : légalité, nécessité, intérêts supérieurs.

Cette convention ajoute aussi le droit à la sûreté, ou à la sécurité. Mais en le positionnant en balance avec la liberté, elle nous témoigne du lien fort entre ces deux valeurs.

Article 5 : Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté

Article 8 :

1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.
2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».

**** La constitution belge**

Comme la convention européenne des droits de l'homme, notre Constitution nous rappelle et met en évidence les droits à la liberté individuelle, au respect de la vie privée mais aussi à la dignité humaine.

Article 12 : « La liberté individuelle est garantie ».

Article 22 : « Chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale, sauf dans les cas et conditions fixés par la loi ».

Article 23 : « Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine ».

**** La charte des personnes âgées dépendantes, (Fondation nationale de Gérontologie, 1997²)**

Article 3 : « Toute personne doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société ». La contention représente dès lors une atteinte à la liberté de la personne âgée dépendante vue sous cet angle.

2.1. Le cadre

a) Un cadre restrictif d'usage de la contention

Restreindre nos libertés nécessite un motif et le seul valable dans ce cadre est le danger ou le motif thérapeutique.

Reprenons ici l'avis du Conseil wallon du troisième âge d'octobre 2001. « La contention se définit 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 dangereux ». Nous pouvons aussi nous baser sur l'AR du 18 juin de 1990 – art infirmier qui présente les moyens de contention comme des mesures de prévention de lésions corporelles.

S'il fallait une base légale supplémentaire, nous pourrions citer la législation sur les maisons de repos et celle sur les maisons de repos et de soins qui précisent le cadre :

- ... mesures éventuelles de contention et/ou d'isolement dans le but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes et/ou pour les autres résidents, dans le respect de leur droit fondamental à une liberté de mouvement. (CWAS, annexe 120, 1.1)
- Les mesures de ce genre peuvent être appliquées uniquement à titre exceptionnel, dans le but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes ou pour les autres résidents, dans le respect du point 1.1. (CWAS, annexe 120, 20.5)

Rappelons aussi les risques engendrés par la contention, à lier avec l'obligation de tout soignant de ne pas nuire : il s'agira de faire la balance entre les risques avec la contention et les risques sans (voir chapitre dédié à ce sujet).

Le seul cadre d'usage possible de la contention et de l'isolement est donc le danger pour la personne ou pour autrui. Mais qu'est-ce qu'un danger ? Un danger est plus qu'un risque, plus qu'une hypothèse ou une simple crainte. La crainte d'un danger hypothétique ne nous permet pas de restreindre la liberté d'une personne. Il faut que le danger soit avéré et ses conséquences potentielles graves pour l'intégrité de la personne ou celle d'autrui.

² Fondation Nationale de Gérontologie, 1997. Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.

Si des comportements présentés par certaines personnes âgées peuvent paraître et même être dérangeants pour les professionnels ou pour le voisinage, s'ils n'engendrent pas de danger, la contention ne sera jamais le moyen de les faire cesser. Il faudra en appeler au professionnalisme et à la créativité des uns et des autres, à la complémentarité, éventuellement aidée par des supervisions extérieures.

b) Un acte limité dans le temps et sujet à réévaluation

Les textes abordant la matière en institution précisent tous l'importance de n'utiliser la contention et l'isolement, le cas échéant, que pour des périodes limitées dans le temps. En maisons de repos wallonnes, la réévaluation doit être hebdomadaire.

La contention est bien une mesure d'exception qui ne peut perdurer. Son efficacité pour le danger qu'elle devait faire cesser doit être évaluée, et les éventuels effets secondaires négatifs recherchés.

c) La dernière alternative

Trop souvent banalisée, la contention n'en est pas moins un acte auquel ne recourir que quand toutes les alternatives auront été essayées et épuisées. Le cadre est clair, les restrictions de liberté doivent être exceptionnelles.

Et dans l'hypothèse où elle aurait été mise en place, la recherche d'autres solutions moins restrictives de liberté et moins risquées reste un impératif à poursuivre.

« Avant toutes mesures de contention ou d'isolement, des alternatives sont envisagées par l'équipe de soins. » (CWAS, annexe 120, 20.5)

d) La contention, un acte de soins réservé aux praticiens de l'art infirmier

La contention, n'est pas interdite par la loi, ni par les règles professionnelles. La contention n'est pas un acte de répression ou de punition, c'est un acte thérapeutique B1, un acte de soins, que l'infirmière peut légalement proposer comme tout soin de sa compétence.

En effet, dans son annexe 1 rubrique 5, l'arrêté royal du 18 juin 1990 sur l'exercice de l'art infirmier énumère une série d'actes de soins (actes B1) dans laquelle les mesures de prévention des lésions corporelles sont citées : "mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance" sont des prestations techniques de soins infirmiers qui ne requièrent pas de prescription médicale.

Cet arrêté nous dit bien que l'infirmière peut poser un acte de contention, ou une aide-soignante dans le cadre d'une délégation (équipe structurée). Par contre, une aide familiale ou une garde à domicile n'a pas le droit de le faire. Elle n'est pas un praticien de l'art infirmier.

Cette restriction pose de nombreux problèmes qui sont soulevés dans ce travail.

e) La contention, un acte soumis au consentement du patient

En tant qu'acte de soin, la contention et l'isolement sont soumis à l'accord du patient. C'est la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui le précise :

Article 8 § 1er. « Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable ... § 4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention. »

Ainsi, comme tout soin prodigué dans son intérêt, la contention pourra lui être proposée et son avis devra être respecté.

f) Et en cas d'incapacité ?

En cas d'incapacité de la personne « *d'exprimer sa volonté* », la loi a prévu différents moyens d'y pallier.

Il se peut que le patient se soit préalablement positionné par écrit sur ses choix. On parle ici de déclaration anticipée.

- Art 8 §4 : la déclaration anticipée négative « Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée du praticien professionnel, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits. »

Cet avis devra être respecté par l'équipe de soin, sauf si elle considère que le danger est tellement important qu'il faut outrepasser ce refus, pour la sécurité de la personne. Attention à cette exception qui ne doit pas devenir la règle et n'autorise pas les équipes à prendre des largesses ou à poser un acte illégal.

Ensuite, la loi, à travers son article 14, a prévu un système de représentation :

- Art 14 §1er : exercice par un représentant désigné par un mandat écrit
- Art 14 §2 : exercice par – le cas échéant - l'administrateur de la personne
- Art 14 § 3 : et à défaut des précédents, une cascade de représentants dans l'ordre : l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait, un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeurs du patient, le praticien professionnel dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient.

Rappelons que représenter une personne, c'est prendre sa place et exprimer ce qu'elle aurait dit si elle avait pu le faire. Rôle éminemment important, qui nécessite, chez le représentant, une bonne connaissance des souhaits, préférences et valeurs du représenté (mandataire).

Rappelons aussi et surtout que cette représentation ne prend effet que si la personne n'est pas capable d'exprimer sa volonté. Or notre contexte juridique présume la capacité : il faudra pouvoir prouver l'inverse et un diagnostic de maladie d'Alzheimer n'est pas suffisant. Il appartient à chaque professionnel de demander son avis au patient, et à juger, au cas par cas, s'il lui semble que cet avis est réel. Pour prendre cette décision, certains se réfèrent à des critères très stricts de capacité de raisonnement, quand d'autres iront plutôt voir du côté des préférences, des émotions et des valeurs,

regardant la cohérence de la décision avec la vie de la personne et ses décisions antérieures ou ce que l'on sait de lui, sans lui demander une rationalité dont peu d'entre nous peuvent justifier lorsque nous posons un choix !

Il ne s'agit donc pas de se fonder sur le choix, mais sur le processus décisionnel. En clair, un refus de soin (que vous jugez important) ne signifie pas pour autant une incapacité décisionnelle, et heureusement !

g) Et si le danger persiste sans que la personne ne l'admette ?

Dans ces circonstances, certains voudraient invoquer des mesures plus radicales telles que la loi du 26 juin 1990 sur la protection des malades mentaux qui permettrait l'enfermement ou la loi sur la non-assistance à personne en danger.

En ce qui concerne la loi du 26 juin 1990, il s'agit d'une mesure d'exception qui doit répondre à 3 conditions cumulatives :

- Souffrir d'une maladie mentale (attestée par certificat)
- Mettre gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constituer une menace grave pour autrui
- Toutes les autres alternatives ont été épuisées

La procédure est lourde : décision provisoire par un Juge de Paix, intervention d'un avocat, certificat médical d'un médecin spécialiste. Elle est rarement utilisée dans le cadre de la maladie d'Alzheimer ou dans le cadre du vieillissement en général. En effet, pour que la loi soit appliquée il faut que la personne à protéger souffre de troubles psychiques. Vieillir n'est donc pas un motif en soi ! Un diagnostic de maladie de type Alzheimer est un motif sujet à controverses car les manifestations sont très variées et évolutives. Des troubles bénins ou débutants ne sont en tout cas pas un motif d'application de la loi.

La non-assistance à personne en danger est quant à elle prévue à l'article 422 bis du code pénal. Cet article prévoit une peine pour celui qui ne porte pas secours à une personne exposée à un péril : « Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 50 à 500 francs ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. »

Mais pour être poursuivi pour non-assistance à personne en danger, plusieurs éléments doivent être réunis : Il doit s'agir d'un péril grave, actuel et réel :

- Grave = menaçant pour l'intégrité personnelle de quelqu'un ;
- Actuel = imminent et nécessitant de l'aide, il ne s'agit donc pas d'un péril potentiel ;
- Réel = le péril doit s'apprécier au moment où il se révèle.

L'aide apportée dans ce cadre s'envisage dans le respect des règles générales du droit : respect de la vie privée et des libertés, avec des moyens dans le cadre de la profession de celui qui intervient et dans l'intérêt de la personne. Rappelons aussi que cette obligation n'est qu'une obligation de moyens.

La contention et l'isolement peuvent donc très rarement, voire jamais, être justifiés par cette législation.

h) Les prestations de qualité et respectueuses de la dignité

Article 5 de la loi du 22 août 2002 : Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Art 8 : Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, tel que visé à l'article 5, à l'égard du praticien professionnel.

Finalement

On l'aura compris, la contention est la dernière des alternatives de soin à utiliser, le dernier recours face à une situation de danger pour la personne ou pour autrui. Ces mesures sont transitoires, elles doivent dès lors être limitées dans le temps et soumises à réévaluation.

Tant la décision que la pose de ces contentions ne sont pas de la compétence des aides familiales ou de gardes à domicile. Cependant, ces acteurs professionnels sont concernés à plus d'un titre par la contention.

3. Risques et effets secondaires de la contention

Les effets secondaires de la contention ne doivent pas être négligés ! Certains sont directement liés à la pose du matériel, d'autres apparaissent au fil du temps et de l'utilisation, d'autres encore sont plus subtils et pourraient erronément être associés au grand âge ou à des symptômes potentiels de maladies de type Alzheimer alors qu'ils sont directement consécutifs au vécu de l'attachement et de l'enfermement.

La littérature n'amène pas de preuve scientifique fiable sur l'efficacité des contentions utilisées pour motif de risque de chute ou de gestion des comportements. C'est même l'inverse qui transparaît (Tinetti et al., 2002 ; Evans et al., 1989³) ! Par exemple, des auteurs ont observé que les chutes étaient plus fréquentes et plus graves chez des personnes contentonnées comparées à des personnes non contentonnées présentant un profil identique (âge, déficits, etc.) avec un risque relatif de 1,9 en cas de contention intermittente et de 3,7 en cas de contention permanente (Tinetti et al., 2002⁴). Voire plus, plus la personne qui subit la contention est confuse, plus le risque de chutes graves est augmenté (Capezuti et al., 1996⁵). En Angleterre où on utilise peu les contentions, on observe un taux de fracture entre 0,7 à 1,7 % par chute alors qu'aux Etats-Unis où elles sont plus largement utilisées, il se situe entre 1,8% et 3,8 %⁶.

³ Evans, L.K., Strumpf, N.E. (1989). Tying down the elderly: a review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc* ; 37 : 65-74.

⁴ Tinetti, M.E., Wen Liang, L., Ginter, S.F. (2002). Mechanical restraint use and fall related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* ; 116 : 369-74.

⁵ Capezuti, E., Evans, L., Strumpf, N., & Maislin, G. (1996). Physical restraint use and falls in nursing home residents. *J AM Geriatr Soc* ; 44 : 627-33.

⁶ Les troubles du comportement, les médicaments, contentions physiques et mesures d'isolement. Dr. Michel Dugas, Dr Judith Labrecque, Hélène Raymond, - Colloque de CEVQ - Université de Sherbrooke- Québec - 2010.

Dans la littérature, en ce qui concerne la personne contentionnée, trois catégories de risques et de conséquences sont détaillées.

a. **Les dommages corporels :**

- lésion d'abrasion cutanée et/ou compression nerveuse, musculaire ou vasculaire à l'endroit même où la protection est placée, strangulation, décès par strangulation ou asphyxie, ...),
- lorsque les moyens sont mal utilisés, lorsque le matériel est inadéquat ou que la surveillance est absente.

b. Les conséquences de **l'immobilisation** lorsqu'elle devient chronique :

- « syndrome d'immobilisation » : contractures, escarres, prédisposition aux chutes, à la constipation, à l'incontinence fécale et urinaire, aux fausses déglutitions, aux embolies pulmonaires, aux ulcères de décubitus, à l'inappétence, voire à l'anorexie, et au déconditionnement musculaire (Anaes, 2000 op cit, 12, 17) ;
- De plus, la perte de masse osseuse qui résulte à la fois de la réduction des forces d'appui et de la diminution de l'activité physique contribue à accroître le risque de chute grave. Une immobilisation d'une semaine pourrait ainsi faire perdre jusqu'à 10 % de la force musculaire (24) ;
- Apparition ou aggravation d'une confusion ou agitation (Anaes, 2000 op cit, 9)

Au final, c'est un véritable cercle vicieux qui s'installe car l'altération fonctionnelle et l'augmentation de la confusion sont des facteurs qui entraînent la pose d'une contention elle-même responsable d'une aggravation des difficultés cognitives et d'une diminution de l'indépendance qui justifient a posteriori la pose de la contention.

Lorsque la contention se pratique en milieu hospitalier, on observe même un lien direct entre celle-ci et l'augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité (15, 22).

c. La **dépréciation de soi** et le repli sur soi, l'humiliation et la résignation sont également associés à l'utilisation des contentions. La personne contentionnée est plus à risque de dépression (Capezuti et al., 1996) également plus agitée durant la pose de la contention et dans l'heure qui suit (Anaes, 2000 op cit, 23). A terme, cette symptomatologie peut aboutir à un état dépressif compromettant parfois l'indépendance fonctionnelle. L'utilisation des contentions peut engendrer un **stress** important et cette conséquence est d'autant plus néfaste chez le patient ayant des troubles cognitifs sévères (maladie d'Alzheimer par exemple) car il est moins à même de comprendre ce qui se passe. Ce stress peut se traduire par de l'agitation, de la confusion, de la dépression ou des symptômes dépressifs, des troubles du comportement social, de l'agressivité.

Et les soignants ne sont pas épargnés par ces conséquences. En institution, ils rapportent un ressenti pénible (28), une inadéquation avec leurs valeurs de respect de l'autonomie et de la dignité de leurs patients pour les infirmières (29), le sentiment d'harceler les patients ce qui les amène ensuite à culpabiliser. Enfin, la charge de soins est vécue comme plus importante lorsqu'il y a une contention (30).

Chapitre II. Les services d'aide aux familles et aux aînés

Les aides et les soins à domicile sont à la croisée de différents acteurs : la personne elle-même, pas toujours à l'origine de la demande d'aide ; le proche qui doit adhérer à l'idée et à sa concrétisation en acceptant un partage de territoire, de compétences et de relations ; et les professionnels qui doivent être suffisamment coordonnés et souples pour répondre aux besoins.

L'aide à domicile est réglementée par les Codes (décrétal et réglementaire) de l'action sociale⁷. Elle consiste en une pluralité de services de soins et d'aides à la vie journalière qui peuvent être mis en place séparément, ensemble ou successivement. Ces services peuvent être prestés par des indépendants ou des salariés travaillant pour différents organismes, principalement des Services d'Aide aux Familles (SAFA). Lorsque plusieurs services sont mis en place chez un bénéficiaire, une coordination s'impose. Elle consiste entre autres missions à rendre possible la mise en commun des différents professionnels présents au domicile du bénéficiaire, afin qu'ils partagent leurs connaissances, leurs expertises et leurs compétences au service de celui-ci.

Les Services d'Aide aux Familles (SAFA) font partie des services d'aide et de soins à domicile et sont définis de manière générale comme « toute structure procurant des services d'aide et dispensant des soins à domicile, soumise ou non à un agrément, et ayant pour objectif la continuité et la qualité du maintien au domicile »⁸. Ils se sont progressivement étoffés au cours des quinze dernières années. Ils ont diversifié leurs aides, sont plus flexibles en termes d'horaires, ne sont plus strictement consacrés aux soins et aux tâches ménagères et sont potentiellement aptes à faire face aux besoins plus larges des bénéficiaires et de leurs proches.

Pour fonctionner, les SAFA doivent être agréés par la Région wallonne qui les finance selon une série de critères relatifs entre autres au nombre de personnes âgées présentes sur le territoire. Ils peuvent être organisés directement par un Centre de Coordination ou par un autre organisme, qui peut choisir de se conventionner avec un Centre de Coordination⁹. Certains de leurs services sont proposés via des partenaires privilégiés (ex. transport) ou au travers de conventions établies avec une série de spécialistes de la santé (ex. logopède). Il n'est pas nécessaire d'être affilié à une mutualité précise pour faire appel à leurs services respectifs, même si certaines réductions peuvent être accordées à leurs membres.

Ces services proposent classiquement des services sociaux, les aides familiales, des gardes à domicile et parfois des aides ménagères et un soutien logistique. Ils sont destinés à favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté. Il peut s'y adjoindre un service de soins infirmiers à domicile afin de proposer un panel plus large et cohérent d'aides et de soins à domicile comprenant : les soins proprement dits et les services qui visent le soutien de personnes qui ne peuvent assumer seules certains actes ou tâches de la vie quotidienne (soins d'hygiène, courses, tâches ménagères, distribution de repas, etc.). Ces services ne sont donc pas exclusivement adressés aux personnes âgées.

Au point de départ de la mise en place d'aides à domicile, s'organise un entretien avec un travailleur social. Cette rencontre se fait le plus souvent au domicile du demandeur et a pour objectifs d'évaluer et

⁷ Code décrétal de l'action sociale articles 434 à 491 et Code réglementaire de l'action sociale titre 4 (articles 320 à 364) et articles 1567 à 1607 au sein du Livre 7 Santé

⁸ Code décrétal de l'action sociale, art.434, §3°

⁹ Code décrétal de l'action sociale, art 439, §2

d'analyser les besoins du futur bénéficiaire et de son entourage, d'y proposer des réponses via la réalisation d'un plan d'aide, d'organiser la prise en charge et d'établir le dossier social. C'est ce que l'on appelle « l'enquête sociale »¹⁰. Le travailleur social évalue également régulièrement la prise en charge pour s'assurer qu'elle reste adaptée à l'évolution des besoins. Par ailleurs, il gère l'équipe des aides familiales et des gardes à domicile et les soutient dans leurs missions.

