

**Association des hôpitaux du Québec**

UNE FORCE AU SERVICE DE SES MEMBRES

---

## **Cadre de référence**

# **Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement**

**Édition révisée 2004**

Mars 2004

---

## LA MISSION DE L'AHQ

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) regroupe quelque 115 membres actifs, à savoir des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, des centres universitaires, des centres hospitaliers de soins psychiatriques, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres de santé et des établissements ayant une mission en réadaptation. Plus de 110 000 personnes travaillent dans ces établissements.

L'Association compte aussi une dizaine d'autres établissements et organismes reliés au domaine de la santé et des services sociaux, ainsi qu'une quarantaine d'entreprises et de sociétés offrant des biens et services aux établissements du réseau.

L'Association a pour mission de représenter et de promouvoir les intérêts de ses membres et de leur fournir une gamme de services qui répondent à leurs besoins.

Le site Web de l'AHQ est l'outil par excellence pour obtenir de l'information sur l'ensemble de ses services.

L'Association des hôpitaux du Québec et ses membres croient à l'importance de développer et de maintenir l'accessibilité à des soins et à des services de haute qualité pour l'ensemble de la population.

### **Note au lecteur :**

Ce document est une mise à jour complète du *Cadre de référence – Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée* publié par l'AHQ en juin 2000.

### Édition :

Coordination de l'édition : Virginie Jamet  
Mise en pages et révision : Lucie Lacasse  
Jacinthe Rouisse

© Association des hôpitaux du Québec, 2004

### Distribution :

Association des hôpitaux du Québec  
Publications de l'AHQ  
505, boul. de Maisonneuve Ouest  
Bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2  
Téléphone : (514) 282-4228  
Site Web : <http://www.ahq.org>

Dépôt légal – 1<sup>er</sup> trimestre 2004  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN : 2-89447-189-0

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.  
Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

## **LISTE DES COLLABORATEURS**

L'élaboration de cette édition du cadre de référence a été rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes. Compte tenu que ce document est une mise à jour, nous désirons remercier également l'équipe qui a travaillé à la première édition publiée en 2000.

### Conception et élaboration

**M. Jacques Gagnon**, conseiller en santé mentale  
Association des hôpitaux du Québec

**M<sup>me</sup> Lucie Labbé**, conseillère, Secteur de l'organisation des soins et services  
Association des hôpitaux du Québec

### **Nous tenons à remercier les personnes suivantes :**

D<sup>re</sup> Céline Crowe, présidente de la Commission de la personne âgée  
Directrice des services professionnels et hospitaliers, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

M. Jacques Hendlisz, vice-président de la Commission de la santé mentale  
Directeur général, Hôpital Douglas

M<sup>e</sup> Simon Gagné, avocat  
Heenan Blaikie

M<sup>me</sup> Michelle Dionne, coordonnatrice, Secteur gestion des risques  
Association des hôpitaux du Québec

### Membres du Comité consultatif sur l'utilisation de la contention et de l'isolement

M<sup>me</sup> Danielle Forget, infirmière, conseillère en soins spécialisés  
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

M<sup>me</sup> Louise Francœur, infirmière clinicienne  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

M<sup>me</sup> Martine Gaudreau, conseillère en soins infirmiers  
Centre hospitalier Robert-Giffard

M<sup>me</sup> Lise Gélinas, conseillère, programme de santé mentale  
Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie

M<sup>me</sup> Carole Giroux, physiothérapeute  
Hôpital Rivière-des-Prairies

M<sup>me</sup> Denyse Lafontaine, conseillère clinique en santé mentale  
Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle

M<sup>me</sup> Nicole Lévesque-Crête, conseillère à la qualité et à la gestion des risques  
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

M<sup>me</sup> Geneviève Ménard, directrice des soins infirmiers  
Hôpital Louis-H. Lafontaine

M<sup>me</sup> Élise Rheault, adjointe à la Direction des soins infirmiers  
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

M<sup>me</sup> Louise Savard, directrice des soins infirmiers  
CHSLD de Lachine

### **Équipe de la première édition (2000)**

Conception et élaboration

M<sup>me</sup> Jocelyne Dufour  
M. Jacques Gagnon

Membres du Comité sur l'utilisation de la contention et de l'isolement

M <sup>me</sup> Martine Gaudreau	M <sup>me</sup> Danielle Mailloux
M <sup>me</sup> Lise Gélinas	M <sup>me</sup> Geneviève Ménard
M <sup>me</sup> Denise Grégoire	M <sup>me</sup> Isabelle Ménard
M <sup>me</sup> Myriam Lapointe	M <sup>me</sup> Odette Roy
M <sup>me</sup> Diane Larose	M <sup>me</sup> Maryse Savoie

Membres de la Commission de la personne âgée

Membres de la Commission de la santé mentale

## AVANT-PROPOS

### L'UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT : UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE

Avec la mise à jour du *Cadre de référence – Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée*, l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) répond aux besoins et aux préoccupations partagés par les regroupements, les associations, les établissements ainsi que les professionnels concernés par la question.

Ce nouveau cadre de référence, à la fois théorique et pratique, est un outil de réflexion et d'analyse qui favorise un processus constant de remise en question de nos pratiques professionnelles au sein des établissements.

Au moment d'appliquer des mesures de contrôle, les intervenants font face à un questionnement troublant. Jusqu'où doit-on assurer la sécurité de la personne? Quel niveau de risque est acceptable? Peut-on entraver la liberté individuelle?

