



Pour une approche bienfaisante de la contention

la communication, la logique et l'imagination

Michel T. Giroux, Claude Maheux, Manon Chevalier

Au cours de votre tournée auprès de vos malades hospitalisés, une infirmière vous demande de prescrire une contention à M^{me} Aléa, admise à l'hôpital la veille en raison d'un état confusionnel aigu et qui a fait une chute ce matin. Les membres de l'équipe soignante sont inquiets, car il ne faudrait surtout pas qu'elle tombe à nouveau et se fracture une hanche. Ils auraient l'impression de faillir à leur obligation de bonne pratique en n'appliquant pas une contention de manière à protéger M^{me} Aléa contre les risques d'une autre chute. Comme moyen de contention, l'infirmière vous suggère le fauteuil gériatrique muni d'une table ainsi qu'une ceinture abdominale au lit.

Au terme de votre conversation, l'infirmière se montre très insistante sur la nécessité d'une contention, d'autant plus que personne n'a le temps de rester constamment à proximité de la patiente pour la surveiller. Comment allez-vous réagir face à cette demande qui semble faire consensus au sein de l'équipe soignante ?

L'ORIGINE DE L'UTILISATION de la contention physique est difficile à préciser exactement. Elle semble cependant avoir été de pratique courante au Moyen Âge. En 1794, Pinel recommandait déjà que l'on « libère les malades mentaux de leurs chaînes ». Au 19^e siècle, en Angleterre, Sir Samuel Tuke élaborait un code de déontologie bannissant l'utilisation de la contention et, en 1842, le Parlement votait une loi exigeant dorénavant la tenue d'un registre sur l'utilisation de la contention physique. Malheureusement, l'Amérique du Nord tardera, pour sa part, à se questionner sur cette pratique. Ce n'est que depuis une trentaine d'années que nous avons commencé à nous interroger sur son bien-fondé. C'est

alors que nous avons vu apparaître diverses publications traitant des effets de la contention. Plus récemment, la littérature médicale a publié des articles dans lesquels on s'interroge sur les motivations justifiant son utilisation.

Malgré tout, la contention est encore largement utilisée, particulièrement en Amérique du Nord. Alors que son taux d'utilisation en soins de longue durée est inférieur à 10 % en Angleterre, il est de 30 % à 86 % au Canada chez les patients recevant des soins de longue durée et de 7 % à 22 % chez ceux recevant des soins de courte durée.

Existe-t-il des avantages sur le plan clinique à utiliser la contention chez les patients âgés ?

Facteurs prédisposant à l'utilisation de la contention

Plusieurs facteurs bien établis prédisposent à l'utilisation de moyens de contention. Ils se retrouvent à la fois chez les patients, les intervenants, les proches et dans les établissements de santé. Le *tableau 1* résume ces principaux facteurs.

M^c Michel T. Giroux, avocat et docteur en philosophie, est directeur de l'Institut de consultation et de recherche en éthique et en droit (ICRED). Le D^r Claude Maheux, omnipraticien, exerce au Département de gériatrie du CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus, à Québec. La D^{re} Manon Chevalier, interniste gériatre, exerce au Département de gériatrie du CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus, à Québec.

Tableau 1

Facteurs qui augmentent le risque d'utilisation de la contention

Facteurs liés aux patients

- Grand âge
- Présence d'un déficit cognitif
- Perte d'autonomie fonctionnelle
- Instabilité à la marche
- Agitation, comportements perturbateurs, errance et fugues
- Manque de collaboration aux soins
- Fracture de la hanche

Facteurs liés aux intervenants

- Méconnaissance de la problématique, dont fausses croyances quant à l'efficacité de la contention
- Préséance de la sécurité sur la liberté de l'individu
- Peur des représailles du milieu ou des proches
- Intolérance face à l'agitation et aux comportements perturbateurs
- Difficulté à gérer l'incertitude
- Besoin de « contrôle »
- Faible niveau de scolarité

