

MESURES DE CONTRAINTE EN EMS

Par le CONSEIL D'ETHIQUE D'HEVIVA

Conseil d'éthique de HévivA

Le Conseil d'éthique est un lieu de réflexion, de dialogue et d'échanges sur des thèmes liés à l'accompagnement des résidents. Dans le cadre de ses missions, le Conseil d'éthique est chargé de:

- prendre position, dans le respect de la confidentialité, sur les requêtes qui lui sont soumises;
- émettre des recommandations sur différentes thématiques en lien avec ses missions;
- rendre des avis ou formuler des déterminations.

Afin d'assurer ses tâches, le Conseil d'éthique se fonde, en sus du cadre légal, sur la Charte éthique de HévivA, ainsi que d'autres sources reconnues dans le monde médico-social.

Composition (février 2024)

NADJA EGGERT

Présidente, Ethicienne, MER Université de Lausanne

SYLVIE STRASSER

Secrétaire, Etudiante en Master en sciences sociales, Université de Lausanne

SANDRINE TERRANOVA

Directrice de structures médico-sociales, Altage

MARTINE RICHARD

Responsable accompagnement à l'EMS La Rosière

JÖRG RICKENMANN

Qualiticien et Coordinateur Alter Ego

CLAUDE-ALAIN STUBY

Directeur de la Fondation Clémence, Lausanne

TOSCA BIZZOZERO

FMH Médecine interne générale et gériatrie Médecin cheffe de l'Hébergement, EHC

MICAELA VAERINI

Avocate, Renens

VINCENT BOVET

Infirmier chef adjoint à l'EMS La Maison des Bosquets

Table des matières

I. INTRODUCTION	6
II. OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS ET POINT DE VUE ADOPTE	7
III. DIVERSES DEFINITIONS DE LA MESURE DE CONTRAINTE	8
A. En Suisse	8
1. Définition de Sanimedia	8
2. Définition des Services de la santé publique	8
3. Définition de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)	8
4. Définition de GERONTOLOGIE CH	9
5. Définition de l'OFSP	9
B. Etranger	13
1. États-Unis	10
2. Royaume-Uni	10
C. Définition retenue par le Conseil d'éthique de HévivA	10
IV. LES CONSEQUENCES DES MESURES DE CONTRAINTE	11
A. Pour les résidents	11
B. Pour les collaborateurs	13
V. PROCESSUS RECOMMANDE PAR LE CONSEIL D'ETHIQUE EN MATIERE DE MESURES DE CONTRAINTE	14
A. Les différentes étapes du processus	17
1. Information	17
1.1 Informations fournies par l'EMS	17
1.2 Informations recueillies par l'EMS par le biais du résident et/ou de ses proches	18
2. Observation du comportement du résident	18
3. Identification et traitement des causes du comportement problématique	18
3.1 Identification des causes du comportement problématique	18
3.2 Traitement et cessation du comportement problématique sans recours à une mesure de contrainte	19
4. Examen de la capacité de discernement	19
5. Discussion, choix de la mesure de contrainte et information du résident	20
5.1 Objet de la discussion	20
5.2 Les personnes participant à cette discussion	20
5.2.1 Le résident	21
5.2.2 Les soignants, la direction et les autres collaborateurs de l'institution	21
5.2.3 Le représentant thérapeutique	21
5.2.4 La famille et autres proches	21
5.3 L'objectif des soignant	22

5.4 La sécurité et le risque acceptable	22
5.5 La dignité humaine	22
5.6 Divers types de mesures de contrainte	22
5.6.1 Les mesures organisationnelles	22
5.6.2 Les mesures spécifiques	23
5.6.3 Les mesures limitant la liberté de mouvement et la contention chimique	23
5.7 Le choix de la mesure de contrainte	23
5.7.1 Le principe : interdiction de la mesure de contrainte	23
5.7.2 Une mesure exceptionnelle	23
5.7.3 Existence d'un danger grave pour le résident ou des tiers	24
5.7.4 Le principe de la proportionnalité	24
5.7.5 Mesure de durée limitée	24
5.8 Annonce préalable du choix opéré et suite du processus	24
5.8.1 Résident capable de discernement	25
5.8.2 Résident incapable de discernement	25
6. La décision et sa communication	26
6.1 Prise de décision	26
6.1.1 Mesures organisationnelles	26
6.1.2 Mesures moyennement restrictives et plus spécifiques	26
6.1.3 Mesures limitant la liberté de mouvement	26
6.2 Communication de la décision	26
7. Protocole de mesures de contrainte et surveillance de la mesure	27
7.1 Observation de la réaction du résident	27
7.2 Les protocoles	28
7.2.1 Mesures organisationnelles	28
7.2.2 Mesures spécifiques	29
7.2.3 Mesures limitant la liberté de mouvement et contention chimique	29
7.3 La surveillance	29
7.3.1 Mesures organisationnelles	30
7.3.2 Mesures spécifiques	30
7.3.3 Mesures limitant la liberté de mouvement et contention chimique	30
8. Mesures de compensation	30
9. Evaluation périodique de l'état du résident et la nécessité du maintien de la mesure de contrainte	31
9.1 Les mesures organisationnelles	31
9.2 Les mesures spécifiques	32
9.3 Mesures limitant la liberté de mouvement et contention chimique	32
10. Maintien ou levée de la mesure de contrainte	32
VII. REMARQUES FINALES	33



I. INTRODUCTION

Le Conseil d'éthique de HévivA est un lieu de réflexion, de dialogue et d'échanges sur des thèmes liés à l'accompagnement des résidents des EMS vaudois membres d'HévivA. Dans le cadre de ses missions, le Conseil d'éthique est chargé de prendre position, dans le respect de la confidentialité, sur les requêtes qui lui sont soumises, d'émettre des recommandations sur différentes thématiques en lien avec ses missions et de rendre des avis ou formuler des déterminations. Afin d'assurer ses tâches, le Conseil d'éthique se fonde, en sus du cadre légal, sur la Charte éthique de HévivA, ainsi que sur d'autres sources reconnues dans le monde médico-social.

En raison de fréquentes interrogations provenant de personnes confrontées aux mesures de contrainte au sein des EMS, le Conseil d'éthique de HévivA a émis en mai 2010 des recommandations dans ce domaine, avant tout à l'intention des membres de l'Association. Suite à l'entrée en vigueur du nouveau droit de protection de l'adulte ces directives ont été mises à jour. En effet, depuis 2013, le Code civil suisse prévoit des règles spécifiques en matière de contention chimique ainsi qu'en matière de limitation de la liberté de mouvement des personnes incapables de discernement résidant de manière prolongée dans une institution.

Le but de la présente contribution est de présenter en détail le contenu de ces directives.





II. OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS ET POINT DE VUE ADOPTE

Les recommandations sur les mesures de contrainte en EMS ont pour objectif de se positionner de manière concrète sur la définition des mesures de contrainte, leur mise en œuvre dans la pratique et leur surveillance au sein des EMS dans le canton de Vaud. Le Conseil d'éthique livre son analyse globale de la problématique sous l'angle éthique dans le but de transmettre des bonnes pratiques, tout en tenant compte de la faisabilité de celles-ci.

Malgré les modifications légales intervenues et compte tenu des objectifs du Conseil d'éthique, celui-ci a décidé de maintenir en grande partie sa position sur les mesures de contrainte. Il en résulte qu'à divers égards, nos recommandations sont plus exigeantes que les règles légales.

L'intention du Conseil d'éthique est de tenir compte du point de vue de tous les acteurs concernés : celui des collaborateurs et des directions d'EMS (en tenant compte de leurs différentes missions), celui de l'Etat, mais aussi et surtout celui des résidents, de leurs proches et/ou de leurs représentants. Il s'agit de placer le résident au centre de la réflexion.

De manière générale, sous l'angle éthique, il s'agit de prendre en compte davantage la dimension subjective, liée à la perception singulière de chaque résident, en relation avec le contexte donné. Ainsi, le Conseil d'éthique souhaite placer le résident au centre du processus de mise en place des mesures de contrainte, et cela à toutes les étapes. Dans cette perspective, le Conseil d'éthique préconise de respecter un processus (itératif et pas forcément linéaire) de mise en place de la mesure de contrainte pouvant s'articuler en dix étapes, avec une approche nuancée, tenant compte en particulier du type de la mesure et de l'éventuelle réaction d'opposition du résident, exprimée verbalement ou non.

Ce système différencié entraînera des exigences spécifiques en matière d'évaluation de la mesure de contrainte et des mesures de compensation, ainsi qu'une gradation dans l'encadrement (y compris quant au protocole) et la surveillance de cette mesure.

L'approche du Conseil d'éthique est résumée dans les 25 points de recommandations qui seront présentés dans le cadre de la présente contribution.

III. DIVERSES DEFINITIONS DE LA MESURE DE CONTRAINTE

A. En Suisse

Plusieurs définitions ont été données par divers organismes dans le domaine de la santé en Suisse. On citera les suivantes :

1. Définition de Sanimedia

Une mesure de contrainte est une mesure grave, appliquée à l'insu ou sans le consentement libre et éclairé du patient. Elle restreint sa liberté individuelle et peut porter atteinte à sa dignité. L'enfermement, l'interdiction de circuler librement ou d'entrer en contact avec ses proches, l'isolement, l'attachement ou la contention médicamenteuse sont par exemple des mesures de contrainte. Il s'agit de la définition qui était retenue par le CIVESS¹.