Les services de soins regroupent les soins infirmiers, la kinésithérapie, l'ergothérapie, la logopédie, les soins dentaires et les soins de pédicure. Ces services sont agréés par la Région Wallonne et financés par la nomenclature des soins de santé. Ils sont également proposés par des indépendants.

1. Les métiers concernés par ce travail

Les différents services d'aide à domicile sont l'aide familiale, l'aide-ménagère, la garde à domicile, le prêt et le transport de matériel sanitaire, la distribution de repas à domicile, l'aménagement ou l'adaptation des locaux, le transport de personnes, etc.

Dans le cadre de ce travail, ce sont principalement les aides familiales et les garde-malades qui ont été interviewées.

1.1 L'aide familiale

Elle travaille toujours au sein d'un service agréé d'aide aux familles et aux personnes âgées (et non comme indépendante) sous la supervision d'un travailleur social ; et est titulaire d'un certificat obtenu au terme d'une formation reconnue par la Région Wallonne. Les bénéficiaires de ses services sont toutes des personnes malades, handicapées ou en difficultés, quel que soit leur âge. En pratique, la population âgée représente une grande partie de son public.

Le rôle de l'aide familiale consiste à aider les personnes ayant des difficultés pour réaliser leurs tâches familiales ou ménagères, en raison soit d'une inaptitude physique ou mentale, soit de circonstances sociales particulières afin de leur permettre de rester le plus longtemps possible à domicile dans de bonnes conditions. « Cette aide à la vie quotidienne peut également être étendue au bénéfice des aidants proches du requérant. Elle doit alors consister en une guidance, une information et un soutien des aidants proches en matière d'hygiène sanitaire, de maniement, de rôle éducatif et de tâches administratives concernant la personne à qui ils viennent en aide. L'aide aux aidants proches ne peut jamais consister en une aide directe à l'aidant proche, telle que l'entretien de son habitation. Elle a toujours pour objectif d'améliorer ou de faciliter l'aide apportée par l'aidant proche »¹¹.

Les tâches qui peuvent lui être désignées sont réglementées avec précision par la Région Wallonne¹² :

- Aide à la vie quotidienne : courses, entretien courant, lessive et repassage, planification et préparation des repas, aide aux déplacements en extérieur ;
- Rôle sanitaire : tâches liées à la santé, à l'hygiène, au confort et à la sécurité ;

¹⁰ Code décretaal de l'action sociale, art 222

¹¹ Code wallon de l'action sociale (décret) Art 223

¹² Arrêté du gouvernement wallon portant approbation du statut de l'aide familiale (M.B. DU 08/09/1998, P. 28876), modifié par l'AGW du 8 avril 2000.

- Rôle éducatif : conseils d'hygiène de vie, adaptation du logement, soutien des familles, évaluation et stimulation des potentialités de la personne ;
- Aide relationnelle : écoute, identification des difficultés, soutien par la présence, le dialogue et accompagnement dans le cadre des soins palliatifs ;
- Aide sociale : accompagnement lors de démarches administratives et pour l'organisation du budget, appel et orientation vers des services ou organismes spécialisés.

L'aide familiale se situe donc entre l'infirmière et l'aide-ménagère au sens strict. Elle agit sur les plans préventif et curatif et constitue un relais privilégié pour les autres intervenants du domicile (sanitaires, sociaux et médicaux) ; elle joue un rôle important dans les réunions de coordination. Elle travaille sur le plan individuel, avec le bénéficiaire mais également sur un plan collectif, en collaboration avec la famille et l'entourage ; en semaine, soirée, week-end et jours fériés si nécessaire.

Les prestations des aides familiales sont tarifées par les pouvoirs fédérés et les montants dépendent de la situation financière et familiale de la personne aidée.

1.2 La garde à domicile

La garde à domicile ou garde-malade (et son pendant masculin), a pour mission d'accompagner le bénéficiaire qui a besoin de la présence continue d'une personne et qui, pour des raisons de santé ou de handicap, ne peut se déplacer seul hors de son domicile. Ce professionnel vise principalement à assurer, le jour ou la nuit et en complémentarité avec l'entourage du bénéficiaire, une présence active et à optimiser le bien-être mental, physique et social du bénéficiaire par des actions définies par le statut de garde à domicile¹³.

La garde à domicile n'est pas une simple dame de compagnie. Selon le système social mis sur pied par la Région Wallonne, elle est titulaire d'une attestation de capacité qui certifie qu'elle a suivi une formation reconnue par la Région Wallonne. Elle travaille au sein d'un service à domicile et bénéficie de l'encadrement d'une assistante sociale et d'une formation continue. Elle est tenue par le secret professionnel et doit également suivre des formations continues tout comme les aides familiales¹⁴.

La garde à domicile est présente pour seconder les professionnels ponctuels au chevet d'une personne malade. Elle travaille en partenariat avec l'entourage et peut intervenir en journée ou pendant la nuit, la semaine comme le week-end ainsi que les jours fériés. Ses prestations sont plus longues (jusque 10 heures d'affilée) et plus flexibles.

Son rôle consiste à :

- « Maintenir le bénéficiaire à domicile dans des conditions optimales de sécurité et d'hygiène ;
- Veiller à une prise correcte de la médication conformément aux prescriptions médicales ;
- Assurer un réconfort moral au bénéficiaire et à sa famille au travers d'échanges relationnels de qualité ;
- Aider le bénéficiaire à utiliser le temps de manière qualitative ;

¹³ Code wallon de l'action sociale (décret) art 221

¹⁴ Art 10 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 29 JANVIER 2004. modifiant l'arrêté de la Communauté française du 16 décembre 1988 réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subventions à ces services

- Préparer et donner les repas au bénéficiaire ;
- S'intégrer dans un travail interdisciplinaire et s'en référer au responsable pour tous les actes qui dépassent sa compétence¹⁵ ».

La garde à domicile apporte à une personne dépendante une aide et une présence continue qui ne se limitent pas à l'accomplissement de tâches bien définies mais qui impliquent un caractère relationnel particulièrement développé. Concrètement, elle veille sur le bénéficiaire et est attentive aux dangers, elle peut s'occuper des toilettes d'hygiène et de confort, planifier et préparer les repas et propose une écoute et une présence discrète.

2. Particularités de ces métiers

Quelles sont les particularités de ces métiers de l'aide à domicile ? Comment se concrétisent leurs interventions sur le terrain ?

Aide familiale, garde à domicile, aide-ménagère, sont des métiers essentiellement portés par des femmes, et exercés dans le cadre de temps souvent partiels. Elles travaillent seules au domicile et se retrouvent au plus proche de leur public cible avec des horaires variables, weekend et jours fériés potentiels et heures inconfortables pour bon nombre d'entre elles.

Elles sont sollicitées pour mettre leurs compétences au service du « prendre soin » de personnes fragilisées temporairement ou de manière plus durable. Elles entrent dans le foyer et investissent l'espace intime. Elles se calent dans les routines des bénéficiaires, participent à leur vie quotidienne, disposent d'une clé ou du code du boîtier d'entrée.

Le recours à leurs services est rarement une décision de la personne âgée elle-même, bien plus souvent des proches et après avoir passé du temps à convaincre la personne concernée, ou avoir profité d'un moment de crise avec passage à l'hôpital pour forcer la mise en place de l'aide. Il faut alors conjuguer les tâches à effectuer avec la résistance ou la méfiance de la personne qui aurait souhaité se débrouiller seule. La présence du professionnel rend visible les « incapacités » du bénéficiaire et la relation démarre souvent sur un point de crispation, entre négociations et incompréhension. Mais quand la confiance s'installe, la relation est alors source de confort et de bien-être pour les deux interlocuteurs.

Leurs missions et tâches touchent au plus près de la personne, avec du ménage certes mais aussi et surtout de l'aide au repas, l'aide à la toilette, installer et sortir de son lit la personne en difficultés, l'aider à s'habiller, etc. Elles touchent la personne, l'entourent, lui parlent, la convainquent parfois, écoutent les histoires de familles, les doléances, les répétitions, ... jusqu'à partager leur propre vécu dans des échanges plus personnels. Elles rassurent les personnes inquiètes, adoucissent la solitude par leur présence, et peuvent être les seules personnes qui viennent au domicile du bénéficiaire isolé. Quand elles s'occupent du ménage, c'est parfois seules dans une pièce ou suivies par le bénéficiaire ou son aidant pour parler, pour faire ensemble, pour surveiller, ou simplement par souhait de contact. La communication est donc un point important, parfois simple et fournie quand le bénéficiaire dispose de

¹⁵ Art 4 de l'Arrêté du Gouvernement wallon du 29 JANVIER 2004 ; modifiant l'arrêté de la Communauté française du 16 décembre 1988 réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subventions à ces services.

toutes ses capacités, souvent laborieuse et vécue comme usante quand il se montre confus, répétitif ou insistant.

Métiers peu valorisés ou reconnus voire peu compris même, leur travail reste souvent invisible. Et la crise sanitaire les a peu mis à l'honneur contrairement aux métiers du soin et en particulier lorsqu'il est dispensé en milieu hospitalier. Leurs tâches sont souvent considérées comme faisant partie des tâches ingrates : « exercée dans le cadre de l'espace domestique, portant en partie sur des tâches ménagères, relevant d'un rôle d'assistance ou de suppléance familiale, s'adressant à une population stigmatisée, l'activité de l'aide à domicile est absente de la scène visible pour devenir invisible, peu considérée (Lhuillier, 2001, 2002 as cited in Bonnet, 2006¹⁶) ».

Si leur présence au domicile est justifiée par l'aide à apporter au bénéficiaire lui-même ou à son aidant proche, les aides familiales et gardes à domicile sont également en contact fréquent et plus ou moins heureux avec les proches. Présents sur place d'une manière habituelle ou qui viennent pour s'assurer que le travail a été correctement fait, ils sont parfois plus compliqués à « gérer » pour les travailleurs que les bénéficiaires eux-mêmes.

Essentiellement ancrés dans la relation avec les bénéficiaires, les métiers du domicile sont aussi physiques, impliquant du ménage, des courses et des tâches dites de « manutention » comme lorsque les travailleurs aident les personnes à sortir de la baignoire, du fauteuil ou du lit.

En changeant de lieu de prestation plusieurs fois sur une journée, elles vont d'un bénéficiaire à un autre. Elles accompagnent aux courses un jeune adulte avec autisme, s'arrêtent le temps de midi auprès d'une personne âgée qu'elles aident à manger, pour poursuivre avec la gestion de la maison chez une famille précarisée et terminer la journée par la préparation de repas pour plusieurs jours chez un retraité qui vient de faire une chute et est alité pour plusieurs semaines. Les situations sont de plus en plus lourdes et complexes. Quinze minutes de trajet entre deux prestations quand tout va bien, le temps de souffler, d'appeler une collègue pour en savoir un peu plus sur le prochain bénéficiaire, se changer parfois quand le covid s'est invité et qu'il faut prendre des mesures supplémentaires.

Si les aides familiales ont des prestations de 1h, 2h ou 3h, rarement plus ; les gardes à domicile sont en revanche présentes au chevet des malades pendant des durées beaucoup plus longues. Elles n'ont pas la possibilité de prendre en charge le ménage et sont présentes pour veiller, accompagner, discuter, parfois proposer une activité au bénéficiaire. Les heures peuvent être très longues quand on veille assis à côté du lit de quelqu'un qui dort ou se réveille sans trop savoir où il est.

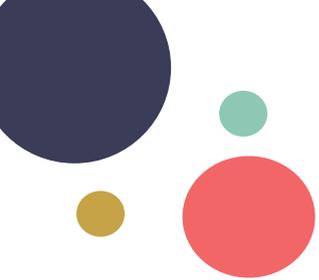
Elles disposent de peu d'opportunités de se voir entre elles pour échanger, avec une réunion tous les mois, d'une durée de 2 à 4h, quand elle n'est pas annulée en raison des congés ou de l'absence de l'assistante sociale. Pendant ces 3h, elles ont autant besoin de se retrouver, d'échanger des nouvelles d'elles-mêmes ou de leur famille que de parcourir la situation des bénéficiaires accompagnés. Maigres heures qui laissent bon nombre d'entre elles frustrées et peu avancées sur les difficultés qu'elles rencontrent. Elles prennent alors de leur temps personnel pour téléphoner à l'assistante sociale, plus souvent aux collègues, pour disposer d'infos et de conseils qui les aideront à faire face lors de leur prochain passage chez le bénéficiaire concerné.

¹⁶ Bonnet, M. (2006). Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation. *Nouvelle revue de psychosociologie* ; 1 : 73-85.

Elles ont besoin de disposer d'une voiture pour se déplacer, parfois sur un territoire assez vaste et avec un budget important au vu de l'explosion des coûts de l'énergie à l'heure actuelle.

Pour faire face à toutes les demandes qui leur sont formulées, et faire preuve d'une grande flexibilité et adaptabilité, les aides familiales et gardes à domicile puisent dans leur formation de base et disposent de formations continues plus ou moins de qualité en fonction des services. Les besoins de formation exprimés sont très vastes, allant du vécu du deuil et de l'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, à la gestion de bénéficiaires au profil plus psychiatrique ou à la communication non violente avec des proches ressentis comme agressifs. Le temps disponible pour la formation est maigre et il reste peu d'espace pour des moments de supervision sur les situations difficiles ou pour des moments d'échanges, de type groupes de parole, pour partager des émotions, du vécu, des situations qui dépassent le cadre, des désaccords de pratiques, etc.

Dans ce contexte, comment les situations de contention sont-elles vécues et gérées par ces travailleurs, principalement ces femmes, dans leur intervention au domicile de bénéficiaires fragilisés ?



PARTIE PRATIQUE

Méthodologie

La méthodologie de recueil des pratiques de terrain s'est adaptée au contexte particulier de la crise sanitaire et de son impact particulièrement long et important sur les professionnels du domicile et leurs bénéficiaires. Au fil des mois, le choix a donc été de se concentrer sur les professionnels sans rencontres avec les bénéficiaires ou les proches. Ces publics sont bien sûr importants à rencontrer et entendre ce qui pourra faire l'objet d'une recherche ultérieure complémentaire.

La modalité de recueil a combiné :

- Des entretiens en focus groupes (1h30 à 2h) pour les travailleurs de terrain réunis en équipe d'une dizaine de personnes ;
- Des entretiens individuels (1h à 1h30) avec 3 publics différents : 1) directions de services, directions de fédérations, juriste ; 2) travailleurs sociaux gérant des équipes d'aides familiales ; 3) infirmières extérieures au service. A cela s'ajoute une rencontre avec des représentants de l'AVIQ + avis d'experts.

Tant les focus-groupes que les entretiens individuels ont été menés sur base d'un guide d'entretien présenté en annexe 2. Chaque participant a signé un formulaire de consentement éclairé (annexe 1) et un règlement d'ordre intérieur (annexe 3) leur a également été transmis.

Timing : entre septembre 2020 et novembre 2021

Publics : un total de 54 personnes interrogées

	Nombre de personnes rencontrées	FG ou entretien individuel
Directions de services (Dir), directions de fédération (Dir), juristes (Jur)	11	Entretiens individuels
Assistants sociaux (AS)	18	FG + entretiens individuels
Aides familiales (AF) et gardes à domicile (GàD)	21	FG
Représentant de l'AVIQ	2	Entretiens individuels
Infis	3	

Chapitre I. Les retours du terrain : description et analyses

1. Quelles contentions sont utilisées ?

Les moyens recensés sont souvent les mêmes : essentiellement des barrières de lit et des portes fermées à clé, parfois un blocage de la personne au fauteuil avec une table, la pose d'une écharpe ou ceinture autour de la personne pour qu'elle ne se lève pas, etc.

Après réflexions et discussions entre elles, les AF citent d'autres exemples plus rares : une grenouillère accrochée aux draps du matelas, un lit coincé contre le mur, une barrière aux escaliers (« je ne sais pas si c'est de la contention ça ? » (AS)) ; un refus de la part des proches de pratiquer un aménagement qui permettrait à la personne de sortir de sa maison et un fauteuil bien penché pour que la personne n'en descende pas, cacher les clés de la voiture ou débrancher les fils de la batterie pour une personne qui sait encore conduire, un obstacle devant le fauteuil, etc. Dans un service, la direction avait accepté que les AF posent le geste de mettre une ceinture pour maintenir une personne dans son fauteuil. Il s'agissait d'une personne qui était paralysée d'un côté et qui glissait du fauteuil. Cette personne ne pouvait marcher seule mais elle courait néanmoins les risques inhérents à la pose d'une contention. Le même service a par contre refusé d'autoriser ce geste pour un bénéficiaire confus avec risque de chutes.

Parfois, les moyens ne sont pas vraiment identifiés comme tels : *« je ne me posais pas tant de questions que cela, car pour moi la contention signifie être attaché. Dans un autre service où j'ai travaillé, on a parlé de la contention et ça va beaucoup plus loin. Je pense à une situation très particulière d'une dame qui ne sait plus du tout bouger. Elle a une SLA et ne sait plus que bouger la mâchoire pour parler. Sa porte est fermée à clé. C'est aussi une contention ? »*. (AS)

La contention chimique ne semble pas présente, ou pas observée comme telle au domicile : *« par rapport à la maison de repos il y a une grande différence, les médicaments sont plutôt donnés en maison de repos en plus de toutes les autres contentions (AF) »*

Le cumul de différentes formes de contention peut parfois s'observer : *« comme cette dame confuse chez qui on avait fermé la porte d'entrée à clés car elle sortait sur une route très dangereuse, puis on a fermé aussi la porte du garage et la porte de derrière parce qu'elle sortait par là pour ensuite bloquer les fenêtres et retirer la clenche d'une porte ... A chaque fois qu'elle essayait de sortir par un endroit, on trouvait un moyen de l'en empêcher »*.

2. Exemples

- Un domicile de type ferme à la campagne dont une partie de la maison appartient à une bénéficiaire chez qui les aides familiales se rendent fréquemment. L'AF est chargée par la famille de bien fermer les portes pour ne pas que Mme sorte. Elle doit fermer à clé, cacher la clé et surtout se cacher en train de faire ces différents actes. Certaines AF le vivent bien, d'autres pas : *« Ça pose question car à l'extérieur de la maison il y a un perron avec des marches et quand on met en balance le tout, si Mme sort c'est quasi sûr qu'elle chute du perron, alors que faire ? (AF) »*
- Une dame vivant à l'étage de son domicile et enfermée dans sa maison selon les AF *« au vu de sa désorientation »*. Elle frappe à la fenêtre de l'étage et crie pour sortir, les voisins sortent et interpellent les AF afin de comprendre ce qu'il se passe. Les AF sont mal à l'aise et se demandent

que faire si un incendie survenait. Mme est déjà sortie à plusieurs reprises de sa maison avant qu'elle ne soit enfermée. Elle a pris le bus une fois et s'était tout à fait perdue, c'est la police qui l'a ramenée. Mme n'était pas d'accord d'être enfermée mais sa fille qui habitait un peu plus loin était tout à fait rassurée.