Facteurs liés aux établissements de santé

- Absence ou non-application de la politique concernant la contention
- Manque de ressources humaines et financières
- Absence d'éducation continue auprès du personnel et des proches
- Absence d'interdisciplinarité dans les unités de soins
- Environnement physique inadéquat

Facteurs liés aux proches

- Méconnaissance de la problématique
- Besoin de sécurité
- Faible niveau de scolarité

Raisons justifiant l'utilisation

Les raisons les plus souvent invoquées par le personnel pour justifier l'utilisation de moyens de contention physique sont les suivantes : la protection du bénéficiaire, la prévention des chutes, la préservation

Encadré

Définition de la contention

Plusieurs définitions peuvent s'appliquer à la contention. Pour les besoins de cet article, nous retiendrons la définition que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a utilisée dans son document sur les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention. Ainsi, la contention est définie comme une « mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap¹ ». Cette définition, qui est très large, englobe à la fois les côtés de lit et les fauteuils gériatriques, mais exclut l'utilisation de substances chimiques visant à limiter la capacité d'action d'une personne.

de tubulures intraveineuses, entérales et urinaires, la maîtrise de l'agitation ou de l'errance et la crainte des représailles advenant qu'un bénéficiaire soit victime d'un incident ou d'un accident alors que son état aurait justifié l'emploi de la contention.

Parmi les équipes soignantes, il existe souvent une ambivalence chez le personnel des établissements hospitaliers et des milieux d'hébergement face à l'utilisation de la contention. C'est souvent la perception de l'intervenant face au risque de chute du patient qui fait la différence quant à l'emploi ou non de moyens de contention chez un usager².

Les moyens de contention sont-ils efficaces ?

À la lumière de plusieurs études, il est aisé de conclure que l'utilisation de la contention physique ne semble pas résoudre les problèmes qui servent à la justifier, particulièrement en ce qui a trait à la prévention des chutes et à la maîtrise de l'agitation.

• Prévention des chutes.

Morris et Isaacs, dans un article publié en 1980 dans *Age and ageing*, ont dénombré 422 chutes pour

À la lumière de plusieurs études, il est aisé de conclure que l'utilisation de la contention physique ne semble pas résoudre les problèmes qui servent à justifier leur utilisation, particulièrement en ce qui a trait à la prévention des chutes et à la maîtrise de l'agitation.

Repère

1000 patients dans une unité où la contention n'était pas encouragée comparativement à 607 chutes pour 397 patients dans une unité où son utilisation était courante. De même, en Angleterre, où le recours à la contention est peu fréquent, on observe un taux de fractures variant entre 0,7 % et 1,7 % par chute alors qu'aux États-Unis, où cette méthode est plus largement utilisée, ce taux se situe entre 1,8 % et 3,8 %. Une étude de Tinetti et coll., publiée dans le *Journal of the American Geriatrics Society* en 1987, a montré une diminution des chutes en raison de l'utilisation de la contention, mais une augmentation des chutes avec blessures graves. Le même auteur a révélé, dans une autre étude publiée en 1992, que l'utilisation de la contention était associée de façon significative aux blessures sérieuses, et ceci après ajustement pour les autres facteurs³.

Par ailleurs, en 1990, une étude auprès de 463 résidents hébergés dans un milieu de soins de longue durée d'Atlanta a révélé que l'utilisation de cotés de lit n'a eu aucun effet sur la prévention des chutes isolées ou répétitives ni sur les blessures sérieuses⁴.

• Maîtrise de l'agressivité et de l'agitation.

L'expérience clinique en milieu d'hébergement et de soins de courte durée nous montre que, contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'utilisation de la contention ne semble pas efficace pour maîtriser l'agressivité⁵. On constate plutôt une augmentation de l'agitation de l'utilisateur associée à un désir de se libérer de la contention.