2. Définition des Services de la santé publique des cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud (2013)²

La version, publiée en septembre 2017, de la brochure éditée par les services cantonaux de la santé ne définit plus la mesure de contrainte. Elle retient l'expression « mesure de contention » qui est définie en termes : « une mesure qui limite la liberté de mouvement d'un patient et qui est appliquée sans son consentement libre et éclairé. Elle restreint la liberté individuelle du patient et peut porter atteinte à sa dignité. A titre d'exemple, l'on peut citer la surveillance électronique, la fermeture des portes, la pose de barrières de lits permettant d'éviter les chutes, ou l'isolement ».

3. Définition de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

Les directives de l'ASSM de 2015 sur les mesures de contrainte en médecine indiquent que le recours à la contrainte désigne l'application d'une mesure en dépit du fait que la personne concernée manifeste ou a manifesté par le passé son désaccord par l'expression de sa volonté ou par la résistance. Dans la pratique médicale, la contrainte peut revêtir de multiples formes, dont l'évaluation éthique et juridique s'inscrit dans un continuum allant de mesures recommandées à des mesures totalement inacceptables.

Le terme de « contrainte » utilisé au sens large englobe non seulement l'aspect physique, mais également des formes moins évidentes d'usage de la contrainte. Il s'agit notamment de l'usage manifeste ou dissimulé de la contrainte par des moyens psychologiques, soit en contact direct avec le patient, soit indirectement en impliquant les proches ou d'autres personnes de référence. Dans ce domaine, il arrive souvent que la contrainte ne soit pas perçue comme telle par les groupes professionnels impliqués, mais au contraire comme une partie intégrante « normale » et inévitable du processus de soins et de prise en charge.

¹ CIVESS « Mesures de contrainte » (version 2010) CIVESS.

² Brochure «L'essentiel sur les droits des patients», juillet 2013, p. 14.



Toute mesure thérapeutique appliquée contre la volonté autodéterminée du patient ou en dépit de son opposition est considérée comme contrainte dans le sens de ces directives. Que la volonté soit l'expression actuelle d'un patient capable de discernement, ou qu'il soit nécessaire de rechercher la volonté exprimée au préalable ou présumée d'un patient (provisoirement) incapable de discernement ne joue aucun rôle pour établir s'il s'agit de contrainte ou non. De même, peu importe que la résistance soit exprimée uniquement par un refus verbal ou non verbal ou par une défense active. Chez les personnes incapables de discernement, les mesures de contrainte peuvent s'avérer inéluctables si, malgré tous les efforts déployés, le bien-être du patient ne peut être assuré avec son consentement. Chez les patients capables de discernement, les mesures de contrainte médicales sont en principe, inadmissibles ; elles peuvent tout au plus être appliquées dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance, de l'exécution de mesures pénales, dans le cadre de la loi sur les épidémies ou, le cas échéant, sur la base de dispositions cantonales. Toutefois, les interventions médicales réalisées sous la contrainte physique et portant atteinte à l'intégrité corporelle de personnes capables de discernement ne sont en aucun cas admissibles.

Le droit de protection de l'adulte possède des réglementations pour l'application de mesures de contrainte dans certains domaines, notamment dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance, en cas de maintien de patients hospitalisés de leur plein gré, ou de séjour dans un établissement médico-social ; il contient tout particulièrement des dispositions visant à renforcer la protection juridique de la personne concernée.

Dans la pratique, on peut distinguer les traitements médicamenteux sous contrainte (traitements sous contrainte au sens étroit) de l'administration de sédatifs sous contrainte en cas de danger pour autrui. Il existe, par ailleurs, de nombreuses autres formes de limitation de la liberté sans administration de médicaments.

4. Définition de GERONTOLOGIE CH

Dans ses directives de 2011, GERONTOLOGIE CH (anciennement SSG) se base sur la notion de mesure d'entrave à la liberté (MEL). Après avoir rappelé la définition des mesures de contrainte retenue par l'ASSM, la SSG souligne (p. 11) qu'on est en présence d'une mesure d'entrave à la liberté « lorsqu'une mesure empêche une personne de se déplacer comme elle voudrait. On parlera ainsi de mesure d'entrave à la liberté si elle est prise en dépit de la volonté déclarée ou présumée de quelqu'un ou malgré sa résistance ». La SSG apporte une précision essentielle, en affirmant que : « il n'y a pas de mesure d'entrave à la liberté quand une personne ne manifeste pas la volonté de se déplacer, par exemple, si elle est alitée et incapable de se lever seule. Dans un cas comme celui-là, le placement de barrières de lit pour la protéger d'une chute inopinée n'est pas une mesure d'entrave à la liberté. Mais il s'agit bien d'une entrave à la liberté, si elle est attachée dans son lit contre sa volonté, car ce geste restreint sa liberté de mouvement réelle »¹.

5. Définition de l'OFSP

Selon l'Office Fédéral de la Santé Publique, les mesures de contention restreignent les actions d'une personne. Ces mesures peuvent être imposées médicalement et être mises en place sans l'accord libre et éclairé d'une personne si elle présente un danger pour sa santé ou sa sécurité ainsi que pour celle d'autrui.

¹ SSG, p. 11.

B. Etranger

1. États-Unis

Selon l'« Omnibus Budget Reconciliation Act » (OBRA 1987), un patient a le droit d'être libre de toute contrainte physique ou chimique imposée dans un but de discipline ou de commodité et non requise pour traiter les symptômes médicaux manifestés par le résident.

2. Royaume-Uni

Selon le « Mental Capacity Act » (2005)¹, la législation sur la « capacité mentale » au Royaume-Uni rend illégale la restriction de la liberté de mouvement d'une personne, peu importe que celle-ci résiste ou non. Le « England and Wales Mental Capacity Act » (2005), définit la mesure de contrainte comme étant l'usage ou la menace de la force pour inciter une personne à faire un acte lorsque celle-ci résiste, ou la restriction de la liberté de mouvement de la personne, qu'elle résiste ou non. La contrainte peut seulement être utilisée lorsqu'elle est nécessaire pour protéger la personne d'un préjudice, et que cette atteinte est proportionnelle au risque du préjudice.

C. Définition retenue par le Conseil d'éthique de HévivA

Pour le Conseil d'éthique, compte tenu de son objectif de privilégier une approche centrée sur la perception du résident, il y a lieu de retenir une définition particulièrement large de la mesure de contrainte, et ne pas se contenter de la limiter aux mesures portant atteinte à la liberté de mouvement. Ainsi, le Conseil d'éthique de HévivA préconise de retenir la définition suivante : « toute mesure portant atteinte à la liberté personnelle du résident et à laquelle celui-ci n'a pas consenti constitue une mesure de contrainte ».

D'emblée, il convient de souligner qu'une attention particulière doit être portée aux situations dans lesquelles le résident exprime une opposition, que ce soit verbalement ou non verbalement. Dans ces cas, il convient de nuancer l'approche de la mise en place de la mesure et d'adapter son encadrement et sa surveillance.

Par ailleurs, comme l'indique la SSG, il n'y a pas de mesure limitant la liberté de mouvement à proprement parler si, par exemple, l'on attache, pour éviter qu'il ne retombe, le bras d'une personne paralysée qui ne peut pas du tout bouger ce bras. Néanmoins, selon le Conseil d'éthique, cela peut tout de même constituer une mesure de contrainte en raison des conséquences de telles mesures et de l'atteinte à la liberté personnelle que cela peut impliquer, soit des incidences physiques (escarres, etc.), psychologiques (anxiété, etc.) et sociales (perte de dignité, atteinte à l'image et à l'estime de soi, etc.). La réflexion ne doit ainsi pas seulement se faire au regard des dangers et risques encourus par le résident concerné et son entourage, mais également sous l'angle de la dignité de la personne âgée².

¹ <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

² RÜEGGER, 2012.



Le Conseil d'éthique relève que le sujet de la contention chimique est complexe. Cela est d'autant plus vrai que certains médecins pensent qu'elle n'existe pas. En effet, si une médication est donnée pour calmer une personne agitée, elle est en réalité prescrite pour traiter l'angoisse, l'agitation n'étant que l'expression de l'angoisse. Il n'est en outre pas rare qu'une médication qui a comme but de calmer le patient (ce qui implique une restriction de sa liberté de mouvement) soit prodiguée sur demande des soignants et par commodité pour ceux-ci. Or, si cette médication présente finalement un bénéfice pour les soignants, il n'est pas certain que cette médication soit véritablement dans le meilleur intérêt du patient, ce d'autant plus qu'il faudra également gérer les effets secondaires de cette médication, qui sont courants (rigidité des membres, effets extrapyramidaux des neuroleptiques, etc.). Quoi qu'il en soit, dès lors qu'elle limite la liberté du mouvement du résident, la contention chimique constitue bel et bien une mesure de contrainte au sens de la définition retenue par le Conseil d'éthique.

IV. LES CONSÉQUENCES DES MESURES DE CONTRAINTE

A. Pour les résidents

Force est de constater que la littérature scientifique internationale s'est surtout penchée sur la contention (« physical restraint » en anglais). A cet égard, il est aujourd'hui clairement établi que l'application de moyens de contention comporte des risques importants en termes d'atteintes à la santé physique, à la santé psychologique, à la sécurité et à la dignité des patients âgés¹. L'usage de mesures de contention va à l'encontre des droits fondamentaux et peut être considéré comme une forme de maltraitance².