De plus, les intervenants doivent tenir compte des valeurs de la personne, de sa famille, de leurs valeurs personnelles et professionnelles de même que des valeurs de l'organisation. Il s'agit donc d'un processus complexe de prise de décision clinique à caractère éthique. C'est donc sur le spectre des règles éthiques et des normes de pratique que les protocoles d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle doivent s'appuyer pour éclairer le choix du recours à ces mesures. Par conséquent, les mesures préventives et celles de remplacement deviennent des solutions qu'il faut absolument explorer avant d'appliquer toute autre mesure de contrôle : la contention et l'isolement ne seront alors utilisés que si tous les autres moyens se sont avérés inefficaces.

L'engagement des directions des établissements à élaborer un protocole selon un processus dynamique de participation, qui permet une véritable intégration de chacun des membres de l'organisation, a toutes les chances de conduire à un réel consensus malgré les contradictions philosophiques et cliniques. Cependant, ce protocole ne pourra jamais se substituer à la présence attentive, à la compassion, à la conscience individuelle et collective, et finalement au professionnalisme de ceux et celles qui ont le devoir de protéger les personnes vulnérables. En tout temps, nous devons nous interroger sur la validité de nos actions dans un environnement éthique de plus en plus complexe.

Il apparaît que ce cadre de référence pourra soutenir les intervenants pour qu'ils progressent dans la quête collective d'une solution à la problématique complexe que représente le recours à la contention.

La présidente de la Commission de la personne âgée,



Céline Crowe, M.D.  
Directrice des services professionnels et hospitaliers  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

L'AHQ, en produisant ce cadre de référence, indique, à n'en pas douter, sa volonté de poursuivre son engagement et son leadership à travailler à réduire l'utilisation de la contention et de l'isolement auprès des personnes hospitalisées ou hébergées dans un établissement public. Ce faisant, elle contribue à l'humanisation et à l'amélioration de la qualité des soins et des services à la population.

Dans ses efforts pour changer les pratiques relatives à l'utilisation des mesures de contrôle, elle compte invariablement sur l'engagement des directions d'établissement à agir en ce sens. Chacune d'elles doit non seulement se conformer aux dispositions législatives en vigueur, mais exercer un réel leadership au sein de son équipe de gestion clinico-administrative. En dotant l'établissement et les équipes cliniques d'un protocole d'application des mesures de contrôle, en faisant connaître celui-ci aux usagers et à leur famille, et en effectuant annuellement une évaluation de l'application de ces mesures exceptionnelles, la direction d'établissement répond, en quelque sorte, à une exigence minimale.

Mais le présent cadre convie les directions d'établissement et les professionnels qui y travaillent à faire bien davantage. Ainsi que le D<sup>r</sup> Gilbert Matte, alors président de la Commission de la santé mentale, l'exprimait dans l'avant-propos du cadre de référence de juin 2000, « c'est surtout le processus de "réflexion sur soi" qui s'avère significatif ». En continuité avec les actions entreprises il y a déjà quatre ans, il faut, pour réussir ce changement de culture, que tous les acteurs (gestionnaires, membres du conseil d'administration, cliniciens, usagers, familles) participent à la réflexion et à la recherche de solutions.

Incidentement, offrir à tous les membres du personnel un accès à des programmes de formation, mettre à contribution le comité d'éthique pour répondre à certaines préoccupations concernant la contention et l'isolement et s'assurer qu'un processus décisionnel clair et rigoureux est suivi par les équipes cliniques sont d'excellents moyens de soutenir l'engagement de chacun et de se rapprocher de l'objectif visé. Chaque direction doit donc faire preuve de conviction et de leadership en matière de réduction de l'utilisation de la contention et de l'isolement au sein de son établissement.

Le cadre de référence de l'AHQ, par son contenu révisé, fournit une assise de qualité aux gestionnaires et aux cliniciens engagés dans la réalisation du défi magistral, mais combien important, que constitue la réduction de la contention et de l'isolement, voire leur élimination.

Le vice-président de la Commission de la santé mentale,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Hendlisz', with a stylized flourish extending downwards.

Jacques Hendlisz  
Directeur général  
Hôpital Douglas

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 – À PROPOS DE LA CONTENTION ET DE L’ISOLEMENT .....	5
1.1 Historique .....	5
1.2 Développements récents .....	6
1.3 Données sommaires sur l’utilisation de la contention .....	9
1.4 Données sommaires sur l’utilisation de l’isolement selon deux auteurs .....	10
Références du chapitre 1 .....	13
CHAPITRE 2 – L’UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L’ISOLEMENT : UNE APPROCHE INTÉGRÉE .....	16
2.1 Dimension éthique .....	16
2.1.1 Principaux repères éthiques .....	17
2.2 Dimension juridique .....	19
2.2.1 La Charte canadienne des droits et libertés .....	20
2.2.2 La Charte des droits et libertés de la personne .....	20
2.2.3 La Loi sur les services de santé et les services sociaux .....	20
2.2.4 Les Orientations ministérielles .....	21
2.2.5 La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux .....	22
2.2.6 La Loi modifiant le Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé .....	23
2.3 Dimension clinique .....	25
2.3.1 Paradoxe de l’utilisation de la contention .....	26
2.3.2 Fausses croyances sur l’utilisation de la contention : matière à réflexion .....	28
2.3.3 Processus décisionnel pour l’utilisation de la contention et de l’isolement .....	29
2.3.4 Mesures préventives ou de remplacement .....	37
Références du chapitre 2 .....	40