L'utilisation de la contention est plutôt à la source de plusieurs problèmes ou conséquences à la fois pour l'utilisateur, le personnel soignant, les proches et l'établissement. Ainsi, le fait d'immobiliser un utilisateur amène une diminution de la mobilité avec toutes les conséquences qui en découlent : diminution du tonus musculaire, diminution de l'amplitude articulaire, fonte musculaire, augmentation du risque d'escarres de décubitus, prédisposition à l'incontinence urinaire et fécale et aux problèmes d'équilibre, etc.⁶. Diminution de l'estime de soi, anxiété, crainte, humiliation et découragement ne sont que quelques-unes des conséquences sur le plan psychologique décrites par certains auteurs, dont Strumpf et Evans⁷.

Le *tableau II* indique de façon plus détaillée les

Tableau II

Risques liés à l'utilisation de la contention

Risques pour les usagers sur le plan physique

- Augmentation de la durée du séjour
- Diminution de la capacité fonctionnelle et de la masse osseuse et musculaire
- Déshydratation, diminution de l'appétit et malnutrition
- Rétention, infection et incontinence urinaire
- Constipation et incontinence fécale
- Augmentation du risque de thrombose veineuse et artérielle
- Pneumonie, escarres de décubitus, contractures, hypotension orthostatique
- Œdème des membres inférieurs
- Risque accru de blessures graves lors des chutes
- Risque accru de mortalité*

Risques pour les usagers sur le plan psychologique

- Dépression, isolement, régression, baisse de l'estime de soi
- Apparition ou exacerbation de la confusion
- Anxiété, peur, agitation, colère, agressivité
- Altération du sommeil
- Perte de dignité, humiliation

Risques pour les intervenants

- Anxiété, frustration, insatisfaction
- Sentiment de culpabilité et d'être inadéquat
- Impression de surcharge (la contention ne diminue pas la charge de travail)

Risques pour les établissements

- Diminution de la qualité des soins
- Mauvaise réputation de l'établissement
- Problème de gestion du personnel
- Répercussions sur les coûts (l'utilisation de la contention nécessite plus de surveillance de la part du personnel soignant)

Effets sur les proches

- Sentiment d'impuissance
- Désolation et tristesse

* L'augmentation du risque de mortalité s'explique tant par une augmentation indirecte que directe. En fait, on estime que le risque indirect de mourir en cours d'hospitalisation chez les patients sous contention est huit fois plus important que chez ceux qui ne font pas l'objet de contention. Le risque direct, quant à lui, est lié aux facteurs suivants : sédation, exténuation, santé précaire, maladies cardiaques, obésité, hyperflexion, position ventrale avec mains derrière le dos, obstruction des voies respiratoires par des contraintes au niveau du cou.

principaux risques liés à l'utilisation de la contention. À la lumière de ces données, il nous apparaît donc évident que la contention n'est pas une pratique souhaitable et qu'elle ne devrait être utilisée que dans des situations extrêmes lorsque tous les autres moyens ont été épuisés ou ont échoué.

Quelles sont les normes juridiques applicables à la mise en œuvre de la contention ?

Nous examinerons les normes juridiques applicables à la mise en œuvre de la contention dans le cas de M^{me} Aléa. Il serait impossible d'exposer toutes les normes juridiques applicables à la contention en général dans le contexte de cet article.

En droit, le cas de M^{me} Aléa soulève deux préoccupations essentielles : la nécessité d'obtenir un consentement libre et éclairé avant de prodiguer des soins et la qualification juridique de la contention à titre de mesure minimale, exceptionnelle et adaptée.

Le consentement libre et éclairé

Toute administration de soins nécessite préalablement un consentement libre et éclairé du bénéficiaire, nous dit l'article 10 du Code civil du Québec. Des exceptions au principe du consentement libre et éclairé, dont les cas d'urgence, sont prévues dans la loi. Puisque la mise en œuvre de la contention est une forme de soins, elle nécessite l'expression d'un consentement libre et éclairé.