Malgré ses conséquences négatives et un nombre croissant de données démontrant son inefficacité³, la contention physique semble rester une pratique répandue dans les hôpitaux et les institutions de long séjour (établissements médico-sociaux)⁴. Une revue systématique de la littérature internationale⁵ montre qu'en contexte de long séjour, la prévalence de la contention physique se situerait entre 12 et 47%, avec une moyenne à 27%. Bien qu'il existe une variabilité importante, cette étude indique par ailleurs que 32% des résidents en institution de long séjour subiraient de la contention au moins 20 jours par mois. Une étude transnationale récente a mis en évidence des taux de contention moyens en établissements médico-sociaux de 6% en Suisse, de 9% aux Etats-Unis, de 28% en Finlande et de 31% au Canada⁶. Une recherche réalisée dans le canton de Vaud a établi une prévalence de 22% en lien avec l'utilisation de barrières de lit en EMS⁷. Dans une revue systématique de la littérature, Evans et al. (2002) identifient deux catégories de dommages physiques causés par la contention physique. La première catégorie relève de l'impact direct de la contention sur le patient : lacérations, contusions, lésions nerveuses, accidents ischémiques, asphyxie, voire mort soudaine par strangulation, etc. La seconde catégorie est liée aux conséquences de l'immobilisation imposée par la contention : réduction de l'habileté fonctionnelle, perte de tonus musculaire et courbatures, perte de l'appétit, stress cardiaque, détérioration musculaire, etc.

1 EVANS et al., 2003; HUANG, CHUANG, CHEN, LEE & LIN, 2005; MARTIN, 2002; MOHR et al., 2003; MOTT, POOLE & KENRICK, 2005;

PATERSON, BRADLEY, STARK, SADDLER, LEADBETTER & ALLEN, 2003; RAKHMATULLINA, TAUB, & JACOB, 2013.

2 KOCZY, BECKER, RAPP et al., 2011.

3 BERZLANOVIC, SCHÖPFER, & KEIL, 2012; EVANS, WOOD, LAMBERT & FITZGERALD, 2002.

4 DE VEER, FRANKCKE, BUIJSE & FRIELE, 2009; FENG, HIRDES, SMITH et al., 2009.

5 EVANS, WOOD, LAMBERT & FITZGERALD, 2002.

6 FENG, HIRDES, SMITH et al., 2009.

7 JATON, 2013.



L'impact de cette seconde catégorie de conséquences est plus important chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes, car elle peut conduire à de longues périodes d'hospitalisation, au développement d'escarres et d'infections, à des chutes, à de l'incontinence et à l'incapacité d'assumer son foyer. De nombreuses études confirment l'ensemble de ces résultats¹.

Par ailleurs, il a été démontré que les taux de morbidité et de mortalité sont nettement plus élevés chez les patients auxquels de la contention est appliquée que chez ceux qui n'ont pas de contention².

A ces dommages physiques, s'ajoutent des conséquences psychologiques³ : réactions d'angoisse, de peur, de déni, de démoralisation, d'humiliation, de dépression, d'agitation et comportements régressifs. Un accroissement de la confusion et de la détérioration cognitive sont également souvent constatés⁴.

Certains patients se plaignent d'un sentiment de perte de dignité et associent l'expérience de la contention à une atteinte humiliante à leurs droits humains⁵. Chez d'autres personnes âgées, la contention peut aggraver l'apathie et la dépression, augmentant ainsi les sentiments d'abandon et de fragilité. Une étude observatoire sur les comportements sociaux et la contention chez les résidents d'institution de long séjour a ainsi mis en évidence des différences importantes entre les résidents qui subissaient de la contention et les autres⁶. Cette même étude relevait que certains résidents cessaient complètement d'avoir des comportements de socialisation après avoir subi des mesures de contention.

Certaines études se sont plus particulièrement intéressées aux retombées négatives, physiques et psychologiques, liées à l'utilisation de barrières de lit⁷. Ces effets néfastes incluent les accidents mortels, la perte de dignité, le sentiment d'être en prison, le sentiment d'être piégé, les risques de blessures, ainsi qu'une augmentation des chutes depuis le lit. Bien que moins étudiée, la contention chimique et en particulier l'administration de neuroleptiques présente des risques non négligeables et doit être utilisée avec précaution⁸. Son usage abusif est associé à de nombreux problèmes cliniques, qui ont une incidence sur le bien-être physique et psychologique des patients âgés : réhabilitation plus lente⁹, augmentation des risques de chutes et de blessures associées¹⁰, et augmentation du déclin des capacités cognitives chez les personnes souffrant de démence¹¹.

1 HUANG et al., 2005 ; MARTIN, 2002 ; MOTT, POOLE & KENRICK, 2005 ; PATERSON et al., 2003 ; RAKHMATULLINA, TAUB, & JACOB, 2013.

2 RAKHMATULLINA, TAUB, & JACOB, 2013.

3 EVANS & FITZGERALD, 2002 ; RAKHMATULLINA, TAUB, & JACOB, 2013 ; STROUT, 2010.

4 ENGBERG, CASTLE & MCCAFFREY, 2008 ; VOYER et al., 2011 ; WANG & MOYLE, 2005.

5 RAKHMATULLINA, TAUB, & JACOB, 2013 ; ROBINS et al., 2005.

6 FOLMAR & WILSON, 1989.

7 GALLINAGH, SLEVIN, & MCCORMARCK, 2002.

8 HUGHES, 2008.

9 MOTT, POOLE & KENRICK, 2005.

10 KRAUSS et al., 2005.

11 BALLARD et al., 2005 ; DE BELLIS et al., 2011.



L'argument de la sécurité des résidents (prévention des chutes, contrôle de l'agitation et de l'errance) est celui qui est le plus avancé par les collaborateurs pour justifier l'utilisation de moyens de contention¹. Toutefois, il est clairement démontré que la contention ne permet pas, à long terme, de prévenir les chutes et les blessures consécutives à des chutes². Des études statistiques révèlent que les institutions ayant recours à des moyens de contention présentent un taux plus élevé de blessures sévères résultant de chutes³. A l'inverse, une réduction ou une suppression des mesures de contention ne se traduit pas par une augmentation du nombre de chutes et de blessures consécutives à des chutes⁴. Les établissements qui n'utilisent pas de moyens de contention ne présentent par ailleurs pas un ratio personnel/résident plus important ou un usage de substances psychotropes plus élevé⁵.

Il apparaît néanmoins que les équipes soignantes tendent à considérer la contention comme aidante dans la prévention des chutes⁶. Si, dans certains cas particuliers, il est possible que la contention puisse avoir une action structurante pour le résident âgé, l'utilisation abusive de la contention (c'est-à-dire sans le consentement libre et éclairé du résident et dans un but non clairement thérapeutique) comporte néanmoins des risques importants.

B. Pour les collaborateurs

Comme le soulignent certains auteurs, l'usage de mesures de contention place les équipes soignantes devant un dilemme éthique⁷ et a un retentissement négatif sur leur vécu⁸. Plusieurs travaux montrent que l'application de telles mesures s'accompagne souvent chez les soignants de sentiments de frustration, de culpabilité et d'ambivalence⁹. De plus, la mise en place d'une mesure de contrainte donne souvent à l'équipe un faux sentiment de sécurité, cela alors même que ces mesures peuvent elles-mêmes s'avérer dangereuses et poser des problèmes de sécurité parfois insurmontables (cf. par ex. en cas d'incendie, lorsqu'un résident est immobilisé avec une ceinture abdominale et que le feu se propage dans sa chambre).

1 KARLSSON et al., 2001 ; KOCZY, BECKER, RAPP et al., 2011 ; NATAN et al., 2010.

2 CAPEZUTI, WAGNER, BRUSH et al., 2007 ; YAMAMOTO & ASO, 2009.

3 CASTLE & ENGBERG, 2009.

4 CAPEZUTI, WAGNER, BRUSH et al., 2007 ; SMITH et al., 2005.

5 EVANS, STRUMPF, ALLEN-TAYLOR et al., 1997 ; SMITH et al., 2005.

6 NATAN et al., 2010 ; SHORR, GUILLEN, ROSENBLATT et al., 2002

7 CHUANG & HUANG, 2007 ; DE BELLIS et al., 2011.

8 GELKOPF et al., 2009 ; KARLSSON et al., 2001.

9 BIGWOOD & CROWE, 2008 ; CHUANG & HUANG, 2007 ; FISH & CULSHAW, 2005.



V. PROCESSUS RECOMMANDE PAR LE CONSEIL D'ETHIQUE EN MATIERE DE MESURES DE CONTRAINTE

Au sein des EMS, les collaborateurs prodiguent heureusement la majeure partie de leurs actes avec le consentement libre et éclairé des résidents, sans porter atteinte à leur intégrité ou à leur liberté. Souvent, des actes de soins très intrusifs en ce qui concerne la sphère privée (toilette complète, aide à l'élimination) sont exécutés avec l'accord tacite des résidents. Néanmoins, en raison de sa structure, de son organisation, de ses responsabilités et compte tenu de son activité particulière, l'EMS peut parfois être amené à limiter la liberté des résidents. Cette limitation est encore plus flagrante dans les structures qui accueillent des personnes relevant de la psychiatrie de l'âge avancé, où l'on est confronté de manière importante à des troubles du comportement. Les limitations apportées sont en lien avec la santé, la sécurité, la vie communautaire et, plus rarement, des raisons de dignité.



Compte tenu des graves conséquences des mesures de contrainte pour la santé, la sécurité, la dignité des résidents, et au regard de la définition retenue, le Conseil d'éthique préconise, dans le cadre de la mise en place de telles mesures, de respecter les 10 étapes suivantes (qui ne se suivent pas forcément de manière linéaire) :

- 1.** **Information**
- 2.** **Observation du comportement du résident**
- 3.** **Identification, traitement des causes et recours à des solutions alternatives**
- 4.** **Examen de la capacité de discernement**
- 5.** **Discussion et choix de la mesure de contrainte ; information au résident**
- 6.** **Décision et communication de la mesure de contrainte**
- 7.** **Protocole de mesure de contrainte et surveillance ; observation de la réaction du résident**
- 8.** **Mesures de compensation**
- 9.** **Evaluation périodique de l'état du résident et de la nécessité du maintien de la mesure aide-contrainte**
- 10.** **Maintien ou levée de la mesure**



La durée de l'entier du processus sera plus ou moins longue. Selon les situations, les étapes s'enchaîneront très rapidement, certaines ayant même lieu quasiment simultanément. Il faudra en outre, selon les circonstances, retourner à une étape précédente, puis reprendre la suite du processus. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'un processus linéaire.