- Un couple de bénéficiaires très âgés vit au domicile et Mme passe la journée dans un lit médicalisé. L'infirmière souhaitait que les AF relèvent la barrière de lit en fin de journée avant de partir ce qui avait été refusé par l'équipe. Le mari était donc sollicité pour le faire sauf que rapidement, il a montré des signes de troubles de mémoires et de confusion. Un jour, Mme a été retrouvée sur le sol par l'AF qui est arrivée et la famille était en colère contre l'équipe : « *on pensait avoir bien respecté la règle de ne pas lever la barrière mais cela s'est quand même retourné contre nous (AF)* ».
- Situation d'un couple avec une dame alitée et son époux dans l'incapacité physique de monter lui-même la barrière de lit. Les aides familiales ne venaient que l'après-midi et faisaient appel au petit fils de 10 ans pour remonter la barrière, une fois qu'il était rentré de l'école : « *c'est une grosse problématique en termes d'image et de compétence, les aides familiales sont gênées (AS)* ».
- Situation d'une dame hémiplegique qui était en chaise roulante et avait fait pas mal de chutes de sa chaise. Difficile pour les AF de la remettre au fauteuil alors « *l'infirmière avait fini par mettre un drap autour de sa taille pour la fixer correctement dans sa chaise mais une autre personne du service passait son temps à desserrer ce drap et un jour la dame a glissé de sa chaise et est décédée. C'est le fait de désangler qui a causé son décès. Elle n'était pas d'accord pour la contention mais on lui expliquait que c'était pour son bien (AF)* ».

3. Quelle ampleur ?

Pas de relevé exhaustif de toutes les situations mais un chiffre indicatif fourni par un Service d'Aide aux Familles qui dénombre (sur un total de 6500 bénéficiaires et au travers de toutes ses antennes) : 31 situations de contention avec barrières de lit, 1 bénéficiaire contentonné par une tablette au fauteuil et 10 situations d'enfermement dans la maison avec porte fermée sans accès à une clé. Un total donc de 42 situations connues pour 6500 bénéficiaires (ce qui n'est probablement pas révélateur de l'ensemble des situations comme nous le verrons par la suite).

Selon des travailleurs sociaux qui se penchent sur la question du nombre de contentions sur leurs secteurs, le nombre de situations n'est pas nécessairement élevé (2 à 3 situations par secteur) mais par contre le vécu est très lourd tant psychologiquement que pratiquement. Le temps de présence de l'équipe à ce domicile est souvent important et mobilise de nombreux travailleurs. Les pratiques de contention posent alors souvent problème à presque tous les travailleurs de l'équipe.

4. Qui décide ?

Selon les équipes, la contention est peu présente en début du suivi d'une situation, elle arrive plutôt au bout de plusieurs mois ou années quand la situation de santé du bénéficiaire s'aggrave.

La demande peut venir de la famille, des infirmières ou du médecin avec une prédominance de la famille : « *parfois c'est tellement décidé par la famille qu'on ne se pose pas de question et on applique, on n'a même pas toujours de discussion en équipe ou alors pas toujours le temps d'en parler (AF)* » ;

« déjà que ce sont les familles qui sont à la demande de la mise en place d'une aide à la maison et que la personne n'est pas nécessairement d'accord, après on se retrouve à imposer la présence de l'AF à qui tout le monde demande de poser la contention ».

Le médecin demande la pose des barrières (souvent les lits sont livrés directement avec les barrières ce qui facilite après leur utilisation rapide), la famille donne les clés de la maison à l'équipe, l'infirmière demande de mettre la ceinture, etc..

L'équipe a aussi un rôle, notamment dans la mise en place d'un enfermement : *« en général, cela nous arrive au fur et à mesure : la personne sort de chez elle, elle fugue plusieurs fois, ça dure un temps, et la famille demande que l'on ferme. Et nous on se rend bien compte que c'est dangereux et on est en fait d'accord pour le faire, même soulagés parfois ».*

Les AF rapportent des bénéficiaires demandeurs de la contention pour leur sécurité. D'autres n'osent pas la refuser devant leurs proches mais témoignent en apartés aux AF le vivre très mal. Parfois la contention est au centre d'une forme de chantage avec les proches : *« si tu n'acceptes pas, alors on n'aura pas le choix et tu devras aller en maison de repos ».*

5. Pour quelles raisons ?

Quand ce sont les bénéficiaires eux-mêmes qui demandent la contention, il s'agit essentiellement de la pose de barrières de lit pour plus de sécurité, car ils craignent la chute du lit la nuit ou quand ils sont seuls la journée. Parfois le conjoint est présent mais n'est pas capable de remonter la personne en train de glisser.

Les raisons évoquées par les familles demandeuses sont essentiellement liées à la sécurité à l'intérieur du domicile (chutes du lit, du fauteuil) ou à l'extérieur de celui-ci (« fugue », chute en rue, se perdre dans la ville, dans les bois, mourir seul, etc.) : *« c'est pour son bien ! »* Les proches craignent aussi de perdre le montage de l'aide à domicile qui a été mis en place et qui peut se montrer assez fragile : *« Après la première fugue de sa maman, on a dit que ce n'était plus possible pour nous de la retrouver dans la rue, c'était dangereux. Les enfants ont préféré qu'on continue à venir et qu'on ferme la porte à clé plutôt qu'elle aille en maison de repos ».* (AF) Comme si dans la balance du choix, il était moins pire d'enfermer leur mère plutôt que de « l'envoyer » en institution, ce qui revient alors à choisir entre le pire et le moins pire.

Les travailleurs (AF et GàD) sont également parfois demandeurs et expriment se sentir sécurisés en présence de barrières ou de porte fermées : *« on se sent plus sereins pour la nuit quand elle a ses barrières (GàD) ».*

Les autres intervenants au domicile peuvent également être à l'origine de la demande, infirmières, médecin, centre de coordination : *« parfois le centre de coordination lui-même, qui connaît pourtant la règle, vient vers nous pour nous demander de la faire, ils nous refilent la patate chaude. Les coordinatrices disent aux familles qu'elles ne savent pas exactement ce que les AF peuvent ou ne pas faire alors c'est nous qui devons dire non (AS) ».*

Parfois c'est au cours de l'hospitalisation de la personne que la contention se met en place, et l'équipe qui suit le bénéficiaire est mise devant le fait accompli à son retour à domicile : *« difficile de revenir en arrière quand les habitudes sont prises à l'hôpital, tant pour la personne que pour les proches (AS) ».*

6. Vécus et point de vue des différents intervenants professionnels

Se retrouvent dans cette section toutes les informations recueillies auprès des différentes personnes interviewées en termes de vécu, de manière de gérer, de difficultés rencontrées, de situations critiques, etc. en lien avec la thématique de la contention.

a) Les directions générales des Safa, directions des fédérations et juristes

Pour eux c'est clair, c'est interdit ! Les directions affirment leur position « *c'est contre les libertés fondamentales, on ne participe ni à l'enfermement, ni à la contention* » ; les juristes produisent des notes internes qui rappellent les règles : « *interdiction pour les AF et GàD de poser une contention telle que barrière de lit ou enfermement ou toute autre mesure de privation de liberté de se mouvoir* ». Ils se voient souvent en nécessité de rappeler aux prestataires de terrain que la contention est un acte interdit auquel ils ne peuvent pas participer, « *et l'interdiction légale n'est pas toujours respectée sur le terrain (dir)* ».

Quand les juristes rappellent l'interdiction, ils notent que les assistants sociaux qui les ont interpellés se sentent mal à l'aise de le répercuter à leur équipe, « *du coup, les services ne sont jamais satisfaits des réponses et reviennent toujours avec les mêmes questions, surtout quand il y a un changement de juriste (jur)* ».

Les directions de fédération sont fréquemment interpellées par les services qui trouvent les limites et les règles floues et qui ne connaissent pas bien le cadre juridique, « *les assistantes sociales et les aides familiales craignent pour leur responsabilité surtout en cas de risque de chute ; elles ne comprennent pas toujours pourquoi elles ne peuvent pas pratiquer cet acte* ».

Ce qui n'arrange rien au caractère flou du sujet, ce sont les avis parfois très divergents d'une fédération à l'autre ou d'un service à l'autre au sein d'une même fédération. Pour certains services, s'il y a un document de prescription par le médecin généraliste, alors les aides familiales sont autorisées à poser les contentions.

Les directions entendent et reconnaissent le mal être du terrain, et identifient des « *interstices, des zones floues, des situations extrêmes ou la règle se confronte aux pratiques, ce qui fait le lit des mauvaises pratiques (dir)* ». Certaines situations ont des contours difficiles pour les travailleurs : « *une famille enferme une dame dans une pièce de vie de la maison pour ne pas qu'elle sorte car elle fait des bêtises et s'est déjà perdue. La famille demande aux aides familiales d'en faire autant. Si elles refusent et qu'il arrive quelque chose à Mme, qui sera responsable, comment les AF vont le vivre ? (Dir)* »

A leur tour, les directions se font alors le relais de ces situations critiques vers l'AVIQ (au niveau des réunions inter-fédérations), en demandant une remise en question des actes infirmiers et de leur délégation.

Les directions trouvent le sujet de la contention difficile à traiter, avec « *des règles purement institutionnelles qui ne permettent pas toujours de réfléchir avec bon sens. Cautionner l'illégalité, je ne le fais pas mais ça pose énormément de soucis sur le terrain. C'est assez tendu dans l'application avec les aidants proches et les autres prestataires qui mettent la pression et donner du sens à ce qui n'en a pas forcément (interdiction pour les AF de relever une barrière de lit) est assez compliqué (dir)* ». Certains reconnaissent ne pas spécialement bien savoir ce qui se passe sur le terrain à ce sujet-là.

Parfois, c'est la direction du service elle-même qui n'était pas nécessairement au clair avec les règles. Par exemple, dans un service, c'est lors d'une formation en déontologie dispensée par une infirmière venant de l'extérieur que les cadres ont appris que les aides familiales ne pouvaient pas poser les contentions et surtout ne pouvaient pas mettre les barrières de lit (seule contention présente à ce moment-là) alors qu'elles le faisaient naturellement. Il y a eu pas mal de débats et décision a été prise de ne plus engager la responsabilité des aides familiales pour des actes qui ne sont pas de leur ressort, d'autoriser à continuer à le faire dans les situations déjà en cours et de refuser pour les nouvelles demandes : *« les aides familiales l'ont très très mal pris, très mal vécu en se demandant pourquoi on les empêchait elles de le faire alors que les autres intervenants le faisaient et même les proches ou les voisins. Avec le recul elles ont compris notre position (pour les protéger) mais pas la position légale. Moi je me disais que je n'aurais pas dû suivre cette formation, que c'était plus facile quand on ne savait pas et qu'on gérait bien (dir) ».*

Les directions se rendent compte qu'en faisant strictement appliquer les règles, elles perdent des situations pourtant présentes sur leur territoire géographique et pour lesquelles les équipes ont toutes les compétences : *« on s'est rendu compte tout de suite qu'on allait perdre des bénéficiaires en refusant, on se sentait discrédités par de telles décisions ; en termes de compétitivité au niveau des bénéficiaires, on est à côté et on est perdants. Mais même le bénéficiaire est perdant car il doit multiplier les intervenants et les passages ».*

Enfin, certaines directions ont accepté de donner leur avis sur le sujet anonymement, sans s'engager dans le travail de co-création de l'outil. Les raisons formulées étant la crainte des retours d'inspections de l'AVIQ sachant que les pratiques de leurs secteurs n'étaient pas toujours respectueuses de la loi *« moins on en dit pour l'instant, mieux c'est (dir) ».*

Demandes directement formulées par ces professionnels :

- Un guide pratique sur la contention avec des guidelines ;
- Nécessité d'harmoniser les pratiques tout en ne tombant pas dans le « c'est oui ou c'est non », en laissant la possibilité de s'adapter à chaque situation ;
- Une nouvelle circulaire qui donne plus de prérogatives aux services moyennant des réflexions au cas par cas et une procédure stricte ;
- Débattre avec les équipes et les travailleurs de terrain de la notion de risques.

b) Vécus des travailleurs sociaux

Sujet sensible, tabou et complexe

Pour les AS, la contention est un sujet sensible qui revient fréquemment dans les réunions d'équipe et qui crée des mal-être et tabous. *« Comment faire pour faire bien ? Et si on ne le fait pas qu'est ce qui se passe ? Ce n'est pas vraiment de la contention puisqu'elle est d'accord, si ? Et quand on ferme la porte ? »* leur demandent les AF.

Les AS se sentent souvent prises au piège entre règle et pratiques et très démunies pour répondre aux questionnements des équipes et parfois hors de leur rôle au moment de rappeler l'interdiction. Elles savent que la règle est claire mais comprennent que *« dans la vraie vie ce n'est pas si simple », « J'avais plusieurs suivis compliqués où il y avait une contention, c'était toujours des remises en question, des décisions à court terme, et en plus, toutes les AF n'ont pas les mêmes limites. J'ai été soulagée quand ces situations se sont terminées, l'une par un décès et l'autre par un relais vers une maison de repos ».*

Par exemple, la contention est souvent présente pour les bénéficiaires ayant besoin de soins palliatifs, alités presque en continu, avec des AF ou GàD qui sont présentes au moment intime de leur fin de vie et souvent depuis longtemps à leurs côtés : *« quand on pose la question à la direction, on doit se référer à la loi ... ensuite on est piégé avec l'équipe qui souhaite quand même rester sur place, alors parfois on préfère esquivier et ne pas poser la question, ce n'est pas qu'on cautionne l'illégalité mais on soutient l'accompagnement humain par l'équipe »* ; *« on a le couperet de ne pas pouvoir le faire, on n'est pas maître de la décision et parfois on doit quitter la situation alors qu'on est là à accompagner la personne depuis longtemps. Pour les filles, c'est parfois inhumain de redire une règle et une interdiction alors qu'elles ont le sentiment que cela a du sens pour elles de rester là, quitte à lever une barrière de lit. Certaines me disent qu'elles sont prêtes à le faire en prenant sur elles »*. Les situations de contention touchent souvent aux limites du maintien à domicile, et posent des dilemmes éthiques : *« est-ce mieux qu'il reste à la maison, même contentionné presque toute la journée au lit ou qu'il aille en maison de repos ce qu'il ne veut pas du tout et où il sera aussi sûrement contentionné ! Si nous on refuse d'y aller, alors il n'aura pas d'autre choix que d'aller en maison de repos »*.

Les travailleurs sociaux prennent parfois le temps avec l'équipe pour voir comment la situation va évoluer et quels sont vraiment les besoins du bénéficiaire concerné *« quand elles m'annoncent qu'elles mettent la barrière, je ne leur dis pas stop directement, ça prend du temps pour explorer, je leur dis même de continuer à le faire tant que j'explore. C'est arrivé une fois que je prévienne la direction en lui disant que pour une dame en particulier on posait la barrière de lit jusqu'à son entrée dans la maison de repos pour laquelle elle était sur liste d'attente »*.

Certaines pratiques sont ancrées depuis longtemps et font l'objet d'une révision en douceur et au cas par cas, *« pour les nouvelles demandes, on reste ferme ; pour les anciens bénéficiaires qui ont déjà une contention, on fonctionne au cas par cas »*.

En tant que responsables d'équipes, elles reconnaissent la difficulté des AF et GàD de prendre position face aux autres intervenants (surtout face aux infirmières qu'elles croisent le plus souvent) qui insistent pour que l'acte soit réalisé et parfois se moquent ou ridiculisent le travailleur devant les proches.

Leurs craintes ? La responsabilité des uns et des autres si un problème survient, surtout lorsque la contention n'a pas été posée ou posée incorrectement : *« Quand on ferme la porte, après qu'est-ce qu'il se passe ? »*.

Regret des anciennes pratiques

Les AS reconnaissent que les non-dits sont nombreux et qu'elles n'ont pas toujours connaissance de ce qui se passe réellement sur le terrain. Elles regrettent une situation antérieure plus simple au niveau législation ou la contention était une question éthique réfléchie en équipe (on décidait ensemble de ce qui était le plus adéquat pour la personne et on agissait). *« Maintenant, avec l'interdiction des actes de contention, si une personne a des barrières de lit, on ne peut même pas vraiment la sortir de son lit pour lui permettre de bouger un peu et puis la réinstaller, on n'a pas le droit. C'est beaucoup plus difficile depuis que cette interdiction existe (AS) »*.

Relations avec les autres intervenants

Les réunions de coordination peuvent alors devenir des lieux de grande solitude pour les travailleurs sociaux : *« certaines coordinatrices ne tolèrent pas le fait que nous n'acceptons pas que nos travailleurs posent les barrières de lit »* ; *« tout le monde se retourne vers nous et notre interdiction de poser une contention et nous montre du doigt »* ; *« les médecins disent que c'est vraiment débile de ne pas pouvoir remonter une barrière de lit, pourquoi ne le faites-vous pas quand même, prenez vos responsabilités ! »*,

« le médecin nous dit qu'il nous l'autorise, qu'il est prêt à nous signer une décharge » ; « ça arrange tout le monde que l'AF vienne le soir en prestation, faire bouger les autres c'est très compliqué, faire changer l'infirmière de position c'est presque impossible ». Un peu comme si l'équipe se retrouvait otage de la situation qui impliquerait l'idée de faire le geste interdit ou dans le cas contraire abandonner son poste. Dans ces réunions, il faut alors guerroyer contre les autres intervenants : « il a fallu que je défende mon équipe coup sur coup sur trois fronts : enlever et remettre une attelle, bloquer madame dans le canapé et mettre la barre de lit ... et après ils ont rajouté la fermeture à clé de la porte d'entrée. J'étais presque acculée à lâcher sur un des points » ; « c'est le tollé général de la part des infirmières quand on dit non, elles nous renvoient qu'elles n'ont pas le temps même si certains groupements d'infirmières commencent à comprendre ». Les travailleurs sociaux font un parallèle entre les situations de contention et les situations de fausse déglutition pour lesquelles les AF n'ont pas le droit d'intervenir (et ne peuvent donc pas aider la personne à s'alimenter) : « c'est difficile de supporter l'agressivité des autres intervenants, je suis moi-même hors de moi mais je suis obligée de faire respecter la loi et c'est énervant d'être tout le temps agressés alors qu'on n'est pas responsables. Tout le monde est à bout dans certaines situations, les infirmiers passent 4 fois par jour, l'entourage est sur le qui-vive, et quand l'AF est là, elle ne peut pas aller jusqu'au bout de son geste et soulager les autres intervenants ... ça n'a pas de sens et ça énerve tout le monde ».

En général, l'ensemble des autres acteurs présents (surtout les proches et les autres professionnels) sont d'accord pour laisser faire l'AF : *« le voisin peut le faire, le fils peut le faire, un passant peut le faire mais nous l'AVIQ nous l'interdit »*. Les infirmiers viennent parfois plusieurs fois et à tout moment de la journée pour poser un acte de soins mais par contre refusent de rajouter un passage pour une barrière : *« cela crée une grande difficulté de partenariat. On est finalement parasités par des choses qui ne devraient pas entraver notre travail »*.