Un consentement libre existe lorsque la personne agit de son plein gré, sans crainte ni menace ni pression d'aucune sorte. Un consentement est éclairé lorsque la personne a été informée et a compris les renseignements nécessaires à sa prise de décision. La norme du consentement éclairé intervient dans le contexte de la relation de confiance qui doit exister entre un médecin et son patient. Ce dernier doit être informé de son état de santé ainsi que des autres interventions possibles. L'information donnée permet au patient de prendre une décision en connaissance de cause. L'exercice concret du droit d'une personne, le patient, existe par la réalisation du devoir d'une

autre personne, le médecin ou le professionnel de la santé concerné.

Le patient majeur et apte dispose du droit de consentir aux soins ou de les refuser. Dans l'hypothèse où un patient majeur et apte refuserait le recours à la contention, sa volonté devrait être respectée.

Par ailleurs, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) veut faciliter une prise de décision lucide et, autant que possible, une participation de la personne au choix des soins qui lui sont prodigués. L'article 8, premier alinéa, de cette loi mentionne la nécessité d'informer le patient sur son état de santé ainsi que sur les différentes possibilités d'intervention qui lui sont offertes.

La reconnaissance de l'inviolabilité personnelle procure au patient le droit de consentir aux soins et celui de les refuser. L'exercice de ce droit impose au praticien et à ses collègues de l'équipe soignante l'obligation d'informer adéquatement le patient. En contexte d'intervention planifiée, ce consentement du patient ou de son représentant est requis. Il arrive parfois qu'on néglige d'obtenir le consentement libre et éclairé à la contention, particulièrement chez les personnes âgées. Cette conduite, qui procède d'une infantilisation de la personne âgée, est à proscrire absolument, d'autant plus que nous connaissons mieux maintenant les risques et les inconvénients associés à cette pratique.

Le consentement substitué

La description du cas nous révèle que M^{me} Aléa souffre d'un état confusionnel aigu dont la cause est toujours inconnue. À tout le moins pour le moment présent, M^{me} Aléa doit être considérée comme une personne inapte. Même si nos lois utilisent les termes « aptitude » et « inaptitude », elles ne les définissent pas. En fait, les concepts d'aptitude et d'inaptitude ne sont pas d'abord des concepts juridiques, mais plutôt des concepts médicaux qui ne peuvent s'incarner que dans la pratique clinique.

Nous pouvons supposer que la question de savoir si le recours à la contention est une mesure appropriée

Puisque la mise en œuvre de la contention est une forme de soins, elle nécessite l'expression d'un consentement libre et éclairé.

Repère

se présentera fréquemment dans des contextes d'aptitude déficiente ou variable ou encore de franche inaptitude. La question de savoir si la personne concernée est apte ou inapte représente un élément fondamental dans le contexte du consentement. L'inaptitude de la personne concernée porte à conséquence puisque le consentement aux soins est alors donné par une autre personne, détentrice de ce qu'on appelle le consentement substitué.

L'aptitude dont il s'agit ici n'est pas une aptitude par rapport aux activités de la vie en général, mais plutôt une aptitude spécifique et précise qui se rapporte à la capacité, pour le patient, de comprendre sa situation et de se positionner par rapport à l'intervention proposée et à ses effets. Gardons aussi à l'esprit que le refus d'une intervention donnée ne signifie en rien que le malade est inapte.

La démonstration de l'inaptitude ne se fait pas en prouvant que la personne ne comprend pas, mais plutôt en prouvant qu'elle ne dispose pas de la capacité de comprendre. Dans un jugement rendu en 1994, la Cour d'appel du Québec a décidé de retenir les critères d'évaluation de l'aptitude contenus dans une loi de la Nouvelle-Écosse. Voici ces critères d'évaluation, exprimés sous la forme de cinq questions :

- ☉ La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- ☉ La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- ☉ La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement ?
- ☉ La personne comprend-elle les risques de ne pas suivre le traitement ?
- ☉ La capacité de compréhension de la personne est-elle affectée par sa maladie⁸ ?