Durant l'entier du processus, une observation attentive du résident sera exercée. En tout temps, un médecin doit être atteignable si nécessaire afin d'intervenir sans délai et de remédier aux conséquences d'une mesure de contrainte en cours.

À tout moment, le résident pourra exprimer son opposition à une démarche (traitement, solution alternative, mesures, etc.) le concernant. Et la mesure devra être levée dès que possible.

Conformément à la démarche de mise en place et de suivi des mesures de contrainte décrite ici, le Conseil d'éthique préconise que chacune des étapes du processus soit documentée dans le dossier du résident¹. Toutes les observations importantes devront ainsi être inscrites dans le dossier du résident dès le début du processus et à chacune des étapes².

Le processus de mise en place d'une mesure de contrainte est un processus itératif. Cela signifie que chaque fois que le constat de départ change, il y a lieu de reprendre tout le processus : nouvelle discussion, examen des diverses mesures envisageables, recherche de la mesure la moins incisive, etc. Selon les circonstances, il sera parfois nécessaire de retourner à une précédente étape et de reprendre le processus.

¹ A Fribourg, la loi sur la santé (LSan) prévoit à l'art. 54 al. 2 (RSF 821.0.1) que « la direction de l'institution a l'obligation de tenir un registre qui répertorie de manière chronologique toutes les mesures de contrainte imposées ». L'art. 54 al. 3 LSsan ajoute que « les personnes ou les autorités exerçant la surveillance de l'institution sont également habilitées à prendre connaissance des protocoles et à consulter le registre ».

² Cela se justifie d'autant plus que l'établissement devra pouvoir prouver, en cas de contestation d'une mesure de contrainte, qu'il a déjà recouru à des mesures ne restreignant pas la liberté du résident et qu'elles ont échoué.



A. Les différentes étapes du processus

1. Information

L'information est un élément essentiel dans le cadre de la relation entre les collaborateurs de l'EMS et le résident. Cela est d'autant plus vrai en matière de mesures de contrainte. Certaines informations doivent être fournies par l'EMS, d'autres doivent être communiquées à celui-ci.

1.1 Informations fournies par l'EMS

Les EMS sont tenus (art. 21 al. 2 LSP-VD et art. 382 CC¹) de donner au résident (et si nécessaire à ses proches et représentants), lors de l'accueil, des informations quant aux prestations fournies et quant à leur organisation. Ces informations sont en principe transmises par le biais d'un document venant compléter le contrat d'hébergement type en vigueur dans le canton de Vaud. De l'avis du Conseil d'éthique, ce document, éventuellement complété par des explications orales, devrait également mentionner ce qu'il en est des mesures pouvant constituer une limitation à la liberté personnelle et résultant de :

- contraintes architecturales, telles que jardin fermé, locaux fermés, porte d'entrée fermée (à clef, par un portail, par un code, etc.) ;
- contraintes organisationnelles, telles qu'horaires des repas, horaires d'utilisation des locaux communs, lieux de fumée, tenue vestimentaire dans les locaux communs, interdiction de boire de l'alcool dans les locaux communs, etc.
- contraintes sécuritaires, telles que caméras de surveillance (dans couloirs ou locaux communs), détection de présence, etc.

Par ailleurs, toujours dans le cadre des informations données par l'EMS, celui-ci devrait indiquer sa position en ce qui concerne la gestion des mesures de contrainte, soit notamment qui peut prescrire ce type de mesures, comment les proches sont informés de leur entrée en vigueur, quel type de surveillance sera mis en place, comment sont évaluées de telles mesures, quels sont les recours possibles, etc.

Il est vrai qu'une fois ces informations données, reste la difficulté de savoir si les personnes concernées les ont bien comprises et si la possibilité leur a été donnée de s'exprimer au sujet des mesures de contrainte. L'EMS devrait s'assurer, dans la mesure du possible, que l'information donnée a été bien comprise et si nécessaire l'explicitier et procéder à une reformulation.

¹ Sur le contrat d'assistance, cf. MÜLLER, p. 249ss ; cf. aussi CommFam Protection de l'adulte/LEUBA/VAERINI, art 382 cc N6.

1.2 Informations recueillies par l'EMS par le biais du résident et/ou de ses proches

De son côté, pour l'établissement, il est nécessaire que celui-ci soit informé des mesures limitatives de liberté qui étaient en vigueur précédemment, ainsi que de la manière dont elles étaient vécues par le résident. Si cela est possible, il faudra recueillir également, à ce stade déjà, la position du résident et des proches sur la gestion du risque et les mesures limitatives de la liberté personnelle.

2. Observation du comportement du résident

Cette étape est celle de la constatation d'un comportement problématique de la part du résident. Il s'agit d'observer si le résident met en danger, par son comportement, sa propre santé et sécurité, ou celles des autres résidents, des collaborateurs ou de tiers. En effet, au sein d'un EMS, la vie est principalement communautaire, si bien qu'il y a lieu d'être attentif à cette communauté, ce qui implique de préserver l'intérêt de l'ensemble des résidents. Or, parfois, un résident peut présenter par son comportement, un danger grave non seulement pour lui-même, mais aussi pour la santé de tiers ou de la collectivité. Dans ces cas, il est nécessaire, voire indispensable, de limiter l'impact des troubles du comportement de ce résident, y compris sur l'ensemble de la communauté de l'institution, voire même parfois sur le voisinage de l'EMS, et recourir à diverses mesures. Il s'agit ici de constater s'il existe un danger grave pour le résident ou le tiers ou, selon la terminologie utilisée par le Code civil, si ce comportement cause une grave perturbation de la vie communautaire. Quid en cas d'urgence ? Si une décision a dû être prise de toute urgence afin de gérer une situation de crise (p. ex. durant la nuit en attendant l'arrivée de l'infirmier de piquet et/ou du médecin), le processus doit être repris aussitôt que possible, afin d'évaluer au mieux l'évolution de la situation et d'y répondre le plus adéquatement.

3. Identification et traitement de causes du comportement problématique : recours à des solutions alternatives à la contrainte

3.1 Identification des causes du comportement problématique

Une fois le comportement problématique constaté, il convient tout d'abord d'identifier, dans la mesure du possible, les causes de ce comportement. Cette recherche des causes est essentielle et doit être entreprise très sérieusement. Un examen clinique approfondi est indispensable, de même que la prise en compte de l'ensemble des paramètres pouvant conduire à un tel comportement du résident. Comme le souligne l'ASSM, il est primordial que l'équipe soignante pluridisciplinaire détermine si le comportement à l'origine du projet d'introduire une mesure de contrainte « n'est pas dû à des causes auxquelles il est possible de remédier (douleurs, effets secondaires des médicaments ou tensions interindividuelles, p. ex.) »¹.

¹ Cf. point 7.2 des Directives de l'ASSM, 2004, précitées (repris au point 4.2.3 des Directives de l'ASSM, déjà citées, du 24.5.2005, qui ont été retirées en 2012 et sont en cours de révision).



3.2 Traitement et cessation du comportement problématique sans recours à une mesure de contrainte

Lorsque les causes du comportement sont identifiées, il convient de les traiter directement si cela est possible, ou de recourir à des solutions alternatives aux mesures de contrainte permettant de régler la situation et d'éviter le recours à de telles de mesures. Par exemple, on résoudra une situation en identifiant qu'une agitation est en lien avec la température élevée, ou encore, on évitera de recourir à une mesure de contrainte en mettant un lit bas en cas de chute de lit. Si de telles solutions ne permettent pas de supprimer le danger ou la perturbation grave, il y a lieu de poursuivre le processus et passer à l'étape suivante.

4. Examen de la capacité de discernement

Cette étape consiste à déterminer si le résident concerné a la capacité de discernement dans le contexte donné. Il convient de s'arrêter ici brièvement sur cette notion.

L'incapacité de discernement consiste, au sens de l'art. 16 CC¹, en une absence de la faculté d'agir raisonnablement en raison notamment d'une déficience mentale, de troubles psychiques ou « d'autres causes semblables ». Pour admettre une telle incapacité, les deux conditions cumulatives ainsi posées par la loi doivent être remplies. Comme le soulignent Steinauer et Fountoulakis, « est capable de discernement, - non seulement celui qui agit raisonnablement sans être atteint d'une cause d'altération au sens de l'art. 16 (les deux conditions de l'incapacité font défaut), mais également - celui qui agit raisonnablement en dépit d'une telle cause d'altération (la première condition de l'incapacité fait défaut), et - celui qui n'agit pas de manière raisonnable, mais dont l'état ne provient pas d'une telle cause d'altération (la seconde condition de l'incapacité fait défaut) »². La faculté d'agir raisonnablement suppose un élément intellectuel et un élément volontaire, soit la conscience et la volonté³. Cela signifie qu'il faut avoir la faculté de comprendre et d'apprécier correctement une situation déterminée, et de se former une motivation et une volonté par rapport à la situation. Cela implique l'aptitude à agir conformément à sa volonté.

La capacité de discernement est une notion relative, en ce sens que les conditions de cette capacité s'apprécient par rapport à un acte donné et en fonction de la situation concrète dans laquelle se trouve l'intéressé. Cet acte doit être pris en compte pour mesurer le degré des exigences posées au niveau des aptitudes intellectuelles et volitives de l'individu quant aux actes de même nature et importance⁴.