Incompréhension de l'équipe

Être garant du respect en tant qu'assistant social c'est aussi se confronter aux incompréhensions de l'équipe : *« les AF m'envoient parfois bouler et je les comprends. Moi ça m'embête de penser à ça alors qu'on devrait surtout pouvoir soulager les gens sans s'interroger sur la barrière de lit et finir par chercher un voisin ou un passant pour la remettre »*. Alors parfois certains travailleurs sociaux évitent d'en parler avec les AF, évitent d'affronter les autres intervenants et *« ce sont les aides familiales qui trinquent sur le terrain »*, *« je ne vais pas chercher après ça, on est dans un malaise et je préfère ne pas l'aborder car je ne saurai pas comment réagir, on se tait et les AF se taisent aussi »*.

Parfois c'est justement quand un autre professionnel intègre la situation, ou un autre service, que la question de la contention est soulevée et que les travailleurs sociaux prennent conscience de la manière dont les AF agissent : *« c'est quand un autre Safa est arrivé pour compléter les heures qui n'étaient plus disponibles chez nous que les AF de ce Safa ont refusé de lever les barrières. Je me suis alors rendu compte que mon équipe le faisait, on n'en avait jamais parlé. On a réfléchi ensemble, les deux services, et trouvé une autre solution pour la nuit avec un système de matelas sur le sol »*.

Les travailleurs sociaux admettent que dans certaines situations les AF mettent les contentions « en stoemeling » : *« baisser et lever les barrières, quand vraiment il n'y a pas d'autres solutions et que personne ne sait venir, que l'infirmière ne veut pas faire cet acte ... alors on ne va pas partir et laisser la personne comme ça. Elles le font. Elles ne me demandent pas nécessairement mon assentiment, elles le font »*. Parfois, le cadre l'apprend plus tard, quand la pratique est déjà bien partagée au sein de l'équipe. *« On allait pour une dame de 60 ans qui avait la sclérose en plaques et qui a fait une chute. D'un coup, dans la journée, il ne lui était plus possible de se mouvoir. Elle a été installée au lit et a demandé que les barrières soient levées pour éviter de tomber. Je n'étais pas là et je n'ai appris qu'une dizaine de jours*

plus tard qu'on lui mettait les barrières. La personne était tout à fait consciente, et avait ses ressources cognitives, elle demandait elle-même la pose de la barrière. L'équipe n'a pas pensé une seule seconde que dans une situation aussi claire que celle-là il fallait aussi se questionner et refuser l'acte, et puis m'en parler. Ce n'était pas caché, mais plutôt impensé en tant que contention ».

Sentiment de solitude face aux équipes

Les travailleurs sociaux reprochent aux directions de prendre une position jugée facile *« si vous ne pouvez pas faire les toilettes sans baisser et relever les barrières de lit, alors vous ne le faites pas ! »* ... que leur reste-t-il alors hormis le sentiment d'abandonner la personne et de quitter le navire ? *« On en arrive à des aberrations comme donner à manger à la personne sans baisser les barrières ou en grimpant sur un tabouret pour les AF les plus petites. Nombreuses sont celles qui vont baisser et remonter les barrières sans le dire »* quand ce n'est pas le proche qui dénonce maladroitement cet acte en demandant que toutes celles qui viennent au domicile le fassent également.

Astuces et contournements

Les adaptations mises en place spontanément par certaines AF sont parfois plus dangereuses que l'éventuelle chute elle-même ou que les effets de la contention : *« une dame avait les barrières de lit et c'était son fils qui remettait les barrières. Un matin, il était absent et Mme souhaitait sortir de son lit. L'AF a respecté la règle et a fait monter Mme par-dessus la barrière, ce qui était bien plus dangereux. On a décidé ensemble que baisser la barrière c'était acceptable »* ; *« les aidants proches nous prennent pour des fous ... on finit pas faire des choses insensées pour contourner la règle, comme fermer la porte à clés en laissant une clé à portée de vue en sachant très bien que la personne ne pourra pas s'en servir ou ne s'en souviendra pas, mais ainsi ce n'est pas considéré comme de la contention »* ; *« parfois on contourne le problème en aménageant l'horaire et la disponibilité des AF pour ne pas qu'elles soient présentes au moment où la pose des barrières se présentera, alors que ce serait bien utile pour le bénéficiaire que l'AF soit là à ce moment-là de la journée. On organise pour éviter un problème et non en fonction des réels besoins du bénéficiaire ».*

Dans certaines situations, tous réfléchissent à des astuces pour contourner la règle. C'est le cas au domicile d'un monsieur hémiparétique qui vivait seul avec une série d'intervenants. Les aides familiales venaient le soir pour le souper, la mise en pyjama et la mise au lit. Après plusieurs mois de réflexions et de tests, le fils de monsieur avait trouvé un système mécanique pour lever et baisser la barrière, et monsieur savait utiliser seul ce système. Cela avait permis au fils de ne plus être dans l'obligation de venir (de loin) tous les soirs à la même heure pour remettre la barrière. Au matin, l'infirmière prenait tout en charge. L'aide familiale s'assurait que le système était bien en place et que monsieur n'oubliait pas de l'enclencher. Quand une panne est survenue, l'AF a appelé le fils pour qu'il prenne le relais et a attendu son arrivée avant de partir. La belle-fille, aide familiale elle-même, était fortement choquée par le fait qu'elle pouvait poser elle-même la barrière en tant que membre de la famille, mais pas en tant que professionnelle formée.

Et tous les intervenants peuvent prendre un rôle dans les ruses mises en place pour que la personne se rende moins compte de son enfermement : *« l'infirmier et le kiné se croisent pour éviter d'ouvrir et fermer plusieurs fois la porte, l'aide familiale est là quand le kiné part pour faire diversion »*, *« on lui retirait la clé de la porte d'entrée mais on lui laisse son porte-clés avec plein d'autres clés »* ; *« on s'en va tous en douce et on ne met surtout pas son manteau »*, etc.

Un accord tacite entre l'équipe et le cadre est parfois posé pour délimiter les contours du non-respect de la loi : *« nous avons une règle entre nous, ce que je ne veux pas c'est que ce soit à longue échéance ou que je sois mise sur le fait accompli. Il faut qu'on puisse explorer d'autres pistes ensemble. C'est né de*

notre expérience qu'une fois c'est allé trop loin et cela a fait beaucoup de dégâts ». La difficulté est plus grande quand l'équipe se retrouve dans une situation où la contention existe avant leur arrivée et qu'elle est censée continuer.

D'où viennent ces règles ?

Nombreux sont les cadres qui s'interrogent sur les compétences de ceux qui ont posé ce type de règle : *« la personne qui a décidé un jour de sortir sa liste des actes infirmiers ... elle ne travaille pas sur le terrain, c'était plus clair et facile pour nous avant, elle a vraiment compliqué les choses tant pour les bénéficiaires que pour les travailleurs, personne n'est gagnant. Il devrait être possible de réinterroger cette liste par le biais des travailleurs de terrain », « nous on se sent compétents pour gérer ces situations et gérer nos travailleurs qui poseraient cet acte ».*

Des demandes directement formulées par ces professionnels

- Revoir le protocole de l'Inami et des actes délégués par une infirmière ou médecin car pas mal de situations posent problème : *« face à de plus en plus de situations d'importante perte d'autonomie à domicile, il est nécessaire de revoir ce protocole, la réalité de terrain a changé »* ;
- Se donner plus de temps de réunions pour discuter et réfléchir en équipe, ou avec un professionnel extérieur : *« on a beaucoup de ressources et beaucoup d'idées »* ;
- Être formés aux alternatives, aux bracelets « anti-fugues », aux protocoles disparition, etc. ;
- Être formés à la contention pour bien comprendre de quoi il s'agit. ;
- Apprendre à communiquer sur la question aux aidants proches et comprendre leurs demandes et leurs craintes ;
- Réaliser une plaquette informative avec l'aide des Safa ou une vidéo explicative à destination de tous les autres travailleurs du domicile pour leur expliquer la règle et leur faire comprendre que ce n'est pas de la « mauvaise volonté » de la part des AF.

c) Vécu des aides familiales et gardes à domicile

Méconnaissance du sujet de la contention

Les AF ne prennent pas nécessairement conscience qu'elles sont en train de poser un acte de contention. Elles invoquent les raisons suivantes : parce que c'est à la demande la personne, parce que la personne est d'accord, parce que ce n'est pas souvent, parce que ce n'est pas un vrai moyen de contention, etc. *« On met un foulard autour de la dame ainsi ce n'est pas vraiment un moyen de contention et on peut le faire »* ; *« le problème des barres de lit, ce n'est pas vraiment un moyen de contention, ce n'est pas un moyen de priver la liberté, c'est plutôt de la sécurité. Pour éviter que la personne ne chute, à un moment on n'a pas le choix, on pourrait considérer que la personne est en prison mais si elle tombe ce n'est pas mieux, il faut adapter »* ; *« dans chaque situation, ça dépend, parfois c'est un moyen de contention ou parfois c'est un moyen de sécurité, il faut faire la différence »* ; *« mettre une barrière parce que la personne a peur, ce n'est pas une contention ».*

Elles placent donc quand même la barrière elles-mêmes « parfois, pas souvent, quand c'est vraiment nécessaire, pour quelques instants, parce que le proche est occupé ou absent, etc. » et ces pratiques soi-disant isolées se multiplient.

Parfois, elles ne se sont jamais posé la question : *« Mme est alitée, on baisse et on remet directement les barrières de lit sans se poser de question. Il n'y a de toute façon personne pour les remettre à notre*

place à midi, ce n'est pas grave car de toute façon elle ne sait pas se déplacer. Elle ne sait pas marcher mais elle pourrait tomber en se penchant trop du mauvais côté ».

Craintes des conséquences

Elles craignent les conséquences si la contention n'est pas mise : *« une dame avait une barrière de lit mais elle voulait toujours en sortir, elle était désorientée et ne se rendait pas compte. Elle risquait de s'étrangler dans les barrières de lit et on avait toutes peur de la retrouver morte en arrivant »* mais également les conséquences de la contention elle-même (du moins pour la situation en question) : *« un monsieur avait un drap autour de lui pour l'attacher à son fauteuil car il glissait. Il essayait souvent de sortir mais un jour on l'a trouvé le derrière à terre et le drap autour de son cou, heureusement on est arrivé à temps », « une fois j'ai retrouvé une dame avec les jambes coincées dans les barres de lit, son mari était très perturbé, quand l'infirmière est venue, elle a conseillé de boucher les trous avec un coussin, je l'ai fait avec un édredon. Heureusement que son mari dort dans la même chambre, mais je ne sais pas s'il pourrait le voir tout de suite ».*

Les AF ont également peur d'être tenues pour responsables : *« si on met la contention parce que personne d'autre n'est là pour la mettre et que pendant la nuit la dame veut sortir du lit, enjambe la barrière, tombe et se blesse ... est-ce qu'on sera couvert par le service ? et si on ne met pas la barrière et que Mme tombe du lit et se blesse, est-ce qu'on sera couvert ? ».* Certaines hésitent du coup à exprimer à leur AS qu'elles posent ce geste. Elles s'appellent entre elles et se posent des questions *« tu le fais toi ? tu fais comment ? tu l'as dit ? », « j'ai l'impression que ça arrange tout le monde qu'on mette les barrières, et on nous pousse un peu à mentir et à ne pas dire qu'on le fait mais tout le monde sait qu'on le fait ».*

Même le présent travail a rendu méfiantes certaines AF qui refusaient de s'exprimer ou demandaient ce qu'elles risquaient de raconter des situations, *« va-t-on du coup nous limiter encore plus dans notre travail ? Et si on nous retire les mises au lit et les toilettes ? ce sont des parties de notre travail qu'on aime beaucoup ».*

Certaines situations marquent particulièrement les équipes : *« une dame vivait en MRS et après avoir fait une chute elle était restée toute la matinée au sol dans sa chambre dans une mare de sang avant que quelqu'un ne la découvre. Ses filles ont décidé qu'elle serait mieux chez elle vu la mauvaise surveillance de la part de la maison de repos. La dame est rentrée, était attachée au fauteuil toute la journée, au lit avec des barres de lit la nuit, et la porte fermée à clé. Une multitude d'intervenants se succédaient pendant la journée mais la dernière personne à passer était l'AF qui devait relever les barres de lit après avoir procédé au change de Mme pour la nuit. C'était très difficile pour l'AF de quitter Mme en la sachant seule, attachée, sans téléphone, sans capacité d'appeler à l'aide. Elle a commencé à faire des fausses déglutitions et est décédée dans les bras de l'AF qui lui donnait à manger. L'équipe a été traumatisée ».*

Sentiment de tiraillement perpétuel et de solitude

Elles se sentent tiraillées, prises dans des dilemmes, ont peur des réactions de leurs responsables mais en même temps peur qu'il arrive quelque chose au bénéficiaire : *« je suis tiraillée entre le fait que je ne veux pas mettre la contention parce que je ne peux pas mais si je ne le fais pas alors il y a un risque que quelque chose arrive. Alors dans la situation où c'est l'époux qui met les barres de lits, je mets que j'ai vérifié qu'il les avait bien mises alors que c'est moi qui les ai mises. Je ne voudrais pas ne pas les mettre parce que je suis certaine qu'elle ferait des bêtises et se relèverait de la nuit » ; « c'est notre conscience professionnelle, on ne va pas le laisser comme ça quand même, on prend le risque parce que c'est ça l'aide à la personne ».* Elles se sentent seules face à la situation : *« en maison de repos, il y a toute une*

équipe présente et qui gère la contention, à domicile on est seule alors même si un ordre est donné de mettre ou pas la contention, c'est nous qui passons à l'acte ... parfois on hésite et puis on se demande ce qu'on ferait à la place de la personne ou à la place de ses proches ».

Difficultés avec les proches

Les AF rapportent des difficultés dans leurs relations avec les proches sur ce sujet précis de la contention. Ceux-ci leur mettent beaucoup de pression en invoquant la sécurité du bénéficiaire : *« et s'il lui arrive quelque chose ? vous en serez responsable ! » ; « c'est de votre responsabilité si on la retrouve sur l'autoroute » ; « si vous ne l'enfermez pas dans sa chambre, on va être obligés de la placer » « si vous n'êtes pas d'accord, je change de service ».*

L'équipe finit par demander aux proches de relever eux-mêmes les barrières de lit, *« mais parfois cela n'a aucun sens. En tant que garde malades, on va passer la nuit pour soulager l'aidant proche mais on doit parfois le réveiller 4 fois sur la nuit pour qu'il remonte les barrières après avoir aidé la personne à se rendre aux toilettes, ou l'avoir redressée dans son lit ».* Et les proches de rétorquer : *« Avec tout ce que vous nous dites que vous ne pouvez pas faire, à quoi vous servez alors. Je vais reprendre la dame en titres services, ou la dame en noir ... (quand ce n'est pas la dame qui vient de l'Est) ».*

Difficultés avec les autres intervenants

Les relations avec les autres intervenants ne sont pas de tout repos non plus. Les AF expriment ne pas se sentir légitimes dans les dialogues avec les infirmières et en particulier sur la contention : *« Allez dire à une infirmière que vraiment vous ne pouvez pas mettre la barrière ou que vous trouvez que ce n'est pas nécessaire de le faire » ; « entre un médecin qui dit à la famille qu'on doit le faire et moi AF qui dit que non je ne peux pas, qui est le plus crédible ? » ; « dans les infirmières, il y en a toujours une qui sort du lot et qui fout le bazar et qui critique tout ce qu'on fait en mettant la pression pour qu'on mette les barrières de lit, on a parfois l'impression d'être les mauvaises dans l'histoire parce qu'on n'accepte pas et on nous accuse de ne pas faire ce qu'il faut pour la sécurité de la personne et même le médecin nous dit qu'il veut bien signer un document pour nous protéger .. mais est-ce qu'on est sûre qu'on sera vraiment protégées ? ».*

Les retours des infirmières dans le carnet de coordination sont souvent mal vécus par les AF qui les décrivent comme abrupts et ont la sensation qu'à la moindre raison *« elles nous tombent dessus ou se moquent de nous »* comme dans ces propos : *« ah ah, tu dis non, mais comment tu vas faire pour refaire le lit toi qui ne peux pas baisser et lever la barrière ? ».* Alors par peur des représailles ou pour fuir les conflits, certains obéissent à ce qu'elles vivent comme des ordres des infirmières : *« elle me dit qu'il faut le faire, alors je le fais mais la personne qui fait le geste qu'elle n'a pas le droit de faire, c'est nous, alors que finalement, l'infirmière n'est pas plus haute que nous, elle n'a pas à nous donner des ordres ».* Même constat du côté des médecins généralistes avec certains plus collaborateurs que d'autres à chercher des alternatives avec l'équipe une fois qu'ils ont bien compris que les AF ne poseraient pas la contention.

Facteurs qui influencent le vécu

- Le type de contention : *« moi personnellement je ne suis pas mal à l'aise si je dois fermer la porte à clé parce que sinon le monsieur fait des fugues. Ce serait pire si je devais l'attacher avec une ceinture ou le lier aux bras, ça j'aurais plus de mal. Quand c'est pas directement sur la personne, ça va ».*
- La demande de la personne : si la personne et les proches sont d'accord, les AF se sentent plus à l'aise de les mettre et ne considèrent pas vraiment qu'il s'agit de contention.

- L'état cognitif du bénéficiaire : Pour les AF, il est nécessaire de distinguer « *les personnes conscientes de celles qui sont démentes, ce n'est pas la même chose* ». Dans le cas de troubles cognitifs, les travailleurs ont parfois en tête que c'est la bonne attitude à adopter pour protéger la personne qui « *elle ne se rend plus compte de toute façon* », « *c'est encore plus important pour ces personnes qu'on fasse bien tous la même chose* ». L'AS est alors là pour prendre du recul, pour mettre en place une réunion de coordination, pour réfléchir au danger réel que prend la personne désorientée : « *Parfois, ce n'est pas aussi grave qu'on pense en fait* ».

Demandes directement formulées par ces professionnels :

- Éclairer leur responsabilité : « *nous dire quand on est responsable ou pas* » ;
- « *Résoudre les situations où les contentions ne sont pas acceptées par les bénéficiaires* » ;
- Être couvertes par l'AVIQ pour les situations ultimes pour lesquelles « *la contention est obligée et où on doit la mettre nous-mêmes* ».

d) Vécus des infirmières à domicile

Méconnaissance du cadre légal

Les infirmières semblent manquer de compréhension ou de connaissance du cadre légal. Elles sont souvent sollicitées par les Service d'Aide aux Familles pour intervenir elles-mêmes pour la pose des barrières, mais pratiquement et au niveau du temps se déclarent indisponibles. Elles dénoncent la disparité des actes des services, et préfèrent clairement avoir un service qui accepte que les AF remontent les barrières de lit.