CHAPITRE 3 – LE CONSENTEMENT À L’UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L’ISOLEMENT .....	43
3.1 Contexte juridique .....	43
3.1.1 Code civil du Québec .....	43
3.1.2 Loi sur les services de santé et les services sociaux .....	43
3.1.3 Code de déontologie des médecins.....	44
3.1.4 Code criminel .....	44
3.2 Critères de validité du consentement .....	45
3.2.1 Le consentement doit être donné par une personne apte .....	45
3.2.2 Le consentement doit être manifeste .....	46
3.2.3 Le consentement doit être libre.....	46
3.2.4 Le consentement doit être éclairé .....	46
3.2.5 Le consentement doit être donné à des fins spécifiques .....	47
3.3 Consentement substitué .....	47
3.3.1 Sources d’obtention du consentement substitué .....	47
3.3.2 Qualités du consentement substitué.....	48
3.3.3 Rôle du Curateur public dans le consentement aux soins.....	49
3.4 Refus catégorique .....	50
3.5 Formulaires de consentement ou de refus.....	50
Références du chapitre 3 .....	51
CONCLUSION.....	53
ANNEXE 1 – Taux de succès des alternatives à la contention (Colorado).....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	59



## INTRODUCTION

Pourquoi un nouveau cadre de référence sur l'utilisation de la contention et de l'isolement quand le précédent ne date que de juin 2000? Il est rare, en effet, qu'il soit nécessaire de revoir à si courte échéance un guide d'application de mesures législatives et réglementaires récemment adoptées. Le cadre de référence de juin 2000, fruit de la réflexion d'un groupe de praticiens, cliniciens et gestionnaires clinico-administratifs œuvrant auprès des clientèles de personnes âgées et de personnes atteintes de troubles mentaux, voulait fournir des balises pour l'utilisation de la contention et de l'isolement et ainsi soutenir l'évolution des pratiques cliniques à cet effet.

Il a joué un rôle dynamique auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, notamment comme outil de soutien à la révision de leurs politiques et procédures. Des sessions de formation à l'échelle provinciale, tant auprès des milieux psychiatriques que des milieux de soins aux personnes âgées, ont aussi suivi la publication du cadre de référence de juin 2000. Un sondage effectué auprès des établissements membres de l'AHQ en 2002-2003 a d'ailleurs permis d'établir un portrait positif de la situation concernant l'adoption par les établissements d'un protocole d'application des mesures de contention et d'isolement, la formation des intervenants et les mécanismes de gestion et d'amélioration de ces mesures.

### Les nouvelles orientations ministérielles

On peut également affirmer que le cadre de référence de l'AHQ de juin 2000 a inspiré les travaux effectués par la suite au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ainsi, les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, publiées en décembre 2002<sup>1</sup> par le MSSS (ci-après désignées les « Orientations ministérielles ») sont venues baliser l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. c. S-4.2) (ci-après désignée la « LSSSS »). Les Orientations ministérielles modifient sensiblement les modalités opérationnelles d'application des mesures de contrôle, notamment en introduisant deux contextes d'intervention : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée. La présence de ces nouveaux paramètres n'aurait pas à elle seule nécessité la révision du cadre de référence de l'AHQ, mais elle y a contribué pour beaucoup.

Les Orientations ministérielles ont été accompagnées d'un plan d'action national dont l'objectif principal vise la réduction maximale de l'utilisation des mesures de contrôle, voire l'élimination de leur utilisation. Ce plan d'action intègre également des préoccupations exprimées par l'AHQ, dont la normalisation du matériel de contention et des salles d'isolement.

### La loi modifiant le Code des professions et la loi concernant la prestation sécuritaire de services

Outre les Orientations ministérielles, deux nouvelles lois viennent modifier l'encadrement des mesures de contrôle. La première, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c. 33), donne dorénavant à

d'autres professionnels que les médecins le droit de décider de l'utilisation de la contention. Quant à la deuxième, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (L.Q. 2002, c. 71), elle renforce notamment le rôle du comité de gestion des risques dans les établissements en lui confiant certaines responsabilités qui ont un rapport étroit avec l'application des mesures de contrôle.

Ces événements ont donc contribué à ce que l'AHQ prenne la décision de publier un nouveau cadre qui intègre les changements législatifs récents et les Orientations ministérielles de décembre 2002. En agissant ainsi, l'AHQ souhaite mettre à la disposition de ses membres un document de référence qui, tout en conservant l'esprit du premier cadre, donnera aux cliniciens et aux gestionnaires clinico-administratifs les informations pertinentes à la poursuite de leurs actions pour une utilisation exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire de la contention et de l'isolement auprès des personnes qui reçoivent leurs services.

### Les valeurs sociales reconnues

Quelle que soit la mission spécifique d'un établissement de santé, celle-ci se fonde sur des valeurs sociales reconnues. Le respect de droits fondamentaux tels que la liberté individuelle, la sécurité et la dignité de la personne hébergée ou traitée en établissement, la promotion de sa participation aux choix des traitements et de celle de sa famille aux décisions liées aux objectifs de ses soins composent la pierre angulaire sur laquelle s'appuient les intervenants et les professionnels de la santé dans leurs actions. Toutefois, certaines pratiques cliniques se retrouvent au centre d'une véritable contradiction avec la promotion de ces valeurs.