1 Cf. arrêt TF du 16.9.2011, 6B_869/2010, publié dans la SJ 2012 I 275 ; arrêt TF du 11.4.2012, 5A_18/2012, c. 4.2, SJ 2012 I 429 ; STEINAUER & FOUNTOULAKIS, N. 78ss.

2 STEINAUER/FOUNTOULAKIS, N. 82.

3 STEINAUER & FOUNTOULAKIS, N. 85ss et réf. citées.

4 Cf. BUCHER, 1999, N 86 ; STEINAUER & FOUNTOULAKIS, N 89 ss.



En principe, la capacité de discernement est présumée. Cela implique que celui qui prétend qu'elle n'existe pas doit le prouver¹. Cette présomption cesse en présence d'un des états mentionnés à l'art. 16 CC. Il faudra alors examiner la capacité en fonction du cas d'espèce². Selon la jurisprudence, on peut parler d'une présomption d'incapacité pour « les cas dans lesquels la personne en cause se trouve, au moment d'agir, diminuée physiquement de manière durable en raison de l'âge ou de la maladie, comme cela est notoirement le cas en présence de démences séniles »³. La preuve contraire pourra être apportée avec une vraisemblance prépondérante⁴. Le Tribunal fédéral a précisé que l'incapacité « n'est, en revanche, pas présumée et doit, partant, être prouvée, par exemple chez une personne d'un âge avancé qui n'est que faible, atteinte dans sa santé et confuse par moment, chez une personne qui ne souffre que d'absences sporadiques ensuite d'une apoplexie ou encore qui ne souffre que de trous de mémoire liés à l'âge »⁵. Le concours d'un médecin sera souvent nécessaire, étant précisé que le simple doute du médecin⁶ sur l'état mental du patient ne suffit pas pour renverser la présomption de discernement⁷. En cas de contestation, c'est l'autorité qui tranchera (généralement sur la base d'une expertise médicale). A lui seul, le grand âge ne suffit pas pour remettre en cause la présomption de capacité⁸.

5. Discussion, choix de la mesure de contrainte et information du résident

5.1 Objet de la discussion

Les constats tirés de l'analyse d'une situation doivent entraîner une discussion entre tous les acteurs concernés. Même si l'exigence de cette discussion avec les divers acteurs concernés avant la mise en place d'une mesure de contrainte n'est plus prévue par la loi⁹, pour le Conseil d'éthique, elle doit tout de même avoir lieu. Cette nécessité résulte aussi, selon nous, de la Convention des Droits de l'Homme et de biomédecine citée plus haut. L'idée est de privilégier, dans la mesure du possible, une mesure « négociée », par opposition à la mesure imposée au résident. En d'autres termes, la mise en place de la mesure ne doit pas être purement unilatérale. Elle suppose un échange. La discussion va ainsi bien au-delà de l'information, même si celle-ci est un préalable nécessaire. Dans le cadre de cette discussion, il faut se poser la question du risque et se déterminer par rapport au risque acceptable pour le résident, soit la question de l'évaluation du risque et de son intégration dans l'accompagnement (cf. le projet de soins).

Au terme de la discussion, il faudra déterminer si une mesure de contrainte est vraiment nécessaire et si, oui, choisir celle qui est la plus appropriée, puis procéder à sa mise en place, en tenant compte du contenu de cette discussion.

5.2 Les personnes participant à cette discussion

Idéalement, tous les acteurs concernés devraient participer à la discussion, soit :

¹ La jurisprudence (cf. SJ 2012 I 429 ; 5C.32/2004 du 6.10.2004 c. 3.2.2 et réf. citées) a admis une réduction du degré de la preuve, se contentant « d'une vraisemblance prépondérante ».

² CommFam Protection de l'adulte/BÜCHLER & MICHEL, ad art. 16 CC N. 4 et 10 ; ATF 124 III 5 ; ATF 127 I 6.

³ SJ 2012 I 275, c. 4.3

⁴ SJ 2012 I 429 c. 4.2 ; arrêt TF du 16.10.2007, 5A_204/2007, c. 5.2.

⁵ SJ 2012 I 275 c. 4.3

⁶ Sur la détermination de cette capacité, cf. WASSERFALLEN/ STIEFEL/CLARKE / CRESPO, 2004 ; VAERINI, Les droits de la personnalité, p. 225-226.

⁷ SJ 2012 I 275, c. 4.5.

⁸ SJ 2012 I 277

⁹ Cf. ancienne teneur de l'art. 23d LSP-VD. Aujourd'hui, le droit fédéral (cf. art. 383 CC) et les nouvelles dispositions cantonales (cf. nouvelle teneur de l'art. 23d LSP-VD) prévoient seulement l'obligation d'informer le résident (ce qui devrait supposer une discussion avec le résident), même incapable de discernement, ce qui est déjà à saluer.



5.2.1 Le résident

En premier lieu, le résident doit toujours être consulté, même s'il n'a pas la capacité de discernement et même s'il a un représentant. Cela résulte notamment du respect de l'autonomie et du droit à l'auto-détermination. Le résident doit être reconnu comme un partenaire, de sorte qu'il doit être pleinement intégré à la discussion dans la mesure de ses possibilités. Ainsi, même s'il s'agit d'un résident souffrant de démence, il faudra essayer de lui parler, chercher, dans la mesure du possible à connaître sa position par rapport à une situation donnée, s'inquiéter de son éventuelle résistance (laquelle peut prendre diverses formes).

5.2.2 Les soignants, la direction et les autres collaborateurs de l'institution

La discussion doit être pluridisciplinaire et intégrer l'ensemble des soignants et autres collaborateurs en lien avec le résident, que ce soit des employés de l'établissement ou des ressources externes (psychologues, etc.). Elle doit également impliquer le directeur ou le professionnel délégué par ce dernier (en principe le directeur des soins, l'infirmier/ère chef/fe), ainsi que les autres personnes concernées par cette situation (p.ex. les animateurs, les collaborateurs des secteurs intendance et administratif).

5.2.3 Le représentant thérapeutique

En cas d'incapacité de discernement du résident, son représentant, en particulier le représentant thérapeutique¹, doit participer à cette discussion. Le représentant devra bénéficier également d'une information complète, afin qu'il puisse poser des questions, réagir, voire saisir l'autorité compétente en cas de désaccord. Si le résident est incapable de discernement et qu'il n'y a aucun représentant, l'établissement s'adressera à la Justice de paix afin qu'un représentant soit désigné. Comme on l'a dit, même en présence de représentants, la discussion doit avoir lieu avec le résident. Il y a lieu de toujours observer et prendre en compte sa réaction dans le processus.

5.2.4 La famille et autres proches

Il faudra essayer, dans la mesure du possible, et toujours dans le respect des souhaits du résident et du secret professionnel, d'intégrer la famille et les autres proches à la discussion. Il s'agit de leur permettre de poser des questions, d'apporter si nécessaire de précieux renseignements sur le résident ou d'obtenir des explications, que ce soit sur les observations opérées, les mesures envisagées ou leur application. Notons que les proches ont le droit de s'adresser à l'autorité compétente (cf. art. 385 CC² et art. 23e LSP-VD). Or, il leur sera difficile d'exercer effectivement ce droit s'ils ne sont pas informés et/ou intégrés à discussion préalable à la mise en place de telles mesures.

¹ Cf. art. 378 CC.

² Même si le texte légal retient les termes « en appeler par écrit » (cf. art. 385 CC), il ne s'agit pas d'un appel en tant que tel, au sens juridique du terme.

5.3 L'objectif des soignants

Dans la pratique, les soignants doivent avant tout mener une réflexion qualitative et spécifique pour chaque résident. Une réflexion importante doit être conduite en ce qui concerne l'objectif, l'utilité et le sens de la mise en place de mesures de contrainte. De manière générale, le souci de préserver au maximum l'autonomie du résident et la prévention de la violence doivent être constants.

5.4 La sécurité et le risque acceptable

La sécurité renvoie les soignants, les collaborateurs et l'institution à la présence d'un danger. La sécurité est prise en compte afin de préserver l'intégrité physique des résidents, valeur importante pour les collaborateurs des EMS. Parfois, la problématique peut être l'opposition entre « faire le bien » et respecter le désir de libre arbitre du résident, c'est-à-dire celui d'exercer son autonomie. Les proches sont aussi préoccupés par la préservation de l'intégrité physique du résident. « Comment se fait-il que vous l'avez laissé se lever et prendre le risque de tomber, avec comme conséquence un hématome sur le visage ? » est par exemple une question courante. Il s'agit de veiller à la préservation de l'intégrité physique du résident dans le projet d'accompagnement ou le projet de soins. Finalement, le sujet de réflexion est le risque acceptable¹ pour le résident, sans oublier la sécurité, le bien-être et le vécu de l'ensemble des personnes en présence (les autres résidents, les collaborateurs, proches, visiteurs, etc.)².

5.5 La dignité humaine³

La dignité est aussi une préoccupation constante des collaborateurs et des proches. En ce qui concerne la dignité humaine, l'ASSM précise que « le concept éthique du respect de la dignité part de l'intuition universelle selon laquelle chaque personne, de par son appartenance à l'espèce humaine, mérite d'être traitée avec respect. Dès lors, chaque personne a droit, d'une part, à une protection et une assistance et, d'autre part au respect de son autodétermination⁴. Or, pour veiller au maintien de cette dignité, il est parfois nécessaire, en présence de certains troubles du comportement, d'avoir recours à des mesures de contrainte. C'est par exemple le cas lorsque des personnes font une confusion en ce qui concerne l'utilisation de certains locaux ou se dénudent en public. Il en va de même pour un manque flagrant d'hygiène qui porterait atteinte à la dignité.