Il arrive qu'une personne majeure inapte fasse l'objet d'un régime de protection, comme il se peut qu'elle ne fasse pas l'objet d'un tel régime. L'incident de santé qui a rendu M^{me} Aléa inapte à donner son consentement vient de survenir. Il est donc impossible qu'on ait eu le temps de lui procurer un régime de protection. Lorsqu'il n'existe aucun régime de protection, le consentement est confié à l'une des personnes suivantes, en ordre de priorité :

- ☉ le conjoint du majeur inapte, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait ;
- ☉ un proche parent lié par le sang ou par alliance ;

- ☉ une personne démontrant un intérêt particulier pour un majeur inapte.

Le détenteur du consentement substitué doit agir suivant les balises d'ordre général que lui impose la loi. L'une de ces balises est véritablement fondamentale : elle établit que le détenteur du consentement substitué doit agir dans le seul intérêt de la personne représentée.

Il est vraisemblable que le conjoint ou les enfants de M^{me} Aléa détiennent l'exercice du consentement substitué. Avant de consentir à la contention de M^{me} Aléa, le détenteur du consentement substitué doit se demander si cette mesure contribuerait au bien-être de la patiente. Conséquemment, une proposition de contention qui serait fondée sur le besoin de mieux « organiser » ou « gérer » une unité de soins serait parfaitement irrecevable pour le détenteur du consentement substitué.

Par ailleurs, le détenteur du consentement substitué devra examiner le caractère plus ou moins proportionné des bienfaits de l'intervention en relation avec les inconvénients. Comme nous savons que la contention comporte des risques et des inconvénients sérieux pour la personne qui en fait l'objet, il faudra estimer si les bienfaits attendus sont considérables et si leur réalisation est probable. Évidemment, la qualité de l'examen du caractère proportionné d'une contention est tributaire de la qualité des renseignements que l'équipe soignante donne au détenteur du consentement substitué.

La qualification légale de la contention

Certains soins de santé se distinguent des autres pour diverses raisons. Par exemple, lorsqu'il n'y a pas d'urgence, l'anesthésie et l'intervention chirurgicale nécessitent un consentement écrit. Le législateur tient aussi à distinguer la contention des autres soins de santé. Voyons comment la contention est qualifiée à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Tableau III

Principes directeurs devant guider l'élaboration d'un protocole concernant les mesures de contrôle¹

- ⦿ Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque **imminent**.
- ⦿ Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en **dernier recours**.
- ⦿ Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire d'appliquer la mesure la moins contraignante pour la personne.
- ⦿ L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
- ⦿ L'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.
- ⦿ L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. »

Tout d'abord, le mot « contention » n'apparaît pas dans cette disposition. Cependant, nous savons que « contention » est le nom que porte la mesure visée, parce que l'objet de cette mesure consiste dans « le contrôle d'une personne », nous dit l'article 118.1.

Qualifier un objet signifie caractériser cet objet par l'attribution d'une qualité qui en exprime la nature. La qualification juridique de la contention signifie que la loi en définit les caractéristiques et que celles-ci en expriment la nature. Le premier alinéa de l'article de loi cité contient trois de ces caractéristiques : l'utilisation de la contention doit être minimale, exceptionnelle et adaptée à la personne sur laquelle on l'applique. Minimale : une contention utilise des moyens aussi peu contraignants que possible pour atteindre sa finalité. Exceptionnelle : une contention n'est pas utilisée comme un moyen usuel, mais plutôt comme un moyen qui sort de l'ordinaire et auquel on recourt aussi rarement que possible. Adaptée : une contention est conçue en fonction de l'état physique et mental de la personne à laquelle elle est destinée. Une contention adaptée se conforme uniquement aux exigences du bien-être de la personne visée. Les habitudes ayant cours dans une unité ou encore les normes qu'on souhaiterait appliquer universellement n'ont pas à dicter les interventions qu'il convient de mettre en œuvre.

Les second et troisième alinéas cités concernent les mentions qu'il faut inscrire au dossier ainsi que les mesures administratives qui visent à s'assurer que le personnel de l'établissement continue de recourir à la contention de façon exceptionnelle. Le troisième alinéa fait plus particulièrement référence à ce qu'on appelle des « orientations ministérielles ». Les orientations ministérielles ont été exprimées dans un document du ministère de la Santé et des Services sociaux publié en 2002¹. Ce document contient six principes directeurs qui doivent guider chaque établissement dans l'élaboration de son protocole concernant les mesures de contrôle (tableau III).