L'utilisation de la contention et de l'isolement en milieu de soins représente un exemple significatif de la complexité et de la difficulté d'équilibrer les notions de « soigner » et de « faire du bien » avec le respect des choix de l'utilisateur face à son mieux-être. L'utilisation de la contention et de l'isolement peut fortement brimer les droits de l'utilisateur si les objectifs thérapeutiques recherchés par cette mesure ne peuvent être démontrés. L'aménagement des conduites du personnel médical et du personnel de soins doit reposer sur des démarches claires et sans équivoque, appuyées par des politiques, procédures et protocoles connus au regard de l'application de telles mesures.

### Le contenu du document

Ce nouveau cadre de référence s'adresse aux établissements qui sont en processus d'élaboration ou de révision d'un protocole d'application des mesures de contrôle pour satisfaire aux exigences légales et aux récentes Orientations ministérielles en cette matière.

Par souci d'unité et parce que de nombreux éléments de contenu du cadre de référence 2000 sont toujours pertinents, il a été décidé d'en conserver l'essentiel. Ainsi, y trouve-t-on au chapitre 1 un bref historique de l'utilisation de la contention et de l'isolement à travers les époques et des données sommaires sur l'utilisation de ces mesures.

Le chapitre 2 reprend les dimensions éthique, juridique et clinique qui orientent la prise de décision relative à l'utilisation de la contention et de l'isolement. L'approche décisionnelle intégrant ces dimensions y est réaffirmée. Dans le but de soutenir un renouvellement des pratiques, les stratégies susceptibles de renforcer des mesures de prévention ou de remplacement ont été conservées. Considérant la persistance des principaux mythes ou fausses croyances qui favorisent le recours non judicieux à des mesures de contrôle, la section inhérente à ce sujet fait toujours partie de ce chapitre.

En raison de la grande importance que le législateur reconnaît au droit de la personne de consentir ou non aux soins, le chapitre 3 traitant du consentement à l'utilisation de la contention et de l'isolement est toujours pertinent.

Par les nouveaux éléments qu'elle introduit, l'édition 2004 donne une nouvelle perspective dans la recherche de l'équilibre à atteindre entre le respect des droits des personnes vulnérables et les interventions visant la protection de ces dernières. Le processus décisionnel proposé est donc structuré différemment pour tenir compte de ce nouveau paradigme. Notamment, les six types de mesures décrites antérieurement (trois types correspondant à la contention et trois autres à l'isolement) ont fait place à trois motifs d'intervention. Cette décision a été motivée essentiellement par l'introduction, dans les Orientations ministérielles, de deux contextes d'intervention. Un algorithme illustrant très bien ce processus se trouve à la page 36. En raison de ce remaniement majeur, les chapitres 4 et 5 du cadre de référence 2000 ont été retirés.

D'autres changements ont également été apportés à la présente édition pour tenir compte, d'une part, des développements récents relativement à l'utilisation de la contention et de l'isolement au Québec, aux États-Unis et en France et, d'autre part, de certaines modifications législatives.

Ainsi, la partie relative à la dimension juridique a été substantiellement modifiée pour tenir compte des Orientations ministérielles, de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux. Quant au chapitre 3, il a été bonifié en tenant compte des changements apportés notamment au Code de déontologie des médecins et de la jurisprudence.

Ce cadre de référence n'a pas la prétention d'apporter une réponse à toutes les interrogations que peuvent se poser les cliniciens et les gestionnaires responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre du protocole d'application des mesures de contrôle dans leur établissement. Il peut constituer, néanmoins, une source d'information fiable et utile à la réalisation de ce mandat. Il pourra, souhaitons-le, servir à poursuivre la réflexion entourant la contention et l'isolement dans la perspective d'en réduire l'utilisation.



## CHAPITRE 1 – À PROPOS DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT

Cette première partie situe l'utilisation de la contention et de l'isolement à travers les époques et fait un rappel de son historique. Elle est extraite du document de l'AHQ *L'utilisation de la contention physique chez la personne âgée : une pratique à réviser*, publié en 1996<sup>2</sup>. De plus, elle présente des données sommaires sur l'utilisation de la contention et de l'isolement. Le mot contention, employé dans ce document, fait référence à la contention physique.

### 1.1 HISTORIQUE

Le début de l'utilisation de la contention semble remonter si loin dans l'histoire qu'on ne peut vraiment en préciser l'origine. Les pratiques rapportées comme acceptables d'enchaîner les otages dans les donjons se sont étendues au contrôle des « malades mentaux » au cours du Moyen Âge et de la période d'industrialisation. Pourtant, à l'époque classique grecque, les personnes atteintes de maladies mentales recevaient des soins « tolérants » caractérisés par l'approche humaniste des Grecs éclairés. Ce n'est qu'après la chute de l'Empire romain que ces pratiques ont été abandonnées. Le modèle carcéral s'étend donc aux établissements de soins et sera exporté plus tard vers le Nouveau Monde<sup>3,4</sup>. Les asiles et les prisons constituent les établissements où les « malades mentaux » sont enfermés, punis, brutalisés et traités comme des animaux<sup>3</sup>.

En 1794, Pinel, un médecin français, libère les « malades mentaux » de leurs chaînes<sup>4,5</sup> sans éliminer complètement l'isolement et la contention, ce qui soulève une forte controverse qui dure encore de nos jours. Sir Samuel Tuke, en Angleterre, jette les bases de la *moral therapy* qui émerge comme philosophie sociale tôt au XVIII<sup>e</sup> siècle. Il élabore un code de déontologie bannissant la contention, sauf en cas d'agitation extrême, et favorisant l'isolement comme mesure de remplacement pour stimuler la prise de responsabilité par le malade<sup>5</sup>.