5.6 Divers types de mesures de contrainte

Le Conseil d'éthique considère qu'il y a lieu de distinguer les différents types de mesures.

5.6.1 Les mesures organisationnelles

Il s'agit de mesures concernant l'ensemble des résidents de l'établissement et prévues en principe dans le contrat d'hébergement, le recueil d'informations ou le règlement de maison. Ces mesures d'ordre général sont liées à la vie en communauté dans l'établissement concerné et ne dépendent pas du cas particulier. Elles ont vocation à s'appliquer de manière continue (p. ex. contraintes architecturales, telles qu'un jardin fermé ou une porte à code ; interdiction de fumer dans tout l'EMS ; horaires de l'établissement ; chambres à deux lits, etc.).

¹ En ce qui concerne la problématique du risque, cf. JATON, 2008, qui traite la question de manière particulièrement intéressante et novatrice

² D'où le but de la « grave perturbation de la vie communautaire » mentionnée à l'art. 383 al. 1 ch. 2 CC sur lequel on reviendra

³ Cf. RÜEGGER, 2012

⁴ « Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap », Directives et recommandations médico-éthiques de l'ASSM de 2008 (adaptées au 1.1.2013), p. 34.



5.6.2 Les mesures spécifiques

Il s'agit, en substance, de toutes les mesures portant atteinte à la liberté personnelle du résident qui n'entrent pas dans le champ de la définition de la mesure définie sous « mesures organisationnelles » et qui ne sont pas de la contention physique ou chimique. Ce sont des mesures que l'on pourrait qualifier de moyennement restrictives et qui sont spécifiques à la situation particulière d'un résident, (ex : tapis d'alarme ; soin d'hygiène forcé ; bracelet d'identification, etc.). Elles ne sont donc pas systématiquement appliquées à l'ensemble des résidents.

5.6.3 Les mesures limitant la liberté de mouvement et la contention chimique

Comme on l'a vu, la problématique de la contention chimique pose la question de l'intérêt du patient et de la présence de symptômes médicaux. Il ne faut pas perdre de vue que la contention chimique peut donner l'illusion qu'il n'y a pas de recours à une mesure de contrainte, alors qu'elle constitue une atteinte à la liberté personnelle du résident. Il est ainsi déterminant de rechercher la cause qui amène à recourir à une telle contention médicamenteuse.

5.7 Le choix de la mesure de contrainte

Le choix de la mesure de contrainte, qui sera opéré à l'issue de la discussion par les représentants habilités de l'institution (cf. étape 6 ci-après), est intimement lié aux éléments apportés par les étapes précédentes. Divers principes devront gouverner la réflexion sur le choix de la mesure de contrainte. De manière générale, les principes éthiques en matière de soins¹ devront être respectés, soit : le principe d'autonomie (concrétisé en droit des patients par le consentement libre et éclairé), de bienveillance et de justice (qu'on rattache à l'égalité de traitement, l'interdiction de discrimination et le principe de la proportionnalité). Plus précisément, le choix sera opéré en tenant compte des éléments et principes suivants :

5.7.1 Le principe : interdiction de la mesure de contrainte

Le principe est l'interdiction de toute mesure de contrainte. Ce n'est que si des circonstances particulières le justifient que l'on pourra recourir exceptionnellement à une telle mesure.

5.7.2 Une mesure exceptionnelle

La mesure de contrainte est une mesure exceptionnelle. Cela résulte du fait que la liberté personnelle est un droit fondamental, de sorte que son atteinte ne peut qu'être exceptionnelle. En ce qui concerne cette notion, le Conseil d'éthique la comprend non pas comme étant une mesure exceptionnelle au sein de l'établissement où se trouve le résident, mais bien par rapport à l'individu concerné.

En faisant une application analogique des règles applicables pour les résidents incapables de discernement (art. 382ss CC), le conseil d'éthique considère qu'il faut s'assurer que les conditions cumulatives suivantes sont bien réunies dans la situation en cause.

¹ Cf. p.ex. document de l'ASI, « L'éthique dans la pratique des soins », 2003



5.7.3 Existence d'un danger grave pour le résident ou des tiers ; grave perturbation de la vie communautaire

Le comportement du résident doit présenter un danger grave. Ce danger ne peut concerner que la sécurité ou la santé du résident lui-même ou celles d'autres personnes. En aucun cas, d'autres motifs, relevant par exemple de considérations financières, d'ordre pratique ou organisationnel, ne sauraient entrer en ligne de compte. Ce danger et sa gravité ont pu être constatés dans le cadre de l'étape 2 décrite ci-dessus. Idéalement, en-dehors de situations d'urgence, ils ont pu être abordés dans le cadre de la phase de discussion.

5.7.4 Le principe de la proportionnalité

Tous les éléments du principe de la proportionnalité devront, bien entendu, être respectés.

Ainsi, la mesure de contrainte doit être strictement nécessaire à l'accompagnement du résident. Il s'agit là de la concrétisation du respect du principe de l'aptitude (composante du principe de la proportionnalité exigée par l'art. 36 Cst.), selon lequel la mesure en question doit être apte à atteindre le but visé. Cela signifie qu'une mesure qui ne permettrait pas d'écarter le danger grave identifié n'est pas admissible et illicite.

Au surplus, avant d'imposer une mesure de contrainte, d'autres mesures moins restrictives doivent avoir été recherchées par l'équipe interdisciplinaire, en collaboration avec les proches (sorties plus régulières, animations plus fréquentes, etc.) et éventuellement les ressources externes (cf. interventions d'associations telles qu'Alter Ego ; psychiatre de liaison ; unité mobile de psychiatrie de l'âge avancé ; etc.). Ce n'est que si ces autres mesures moins incisives, c'est-à-dire portant moins atteinte à la liberté personnelle du résident, n'existent pas, ou si elles ont déjà échoué, que la mesure de contrainte envisagée, par hypothèse plus incisive, est admissible. Cette condition découle de l'exigence constitutionnelle résultant du principe de la proportionnalité et qui implique de respecter le principe de la nécessité, selon lequel la mesure doit être la seule à même d'atteindre le but recherché : parmi toutes les mesures envisageables pour atteindre l'objectif recherché, elle doit être celle qui porte le moins atteinte à la liberté personnelle du résident.

Le respect du principe de la proportionnalité au sens étroit suppose enfin une pesée de l'ensemble des intérêts en présence.

5.7.5 Mesure de durée limitée

Il résulte du caractère exceptionnel de la mesure de contrainte et des principes rappelés ci-dessus que la durée de la mesure doit être limitée strictement à ce qui est nécessaire afin d'atteindre le but recherché par ces mesures. Le respect de cette exigence suppose des conditions d'encadrement et de surveillance de la mesure qui seront examinées ci-dessous.

5.8 Annonce préalable du choix opéré et suite du processus

La personne concernée, capable ou incapable de discernement, doit être informée au préalable de la nature de la mesure, de ses raisons, de sa durée probable, ainsi que du nom de la personne qui prendra soin d'elle durant cette période.



5.8.1 Résident capable de discernement

Si le résident a la capacité de discernement, l'EMS suivra en principe la volonté du résident dans le respect du principe de l'autonomie et du droit à l'auto-détermination du résident et de l'exigence de son consentement. Si le résident capable de discernement donne un consentement libre et éclairé, il ne s'agira plus d'une mesure de contrainte, car la mesure a été librement consentie. On pourra alors sortir du processus de mesure de contrainte préconisé, étant précisé que les observations au dossier se poursuivront.

Par ailleurs, si le résident est capable de discernement et qu'il préfère par exemple prendre le risque de chuter ou refuse de se nourrir, l'EMS respectera ce choix.

En cas de refus d'une mesure de contrainte par le résident, selon la situation, le contrat d'hébergement devra être renégocié et, si nécessaire, un changement d'établissement sera envisagé.

Selon les circonstances, par exemple lorsqu'un résident capable de discernement perturbe gravement l'EMS ou met en danger grave l'intégrité d'un tiers et refuse toute mesure, et qu'une base cantonale existe (comme c'est le cas par exemple dans le canton de Vaud ou celui de Fribourg), il sera tout de même possible de recourir à des mesures de contrainte, en respectant les exigences posées par le droit cantonal. Le Conseil d'éthique recommande de respecter les étapes du processus qu'il propose dans le présent document.

5.8.2 Résident incapable de discernement

Il y a lieu de préciser ici les exigences du droit fédéral en ce qui concerne la contention médicamenteuse. Il conviendra d'examiner si l'on est en présence d'un placement à des fins d'assistance (PAFA). Si tel n'est pas le cas et que le résident est incapable de discernement, il y aura lieu d'obtenir l'accord du représentant thérapeutique (cf. art. 377 ss CC) :

- si ce dernier donne son accord, il convient de poursuivre la procédure ;
- si ce dernier refuse d'autoriser la mesure de contention chimique proposée par l'équipe, il y aura lieu de discuter à nouveau des mesures envisageables et de choisir une autre mesure, voire, si cela s'impose, renégocier le contrat ou même envisager un changement d'établissement.

6. La décision et sa communication

6.1 Prise de décision

Le Conseil d'éthique recommande de tenir compte à cet égard du type de la mesure de contrainte en cause. Ainsi, en ce qui concerne le signataire de la décision ordonnant la mesure de contrainte, le Conseil d'éthique préconise la solution suivante :

6.1.1 Mesures organisationnelles

Pour de telles mesures, d'ordre général, qui concernent l'ensemble des résidents de l'établissement et qui sont en principe prévues par le contrat, la signature est celle d'un membre de la direction.

6.1.2 Mesures moyennement restrictives et plus spécifiques

Un professionnel de la santé apte à prendre une telle décision et au bénéfice d'une expertise en matière de gérontologie pourra prendre la décision d'instaurer une telle mesure, sans délégation nécessaire de la part du médecin ou de la direction.