Les orientations ministérielles décrivent ce qu'on entend par une contention minimale, exceptionnelle et adaptée. Le premier principe décrit la contention comme une mesure applicable dans un contexte de risque immédiat. Le second principe énonce que la

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Repère

contention doit être utilisée en dernier recours. Le quatrième principe attire notre attention parce qu'il requiert que la contention fasse « l'objet d'une supervision attentive ». Les risques et les inconvénients associés à cette pratique sont suffisamment sérieux pour que sa mise en œuvre commande une supervision attentive, c'est-à-dire qu'on y veille de façon méticuleuse et soutenue.

Le rapprochement entre les dispositions du Code civil du Québec portant sur le consentement et l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux cité plus haut procure une compréhension globale des dispositions juridiques à l'égard de la contention. Ainsi, une contention mise en œuvre sans le consentement du patient pour d'autres raisons que de l'empêcher « de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions » enfreint le droit à l'inviolabilité personnelle et le droit à la liberté de mouvement.

Le fait que, d'après l'équipe soignante, personne n'a le temps de se trouver constamment auprès de la patiente pour la surveiller ne justifie pas le recours à la contention. Par ailleurs, la mise en œuvre de la contention exige une supervision méticuleuse et soutenue qui est susceptible de nécessiter plus de personnel que l'absence de contention.

La communication, la logique et l'imagination

Des membres de l'équipe soignante voudraient intervenir en appliquant une contention de manière à protéger M^{me} Aléa des risques (chute et fracture de la hanche) qu'elle présente pour elle-même. Perçue ainsi, la contention semble être une mesure adéquate dans le cas de cette personne. D'un autre côté, une prise en compte des risques et des inconvénients de la contention engendre une volonté de ne pas y recourir ou de le faire aussi rarement que possible.

Certaines considérations éthiques essentielles doivent guider notre réflexion en matière de contention. Premièrement, rappelons que le patient, même

en état de démence avancée, est une personne à part entière dont on doit favoriser le bien-être, au-delà des contraintes administratives ou autres. Deuxièmement, une communication franche et lucide entre l'équipe soignante, le patient et ses proches est indispensable dans une perspective de décisions propices au bien-être du patient. Par communication lucide, nous entendons un échange aussi peu influencé que possible par les préférences ou les valeurs personnelles des intervenants. Troisièmement, les décisions relatives à la contention pour une personne donnée doivent respecter la norme de la nécessité clinique. Le praticien doit s'abstenir de toute intervention qui, dans la balance des avantages et des inconvénients, irait à l'encontre du bien-être du patient.

La contention est une mesure issue des milieux psychiatriques. Utilisée sans discernement, elle devient une réponse simple, commode et facile devant l'ensemble des états et des comportements qu'on ne souhaiterait pas se donner la peine d'évaluer, de traiter ou d'accompagner adéquatement.

En elle-même, la contention n'est jamais un bien. C'est pourquoi elle heurte notre objectif de non-malfaisance. En raison des risques et des inconvénients physiques, psychologiques et intellectuels qu'elle entraîne pour le patient, la contention n'est ni une intervention banale, ni une mesure de premier choix. Elle comporte des possibilités considérables de dérapage et d'effets indésirables, notamment en raison de la vulnérabilité et parfois de l'isolement social extrême des personnes visées. Malgré toutes les bonnes intentions qui nous conduisent à choisir ce moyen, nous devons bien comprendre que la contention constitue essentiellement une limitation à la liberté de mouvement du patient.

La contention doit être évaluée, d'abord quant à son opportunité, puis quant à sa forme et enfin quant à sa mise en œuvre. Pour chacun de ces aspects, on se demandera comment aider le patient, tout en évitant de lui nuire. Une approche de la

Parce qu'elle a toujours pour effet de priver la personne de sa liberté de mouvement et en raison de ses risques et de ses inconvénients, la contention n'est ni une intervention banale, ni une mesure de premier choix. Elle comporte des possibilités considérables de dérapage et d'effets indésirables, notamment en raison de la vulnérabilité et parfois de l'isolement social extrême des personnes visées.