Vers la même époque, les Anglais font la promotion de l'intervention sans recours à la contention et, en 1842, ils votent une loi *The Lunatic Asylum Act* qui exige la tenue d'un registre précisant les heures d'utilisation de la contention et de l'isolement<sup>3</sup>. On retrouve également dans la littérature une publication de J. Connolly, datant de 1856, intitulée *The Treatment of the Insane Without Mechanical Restraints* et traitant d'une approche des clients violents et agités en minimisant le recours aux contentions<sup>4</sup>.

Ces vues ne sont cependant pas partagées par tous les Européens et elles sont généralement rejetées par les Américains; ce n'est qu'avec le temps que les pratiques changent. En Europe de l'Ouest, lieu où l'on a bien développé le concept d'individualisation des soins et des stratégies de remplacement à l'utilisation des contentions pour maîtriser les « malades mentaux »<sup>6</sup>, on constate graduellement une diminution allant jusqu'à une rare utilisation des mesures de contrainte. Ce mouvement initial n'a cependant pas atteint les États-Unis et le Canada<sup>3</sup>.

Dans ces deux pays d'Amérique du Nord, on observe très souvent que les comportements perturbateurs donnent lieu à l'utilisation de la contention physique ou chimique, tant dans les établissements psychiatriques que dans ceux de soins généraux et spécialisés. Ce n'est que depuis les vingt dernières années que ces pratiques sont timidement remises en question au Canada<sup>4</sup>.

Plus récemment, les pressions sociales en faveur de l'humanisation des soins et celles exercées relativement à la protection légale des droits civils individuels de tous les clients, en particulier ceux des psychiatisés, ont contribué à diminuer l'utilisation de la contention pour cette clientèle. Toutefois, cette tendance récente ne s'est malheureusement pas répandue à la clientèle des personnes âgées hospitalisées ou hébergées dans les milieux non psychiatriques<sup>7</sup>.

Depuis les années 60, plusieurs auteurs ont soulevé le fait que la contention physique pouvait intensifier les comportements désorganisés chez cette clientèle<sup>5</sup>. D'autres ont dénoncé la surutilisation de la contention et la détérioration mentale qu'elle pouvait induire même chez un individu n'ayant pas de problèmes psychiatriques. Les effets négatifs des mesures de contrainte ont fait l'objet de nombreuses publications au cours des années 70, et les écrits augmentent de façon remarquable depuis. Aux États-Unis, une organisation appelée *Untie the Elderly* vient en aide aux milieux de soins infirmiers qui veulent établir un programme visant à réduire l'utilisation de la contention. Au Canada, certaines expériences sont rapportées relativement à l'implantation de solutions à la contention, mais ceci représente encore un phénomène très marginal. De plus, la recherche sur la contention demeure peu répandue, même dans la littérature psychiatrique<sup>7</sup>.

## 1.2 DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS

Une recension rapide et sommaire des écrits sur l'utilisation de la contention et de l'isolement, effectuée en septembre 2003, permet d'apprécier l'intérêt que les chercheurs manifestent à l'égard de cette problématique.

### **Les principaux intérêts des chercheurs au regard de l'utilisation de la contention et de l'isolement**

- ◆ Fréquence, durée et variation d'utilisation de la contention et de l'isolement
- ◆ Motifs d'utilisation de la contention et de l'isolement
- ◆ Facteurs associés à l'utilisation de la contention et de l'isolement
- ◆ Pertinence, efficacité et conséquences de la contention et de l'isolement
- ◆ Normes et protocoles d'utilisation de la contention et de l'isolement
- ◆ Recherche des meilleures pratiques en matière de contention et d'isolement

## Au Québec

Au Québec comme ailleurs, l'intérêt envers la protection des personnes s'est intensifié depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle. Avec le vieillissement de la population, les situations d'abus qui ont fait l'objet d'interventions médiatisées et les problèmes de financement des services de santé et des services sociaux, divers organismes de protection des citoyens interpellent les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, et plus particulièrement l'État, afin que celui-ci garantisse à la population des services de qualité.

À titre d'exemple, le Service de la formation permanente du Barreau du Québec a tenu durant trois années consécutives une journée de formation sur la protection des personnes. Le recueil *Pouvoirs publics et protection*, publié en 2003 par le Barreau du Québec<sup>26</sup>, s'intéresse tout particulièrement à la contention physique en soins de longue durée. La préoccupation éthique reliée à la liberté et à la capacité de la personne à prendre des décisions pour elle-même imprègne le questionnement et la réflexion sur l'utilisation des mesures de contrôle.

Un article de Pierre J. Durand intitulé « Contention physique en soins de longue durée et le paradoxe de la protection »<sup>27</sup> relate l'implantation et l'évaluation d'un programme d'intervention visant à réduire l'utilisation des contentions physiques dans des unités de soins de longue durée. Réalisée entre 1997 et 2000, l'évaluation de ce programme démontre l'impact significatif de celui-ci sur la réduction de l'utilisation des contentions physiques en CHSLD sans pour autant augmenter le risque de chute et l'utilisation de substances chimiques chez la clientèle. Parmi les conditions favorables au succès de l'intervention de ce programme, l'auteur met en évidence un leadership organisationnel fort, un processus planifié, structuré et continu ainsi qu'une approche interdisciplinaire.