Choquées par certaines situations

Certaines collègues, plus critiques expriment que cela dépend des moments « *quand elles sont débordées et ont trop de soins, alors elles ne veulent pas passer ; mais quand elles débutent, remplacent ou sont en manque de soins, alors elles acceptent, pour certaines c'est vraiment une histoire de sous* ». Elles sont choquées par des situations de forte contention qui pourtant ne semblent pas poser problème aux autres intervenants (médecins, Safa, etc.) surtout quand le bénéficiaire a des troubles cognitifs.

Des bénéfices avec les forfaits C

Selon les dires de plusieurs d'entre elles, il semble que les personnes qui posent question au niveau contention sont celles qui sont en Forfait C (souvent alitées, avec une incontinence, besoins d'aide pour s'alimenter, barrières de lit et plusieurs passages infirmiers par jour). Si, en journée, des aides familiales sont présentes pour s'occuper de la maison, cuisiner ou faire les courses, elles ne peuvent pas changer les protections de la personne (ou alors sans baisser les barrières ce qui n'est confortable ni pour la personne ni pour le professionnel) : « *Ce sont des personnes qui devraient être en maison de repos mais bien souvent il n'y a pas assez d'argent au niveau familial pour prendre la décision, ou la famille n'a pas envie de payer ou le conjoint ne pourrait à la fois payer sa maison et la maison de repos* ». Et cela peut aussi arranger certaines infirmières qui peuvent gagner jusqu'à 1500 euros par mois pour un patient en forfait C et jusqu'à 2000 euros par mois pour un patient en soins palliatifs. Certaines dénoncent des collègues qui ne prennent plus que les forfaits C sur leur tournée et peuvent aller jusqu'à 15.000 voire 20.000 euros par mois.

Les équipes sont aussi confrontées à des situations familiales où les proches ne souhaitent pas être plus présents et s'accommodent aisément de situations d'enfermement ou de barrières de lit posées toute la journée. *« Si la personne ne se plaint pas et c'est souvent le cas, alors ça reste comme ça ».*

En réunion de coordination avec les autres intervenants, *« on ne parle jamais de la contention, même avec les médecins généralistes et je n'ai jamais été interpellée par des aides familiales ou gardes à domicile ou par un service sur ce sujet-là »*; *« tout est fait en stoemeling et personne ne se pose de question sauf quand il y a un gros souci ou une grosse faute, alors on se retourne uniquement vers la personne désignée comme fautive, on devient des machines qui font des routines ».*

Quelques exemples de situations complexes rapportées par des infirmières

- Un monsieur de 72 ans qui a subi 4 AVC et que l'épouse plus jeune ne parvient pas à mobiliser seule. Il n'a plus l'usage de ses jambes mais souhaite sortir de son lit le plus souvent possible et se rendre aux toilettes. Monsieur n'accepte pas de devoir se soulager dans sa protection. L'infirmière et Mme s'occupent des barrières, les aides familiales refusent. Une dizaine de fois par jour, monsieur demande pour se rendre aux toilettes (avec un lève-personne et une chaise percée). Les aides familiales ont pour mission de venir tenir compagnie à monsieur pour que madame souffle un peu mais finalement elles font quand même appel à madame pour relever les barrières, celle-ci reste donc au domicile. Monsieur a accepté de ne pas être relevé la nuit et d'utiliser ses protections. La pose des barrières est justifiée par le fait que monsieur ne parvient pas à se tenir bien droit, qu'il finit toujours par se retrouver sur le côté du lit et qu'il a déjà chuté à plusieurs reprises en dormant. Depuis la présence des barrières, il ne chute plus. Le couple ne souhaite pas que monsieur entre en maison de repos car le temps passé ensemble est qualitatif. Les autres intervenants se sentent à l'aise dans la situation. Pour l'ensemble des intervenants, le problème réside dans les limites des aides familiales lors de l'utilisation des barrières.
- Une dame dont le domicile est fermé à clés par tous les intervenants et qui souffre de troubles cognitifs légers mais en aggravation progressive. Une aide familiale vient et se met à cuisiner de la compote, elle prévient madame et lui demande de l'éteindre une fois la compote cuite. Elle quitte le domicile en fermant à clés, Mme ne dispose pas de clés à l'intérieur, il s'agit bien d'un enfermement. Madame s'endort, la compote brûle et les alarmes se mettent en route. Après un certain temps, les voisins sont alertés mais ne parvenant pas à entrer ni à faire ouvrir à madame, brisent une fenêtre juste à temps avant qu'un incendie ne se propage dans la maison. D'un côté, madame accuse l'aide familiale de ne pas l'avoir prévenue, de l'autre l'aide familiale se défend. La famille justifie l'enfermement par le fait que madame l'a demandé après avoir été cambriolée à plusieurs reprises. Elle est très angoissée par une éventuelle nouvelle intrusion (d'où le refus de la boîte à clés peu fiable selon eux). Madame ne sort jamais d'elle-même seule. Au sein de la famille, un fils est chef de police. L'enfermement a été maintenu, l'aide familiale en question ne se rend plus au domicile, les autres sont sur la défensive craignant pour leur place.
- Une dame avec un diagnostic de démence fronto-temporale et décrite par l'équipe d'infirmière comme « fugueuse ». *« Elle est très très loin au niveau cognitif mais sait encore très bien marcher et fuguer. Si une porte est ouverte, on ne la retrouve plus. Dans sa maison, tout est cadenassé, les armoires sont fermées à clés et c'est son mari qui a les clés. Même les escaliers sont inaccessibles. L'équipe des aides familiales qui vient à ce domicile n'a jamais remis en question la contention. Quand les aides familiales sont là, monsieur part faire les courses. Elles mettent et retirent les barrières à l'intérieur et ferment tout à clés, personne n'a jamais posé de*

question. C'est monsieur qui a pris la décision de contentionner son épouse et il ferme même la porte de la petite pièce à clé quand il se rend aux toilettes ».

- Une dame alitée dans son lit avec des barrières et seule quasi toute la journée. Les infirmières passent 3 fois par jour (une heure au total) mais il n'y a pas d'autres intervenants. Un jour, une infirmière, qui venait pour la première fois suite à un remplacement, la découvre avec 40° de degrés dans la pièce suite à un surchauffage du poêle. Madame était transpirante et confuse mais ne pouvait pas agir.

Demandes directement formulées par ces professionnels :

- Autoriser les AF à rabaisser ou relever les barrières quand la décision est justifiée et prise en équipe et que des infirmières viennent au domicile ;
- Uniformiser les pratiques entre les différents SAFA ;
- Questionner la pratique de la contention qui n'est pas toujours nécessaire.

e) Avis de l'AVIQ – Mme Brigitte Bouton (Inspectrice générale Aînés et Famille) et Mr Mont (Directeur - Soins ambulatoire et 1ère ligne)

Mme Bouton et Mr Mont expriment être régulièrement interpellée par les Safa sur ces situations de contention et a déjà pris position à de nombreuses reprises en rappelant fermement les obligations et interdictions inhérentes à la fonction d'aide familiale. Ce cadre qui concerne des aspects administratifs et juridiques est très clair en tant que tel. *« Nous ne voulons pas que des aides familiales ou garde malades se retrouvent dans des situations juridiques où leur responsabilité serait mise en cause. Il s'agit d'un acte infirmier qui demande des compétences pour une bonne utilisation et ainsi éviter les dérives liées à des utilisations erronées (ex. étranglement) ».* Le message est clair : **« Si une famille exige que vous enfermiez ou qu'il y ait une contention sans aucune surveillance. Alors, il faut refuser la prestation ! C'est l'avis de l'AVIQ ! Les seules balises sont celles de la législation et des missions des aides familiales ».**

La notion de responsabilité revient fréquemment également vers l'AVIQ. Une responsabilité face à la situation concrète du bénéficiaire *« je suis responsable de son bien-être, responsable de mobiliser toutes mes ressources pour éviter un danger, une chute, une « fugue » et donc je dois faire le maximum pour que cela n'arrive pas ».* Viennent ensuite les questions suivantes : *« suis-je responsable si je n'ai pas mis la barrière et qu'il tombe de son lit ? », « suis-je responsable si j'ai fermé la maison et qu'il y a le feu et qu'il ne peut pas sortir ? ».* Pour l'AVIQ, il est important de bien comprendre que les travailleurs ne sont pas seuls même s'ils le sont à domicile. Leurs réflexions et décisions sont partagées par leur équipe, leur assistant social de référence, les autres professionnels du domicile, le médecin traitant ; etc.

Par contre, le volet éthique est quant à lui un champ nettement plus ouvert et l'AVIQ comprend que les équipes se sentent mises à mal dans certaines situations limites. Néanmoins, la perspective de dérogation n'est pas à l'ordre du jour. L'AVIQ questionne alors la place de la personne concernée à domicile. Les situations de contention sont souvent des situations très lourdes au niveau prise en charge, avec l'impossibilité totale pour la personne de rester à la maison s'il n'y a pas d'investissement des familles ou des professionnels. L'AVIQ recommande de questionner en amont les limites du maintien à domicile, d'anticiper davantage (au niveau des personnes et des proches) le fait de vieillir et de travailler en préparation (pour les services) du changement de lieu de vie. *« Rester chez soi effectivement, mais à quel prix ? ».* Il s'agit d'un travail sociétal plus large sur l'image du vieillissement

et des maisons de repos, sur la culpabilité des familles, sur le travail de collaboration entre des secteurs trop éloignés (maisons de repos et domicile),

L'AVIQ encourage tous les Safa à leur transmettre les situations de contention (même si les pratiques sortent du cadre légal) et ne pas avoir peur des services d'inspection pour permettre une meilleure compréhension des situations limites et mettre en place de bonnes pratiques de prévention et d'action pour les éviter. L'AVIQ ne va pas instruire elle-même contre ces situations, qui plus est en l'absence de plainte à cet égard. Et de toute façon l'instruction devrait se faire à un autre niveau.

Demandes directement formulées par les représentants de l'AVIQ :

- Documenter des situations concrètes (études de cas) pour comprendre les besoins réels sur le terrain et faire le lien ensuite avec des professionnels qui pourront proposer d'autres formes de réponse (technologiques ou informatiques par exemple) ;
- Définir un équipement standardisé de base qui pourrait garantir dans une certaine mesure que la personne puisse bien vivre à son domicile quand elle vit une dépendance importante ;
- Construire un support qui aide les travailleurs de terrain à comprendre qu'ils ne sont pas seuls dans ces situations

7. Synthèses et enjeux éthiques

A la lecture de ces retours de terrain, on peut affirmer que le flou règne autour de la contention auprès des professionnels : ils ne savent pas exactement ce que le terme recouvre et certaines situations ne sont pas identifiées comme telles. Est-ce pour la sécurité du bénéficiaire ? L'a-t-il demandée ? Son incapacité à se mouvoir découle-t-elle de sa santé ou du moyen de contention utilisé ? Quelles sont mes responsabilités ? Ces différentes zones de flou ont été constatées à tous les degrés des entretiens et focus-groupes, dans des proportions variables.

Les situations de contention les plus fréquentes à domicile selon les personnes interviewées concernent les barrières de lit et les fermetures de portes à clé. Pour sécuriser une personne dans son fauteuil, des moyens détournés sont parfois utilisés (drap, foulard, ceinture) faute de moyens appropriés. La contention est utilisée essentiellement dans une visée d'assurer la sécurité des bénéficiaires : éviter les chutes ou le fait de quitter la maison et de se perdre. Elle sert aussi à rassurer les professionnels sociaux ou de santé et les familles.

Peu de cas sont rapportés, mais nous savons que cette réalité est sous-estimée. Cependant, le vécu des professionnels et de leur cadre direct est lourd et difficile. Ces situations prennent du temps et génèrent des tensions, des discordes et une charge émotionnelle importante.

Croiser nos entretiens avec le cadre juridique et les rôles des SAFA met en lumière une série de questions, de tensions et d'enjeux que nous allons traiter ici.

La prise de décision : une interdiction qui pose plus de questions qu'elle n'en résout.

Nous avons vu au travers des entretiens que les professionnels rencontrés ne savent pas toujours très bien ce qui est permis ou pas, quelles sont les règles, qui doit ou peut décider ou poser la contention. Ce cadre décisionnel suscite des interprétations : pour certains la contention est purement un acte interdit pour les SAFA tandis que pour d'autres, certaines conditions peuvent la légitimer. Le flou règne.

Exception faite de l'AVIQ et de certains juristes interrogés, assertifs sur la règle, très simple selon eux. Le cadre juridique répertorie la contention et l'isolement comme des actes infirmiers. Ce cadre exclut les aides familiales des décisions de contention et même de la participation à la réflexion.

Par rapport au cadre décisionnel, la réalité n'est pas si tranchée et derrière cette simplicité toute affirmée, nous savons les questionnements, les tiraillements, les arrangements et au final la solitude ressentie par les intervenants de terrains, aides familiales et gardes à domicile. La preuve en est que cette question de la responsabilité de la décision revient régulièrement auprès des juristes. Chaque niveau hiérarchique se renvoie la balle et les travailleurs sociaux reprochent aux directions de prendre une position jugée facile.

Un silence lourd de conséquences

Sur le terrain, on évite d'en parler ou alors à moitié. Il s'agit d'un secret de polichinelle que personne n'évoque de peur que les pendules soient remises à l'heure. C'est pourtant un sujet sensible qui lorsqu'il revient dans les réunions d'équipe suscite des sentiments de mal-être et des tensions. Chacun se demandant s'il faut en parler ou pas, si on a l'envie d'éclairer ce qui se fait réellement, de risquer de se voir interdire la pratique et mettre alors en difficulté la famille ... résultat, nombreux sont les professionnels de terrains qui prennent sur eux, pratiquant discrètement et ne partagent pas leur malaise. Pourquoi ce silence ? Par peur des remontrances, du rappel des règles, d'être pointé comme responsable en cas d'accident mais aussi par certitude qu'il n'y aurait aucune option proposée et que donc cela ne vaut pas la peine de s'exposer à des ennuis. Même le présent travail a rendu méfiantes les cadres ou le personnel de terrain qui en craignaient les conséquences (en termes de retour de bâton de la part de l'inspection de l'AVIQ ou de retrait de tâches pour les AF).

Des dilemmes à tous les étages en cas de refus d'appliquer la contention

Le domicile voit circuler en son sein une série de professionnels différents autour du bénéficiaire et de ses proches. À chaque intersection entre ces acteurs, la contention pose un dilemme.

- De concurrence : d'autres SAFA acceptent que les AF posent la contention, il y a donc un risque de « perdre le bénéficiaire » ;
- D'attachement et de loyauté : les AF étant aux prises avec le souhait de répondre aux demandes du bénéficiaire ou de sa famille et craignent de ne plus pouvoir se rendre chez des personnes qu'elles accompagnent parfois depuis très longtemps ;
- Des conflits avec les autres professionnels qui mettent en doute la responsabilité des AF, leur manque d'action face au danger encouru par le bénéficiaire ;
- Du chantage de la part des proches, qui menacent de l'entrée en institution comme une solution ultime que le bénéficiaire ne souhaite pas ou le changement de SAFA si les AF n'obtempèrent pas.

Et le fait que les travailleurs soient convaincus qu'il manque d'options et d'alternatives entraîne une anticipation de débats et de conflits stériles, sans issue réelle.

Quelle option privilégier en tant qu'assistante sociale qui gère une équipe ? Quelle ligne directrice donner à son équipe ?

Des arrangements et des adaptations

Face à ces dilemmes, nombreuses sont les adaptations, ruses et arrangements qui sont mis en place de toutes parts. Ces astuces sont parfois très précaires, et souvent preneuses de temps et d'énergie qui ne sont pas mis à profit directement vers le bénéficiaire dans un contexte qui le nécessite fortement.

Dire « ce n'est pas moi qui l'ai fait », adapter les horaires des prestations, éviter d'être présent au moment où il faudrait monter les barrières, aider l'aidant à mettre lui-même les barrières alors qu'il est également fragilisé ... quel est le sens de telles attitudes ?

Une décision qui manque de collégialité

Même si le cadre légal place les décisions de la contention et d'isolement sous la responsabilité de l'infirmière seule, il nous semble que des décisions concernant des situations éthiques doivent se prendre de manière collégiale. Pourtant dans nos entretiens, quasiment aucun cas de réflexion collégiale incluant les SAFA n'a été rapporté. Ce sont plutôt des décisions imposées par ailleurs, parfois prises rapidement, comme solution à un problème urgent, parfois assorties de menaces.

La collégialité permet de partager les points de vue, les visions professionnelles qui diffèrent entre les professionnels du soin et ceux du social. C'est de cette confrontation et de ce partage qu'une décision plus nuancée et éclairée peut voir le jour.

Ce partage permet aussi d'alléger le poids de la responsabilité de la décision et de ses conséquences éventuelles, dans un sens ou dans l'autre.

Une décision dont le bénéficiaire est trop souvent absent

Isolement et contention sont connus pour cristalliser des positions de pouvoir, de dominance. Le cadre législatif l'a rappelé, cet acte de soin est soumis à l'accord du bénéficiaire. Nous avons vu dans nos entretiens que cela n'arrive quasiment jamais. Même s'il arrive parfois qu'il exprime un accord avec la contention en lien avec un sentiment de sécurité face aux risques de chutes. Pour rappel, ces propos nous sont rapportés par des professionnels et non par les bénéficiaires eux-mêmes.

Des valeurs en tension

Les retours du terrain mettent clairement en évidence les tensions entre les notions de liberté, de prise de risque, de qualité de vie et de sécurité ou encore de responsabilité. Ceci amène fréquemment des décisions privilégiant une illusion sécuritaire et donc de non responsabilité au détriment d'une posture plus risquée de soutien au choix, à la vie et à ses risques potentiels.

Des compétences professionnelles niées

Face aux médecins, aux infirmières ou aux proches, les aides familiales et gardes à domicile se sentent bien peu de choses. Leurs compétences et avis sont peu valorisés ou pris en compte. Elles expriment d'ailleurs un sentiment d'injustice et de manque de reconnaissance de la part des autres professionnels. Les connaissances qu'elles récoltent sur les bénéficiaires qu'elles accompagnent fréquemment pèsent finalement peu dans la balance quand la sécurité est brandie par les proches ou le médecin.

Face à l'ensemble de ces propos recueillis et aux points clés identifiés ci-dessus, nous avons recueilli les besoins suivants pour les professionnels des SAFA impliqués dans une situation de contention :

- séparer les réflexions (éthiques, déontologiques, pratiques) de la décision d'application de la contention ;
- disposer d'un guide pour réfléchir, se poser en équipe, exprimer le vécu dans la situation et brainstormer ensemble sur des solutions ;
- disposer de moments d'ouverture à la discussion, sur la contention, en équipe mais aussi avec les autres intervenants du domicile ;

- être formé à la thématique de la contention, mieux comprendre de quoi il s'agit, ses conséquences, les valeurs en tension ;
- voir évoluer le cadre légal afin de clarifier les pratiques.

Le chapitre suivant présente le guide d'aide à la réflexion co-construit et testé avec une équipe de 15 aides familiales de l'ADMR de Verviers au cours de 3 réunions de travail de 2h. Ces réunions ont été constituées de moments de formation (sur la contention, la législation, les conséquences, les alternatives, etc.) et de moments de construction et de tests de différentes versions de l'outil sur des situations actuellement vécues par l'équipe.