Repère

contention devrait comporter trois éléments : la communication, la logique et l'imagination.

La communication

La communication avec le patient (ou son représentant légal) lui permet d'exercer son autonomie parce qu'il est renseigné sur son état et sur un certain choix à propos des interventions adéquates qui lui sont proposées. Pour informer convenablement les personnes concernées, les membres de l'équipe soignante se trouvent dans l'obligation de présenter la contention telle qu'elle est dans sa réalité et telle qu'on doit la percevoir, c'est-à-dire comme la dernière option à envisager à titre exceptionnel et dont le caractère effractif doit être minimal. De telles explications peuvent s'avérer fort utiles lorsque le patient est inapte et que ses proches tiennent à obtenir une protection efficace à leurs yeux contre tous les risques physiques de la vie quotidienne.

Une bonne communication entre l'équipe soignante, le patient et ses proches permet d'éviter les malentendus à propos d'un sujet très sensible ou lorsque les proches mettent en doute la compétence de l'équipe soignante. Il va de soi que les réactions à des mesures de contention semblables ou identiques varient d'un patient et d'un groupe de proches à l'autre, puisque la notion de ce qu'est la qualité de vie est différente selon la culture, l'éducation, le tempérament, etc.

La logique

La logique est la caractéristique de la personne dont l'esprit se distingue par l'exactitude de ses concepts et l'articulation rigoureuse de ses raisonnements. Est-il logique de chercher à protéger une personne contre un risque, alors que les risques et les inconvénients du moyen de protection utilisé sont aussi, sinon plus sérieux et fréquents que le risque initial ? Est-il logique de prescrire une contention à une personne, notamment parce qu'on n'a pas le temps de la surveiller, alors que la contention sécuritaire suppose le maintien d'une supervision méticuleuse et soutenue ?

Les interventions des professionnels de la santé auprès des usagers se justifient par leur finalité évidente, soit le bien-être de l'usager. Il ne peut donc pas s'agir

de prescrire une contention dans le but de faciliter l'offre de services, de pallier une carence organisationnelle ou, plus confusément, de simplifier la vie de l'équipe soignante. On ne peut pas non plus soutenir un argument voulant que la tranquillité des autres résidents et du personnel justifie qu'une personne dérangeante fasse l'objet de contention. Conséquemment, l'inconfort, la lassitude et même l'exaspération du personnel ou des visiteurs n'autorisent pas le recours à la contention.

Si la personne concernée a une perte de capacités physiques ou intellectuelles ou si elle est devenue inapte, son autonomie n'existe plus dans son étendue antérieure, ni dans toute la richesse de ses manifestations. Il ne subsiste alors peut-être plus qu'une autonomie partielle ou résiduelle de fonctionnement qu'on devrait s'efforcer de préserver. C'est pourquoi nous devons retenir la contention uniquement lorsque les autres moyens – les solutions de remplacement – ont échoué ou ne sont manifestement pas appropriés.

L'imagination

L'imagination désigne la capacité d'élaborer des conceptions nouvelles et de trouver des solutions originales à des problèmes. Dans le contexte des contentions, l'imagination permet de trouver et d'appliquer des interventions originales qui protègent la personne, sans pour autant entraver sa liberté de mouvement. Certaines initiatives facilitent le travail de l'imagination : une évaluation attentive de la personne, particulièrement des causes des phénomènes qui pourraient inviter au recours à la contention, ainsi qu'une communication soutenue entre le médecin, l'équipe soignante et les proches. Ces conditions réunies devraient faciliter la mise au point d'idées concrètes et utiles.