Autre exemple : préoccupé par la violence et les traumatismes faits aux femmes diagnostiquées avec un trouble grave de santé mentale, un groupe de promotion et de défense des droits de la personne en santé mentale de la Montérégie tente de sensibiliser les professionnels de la santé et des services sociaux à la victimisation secondaire chez les femmes.

Dans un recueil<sup>28</sup> regroupant les conférences présentées lors du colloque *Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire; vers un changement de culture*, le Collectif de défense des droits de la Montérégie fait la promotion d'une pratique fondée sur l'analyse différenciée selon les sexes au regard de la violence et des interventions en santé mentale, dont celles reliées à l'utilisation de la contention et de l'isolement en établissement de santé.

Les témoignages nombreux de femmes hospitalisées en psychiatrie font état d'expériences traumatisantes liées à la contention et à l'isolement. Les expériences vécues font vivre aux femmes des sentiments d'impuissance et de vulnérabilité, tout en provoquant l'expérience de retour en arrière, de cauchemars et d'anxiété, associés aux souvenirs d'abus sexuels.

La connaissance des antécédents de violence de la personne, l'écoute active, le soutien affectif et la participation de celle-ci dans la recherche de solutions sont des mesures d'intervention privilégiées. Aux États-Unis le *National Association of State Mental Health Program* utilise le slogan *safety, voice and choice* pour décrire la conduite des intervenants qui tentent de soutenir le mieux possible les femmes victimes de violence.

## Aux États-Unis

Parmi les documents récents consultés, un sur Internet, intitulé *Learning from Each Other, Success Stories and Ideas for Reducing Restraint / Seclusion in Behavioral Health*<sup>8</sup>, qui a particulièrement retenu notre attention. Ce document américain, publié en 2003 et produit par trois associations, l'*American Psychiatric Association*, l'*American Psychiatric Nurses Association* et la *National Association of Psychiatric Health Systems* avec le soutien de l'*American Hospital Association*, nous propose un guide théorique et pratique sur l'application de la contention et de l'isolement. Un chapitre entier est consacré au leadership et à la culture en matière de mesures de contrôle. La responsabilité, en matière de mesures de contrôle, des gestionnaires des établissements de santé est assurément d'accompagner les intervenants vers une culture qui respecte l'autonomie et la dignité des personnes. La transition d'un paradigme qui tend à contrôler l'utilisateur vers un paradigme de réel partenariat avec ce dernier y est grandement privilégiée.

Sur la base de principes directeurs, des moyens concrets sont proposés dans le but d'équiper les intervenants et les gestionnaires afin d'améliorer leur approche thérapeutique auprès des personnes. L'engagement de l'utilisateur et de sa famille et les échanges entre l'équipe clinique et ceux-ci y sont fortement encouragés. Les auteurs insistent également sur la nécessité d'adopter une approche clinique préventive et individualisée afin de mieux respecter les besoins et les choix de la personne qui reçoit un traitement.

Le *Journal of psychosocial nursing*, de mars 2001<sup>29</sup>, fait état des similitudes et des différences entre le Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) et le Health Care Financing Administration (HCFA) quant aux normes de pratique pour l'utilisation de la contention et de l'isolement. Ainsi les deux organismes s'entendent pour dire que l'isolement et la contention doivent être des mesures de contrôle de dernier recours, les moins contraignantes possible et en réponse à une situation d'urgence présentant un risque imminent de blessures pour l'utilisateur ou pour autrui. De plus, le plan d'intervention de l'utilisateur doit démontrer qu'il s'agit d'une mesure de contrôle justifiée pour l'utilisateur et conforme aux normes précitées. Le JCAHO insiste sur le rôle actif que doivent exercer les « leaders » dans les établissements de santé, afin d'une part de réduire au minimum l'utilisation de la contention et de l'isolement et, d'autre part, d'augmenter la sécurité des usagers et des intervenants.

Les auteurs nous amènent à prendre conscience à quel point l'équilibre est fragile entre le devoir de protéger les personnes vulnérables et celui de respecter l'autonomie et la dignité de ces mêmes personnes.



## En France

Contrairement aux pays nord-américains, il existe très peu d'information au sujet de l'utilisation de la contention physique en France. Toutefois, l'utilisation de la contention physique auprès des personnes âgées a fait l'objet d'une étude<sup>30</sup> en octobre 2000 par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Celle-ci a réalisé un guide d'évaluation des pratiques professionnelles qui contient notamment des recommandations de pratique relatives à la décision, à l'information, à la prescription médicale et à la mise en œuvre de la contention. Se référant aux travaux nord-américains, l'Agence fait la promotion de programmes de réduction de la contention physique au sein des établissements accueillant des personnes âgées. Elle cite, entre autres programmes, celui de l'État du Colorado, qui a conduit les intervenants des établissements à effectuer une évaluation globale de la personne âgée et à rechercher des mesures de prévention et de remplacement à la contention. Un tableau illustrant le taux de succès de chacune des solutions à la contention dans les maisons de retraite du Colorado, tiré de ce document, est reproduit à l'annexe 1 en raison de son caractère novateur.

### 1.3 DONNÉES SOMMAIRES SUR L'UTILISATION DE LA CONTENTION

Les données présentées ci-après sont extraites d'une étude<sup>9</sup> effectuée par Sylvie Bernard en novembre 1999 et publiée dans son mémoire. Cette étude décrivait l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées hébergées en centres d'hébergement et de soins de longue durée.