6.1.3 Mesures limitant la liberté de mouvement

En cas de contention physique la décision devra être prise conjointement par la direction (en principe le directeur des soins que le directeur aura expressément délégué) et le médecin responsable de l'institution (ou le médecin qu'il aura délégué).

En cas de contention chimique en vue de la limitation de la liberté de mouvement la signature du médecin responsable de l'établissement est indispensable. Ce médecin peut toutefois déléguer cette tâche à un autre médecin (par ex. médecin traitant, psychiatre, etc.). La direction (souvent le directeur des soins) devra en outre également contresigner la mise en place d'une telle mesure.

6.2 Communication de la décision

Le représentant habilité de l'établissement doit informer le résident de la décision prise, mais également son représentant si le représenté est incapable de discernement (cf. art. 384 al. 2 CC). Selon les situations et dans le respect du secret professionnel des souhaits du résident, les proches pourront aussi être informés. La décision devra en outre être communiquée à toute l'équipe soignante.



7. Protocole de mesures de contrainte et surveillance de la mesure ; observation de la réaction du résident

L'encadrement et la surveillance d'un résident sous le coup d'une mesure de contrainte impliquent en particulier l'établissement d'un protocole et une surveillance du résident durant la période où la mesure de contrainte est appliquée. Le Conseil d'éthique préconise une gradation de l'encadrement et de la surveillance, ce qui permet une approche plus nuancée, selon le type de mesure choisie et la réaction du résident.

7.1 Observation de la réaction du résident

Les résidents ne réagissent pas de la même manière aux mesures portant atteinte à leur liberté. Souvent, les limitations de liberté instaurées en EMS n'occasionnent pas de réactions négatives ou de résistance de la part des résidents. Par exemple, un établissement fermé ne révolte pas l'ensemble des habitants de l'EMS. Néanmoins, un résident peut s'opposer fortement à cette même mesure. Lorsque la personne, capable ou incapable de discernement, s'oppose à son entrée dans une institution fermée, il faudra alors appliquer les dispositions du droit fédéral en matière de placement à des fins d'assistance (cf. art. 426ss CC)¹. Les équipes de soins observent parfois des résidents qui ne supportent pas les mesures de contrainte ou versus qui les acceptent, ou plus précisément qui ne donnent pas de signes d'opposition.

Dans le cas d'une non-acceptation par le résident (qui montre des signes d'opposition), l'équipe optera dans les meilleurs délais pour une autre solution. S'il n'y a pas d'urgence, l'équipe pourra faire intervenir un tiers, par exemple le psychiatre de liaison ou l'équipe mobile de soins de psychiatrie de l'âge avancé. Cette étape pourra, dans certaines situations, conduire à opter pour un changement d'établissement, à une décision de placement à des fins d'assistance, voire à une hospitalisation selon les circonstances. Dans le cas d'une acceptation supposée ou totale, il sera plus difficile pour l'équipe de prendre conscience de l'atteinte à la liberté personnelle que constitue cette mesure et, partant, de renoncer à l'instaurer. Il s'agit là d'un phénomène dont il faut tenir compte dans ce domaine.

La fluctuation ou l'atteinte à la capacité de discernement des résidents complexifie encore la problématique et la gestion des actes de soins en lien avec les mesures de contrainte. De ce fait, le dialogue entre certains résidents et les collaborateurs est souvent rendu impossible. Ces derniers doivent dès lors se contenter d'observer la manière dont la personne supporte la mesure, afin de détecter la présence ou l'absence de souffrance. C'est une démarche courante dans l'approche « soins palliatifs ».

Pour les mesures d'ordre général et pour les mesures spécifiques, une réaction de non-acceptation de la mesure par le résident aura une influence sur le contenu du protocole, de même que sur la surveillance qui sera exercée, sur la nécessité de mettre en place des mesures de compensation, ainsi que sur l'évaluation périodique (cf. ci-dessous).

¹ CommFam Protection de l'adulte/LEUBA & VAERINI, art 382, N12.



7.2 Les protocoles

Le Conseil d'éthique propose une gradation dans le contenu des protocoles. Ainsi, il y a lieu de prévoir un protocole ou un ancrage écrit pour toutes les atteintes à la personnalité et à la liberté personnelle, avec toutefois des protocoles et/ou des mesures différenciées selon l'atteinte en cause, ainsi qu'une éventuelle opposition du résident. Le résident peut avoir accès au protocole. Le représentant thérapeutique du résident incapable de discernement peut prendre connaissance du protocole en tout temps (art. 384 al. 2 CC), ainsi que les personnes exerçant la surveillance de l'institution (art. 384 al. 3 CC). Tel sera aussi le cas des proches autorisés par le résident capable de discernement ou les proches ayant un contact régulier avec le résident incapable de discernement et qui en font la demande¹.

Le conseil d'éthique propose de faire une différenciation selon le type de mesures prises.

7.2.1 Mesures organisationnelles

Les mesures organisationnelles, d'ordre général, devraient pouvoir être prises par les établissements sanitaires et médicaux-sociaux pour autant qu'elles soient prévues dans leurs règlements ou leur contrat d'hébergement² et qu'elles ne portent pas atteinte de manière trop incisive à la liberté personnelle. Il n'y a pas de protocole particulier à établir s'il n'y a aucune réaction d'opposition du résident. Si celui-ci exprime, verbalement ou non, une opposition à la mesure, un protocole de base, devra être établi. Celui-ci indiquera le nom de la personne ayant décidé de la mesure, le but, le type et la durée de la mesure (cf. art. 384 al. 1 CC)³.



¹ CommFam Protection de l'adulte/VAERINI, art 384, N 7 et 8.

² Cf. contrat d'assistance de l'art. 382 CC.

³ Sur les exigences posées par cet article du CC, cf. CommFam Protection de l'adulte/VAERINI, art 384, N 7 ET 8.



7.2.2 Mesures spécifiques

Pour les mesures spécifiques moyennement restrictives en l'absence d'une réaction d'opposition, un protocole particulier devra exister, mais être plus « léger » que celui recommandé pour les mesures de contention. Les noms, fonctions et signatures des personnes ayant pris la mesure doivent figurer dans le protocole, ainsi que le but, le type et la durée de la mesure.

En cas de réaction d'opposition du résident à cette mesure, il conviendra d'établir un protocole détaillé ou « élargi »¹. Ce document devra ainsi contenir, outre les éléments mentionnés dans le protocole de base, ainsi que la signature du médecin et d'un membre de la direction (en principe le directeur des soins), en tout cas les éléments suivants :

- la description précise des risques que fait courir le résident pour sa santé ou celle de tiers (ce point est notamment en lien avec l'exigence du danger grave ou de perturbation grave) ;
- une description détaillée des autres mesures non restrictives ou moins restrictives de liberté déjà utilisées et les raisons de leur échec ;
- le type de mesure de contrainte retenu, les motifs de ce choix et les précisions quant aux horaires d'application de cette mesure ;
- les éléments de la surveillance renforcée qu'implique automatiquement la mise en place d'une telle mesure ;
- les mesures de compensation prévues ;
- le rythme des évaluations de la mesure et les commentaires individualisés quant aux conséquences de la mesure mise en place ;
- les réactions du résident suscitées par la mesure ;
- le résultat des réévaluations régulières de l'état du résident et de la justification du maintien de la mesure de contrainte.

7.2.3 Mesures limitant la liberté de mouvement et contention chimique

Pour les mesures limitant la liberté de mouvement et en cas de contention chimique un protocole détaillé ou « élargi » devrait toujours être prévu, qu'il y ait réaction d'opposition ou non.

7.3 La surveillance

Dans tous les cas, il conviendra d'observer la réaction du résident par rapport à la mesure. Il s'agit là d'un moyen de remettre le résident et sa perception au centre de la problématique. Le système différencié préconisé par le Conseil d'éthique est exposé ci-dessous.

¹ Cf. CommFam Protection de l'adulte/VAERINI, art. 384, N 7 ET 8.

7.3.1 Mesures organisationnelles

Pour les mesures organisationnelles, d'ordre général, une surveillance habituelle, soit celle qui est courante au sein d'un EMS, sera exercée, sauf si le résident présente une réaction d'opposition à la mesure. Dans ce cas, une surveillance renforcée sera prévue en ce sens qu'elle sera exercée au minimum une fois par semaine par un professionnel de la santé, et une fois par mois par la direction. La surveillance devra faire l'objet d'inscriptions détaillées au dossier. Ces fréquences représentent un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et d'augmenter les fréquences si nécessaire.

7.3.2 Mesures spécifiques

Pour les mesures spécifiques, une surveillance habituelle est en principe prévue. En cas de réaction d'opposition du résident, une surveillance renforcée devra être instaurée. Elle devra s'exercer au minimum une fois par jour par un professionnel de la santé et une fois par semaine par la direction et le médecin. La surveillance devra faire l'objet d'inscriptions détaillées au dossier. Ces fréquences représentent un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et d'augmenter les fréquences si nécessaire.

7.3.3 Mesures limitant la liberté de mouvement et contention chimique

Il conviendra de prévoir une surveillance renforcée :

- Pour les mesures de contention physique : la surveillance se fera par un membre du personnel soignant au minimum toutes les deux heures ; par un professionnel de la santé au minimum une fois par jour ; ainsi que par le médecin et la direction une fois par semaine.
- Pour les mesures de contention chimique : la surveillance sera exercée par un professionnel de la santé (apte et au bénéfice d'une expertise en gérontologie) au minimum une fois par jour ; par le médecin au minimum une fois par semaine ; et par la direction au minimum une fois par mois.