L'imagination peut être placée au service du respect de la personne, de manière que la contention soit mise en œuvre « en cas de nécessité absolue, c'est-à-dire une fois que tous les autres moyens ont échoué » et en ayant toujours comme préoccupation essentielle « de limiter d'une façon minimale et exceptionnelle la liberté et l'autonomie de la personne⁹ ». On ne devrait recourir à la contention que quand elle constitue le seul moyen disponible pour protéger le patient ou améliorer son niveau de bien-être.

L'ARTICLE 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux déclare que la contention existe à titre de mesure minimale, exceptionnelle et adaptée. Cependant, cette nouvelle disposition ne signifie pas que la contention soit maintenant pratiquée à titre de mesure minimale, exceptionnelle et adaptée. En fait, certains milieux devront transformer leurs habitudes, leur mentalité et quelques aspects de leur gestion pour se conformer à la loi. Par contre, il serait particulièrement heureux et beaucoup plus efficace que tous les milieux améliorent leurs pratiques dans la finalité partagée de mieux assurer la sécurité véritable et le bien-être des personnes qu'ils sont chargés de soutenir et de reconforter.

Après discussion avec les membres de l'équipe soignante et les proches de M^{me} Aléa, la décision est prise de ne pas lui prescrire de moyens de contention et de faire preuve d'un peu d'imagination. Ses proches assureront une surveillance le jour, et l'établissement fournira un préposé le soir et la nuit pour la surveiller. On souhaite qu'après quelques jours, l'état confusionnel aigu soit résolu et que M^{me} Aléa retrouve son autonomie antérieure. ☺

Date de réception : 29 octobre 2004

Date d'acceptation : 16 novembre 2004

Mots-clés : contention, gériatrie, consentement, autonomie de la personne, aspect juridique

Bibliographie

1. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.* Direction des communications du MSSS, 2002 ; 15-7.
2. Sullivan-Marx EM, Strumpf NE, Evans LK et coll. Predictors of continued physical restraints use in nursing home residents following restraint reduction efforts. *J Am Geriatr Soc* 1999 ; 47 (3) : 342-8.
3. Tinetti M, Wen-Liang L, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992 ; 116 (5) : 369-74.
4. Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002 ; 50 (1) : 90-6.
5. Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA et coll. Mechanical restraints use among residents of skilled nursing facilities. *JAMA* 1991 ; 265 (4) : 468-71.
6. Frank C, Hodgetts G, Puxty J. Safety and efficacy of physical restraints for elderly. *Can Fam Phys* 1996 ; 42 : 2402-9.
7. Strumpf N, Evans L. Physical restraint of the hospitalised elderly: perception of patients and nurses. *Nurs Res* 1988 ; 37 (3) : 132-7.
8. Guay H. Quelles sont les responsabilités des intervenants qui réalisent les diverses évaluations en milieu de santé? Dans : *Responsabilités et mécanismes de protection*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, 2004 ; 200 : 221.
9. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.* Direction des communications du MSSS, 2002 ; p. 21.

Summary

For a beneficial approach to means of restraint: communication, logic and imagination. Some means of restraint consist in preventing or in limiting a person's freedom of movement by using human force, mechanical means or by depriving a person of a device serving to mitigate a handicap. Several studies lead us to conclude that these means do not seem to actually solve the problems in regard to what justifies their use. Nevertheless, they are still widely used, particularly to prevent falls or to restrain an agitated or roaming person. They are also used to avoid a legal action in the event of an accident, especially if the patient's condition seems to justify such a prescription.

Because the use of restraints is a form of care, it requires the consent of the patient. It deprives the person of the freedom of movement and always entails risks and inconveniences. Consequently, restraints should be used with caution and not as a first choice. The use of restraints has considerable possibilities of errors and unwanted effects, in part because of the vulnerability and sometimes of the extreme social isolation of the patient concerned. Consequently, the use of such measures must be minimal and exceptional and has to take into account the physical and mental conditions of the patient.

Keywords: Restraints, geriatrics, consent, autonomy, legal aspect

FMOQ – Formation continue

La santé des femmes

10 et 11 février 2005, Hôtel Delta Québec, Québec

Renseignements : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