#### Données américaines

Des auteurs américains rapportent que la fréquence d'utilisation des contentions dans les centres d'accueil et d'hébergement varie de 20 % à 85 %<sup>7,10,11</sup>. Cette situation a mené, en 1987, à la création d'une réforme de nature légale : *The Omnibus Budget Reconciliation Act (ci-après désignée « OBRA »)*<sup>12</sup>. Cette réforme comprenait un nouveau projet de loi fédéral obligeant tout établissement à documenter l'utilisation des contentions physiques dans les dossiers médicaux. Cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 1990, avait pour but de diminuer l'utilisation des contentions physiques et de favoriser l'utilisation de soins de remplacement<sup>13</sup>.

À la suite de l'entrée en vigueur de cette loi, des chercheurs ont mesuré l'utilisation des contentions physiques auprès de 12 centres d'hébergement américains de type *skilled nursing home*<sup>10</sup>, et d'autres chercheurs ont examiné le rapport entre l'utilisation des contentions physiques et la perte d'autonomie cognitive dans des centres d'hébergement de type *nursing home*<sup>14</sup>.

En 1993, une deuxième collecte de données a été réalisée dans le but d'observer les changements apportés par l'OBRA dans les soins aux résidents<sup>15</sup>. Les auteurs ont conclu que l'introduction de l'OBRA semble avoir eu un impact bénéfique sur la qualité des soins, en particulier sur le recours aux contentions physiques, mais que d'autres efforts devaient être poursuivis, puisque près de deux résidents sur sept demeuraient toujours soumis à une contention physique.

## Données européennes

Certains auteurs ont rapporté que le recours aux contentions physiques en milieu d'hébergement était beaucoup moins fréquent dans les pays européens qu'en Amérique du Nord<sup>7,10,13,16,17</sup>. O'Keeffe et ses collaborateurs, voulant estimer la prévalence de l'utilisation des contentions dans un hôpital universitaire en Angleterre<sup>18</sup>, ont observé durant une seule nuit 668 patients hospitalisés. Aucune contention physique n'a été constatée, et les côtés de lit n'ont été utilisés que chez 8,4 % des patients. En 1996, Karlsson et ses collaborateurs ont, quant à eux, examiné la problématique des contentions physiques en milieu d'hébergement en Suède<sup>19</sup>. La prévalence moyenne d'utilisation de ces contentions physiques se situait à 24 %.

Une autre étude, effectuée celle-ci par Ljunggren et ses collaborateurs, a comparé les prévalences d'utilisation des contentions physiques en milieu d'hébergement dans huit pays différents<sup>20</sup>. Le Danemark, l'Islande ainsi que le Japon présentaient un taux de prévalence de moins de 9 %, alors que celui de la France, de l'Italie et de la Suède se situait entre 15 % et 17 %, et celui de l'Espagne était de 40 %.

## Données québécoises

Une enquête effectuée en 1986 par Roberge et Beauséjour<sup>21</sup> dans la région du Centre-du-Québec, auprès de 9 centres d'hébergement de soins de longue durée (ci-après désignés les « CHSLD ») et de 26 centres d'accueil et d'hébergement (ci-après désignés les « CAH »), a fait ressortir un taux de prévalence d'utilisation des contentions physiques de 88 % en CHSLD et de 31 % en CAH. Une seconde étude québécoise réalisée par Durand<sup>22</sup> en 1993, auprès de 8 CHSLD, indiquait des résultats de 33 %. Une récente étude publiée en 2000 par ce même auteur confirme que ces résultats sont demeurés les mêmes.

### 1.4 DONNÉES SOMMAIRES SUR L'UTILISATION DE L'ISOLEMENT SELON DEUX AUTEURS

Quand on se réfère à la littérature scientifique, il semble que la contention soit davantage utilisée dans les établissements de santé physique auprès de la clientèle des personnes âgées et en soins aigus, alors que l'isolement, avec ou sans contention, semble davantage utilisé auprès des personnes atteintes de troubles mentaux.

La recension des écrits sur le recours à l'isolement en milieu psychiatrique, recension non publiée<sup>23</sup> de Line LeBlanc, donne un aperçu très intéressant de l'état des écrits scientifiques en la matière. L'auteure s'appuie sur près de 40 articles, surtout issus de la littérature scientifique nord-américaine, pour affirmer qu'un consensus existe sur la nécessité de réduire le recours à l'isolement thérapeutique en psychiatrie.

Une autre recension des écrits scientifiques effectuée par Dave Holmes<sup>24</sup>, sur cette même problématique mais sous l'angle des soins infirmiers, indique que celle-ci fait l'objet d'une recherche plus intensive depuis moins de vingt ans. Cette recension non publiée confirme elle aussi la nécessité de rechercher des mesures de remplacement à l'isolement.

L'utilisation de l'isolement au Québec est encore loin de correspondre à l'esprit de l'article 118.1 de la LSSSS qui stipule que le recours à la force et à l'isolement constitue une mesure minimale et exceptionnelle. À cet égard, les travaux indiquent une fréquence élevée d'utilisation des salles d'isolement, une disparité d'utilisation d'une unité à l'autre et une évaluation souvent inadéquate de la dangerosité<sup>23</sup>. La plupart des hôpitaux outrepassent le cadre de la présente loi en permettant l'utilisation de l'isolement à d'autres fins que celles de la sécurité<sup>24</sup>. De toute évidence, l'approche la plus courante, qui consiste à préciser des directives administratives et cliniques, ne suffit pas à elle seule à réduire le recours à l'isolement.