Chapitre II. Un outil d'aide à la réflexion en matière de contention à domicile

Cet outil d'aide à la réflexion en matière de contention est destiné aux professionnels des SAFA (travailleurs sociaux, aides familiales et gardes à domicile) qui sont impliqués et concernés par des situations de contention auprès de leurs bénéficiaires mais qui n'ont pas la possibilité de décider eux-mêmes de poser ou pas une contention. Cette décision appartient à d'autres intervenants : infirmières et médecins. Par contre, les travailleurs des SAFA ont la possibilité de soutenir la décision et son application ou au contraire, de la remettre en question par le biais de ce qu'ils observent directement auprès du bénéficiaire.

Il s'agit donc, pour les professionnels, d'amener toutes les connaissances dont ils disposent au sujet du bénéficiaire concerné, de partager son vécu, ses souhaits, sa réalité ; de proposer des arguments, d'identifier des alternatives pour au final nourrir la réflexion et les discussions. Les professionnels sont également des témoins privilégiés de l'impact que peut avoir la contention sur le bénéficiaire à court terme et dans la durée.

Les situations de contention, comme nous l'avons décrit dans la partie « retours du terrain », sont des situations dévoreuses de temps et d'énergie, tant pour le groupe que pour chaque travailleur en individuel. Nous proposons donc, par le biais de cet outil d'aide à la réflexion, de rassembler ce temps et ces énergies dispersés pour les mobiliser autour d'un but commun via une méthode structurée qui aide à avancer. Prendre le temps de la discussion en équipe pour gagner du temps et de la qualité de travail lorsque le professionnel sera seul au domicile du bénéficiaire ou face aux autres intervenants.

Quelques préambules

- Plus la direction du service et les travailleurs sociaux qui gèrent les équipes seront soutenant face au thème de la contention et à l'usage de l'outil, plus il sera aisé et rapide de l'utiliser et de devancer des situations problématiques.
- Il est nécessaire de prévoir des moments dédiés à cette réflexion, les définir dans l'horaire, les mettre à l'ordre du jour et de faire en sorte que les professionnels impliqués soient disponibles et présents puisqu'ils seront directement concernés par la suite à donner aux décisions prises. Un lieu qui s'y prête, sans interruption, avec téléphones sur silencieux, un tableau permettant de noter les idées qui fusent, un temps imparti respecté et des biscuits et du café ... tels sont les ingrédients qui donneront à cette discussion un cadre favorable aux échanges !
- Les professionnels présents sont ceux qui sont impliqués auprès du bénéficiaire concerné par la contention mais également les membres de l'équipe non impliqués. Ces derniers pourront amener des questions et des suggestions avec plus de recul, évitant ainsi l'aveuglement potentiel des actes routiniers. Le travailleur social anime la discussion en s'assurant que les étapes sont respectées et toutes investiguées et prend note des points clés des échanges ainsi que des décisions prises.
- L'usage de l'outil se fait avec une attitude globale d'empathie et d'ouverture. Il s'agit donc de sortir de ses propres besoins, croyances et certitudes pour aller à la rencontre de l'autre (le bénéficiaire et ses proches) et de ses propres besoins, de ses particularités dans son propre environnement. De plus, il s'agit pour chacun de se rendre disponible au changement, d'avoir envie de proposer et de tester d'autres manières de faire.

- Nous recommandons d'investiguer une situation à la fois au sein d'une réunion et de se questionner au terme de celle-ci sur les freins et les leviers à une bonne tenue de réunion pour pouvoir s'ajuster par la suite.

La présentation de l'outil et de la manière de l'utiliser est accompagnée d'un exemple fictif (rassemblant des éléments de situations réelles rapportées en entretien) servant d'illustration aux différentes étapes de l'outil. Au terme de cette présentation, une série d'alternatives sont présentées, non pas comme des réponses toutes faites mais plutôt à considérer comme des inspirations pour des pratiques créatives adaptées aux besoins et à la réalité du bénéficiaire et de l'équipe concernés.

L'outil débute par deux rappels législatif et éthique concernant la contention en tant qu'acte de soin à utiliser en dernier recours et en tant qu'acte interdit aux aides familiales et gardes à domicile.

- Toute contention est un acte de soin qui ne peut être utilisé qu'en cas de réel danger pour la personne. En tant qu'acte de soin, il est soumis à l'accord du bénéficiaire. (Articles 8 et 14 de la Loi du 22 août 2002 relative aux Droits du Patient). Toute contention qu'elle soit proche ou éloignée comporte des risques pour la personne et doit être utilisée en dernier recours.
- Seuls les praticiens de l'art infirmier sont autorisés à poser une contention (Arrêté royal du 18 juin 1990 sur la liste des prestations techniques de l'art infirmier et des actes confiés). Il est donc interdit pour les autres travailleurs du domicile de poser une contention ainsi que d'enfermer une personne dans sa maison (Loi du 26 juin 1990 relative à la Protection de la Personne des Malades Mentaux qui régit l'enfermement). CECI N'EST PAS UN OUTIL DECISIONNEL DE POSE DE CONTENTION.
- Objectif de ce document : amener le vécu et les souhaits du bénéficiaire, amener des arguments, aborder la discussion de manière plus nourrie et identifier des alternatives.

Il précise aussi qu'il ne s'agit pas d'un outil de décision de pose de contention.

ETAPE 1 : DESCRIPTION

Sans faire double emploi avec les anamnèses ou dossiers existants, il s'agit de rassembler ici les informations liées à la personne concernée et nécessaires à la compréhension de la problématique de contention. C'est une étape à ne pas « zapper » en se disant que tous connaissent la situation depuis longtemps car elle peut permettre de remettre à jour des informations erronées ou de mettre au courant de nouveaux membres de l'équipes.

Il est important de décrire sans étiquette (« c'est de toute façon un fugueur »), sans jugement (« il le fait exprès de glisser de son fauteuil »), sans généralisation (« c'est toujours comme ça ») et sans interprétation abusive (« c'est sûrement à cause de son mauvais caractère »).

ETAPE 1 : DESCRIPTION

Mr/Mme :	Né.e le :
Intervention du service depuis	Et pourquoi ?
Informations de santé/ de vie pertinentes actuelles pour la question de la contention :	

En commençant par son nom, prénom, date de naissance et le moment depuis lequel le service intervient à son domicile ; ainsi que la raison principale à l'origine de cette intervention. Il ne s'agit pas

ici de décrire le plan d'aide mais de situer de manière globale l'arrivée du service auprès de ce bénéficiaire.

Illustration : Ghislaine Dupont née le 12/11/1945 ; présence du SAFA depuis mars 2020 ; décès de l'époux et soucis importants de mobilité (courts déplacements possibles avec une tribune et de la présence) ; aide pour le ménage, les courses, la toilette et la préparation des repas. AF/GaD/AM présentes. Santé générale bonne. Infirmière parfois présente pour soins de plaies (début d'escarre au siège, coup sur les tibias, etc.). Difficultés cognitives (oublis des infos, du pourquoi de la présence du service). Présence de la fille aînée plusieurs fois semaine. Audition ok mais vue faible. Ancienne professeure – très autonome, autoritaire avec sa fille très inquiète de voir sa maman s'affaiblir. Refus actuel de MRS.

1. Le danger

1. Le danger	
Quel danger (description) ?	
Danger déjà produit	Danger pas encore produit
Dans quelles circonstances ?	Risque qu'il se produise ? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0 pas de risque - 10 risque majeur)
Avec quelles conséquences ?	Avec quelles conséquences potentielles ?
Quelles causes probables du danger ? internes/externes à la personne	Pour qui ?
Risque qu'il se reproduise ? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0 pas de risque - 10 risque majeur)	Gravité des conséquences ? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0 conséquences nulles - 10 conséquences létales)
Face à ce danger :	
-Avis de la personne :	
-Avis des proches :	
-Avis de l'équipe :	

La contention est une exception au principe de la liberté et ne peut être envisagée que dans le cadre particulier d'un danger réel pour la personne concernée ou pour autrui.

L'équipe est donc amenée ici à réfléchir au type de danger qui amènerait ou a amené à la pose d'une contention, que ce danger se soit déjà produit ou pas et se poser les questions suivantes : « Quel est le danger potentiel en absence de contention ? A quel type de danger souhaitons-nous répondre, ou avons-nous souhaité répondre, par la contention ? Une contention, pour éviter quoi ? ». Il s'agit de projections subjectives puisqu'on demande à chaque professionnel de s'imaginer ce qui pourrait se produire, mais c'est la multiplication des subjectivités qui rendra l'avis du service plus réaliste.

Face à ce danger, l'équipe se prononce sur le fait qu'il se soit déjà produit ou pas :

- Déjà produit ? Oui : dans ce cas, décrire :

- Les circonstances, car il est possible qu'un facteur tout à fait particulier soit à l'origine de la survenue de ce danger et que ce facteur ne soit plus du tout d'actualité aujourd'hui ;
 - Les conséquences pour se rendre compte si le danger imaginé comme terrible a réellement eu les conséquences attendues ou pas ;
 - Les causes (liées aux circonstances) pour identifier ce sur quoi il serait possible d'agir par la suite, le plus largement et exhaustivement possible, en laissant les esprits de chacun réfléchir à toutes les pistes même les plus saugrenues et en faisant ensuite le tri dans ce qui est plausible ou pas ;
 - Enfin, sur base de ces différents éléments, le risque que le danger se reproduise est également estimé par l'équipe.
- Pas encore produit ? Dans ce cas, décrire le risque que ce danger se produise (estimation de l'équipe) avec quelles conséquences envisagées et pour qui. Il se pourrait effectivement que le danger amène des conséquences directes pour la personne (conséquences directes d'une chute) mais aussi pour ses proches (angoisse de savoir son proche perdu dans la nature). La gravité des conséquences est également estimée sur base de la réalité de vie de ce bénéficiaire. Par exemple, une chute sur une personne plus jeune, sportive et en bonne santé mentale et physique n'a pas les mêmes conséquences que sur une personnes âgées fragilisée par ailleurs par d'autres problèmes de santé et potentiellement seule à son domicile.

Au terme de cette partie sur le danger, il est important de se positionner sur les avis de chacun des acteurs impliqués :

- Qu'en pense le bénéficiaire concerné ? Qu'exprime-t-il sur ce danger ? Le comprend-il ? Est-il prêt à en prendre le risque ?
- Qu'en pense le proche le plus présent ? Comment vit-il ce danger pour son parent ? Quelle est la sphère de liberté pour son proche qu'il se sent prêt à vivre lui-même ?
- Qu'en pense l'équipe ? Comment se positionne-t-elle face à ce danger au sein des prestations qu'elle mène au domicile ? Comment le vit-elle ? Quels sont les émotions ou vécus rapportés ?

L'objectif de ce dernier point est de prendre conscience de la convergence ou de la divergence des avis des uns et des autres avec comme point central l'avis du bénéficiaire qui doit dépasser tous les autres. En effet, un comportement ou un danger vécu comme très problématique par l'épouse du bénéficiaire ou par l'infirmière qui vient tous les matins n'est pas nécessairement vécu comme tel par le bénéficiaire lui-même. Et pas parce qu'il n'a pas les capacités de se rendre compte du danger mais bien parce que ce danger ne lui fait pas peur et qu'il accepte de prendre le risque d'en vivre les conséquences. De la même manière que certains fument ou pas, que d'autres prennent la voiture plutôt que le train ou pratiquent le parapente, que d'autres encore mangent du chocolat tous les jours ... chacun a sa propre vision des dangers et risques qu'il prend !

Illustration :

Danger : déjà produit : chutes quand Mme sort de son lit seule ; plusieurs sans gravité ; une au petit matin et Mme est restée 2h sur le sol, n'a pas appelé avec sa télévigilance ;

Conséquences : aucune séquelle physique hormis bleus et douleurs ; confusion accrue pendant qq heures suite à la chute ;

Cause probable : hauteur du lit + pieds pris dans le drap + état de semi-sommeil + pas d'appuis une fois assise (probable chute en avant).

Dans ce contexte, risque élevé que cela se reproduise (estimé à 8 par l'équipe).

Avis de Mme : dit ne pas se souvenir des chutes antérieures, ne souhaite pas de barrières de lit – avis de fille : très inquiète que sa maman se retrouve toute une nuit sur le sol, veut ajouter des caméras, inquiète des risques d'une fracture – avis de l'équipe : peu encline à retrouver encore une fois Mme sur le sol en arrivant au matin.

2. La contention

L'équipe se penche ensuite sur la contention, qu'elle soit déjà en fonction ou qu'elle ne soit qu'envisagée. Il s'agit d'en décrire les modalités pratiques et le prescripteur (celui qui a pris la décision) en s'arrêtant sur : qui pose, enlève et remet la contention et dans quelles circonstances. Il s'agit aussi, ici de se demander si la contention pose problème, et le cas échéant à qui.

Cette partie a également pour objectif de faire prendre conscience de tous les contours de la contention. Parfois présente depuis longtemps, elle passe au second plan dans les pratiques et les professionnels présents aujourd'hui ne sont plus du tout au courant des origines de sa pose et de sa durée. Les routines ont pris le pli et la contention est parfois presque oubliée alors que toujours bien présente et toujours potentiellement délétère pour le bénéficiaire.

2. Si contention présente (ou envisagée)			
Type	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Physique	
	<input type="checkbox"/> Proche (barrières de lit, tablette, ceinture)	<input type="checkbox"/> Eloignée (enfermement)	
Décidée par :			
Depuis quand :			
Accord de la personne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Apte à décider	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Si non : représentant (nom) : _____ Accord ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Temps avec contention sur 24h :	Temps SEUL avec contention sur 24h :		
Qui pose, enlève et remet la contention et dans quelles circonstances ?			
Vécu de la contention par la personne			
Physique		Psychique	
Effets secondaires :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Lesquels :	

Vécu de la contention par les proches :
Vécu de la contention par le service :
Vécu de la contention par d'autres professionnels intervenants au domicile :

L'équipe est donc invitée à s'intéresser :

- Au type de contention dont il s'agit, de qui l'a décidée et depuis quand
- A l'accord du bénéficiaire sur cette contention et par conséquent, de sa capacité à décider (avec un représentant ou non)
- Au temps de pose de la contention et au temps passé seul (sans personne pour veiller sur lui) avec la contention

- Aux modalités de pose et d'enlèvement réelles de la contention. Qui descend et lève les barrières au moment de la toilette, des repas, de passage du lit au fauteuil, ou lorsque le bénéficiaire a besoin de se rendre aux toilettes ? Quelles sont les circonstances exactes de l'usage de cette contention ? Est-ce que la manière dont la contention est gérée convient à l'équipe ? Est-ce que cela s'effectue de manière suffisamment sécurisante ?
- Au vécu de la personne à ce sujet : quelles sont les conséquences de la contention au niveau psychique, physique ou autre ?
- Au vécu des proches à ce sujet : que disent ou montrent les proches à ce sujet ? sont-ils effectivement rassurés ? compréhensifs avec les professionnels ?
- Au vécu du service plus globalement : comment le service vit-il cette contention ? se sent-il à l'aise avec celle-ci ? si les professionnels pouvaient décider par eux-mêmes, que feraient-ils ? se sentent-ils en faute, coupables ? ont-ils peur des conséquences ?
- Au vécu d'autres professionnels : qu'en pensent le médecin, les infirmières ou kiné qui viennent régulièrement ? sont-ils favorables ou pas à cette contention et pourquoi ?

Illustration :

Contention physique – barrières de lit pleines – décidée par l'infirmière (qui vient dans la matinée pour les soins aux plaies du siège) avec le médecin - sont soutenus par la belle-fille de Mme – depuis la première chute il y a 12 mois

Accord de la personne : quand demande directe parfois oui/parfois non ; mais toujours un refus quand elle souhaite sortir de son lit « pourquoi j'ai ce truc-là, qu'on me l'enlève tout de suite, on n'est pas dans un zoo ici ! » - pas de représentant légal – capable d'exprimer son avis sur le moment même

Temps avec contention : exclusivement la nuit – de 18h30 à 7h30 – seule avec la contention – Mme s'endort quasi directement

Pose de la contention : AF – parfois infis si soins de plaies plus importants – belle-fille quand présente (aléatoire) – en raisonnant Mme, en la distrayant pour éviter qu'elle ne s'en rende compte.

Équipe pas en difficulté pour la pose de la contention – convaincue que c'est comme ça qu'il faut faire – inquiète que Mme passe au-dessus de la barrière – certaines demandent une contention supplémentaire directement au lit (fille aussi)

Vécu pour Mme : physiquement pas de contrainte directe (plutôt conséquence de passer au-dessus de la contention) mais risque d'un pied ou jambe coincés ; psychologiquement : si Mme s'endort directement, pas d'impact – si elle souhaite se lever alors exprime son mécontentement. Effets secondaires : énervement ponctuel ; plusieurs tentatives de sortir seule du lit quand arrivée de l'AF le matin mais aucun élément ne permet de dire qu'elle l'a également tenté la nuit.

Vécu par les proches : insuffisamment rassurée, belle-fille souhaiterait davantage (ceinture de lit + caméra mais Mme refuse catégoriquement)

Vécu par le service : bon vécu – équipe rassurée.

Ces informations rassemblées permettent de dresser le tableau de synthèse des arguments en faveur et en défaveur de la contention dans la situation en question.

Quels sont les arguments pour la présence d'une contention, les apports de celle-ci ? Qu'est-ce qu'elle amène de positif pour la personne (par ex. être rassurée, mieux dormir, être physiquement détendue, etc.), pour ses proches (par ex. être rassuré, plus enclin à laisser les professionnels seuls avec le proche, etc.) et pour les professionnels (par ex. plus efficaces dans leurs autres tâches car moins tendus avec le risque de chute, etc.).

Quels sont les arguments contre cette contention, les effets secondaires de celle-ci ? Tant pour la personne (mal être physique, psychique, conséquences à plus long terme, etc.) que pour ses proches (choqués, de plus en plus absents, etc.) ou pour les professionnels (mal à l'aise, cachant leurs pratiques, etc.).