Les fréquences indiquées ci-dessus représentent un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et d'augmenter les fréquences si nécessaire. Dans le cadre de la surveillance renforcée, les systèmes d'appel ou de détection (ex : tapis d'alarme) adéquats seront en outre prévus si nécessaire. De manière générale, la surveillance fait l'objet d'inscriptions détaillées dans le dossier.

8. Mesures de compensation

Le Conseil d'éthique préconise, en matière de mesures de contention (physique ou chimique), de rechercher à offrir systématiquement et d'office des mesures compensatoires qui peuvent être intégrées dans le projet d'accompagnement. La mesure de contrainte mise en place doit ainsi, dans la mesure du possible, être compensée par une activité personnalisée (p.ex. lecture par un animateur, promenade particulière, séance de physiothérapie, relation d'aide, etc.) prodiguée au résident dont la liberté individuelle a été restreinte. De telles mesures compensatoires, bien réfléchies et adaptées à la situation individuelle du résident, s'avèrent en effet bénéfiques pour le maintien de la santé des résidents¹.

¹ Cf. les travaux de CAMERON CAMP (cf. www.ag-d.fr), p.ex. ORSULIC-JERAS/JUDGE/CAMP, 2000,107-11



Pour les autres mesures de contrainte, des mesures de compensation seront prévues dans le cadre du projet d'accompagnement. Ces mesures compensatoires sont nécessaires en particulier en cas d'opposition du résident à la mesure de contrainte. Elles sont aussi utiles en l'absence de réaction d'opposition, afin notamment de prévenir d'éventuelles oppositions et tenir compte de la personnalité de chaque résident (qui implique une réaction différente face à une atteinte à la liberté).

On rappellera que dans le cadre du projet d'accompagnement et des aménagements prévus pour chaque résident, l'EMS devra tenir compte de son obligation de favoriser les relations du résident avec des personnes de l'extérieur et protéger sa personnalité¹, y compris ses droits de la personnalité affective².

9. Evaluation périodique de l'état du résident et la nécessité du maintien de la mesure de contrainte

Dans tous les cas, la justification de la mesure doit être reconsidérée à intervalles réguliers. Outre l'observation à chaque instant par le personnel de la situation et la surveillance, une réévaluation périodique systématisée de l'état du résident, ainsi que de la nécessité de maintenir ou non la mesure de contrainte doit être mise en place. La fréquence de la réévaluation devra bien entendu être adaptée à la situation en cause. Il ne doit pas s'agir d'une formalité. Cette évaluation doit :

- déterminer si la mesure est toujours utile ;
- apporter les justifications amenant à la conclusion que cette mesure doit être maintenue ;
- déterminer les éléments permettant de conclure que la mesure en question répond toujours à l'objectif fixé, qu'elle est toujours nécessaire et la plus apte à atteindre le but visé.

Une évaluation implique notamment que soit noté, par la personne en charge, le descriptif de ce qui a été évalué, ainsi que tous les éléments compris dans le but et l'objectif de l'évaluation (en quoi la mesure est toujours utile ; pourquoi elle doit être maintenue, en quoi elle répond toujours à l'objectif fixé, pourquoi elle est toujours nécessaire et la plus apte à atteindre ce but). Cette évaluation dépendra là encore du type de mesure et, pour certaines, de l'éventuelle réaction d'opposition du résident. Le résultat de l'évaluation périodique sera inscrit de manière complète dans le protocole.

9.1 Les mesures organisationnelles

Pour les mesures organisationnelles, d'ordre général, en l'absence de réaction d'opposition, la direction procédera au minimum à une évaluation annuelle (ou à la demande du résident). En cas de réaction d'opposition, cette réévaluation se fera au minimum une fois par mois par la direction.

¹ Cf. art. 386 CC

² Cf. Vaerini, Les droit de la personnalité, p. 229



9.2 Les mesures spécifiques

Pour les mesures spécifiques, moyennement restrictives, en l'absence de réaction d'opposition, l'évaluation se fera au minimum une fois par semaine par la direction et le médecin. En cas de réaction d'opposition, cette évaluation aura lieu au minimum une fois par semaine par le médecin et la direction. Ces fréquences représentent un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et d'augmenter les fréquences, si nécessaire.

9.3 Mesures limitant la liberté de mouvement et contention chimique

Pour les mesures limitant la liberté de mouvement en matière de contention physique, la réévaluation se fera au minimum une fois par jour par le professionnel de la santé. Par ailleurs, la mesure sera également réévaluée une fois par semaine par le médecin conjointement avec la direction.

Pour les mesures limitant la liberté de mouvement en matière de contention chimique, la réévaluation se fera au minimum une fois par semaine par le médecin lors de sa visite hebdomadaire. Par ailleurs, la mesure sera également réévaluée au minimum une fois par mois par le médecin conjointement avec la direction.

Les fréquences indiquées ci-dessus sont un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et d'augmenter les fréquences si nécessaire.

10. Maintien ou levée de la mesure de contrainte

A tout moment, s'il apparaît que la mesure de contrainte n'est plus justifiée, elle doit être levée sans délai. A toutes fins utiles, l'on rappellera que le résident incapable de discernement, son représentant ou ses proches peuvent en tout temps s'adresser à l'autorité compétente (art. 385 CC). En vertu de l'art. 385 al. 3 CC, « toute requête sollicitant une décision de l'autorité de protection de l'adulte doit lui être transmise immédiatement ». L'art. 23e al. 3 LSP-VD prévoit que le médiateur peut être sollicité au préalable dans tous les cas.



VII. REMARQUES FINALES

Lorsqu'une mesure de contrainte doit être mise en place, l'on ne saurait faire l'économie d'une gestion administrative performante, permettant de mettre en lumière et de « tracer » l'ensemble des réflexions et décisions pluridisciplinaires prises, et de s'assurer du respect des exigences légales et de la nécessité de toujours tenir compte des intérêts objectifs du résident et de sa situation individuelle. Cette gestion administrative doit se faire au moyen d'outils adéquats. Elle se fait soit sous format papier depuis plusieurs décennies (cf. p. ex. Kardex pour identifier le dossier du résident), soit, plus récemment, de manière informatisée (on parle aujourd'hui par exemple de Dossier Informatisé du Résident pour SADIES-DIR ; de Système d'Information pour les Etablissements Médicalisés ou de Soins chez Siems ; de dossier de soins infirmiers pour le DSI-Gamma-diA ou encore de dossier de l'utilisateur pour Novacare (VitaDoc) chez Novateam pour ne citer que les plus connus sur le plan romand).

Dans la pratique, ces outils sont précieux dans la gestion du temps, dans leur qualité de soutien pour gérer de manière efficace la mesure en cause, ainsi que les fréquences d'évaluation de celle-ci et sa durée. La plupart des supports informatisés permettent ainsi la mise à disposition très rapide d'une série d'informations, pour certaines incontournables, mais surtout, de tout un ensemble de rappels et autres indicateurs particulièrement utiles dans le cadre d'une analyse professionnelle de la situation et dans l'examen du maintien de la mesure.

A cet égard, l'on signalera l'existence du logiciel GESCO, développé par l'Association pour la Recherche et la Promotion en Etablissements Géro-psycho-geriatriques (ARPEGE) pour gérer les mesures de contrainte. Cet instrument permet, grâce au suivi d'un protocole, d'avoir une vision globale de la situation du résident. Il oblige l'équipe à se poser les questions adéquates à chaque étape ou encore à envoyer des mails lors de validation et d'évaluation à exécuter.

Afin d'améliorer et d'arriver à une application adéquate des mesures de contrainte, il faut outre un cadre légal satisfaisant, une pratique cohérente et une surveillance efficace, prévoir des formations spécifiques des soignants et autres collaborateurs dans ce domaine. Une sensibilisation sur la question des mesures de contrainte devrait en outre être systématiquement effectuée.

Des groupes de discussion s'adressant aux collaborateurs et/ou aux résidents et aux proches pourraient également être mis en place dans les établissements, afin de promouvoir le dialogue et la collaboration dans ce domaine. De manière générale, une sensibilisation du public à la problématique des mesures de contrainte et de la gestion du risque serait indiquée. Il s'agit d'attirer l'attention du public non seulement sur les risques auxquels on cherche à répondre par le biais des mesures de contrainte (ex : risque de chute), mais également sur les risques pour le résident de la mesure de contrainte elle-même (ex : blessures physiques, atteintes psychologiques).

De même, le recours à la psychiatrie de liaison, à des coachings et à des supervisions des collaborateurs devraient être prévus dans les situations complexes. Une liste de superviseurs reconnus est disponible sur le site Internet de l'Association Romande des Superviseurs. Ces supervisions pourraient être centrées sur les questions de mesures de contrainte ou plus généralement sur l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie du résident.



La mobilisation de ces différentes ressources constitue un moyen efficace de lutter contre la banalisation de l'usage des mesures de contrainte. Ces ressources fournissent par ailleurs aux collaborateurs et aux établissements médico-sociaux des outils pour prévenir plus largement les dérapages, en améliorant la qualité de l'accompagnement des résidents et le quotidien des collaborateurs.

L'usage de mesures de contrainte étant souvent lié à de multiples enjeux (financiers, organisationnels, etc.) au sein des établissements médico-sociaux, on peut se demander si l'intégration d'un tiers « neutre » (appartenant à la société civile) dans la réflexion sur l'utilisation de telles mesures ne serait pas indiquée, en particulier lorsque le résident concerné ne dispose pas de sa capacité de discernement. Ces « accompagnants » pourraient être issus d'associations défendant les intérêts des personnes âgées, telles qu'Alter Ego (Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées), l'AVIVO (Association de défense et de détente des retraités¹¹⁷) ou le Mouvement des Aînés.