Illustration :

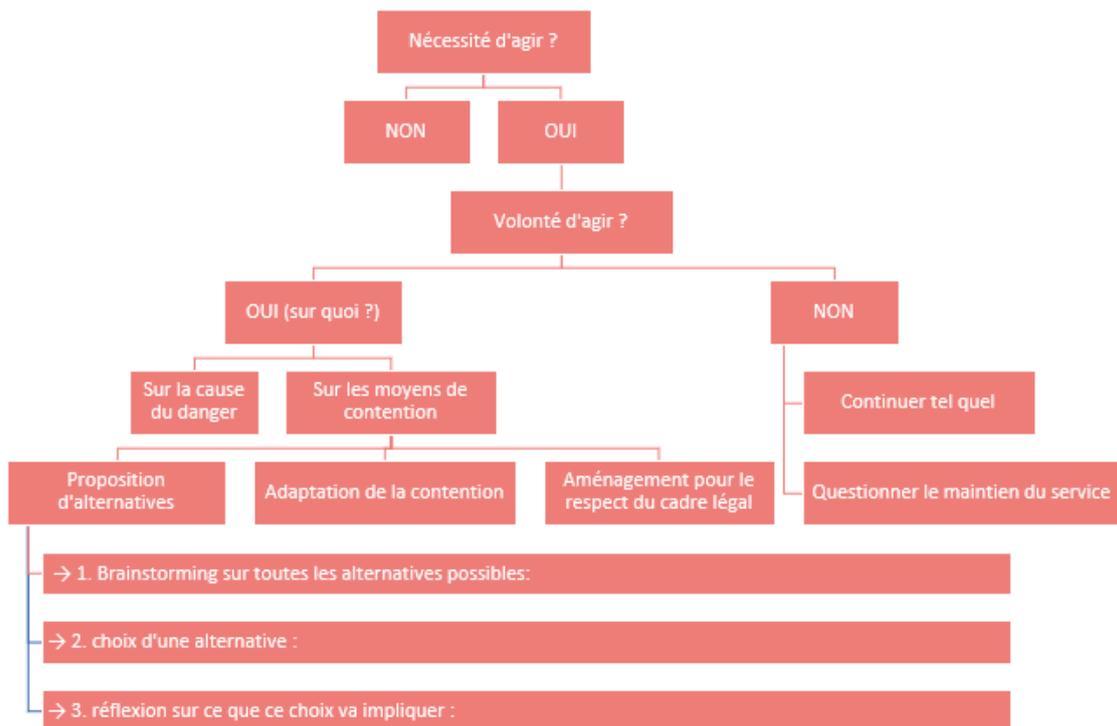
Synthèse de la situation de contention	
Arguments pour (effets positifs de la contention)	Arguments contre (effets négatifs de la contention)
Empêche madame de sortir de son lit et donc diminue le risque de chute Sécurise l'équipe Sécurise la fille	Mme est contre – se sent enfermée – ne comprend pas Mme décide parfois de sortir seule malgré les barrières et tente de passer par-dessus Risques de chutes plus importants - membres coincés

ETAPE 2 : ACTION

L'étape 2 de l'outil débute à nouveau par un rappel qui insiste sur l'accord de la personne impliquée ou de ses proches dans une optique de dialogue avec tous, autres intervenants y compris.

Il s'agit ensuite de revenir sur le tableau de synthèse qui clôture l'étape 1 pour se positionner en tant que service. Pour rappel, il ne s'agit pas ici de décider de la pose ou de la suppression de la contention, mais d'envisager ce que le service souhaite faire et est en mesure de faire au vu du contexte d'une part et de son cadre légal d'intervention d'autre part.

Un arbre décisionnel a pour objectif d'aider à prendre une décision en présentant un ensemble de choix possibles sous la forme graphique de branches d'un arbre. A chaque étape, une question se pose et en fonction de la réponse, la personne voyage d'un côté ou de l'autre de l'arbre pour arriver progressivement à une extrémité qui éclaire sa décision.



Questions et étapes :

- Nécessité d'agir ?

- Au vu de la situation, faut-il agir ou laisser les choses en l'état ? Dans le cas où le tableau synthétique des plus et des moins est équilibré, que la personne est d'accord et que les actes posés ne sont pas contraires aux règles de la fonction des professionnels qui le vivent bien ... pas de souci, vous en restez là. Ce qui n'empêche pas de garder un œil attentif à la situation au fil du temps pour la réévaluer régulièrement. Dans le cas contraire, s'il vous semble pour toute une série de raisons qu'il est nécessaire d'agir ... alors vous passez à la question suivante.

- Volonté d'agir ?

- Non, vous ne souhaitez pas agir pour changer la situation. Pour quelles raisons une équipe pourrait ne pas souhaiter agir ? Par exemple parce qu'elle a déjà essayé de nombreuses tentatives qui se sont soldées par des échecs ou qu'elle est à bout de souffle dans la situation.
 - Vous pouvez alors décider d'en rester là et de poursuivre l'accompagnement à domicile. Ce qui n'empêche pas de garder un œil attentif à la situation.
 - La situation peut aussi vous amener à décider de l'arrêt de l'accompagnement de ce bénéficiaire à son domicile.
- Oui, vous souhaitez agir pour changer la situation. Dans ce cas, vous pouvez agir sur la cause ou sur le moyen.
 - Agir sur la cause du danger à l'origine de la contention : votre travail ici consiste à essayer de supprimer ou diminuer l'ampleur de la cause du danger. Vous retournez

ici à la première étape de l'outil, dans la description du danger : « quelles sont les causes probables du danger ? ».

- Agir sur le moyen de la contention
 - Proposer des alternatives à la contention afin de l'éviter. Rappelons qu'il ne s'agit pas forcément de solution sans risque. Nous vous invitons à imaginer toutes les alternatives potentielles, en brain-storming d'équipe envisager même celles qui semblent plus loufoques, sans penser aux freins (« il ne vaudra pas » ou « ce n'est pas possible »). Ce n'est que dans un second temps que vous choisirez la ou les options les plus adaptées au bénéficiaire, les plus faisables et les plus éthiques pour les concrétiser. Une fois les options choisies, il vous faudra alors réfléchir aux implications de ce choix, à ce que cela va demander concrètement de mettre en place.
 - Adapter la contention en gardant en tête que la contention est la dernière alternative de soin et que le principe est de tenter d'abord des alternatives. Vous pouvez proposer, pour le confort du bénéficiaire ou pour d'autres raisons, de l'adapter en durée, en modalité, en horaire (en fonction de la présence de quelqu'un à ses côtés), de l'adapter à la morphologie de la personne ou de changer de moyen, etc.
- Il se peut que le problème ne soit pas lié à la contention elle-même mais au fait que l'organisation actuelle ne permette pas sa pose ou son retrait dans le respect des normes légales. Peut-être allez-vous proposer une réorganisation des aides pour cet objectif.

Illustration :

Il y a nécessité d'agir dans cette situation et volonté d'agir par le service qui ne souhaite pas laisser la situation se dégrader sans tenter des alternatives. Le souhait de l'équipe après discussion est également de davantage tenir compte des souhaits de Mme, de sa personnalité très autonome et indépendante.

Le service décide d'agir à la fois sur :

- Le contexte : proposition de se tourner vers un lit ajustable en hauteur pour le baisser un maximum et favoriser la pose des pieds en appui sur le sol quand Mme s'assied (ce qu'elle fait spontanément quand elle sort du fauteuil ou d'une chaise) + tapis adapté – équipé d'un verso anti-glisse - dans la chambre pour amortir une éventuelle chute et éviter le sol froid
- Les moyens : essai d'une demi-barrière de lit permettant de prendre appui au moment de sortir du lit tout en ayant un moyen de retenue si agitation la nuit ou réveil en demi-sommeil.

Qui fait quoi pour quand et comment ?

1. En parler au bénéficiaire :

2.

3.

...

Cette deuxième étape se conclut par une distribution des rôles qui permet de s'assurer que les décisions prises soient effectivement suivies d'effet : en proposant à la personne, à ses proches et aux autres professionnels concernés (et notamment le prescripteur de la contention) :

- des aménagements potentiels en termes d'alternatives,
- des aménagements au niveau de la manière d'utiliser la contention,
- ou des aménagements au niveau du rôle du service dans la gestion de la contention.

Il est important à ce stade de bien définir qui fait quoi comment et dans quels délais. Cela va permettre de se rendre compte de la faisabilité des décisions et de ses implications. Par exemple, il ne s'agit pas de décider que telle aide familiale est responsable de l'installation du lit à ras du sol pour éviter les chutes trop importantes alors que celle-ci est en congé pendant les 15 jours qui suivent la réunion.

Par ailleurs, agir en cohérence et en constance seront également gages d'une meilleure atteinte des objectifs :

- cohérence : les décisions et les actions vont dans le même sens et sont conformes à ce qui a été décidé. Plus les décisions seront claires, plus elles seront aisées à concrétiser et plus les professionnels pourront les mettre en œuvre. Faire reformuler les décisions prises permet de s'assurer que tout le monde a bien compris et est prêt à agir dans le même sens.
- constance : même si tous les professionnels de l'équipe ont leur propre personnalité et sensibilité (ce qui est d'ailleurs une richesse pour les bénéficiaires), il importe que leurs manières d'agir soient le plus similaire possible au regard des décisions prises. Cela permettra de s'assurer de l'adéquation de la solution face au problème soulevé et de faire un lien clair entre le problème et sa solution.

Ne pas oublier ici de prévenir les éventuels absents des décisions prises et de leur rôle dans celles-ci !

Illustration :

- AS contacte la fille de Mme qui gère ses finances et qui est à l'origine de la demande d'une augmentation de la contention pour lui présenter les options ;
- AF de référence, qui connaît le mieux Mme lui présente les réflexions et les options proposées.
- Retour des contacts fin de la semaine. Si ok, alors AS prévient infi et médecin + GàD et AM. Sinon, retours en réunions pour envisager d'autres alternatives (lit au sol sans barrière ; alarme chute ; etc.).

ETAPE 3 : RE-EVALUATION – SUIVI

Pour rappel, l'usage d'une contention doit être le moins long (le moins proche aussi) possible. Il conviendra de suivre la concrétisation des décisions prises et d'en évaluer la pertinence, au besoin de les faire évoluer. Tous les professionnels de l'équipe présents au domicile de la personne sont attentifs au vécu et aux conséquences du changement.

Lors de cette étape, il est important de définir un délai à la fois suffisamment long pour que les décisions et nouvelles mesures aient le temps de démontrer leur impact mais à la fois suffisamment court pour éviter que les routines ne prennent trop rapidement le dessus. L'évaluation a en effet pour objectif de renforcer les décisions prises parce qu'elles se sont montrées efficaces ou à l'inverse de les transformer

à nouveau au vu de leur impact insuffisant ou négatif. A ce stade, il s'agira alors de reprendre la fiche contention du bénéficiaire concerné pour repartir dans l'arbre décisionnel et choisir d'autres options.

ETAPE 3 : RE-EVALUATION

Date :

Observations :

Décision :

Illustration :

Le mois suivant, le sujet est ramené à la réunion d'équipe.

L'AF rapporte le vécu de madame qui semble accepter le changement. Aucun évènement n'a été relevé. Madame n'a jamais été retrouvée au sol le matin. Les AF l'aident quotidiennement à s'installer dans son lit et à le quitter le matin et elle se débrouille bien.

La fille n'imaginait pas que des lits descendant aussi bas pouvaient exister ! Elle reste néanmoins sur le qui-vive et prête à demander la remise d'une contention en cas de problème.

Décision : maintien et contacts rapprochés avec la fille pour la rassurer sur les capacités de sa maman.

Chapitre III. Pistes alternatives à la contention

Vous trouverez ici des pistes d'alternatives à la contention.

Elles peuvent s'envisager en amont, comme facteur permettant de réduire le risque, ou même parfois de le supprimer ; ou bien en aval, une fois que le risque s'est manifesté, que le danger est bien présent, comme alternative au fait d'attacher ou d'enfermer.

Elles pourront vous paraître issues du « bon sens », et il est vrai que certaines peuvent paraître naturelles. Cependant, nous constatons aussi que la charge de travail ou la pression que nous pouvons parfois ressentir au quotidien peuvent nous éloigner du bon sens. Aucune n'est transposable à toutes les situations et vous n'y trouverez pas de solution miracle, peut-être même qu'aucune ne sera adaptée à votre situation particulière. Mais les situations évoluent. N'hésitez donc pas à questionner les situations et à repasser les alternatives en revue un peu plus tard. Et surtout, nous vous conseillons de les passer en revue avec le bénéficiaire et éventuellement les autres acteurs de la situation en question, afin de voir si elles répondent bien aux besoins, attentes et ressources présentes.

Elles sont présentées ici en lien avec le danger auquel elles peuvent potentiellement répondre.

1. Sécurité – en lien avec un risque de chute : éviter la chute ou atténuer son impact

1.1 En amont – éviter la chute ou la rechute

Le principe : analyser les causes des chutes et limiter les sources de chutes avérées

Chez la personne

- Exclure d'autres facteurs : Interroger le médecin, lui signaler les chutes répétées pour qu'il puisse s'assurer qu'aucun élément médical n'entre en ligne de compte (trouble de la tension, de la glycémie, interactions médicamenteuses, troubles du sommeil, de l'alimentation, etc.)
- Veiller à la bonne qualité et utilisation des prothèses de type lunettes, appareil auditif
- Soutenir une bonne alimentation et une bonne hydratation, veiller à limiter la consommation d'alcool ou à la bonne prise des médicaments
- Soutenir la mobilité, la force, la marche et l'équilibre via l'intervention d'un kinésithérapeute
- Etre attentif à la douleur et à ses causes probables dans un cadre de difficulté d'expression
- proposer des sorties pour stimuler la mobilité sur base des conseils du kiné

Dans son environnement : cela dépendra de l'endroit de la chute.

- **Chuter dans la maison**
 - o Identifier avec la personne les zones à risques de chute pour apprendre à les éviter
 - o Evaluer l'environnement en faisant intervenir un ergothérapeute pour des conseils (plateforme soins chez soi).
 - o Fournir des aides techniques (barres d'appui, monte-escalier, etc.) et encourager la personne à les utiliser.
 - o Proposer des soutiens aux déplacements : canne, tribune, etc.

- Veiller aux trajets faciles avec des points d'appui identifiés par la personne.
- Proposer un fauteuil adapté.
- Veiller à l'éclairage adapté et suffisant, éventuellement des lampes qui s'allument quand il y a un mouvement.
- Enlever les roulettes des meubles.
- Être attentif à la manière dont la personne est chaussée – chaussures anti-dérapantes adaptées à la pointure et à la largeur des pieds.
- **Chuter de son lit**
 - Proposer des demis-barrières de lit.
 - Installer des coussins de positionnement.
 - Une barrière de lit électrique commandée par la personne.
 - Disposer à portée de main ce dont la personne pourrait avoir besoin.
 - Expliquer l'utilisation du bouton de télévigilance.
 - Chercher à comprendre le sens des levers la nuit et répondre si possible aux besoins (faim, manque d'activités physiques en journée, longues siestes en journée...).
- **Chuter du fauteuil**
 - Proposer des moments hors du fauteuil.
 - Bloquer les roulettes.
 - Installer la personne confortablement dans le fauteuil.
 - Positionner le fauteuil de manière à ce que le passage à la position debout soit faisable sans danger.
 - Adapter les accoudoirs afin que la personne puisse prendre appui dessus.
 - Ne pas mettre d'objets devant le fauteuil.
 - Poser les objets nécessaires et familiers à la personne à un endroit facile à atteindre.

1.2 Atténuer son impact ou limiter les risques de chute sans attacher

- Proposer des matériaux limitants les conséquences des chutes : des coques autour des hanches.
- Identifier avec la personne la manière la plus adéquate pour elle de prévenir quelqu'un en cas de chute.
- Discuter de la présence de caméras de surveillance pour une intervention plus rapide d'un tiers ou proposer la télévigilance ou des systèmes de détecteurs de chutes ; veiller à ce que ces systèmes soient utilisables de l'endroit où se trouve la personne.
- Utiliser un coussin antiglisser.
- Utiliser des coussins de maintien.
- Positionner le lit en position basse.
- Disposer un matelas de gym sur le sol, à côté du lit.
- Utiliser un système de tablette si nécessaire que la personne peut repousser par elle-même quand elle le souhaite.

2. Alternative en cas de confusion – perte dans le quartier

2.1 En amont

Il ne s'agit pas ici d'empêcher la personne de sortir de chez elle, ce qui ne serait pas légal ... mais de lui donner des opportunités de sortir en sécurité, accompagné, ou de sécuriser l'environnement.

- Lui donner aussi envie de rester et d'être bien chez elle : respecter ses habitudes, son rythme, son sommeil, son intimité et son chez-soi, lui apporter contact et réconfort, lui proposer des activités liées à ses centres d'intérêt, l'installer éventuellement près d'une fenêtre ou au jardin
- De manière générale : adopter une communication claire et douce, adaptée aux ressources de la personne ; être à l'écoute de ses propos (même si confus) et observer ses réactions et ses comportements.

Le principe : analyser les causes des sorties : que cherche, que veut, la personne ?

- Instaurer des moments de sortie accompagnée, créer des routines de déplacements, instaurer des repères.
- Tester les capacités de la personne à se retrouver.
- Proposer d'autres activités source de plaisir.
- Présenter le bénéficiaire aux voisins et leur demander une veille bienveillante.
- Différentes formes de communication et d'affichage dans la maison.

2.2 Atténuer l'impact d'une sortie

- Laisser le bénéficiaire sortir et regarder où il se rend, comment il se comporte par rapport à la circulation et au code de la route.
- Lui proposer un système de géolocalisation.
- Une carte d'identité / de présentation dans la poche.
- Informer les voisins et commerçants.
- Tester le danger dans une mesure raisonnable : fermer la porte en laissant la clé à disposition.

Chapitre IV. Recommandations et conclusions

Comment faire évoluer le cadre et les pratiques ?

Au niveau légal, la norme actuelle est décrite par les équipes et même leurs responsables comme étant trop déconnectée du terrain du travail au domicile. Tous appellent au changement. Les professionnels tentent de la respecter mais s'y sentent coincés alors qu'ils souhaitent être au plus près des besoins des bénéficiaires. Ils en font des interprétations créatives, ils s'ajustent et finissent par bricoler ... ce qui les éloigne finalement du professionnalisme qui les habite. Ces appels au changement de norme doivent être entendus même s'ils ne pourront probablement pas être intégrés stricto-sensu. Et avant tout amendement de la législation, il est et sera toujours nécessaire de rappeler que la contention doit rester un acte rare, justifié et limité dans le temps : une mesure de soin d'exception !

Au niveau concret, comment faire pour bien faire en tenant compte des fragilités des personnes accompagnées, et, sans les exagérer, du cadre de travail spécifique au domicile, du vécu et des craintes des proches en attente de garanties et de sécurité ? Comment réfléchir, se concerter, oser parler, remettre en question ou proposer d'autres manières de faire ? A quel niveau agir ? Voici les questions sous-jacentes aux recommandations que nous formulons ci-dessous à l'issue de ce travail de récolte et d'analyse.

Ces recommandations sont organisées en fonction des destinataires auxquels elles s'adressent : les professionnels de terrain (AF et GaD), les travailleurs sociaux, les responsables des SAFA et des fédérations et les décideurs politiques et de l'AVIQ. Elles ont été pensées sur base de l'ensemble des retours du terrain, des pratiques identifiées, du vécu de ces pratiques, des difficultés, des manques mais aussi des leviers existants.

Recommandations vers les aides familiales et gardes à domicile

- Respectez et appliquez la loi. Refusez de poser des actes que vous n'êtes pas autorisé à poser.
- Parlez de la contention et des situations concrètes que vous rencontrez lors de réunions d'équipe. Osez aborder ce sujet avec votre assistante sociale. Ne laissez pas les pratiques occultes ou taboues se dérouler, vous en êtes les premières victimes.
- Ne posez pas d'acte encore plus dangereux que la contention elle-même en tentant de contourner la règle (ex. faire passer le bénéficiaire par-dessus les barrières) ou en utilisant du matériel non-conforme (ex. drap de lit pour attacher au fauteuil).
- Discutez avec le bénéficiaire et ses proches des alternatives à la contention, osez proposer d'autres pratiques.
- Demandez à votre assistante sociale d'organiser des réunions de coordination lors de situations de contention. Elles ont de toute façon toute leur place vu la présence de différents types de professionnels au domicile du bénéficiaire. Vous avez un regard critique important à amener dans ces réunions et vous pouvez aussi vous faire le relais du bénéficiaire et de ses besoins.
- Ayez confiance en votre rôle, vos compétences et les connaissances multiples concernant le bénéficiaire et dont vous êtes dépositaires. Tenez bon face aux autres intervenants qui vous remettent en doute.
- Demandez à avoir des formations sur le sujet de la contention et sur l'usage de l'outil d'aide à la réflexion en matière de contention, des supervisions sur des cas concrets voire même des groupes de parole pour exprimer votre vécu dans les situations de contention.
- Soyez des agents d'anticipation et ramenez vos observations du terrain en réunion d'équipe avant que la situation ne devienne urgente. L'urgence ne laisse que peu de place aux alternatives qui auraient été possibles à déployer avant.

Recommandations vers les assistantes sociales, responsables d'équipes.

- Créez et préservez un lien de confiance avec vos équipes ; une ambiance d'écoute et de non-jugement qui permette la parole et lève les tabous. Ne vous voilez pas la face, des pratiques de contention cachées existent dans toutes les équipes.
- Rédigez clairement avec vos équipes et vos supérieurs une politique de service qui affiche vos valeurs et vos pratiques autour de la contention. Un cadre qui évite l'arbitraire mais qui guide et éclaire les réflexions, qui soutient la cohérence et évite la routine à long terme.
- Transmettez une synthèse de ce cadre, des valeurs, des règles et des pratiques qui en découlent aux autres professionnels qui interviennent au domicile, mais également aux bénéficiaires et à leurs proches. Ceci peut également concerner des thèmes comme la fausse déglutition.
- Prévoyez de revoir systématiquement les situations de contention en réunion d'équipe ainsi que les situations qui sont à risque qu'une contention soit posée (ex. difficultés cognitives qui s'aggravent, mobilité de plus en plus à risques, etc.).
- Rappelez fréquemment le cadre et les règles à tous les acteurs impliqués.
- Osez affirmer dans certains cas que les limites de votre service sont atteintes et qu'il n'est plus possible d'intervenir dans ces conditions. Ne défendez pas à tout prix le « maintien à domicile » mais plutôt la valeur d'une vie confrontée au prix de rester attaché toute la journée.
- Portez à vos responsables les réalités du terrain en exprimant à la fois les pratiques réellement posées (sans dénoncer) mais aussi le vécu qui les accompagne (le stress, la honte, la méconnaissance, etc.).
- Défendez auprès des autres professionnels du domicile les réalités et les intérêts de vos professions (travailleurs sociaux, AF et GaD).
- Formez-vous à la contention, à ses risques et aux alternatives.
- Partagez avec vos collègues travailleurs sociaux les bonnes pratiques que vous avez mises en place avec votre équipe au sujet de la contention.

Recommandations vers les responsables des SAFA et des fédérations

- Ouvrez les yeux, la réalité est parfois surprenante et choquante en termes de contention. Mettez à l'ordre du jour les réalités de la contention, soulignez les aspects de la législation qui mettent le terrain en difficultés.
- Valorisez les professionnels et leurs compétences en mettant en avant les bonnes pratiques, en soutenant la parole et les débats autour de la contention, et en favorisant des moments de partages entre les services ou équipes.
- Soyez porteur de changements ! Soutenez une autre vision du vieillissement et de la fragilité qui s'ancre réellement dans les souhaits, les besoins et l'autonomie du bénéficiaires ainsi que les risques qu'il souhaite ou accepte de prendre. Remettez en question les visions sécuritaires qui s'ancrent dans la peur de la responsabilité. Organisez des moments de débats sur la notion de risques, les tensions entre sécurité et liberté, etc.
- Rédigez clairement à l'attention du terrain le cadre de votre service ou fédération, les valeurs, pratiques et limites en cas de contention. Rendez claires et accessibles les législations en termes de responsabilité.
- Organisez des formations, supervisions, groupes de paroles sur le sujet de la contention.
- Questionnez et requestionnez les décideurs politiques afin qu'ils mettent la contention au domicile dans leurs priorités et qu'ils organisent des moments de travail communs avec vous et le terrain pour réorganiser le cadre.

Recommandations vers les infirmières et médecins

- Formez équipe avec les travailleurs des SAFA, c'est en portant un langage commun vers les décideurs que vous aurez la force de faire changer le cadre.
- Soutenez ces travailleurs sur le terrain. Pris entre les contraintes de leur cadre, les demandes des bénéficiaires et de leurs proches et les interactions avec les autres professionnels, ils se sentent piégés et peu reconnus.
- Soyez porteurs de questionnement sur les pratiques de contention en remettant en cause leur usage, en informant sur les risques, en proposant des alternatives.
- Tenez-vous au courant de la législation, formez-vous à la contention, afin de ne pas attendre des AF et GaD des actes qu'elles ne sont pas autorisées à poser.
- Suscitez des réunions de coordination pour rencontrer les autres professionnels qui se rendent au domicile, afin de faire valoir vos observations, vos arguments, vos attentes et de vous mettre d'accord sur ce qui est praticable sur le terrain. Même si à l'heure actuelle, la décision de contention vous appartient, l'éthique nous incite à la collégialité pour des sujets portant autant de tension.
- Et si la contention est présente, dans le cadre de la législation actuelle, soyez présent sur le terrain pour endosser ces actes qui rentrent dans vos missions.

Recommandations vers l'AVIQ et les décideurs politiques

- Soyez conscient de ce qui se pratique réellement sur le terrain, par des travailleurs soucieux de bien faire, seuls au domicile, souvent déboussolés et qui finissent par taire leurs actes en pensant œuvrer ainsi dans l'intérêt du bénéficiaire qu'ils accompagnent.
- Réalisez ou faites réaliser une plaquette informative ou une vidéo explicative à destination de tous les autres travailleurs du domicile pour définir la contention, son cadre, ses risques, les alternatives, la législation ainsi que l'outil d'aide à la réflexion créé dans le cadre de ce travail.
- Rappelez que la contention doit rester exceptionnelle et être une alternative ultime constamment remise en cause. Ne la banalisez pas.
- Faites en sorte d'harmoniser les pratiques tout en ne tombant pas dans le « c'est oui ou c'est non », en laissant la possibilité de s'adapter à chaque situation
- Laissez davantage de prérogatives aux services moyennant des réflexions au cas par cas et une procédure définie.
- Mettez sur la table une possibilité de délégation de cet acte infirmier qu'est la pose d'une contention, moyennant un cadre de décision et d'évaluation régulier strict. Un cadre responsabilisant et confiant dans les compétences de professionnels formés, valorisant les pratiques de réflexion et de concertations.
- Dissociez éventuellement la responsabilité de la décision de contention (qui devrait idéalement être collégiale) du fait de la placer ou de l'enlever qui pourrait revenir à d'autres acteurs de terrain.
- Changez la législation en vous inspirant des législations mises en place dans le secteur institutionnel (vieillesse et handicap) qui ont fait leurs preuves. Rendez obligatoire une procédure décisionnelle et de suivi (évaluation) impliquant différents professionnels et dans laquelle les SAFA auraient une place.
- Bannissez l'usage de moyens de contention détournés et encore plus à risques.
- Rendez obligatoire et financez la formation sur la contention par des centres de formation compétents en la matière. Soutenez un centre de référence sur la contention à disposition des professionnels, des familles et des bénéficiaires, avec toutes les connaissances actuellement

disponibles mises à disposition, la possibilité de s'y former, d'être supervisé, de chercher ensemble des alternatives.

- Mettez la thématique de la contention au domicile à l'ordre du jour de vos priorités. Organisez un colloque tous publics pour mettre en lumière la réalité de ce phénomène et de ses conséquences. Donnez la parole aux professionnels de terrain.

Conclusion

Même si d'un point de vue strictement juridique, la contention au domicile est un sujet qui semble clairement légiféré et réglementé, et réservé aux professionnels de l'art infirmier, la réalité du terrain s'avère bien plus complexe, secrète et parfois choquante.

La contention fait se rejoindre les pratiques concrètes et des dilemmes éthiques avec la particularité que les professionnels impliqués sont seuls au domicile, face au bénéficiaire et à la contention qui le concerne. Sur le moment même, quand il s'agit de l'aider à s'alimenter, de changer sa tenue, de le laver, de le réconforter même ... personne à qui passer le relais et qui pourra endosser légalement l'acte de poser la barrière ou accrocher la ceinture. Luttés de pouvoir et de territoire isolent encore un peu plus ces aides familiales et gardes à domicile qui tout en cherchant à bien faire, finissent par ne plus agir comme des professionnels : faire plaisir au bénéficiaire, éviter les conflits avec la famille, fuir les remarques de l'infirmière, cacher à l'assistante sociale les gestes que l'on pose ... tout en se demandant quelle sera sa propre responsabilité en cas de conséquences graves. Au final, le bénéficiaire est piégé dans son lit ou son fauteuil, et l'AF ou la GaD est piégée par la situation dont elle ne sait comment s'extirper.

Au fil de ce travail, nous n'avons pas bouleversé la législation. Nous l'avons rappelée telle qu'elle est aujourd'hui tout en étant à l'écoute de ce qui se pratique et de ce qui est vécu concrètement au sein des foyers. Nous en avons questionné les limites d'application, les incompréhensions qu'elle suscite. Nous avons également renforcé les compétences de l'équipe partenaire en la formant à la contention, à sa définition, à ses usages, à ses conséquences et à son cadre légal.

Nous avons ensuite construit ensemble un outil permettant d'objectiver les situations pour se tourner ensuite de manière professionnelle vers les bénéficiaires, leurs proches et les autres intervenants. Il ne s'agit pas d'un outil décisionnel mais bien réflexif pour sortir des dilemmes et des pièges. Cet outil destiné au terrain est mis gracieusement à la disposition de tous. Nous pensons néanmoins qu'il doit s'accompagner d'une formation initiale et de supervisions régulières pour ancrer un autre mode de pensée et de nouvelles pratiques en termes de contention. Il est destiné au terrain.

Au terme de ce travail, nous tenons à souligner le caractère précieux des métiers de l'aide à domicile et en particulier celui des aides familiales et des gardes à domicile. Ce sont des travailleurs de l'intime, qui s'adaptent à chaque bénéficiaire, passant d'une situation à l'autre en quelques minutes, au carrefour entre tous les intervenants qui vont et viennent, seuls en face à face avec la fragilité, la joie et la souffrance aussi. Donnons-leur les moyens de pratiquer humainement et respectueusement en les respectant d'abord eux-mêmes et en leur évitant ces situations inextricables dans lesquelles ils sont piégés !

**L'équilibre entre risque et sécurité des personnes âgées à domicile.
Etude sur les pratiques des services d'aide aux familles.**

Formulaire de consentement éclairé

Le/la soussigné(e),.....

déclare avoir lu la brochure d'information pour la participation et accepte de participer à l'étude.

1. J'ai reçu un exemplaire du consentement éclairé daté et signé, ainsi que la brochure d'information pour le participant. J'ai été informé sur la nature de l'étude, son but et les résultats espérés. J'ai également été informé de ce que l'on attend de moi. Les risques éventuels et bénéfiques m'ont été expliqués et j'ai eu suffisamment de temps pour poser des questions au sujet de l'étude, questions auxquelles j'ai eu une réponse claire. J'ai le droit d'obtenir des renseignements complémentaires si j'en ressens le besoin.
2. Je suis libre de participer à cette étude, ainsi que d'arrêter ma participation à tout moment sans obligation de justifier ma décision.
3. Les données recueillies resteront confidentielles et seront globalisées.
4. J'accepte de participer volontairement à cette étude.

Signature participant

Date

Je soussigné chercheur, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude, avoir remis un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé par les diverses parties, être prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant et n'avoir exercé aucune pression pour que le patient participe à l'étude. Je déclare travailler en accord avec les principes éthiques énoncés notamment dans la "Déclaration d'Helsinki" et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine. Le participant confirme son accord pour participation par sa signature datée personnelle.

Signature investigateur

Date

L'équilibre entre risque et sécurité des personnes âgées à domicile. Etude sur les pratiques des services d'aide aux familles.

Formulaire de consentement éclairé

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer au projet de recherche mentionné ci-avant. Le promoteur de cette recherche est Mme Valentine Charlot (3, Rue Bois des Mazuis à 5070 Vitrival) en collaboration avec Mr César Meuris, Coordinateur recherche au Centre Ressort de la Haute Ecole Robert Schuman (Rue de la Cité 64 à 6800 Libramont-Chevigny). Cette recherche est financée par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de la bourse pour les professionnels de l'aide et des soins de première ligne (Fonds Dr Daniël De Coninck).

Avant que vous n'acceptiez d'y participer, il est important que vous compreniez pourquoi cette recherche a été mise en place et ce qu'elle implique pour vous. Il vous est possible de poser toutes les questions que vous souhaitez si quelque chose ne vous semble pas clair ou si vous souhaitez obtenir de plus amples informations.

But de cette étude

L'objectif de cette recherche consiste à mieux comprendre :

- la manière dont les professionnels des services d'aide aux familles (les assistants sociaux, aides familiales et gardes malades) appréhendent les enjeux liés à la sécurité et à la liberté des personnes âgées qu'ils accompagnent au domicile. Quelles sont les pratiques mises en place pour assurer la sécurité des bénéficiaires tout en leur laissant le droit de décider des risques qu'ils acceptent de prendre ?
- la manière dont les bénéficiaires vivent les enjeux liés à cet accompagnement ? Quel est leur point de vue sur leur sécurité et leur liberté à domicile ?

Par la suite, la recherche a également pour but de développer un processus de réflexion et de prise de décisions mûrement réfléchies et concertées, élaboré en fonction des réalités vécues par les personnes sur le terrain.

Pourquoi ai-je été choisi ?

On vous demande de participer à cette étude compte tenu de votre statut de professionnel membre du service partenaire de l'étude. La personne de référence pour cette recherche au sein de votre service est

Suis-je obligé de participer ?

Votre participation à l'étude est volontaire : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer.

Que se passe-t-il si je participe ?

Diverses questions vous seront posées pour récolter votre avis sur le sujet de la liberté de décider, et des pratiques de sécurité au domicile des personnes âgées que vous accompagnez. Votre avis sera récolté au sein d'un entretien de groupe, avec vos collègues, d'une durée totale approximative de 2 heures. Par la suite, 3 réunions de travail de 3h seront organisées afin de construire et de tester avec vous un outil d'aide à la décision.

Quels sont les inconvénients et les risques associés à ma participation ?

Il n'y a pas de risque lié à ce projet. L'idée est plutôt de passer ensemble un moment de discussion et de récolter votre avis. Si vous ne souhaitez pas parler de certains sujets ou répondre à certaines questions, vous en avez tout à fait le droit.

Quels sont les éventuels avantages associés à ma participation ?

Votre participation ne vous apportera aucun avantage direct. Aucun financement ou dédommagement n'est prévu dans le cadre de cette étude. Par contre, en participant, vous contribuez à la réflexion et à l'amélioration des pratiques des professionnels des services d'aide à domicile à plus long terme. Votre participation vous donne également l'occasion de partager votre avis.

Ma participation à cette étude restera-t-elle confidentielle ?

Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que les chercheurs recueillent des données vous concernant et les utilisent dans un objectif de recherche. Vous avez le droit de demander aux chercheurs quelles sont les données collectées à votre sujet et quelles seront leur utilité dans le cadre de l'étude. Vous disposez d'un droit de regard sur ces données et le droit d'y apporter des rectifications au cas où elles seraient incorrectes¹⁷. Les chercheurs ont un devoir de confidentialité vis à vis des données collectées. Ceci veut dire qu'ils s'engagent à ne jamais divulguer votre nom dans le cadre d'une publication ou d'une conférence. De plus, les informations vous concernant seront exploitées de manière anonyme, c'est-à-dire que vos données seront anonymisées au moment de la phase d'analyse. Dans les différents rapports de recherche, il ne s'agira pas de dire « telle personne a dit ceci ou cela ».

¹⁷ Ces droits vous sont garantis par la loi du 8 décembre 1992 (amendée par la loi du 11 décembre 1998) suivie de la directive 95/46/CE du 24 octobre 2002 qui protège la vie privée et par les droits des patients définis par la loi du 22 août 2002.

Les chercheurs sont responsables de la collecte des données, de leur traitement et de leur protection en conformité avec les impératifs du règlement général sur la protection des données (RGPD – 2016).

Qui mène cette étude ?

Cette étude est menée par Valentine Charlot et César Meuris.

Assurance

Dans l'étude à laquelle nous vous proposons de participer, le seul risque éventuel serait une faille dans les mesures prises pour protéger la confidentialité des renseignements à caractère privé vous concernant. Les chercheurs assument, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, vous pouvez contacter Valentine Charlot au numéro suivant : 0495/92.63.54

Nous vous remercions d'avoir pris connaissance de cette information.

L'équilibre entre risque et sécurité des personnes âgées à domicile. Etude sur les pratiques des services d'aide aux familles.

Guide déroulé des focus groupes

Durée : 2h00

Introduction : accueil et méthodologie

- Bienvenue, remerciements de la présence
- Présentation synthétique de l'étude et des chercheurs
- Situer le focus groupe dans l'ensemble de la recherche
- Présentation des participants (brièvement, nom/prénom/fonction)
- Explication du choix des participants
- Explication du déroulé de la séance, temps
- Présentation des règles du focus groupe (ROI)
- Présence et raisons de l'enregistrement

Thèmes à investiguer

- Notions de risques et libertés en lien avec les personnes âgées, qu'est-ce que cela vous évoque de manière générale ? et comme situations concrètes ?
- Notion de contention qu'est-ce que cela évoque et quelles situations ?
- Quelles pratiques de contention ? (à compléter par des propositions concrètes à leur soumettre) Quelle ampleur selon vous ?
- Quel vécu de ces situations de contention ? Quels effets de la contention sur chacun (bénéficiaire, professionnel, proche)
- Qui demande, qui décide, qui applique ?
- Une procédure actuellement ? comment cela se met en place ?
- Quelle place pour le bénéficiaire âgé concerné par ces pratiques ? demande ? accepte ? refuse ? et si refus, que faites-vous ?
- Et si troubles cognitifs ? qu'est-ce que cela change ?
- Quel rôle pour les proches ? demande ? accepte ? refus ? déjà interpellé par votre service à ce sujet ?
- Place des autres intervenants (d'autres services ou indépendants) ? quels rôles et quels liens avec votre service ?
- Quelles limites à ces situations de contention ? les vôtres ? celles du service ?
- Quelles demandes de votre part, vos besoins sur ce thème ?

Synthèse : reprendre les idées maîtresses récoltées et demander aux participants s'ils sont bien d'accord avec les aspects synthétisés. Remercier et clôturer la séance.