Des divergences de vue quant à la perception de la pertinence d'utiliser l'isolement conduisent parfois à des controverses entre chercheurs. Certains considèrent cette pratique comme étant nécessaire, d'autres soutiennent qu'elle est inhumaine et associée à une culture de contrôle<sup>24</sup>. Les écrits recensés suggèrent que l'isolement soit utilisé à des fins diverses dont principalement à des fins sécuritaires, punitives ou encore thérapeutiques<sup>24</sup>.

Les chercheurs ont également étudié les problèmes associés à l'utilisation de l'isolement durant les situations présentant des risques de violence. Il s'agit principalement des risques de blessures physiques, des conséquences sur le traitement en cours, de la perception négative entretenue par les patients et par les intervenants, et de l'atteinte à l'intégrité et à la liberté de la personne<sup>23</sup>. Pour LeBlanc, ces problèmes sont autant de motifs qui justifient les efforts à déployer pour réduire le recours à l'isolement.

Les conséquences de la mise en isolement, dans la perspective des patients, sont fortement soulignées dans la recension de Holmes. La détérioration de l'état mental des patients isolés, l'exacerbation de la symptomatologie psychiatrique et les sentiments vécus par les personnes mises en salle d'isolement incitent à remettre en question cette pratique et à rechercher d'autres moyens<sup>24</sup>.

Les chercheurs se sont aussi intéressés aux principaux facteurs associés à l'utilisation des salles d'isolement auprès des patients hospitalisés en psychiatrie. Le profil comportemental des patients à risque d'adopter des conduites agressives, les caractéristiques du milieu de prise en charge et les attitudes et réactions du personnel intervenant, sont les variables les plus fréquemment associées à l'utilisation de l'isolement<sup>23</sup>.

Concernant les caractéristiques individuelles des patients qui sont associées à l'utilisation de l'isolement, les chercheurs soulignent l'importance de prendre en considération les différences qui existent entre les enfants, les adolescents et les adultes<sup>23,24</sup>. À titre d'exemple, ils émettent l'hypothèse que le profil comportemental, le climat social de l'unité et la qualité des interventions cliniques sont davantage associés à l'utilisation des salles d'isolement, respectivement pour la clientèle infantile, adolescente et adulte<sup>23</sup>.

Quant aux caractéristiques du milieu psychiatrique et du personnel intervenant, la documentation scientifique met en évidence, notamment, comment la gestion clinique de situations présentant des risques de violence est un facteur explicatif de la variation des taux d'utilisation de

l'isolement. Les taux d'utilisation des salles d'isolement ne s'expliquent pas uniquement par les caractéristiques démographiques ou diagnostiques des patients. Ils seraient davantage influencés par les conditions et les pratiques qui prévalent dans les établissements<sup>23</sup>. Ces taux varient entre 1,9 et 66 % et sont principalement associés aux caractéristiques individuelles des patients soignés de même qu'à la philosophie de soins qui est privilégiée dans les milieux hospitaliers et parfois dans les diverses unités<sup>24</sup>.

D'après LeBlanc, un consensus se dégage de la recension des écrits selon lequel « la présence d'un protocole précisant les directives administratives et cliniques, en concordance avec le principe d'utilisation minimale et exceptionnelle de l'isolement thérapeutique, peut influencer les taux d'utilisation des salles d'isolement ». Il est également recommandé d'examiner les facteurs individuels et environnementaux qui augmentent la probabilité de recourir à l'isolement pour envisager d'autres mesures pouvant mener à la réduction de cette pratique. Parmi les mesures citées, la prévention et la gestion des comportements agressifs, alliées à la formation et à l'encadrement clinique du personnel, sont à privilégier<sup>23,24</sup>.

Concernant ces mesures, les chercheurs font valoir l'importance pour les intervenants d'acquérir des connaissances et des habiletés spécifiques d'intervention et, de la part des gestionnaires, de fournir l'encadrement clinique et administratif à la formation et au processus décisionnel<sup>23,24</sup>. LeBlanc a d'ailleurs élaboré, à l'intention des intervenants, un programme de prévention des comportements agressifs chez les patients en milieu psychiatrique<sup>25</sup>. L'auteure précise trois principaux facteurs associés au recours à la salle d'isolement : 1) les caractéristiques des patients; 2) les caractéristiques des intervenants; 3) les caractéristiques du milieu de vie.

Postulant qu'une action sur les facteurs associés à l'utilisation de l'isolement peut contribuer à diminuer celle-ci, elle cible trois principaux moyens pour transmettre les connaissances et développer les habiletés des intervenants : 1) la formation à l'intervention préventive; 2) les outils de prévention (grille de dépistage, grille d'analyse, etc.); 3) le soutien clinique par la rétroaction, le suivi, etc. Au moment de rédiger le présent cadre de référence, une évaluation de l'implantation du programme élaboré par Leblanc était en cours dans un centre hospitalier psychiatrique.

LeBlanc souligne le consensus qu'il y a dans la documentation scientifique concernant la nécessité d'adopter une approche systématique pour dépister, prévenir et gérer efficacement les comportements agressifs susceptibles de se manifester en milieu psychiatrique. L'auteure conclut en affirmant qu'« il serait pertinent de promouvoir un modèle d'intervention à restriction minimale qui devrait nécessairement favoriser l'apprentissage plutôt que le contrôle pour prévenir la manifestation de comportements violents et la communication plutôt que l'isolement pour résoudre les situations à risque de violence ». Holmes, quant à lui, rapporte que certains écrits scientifiques suggèrent de travailler à humaniser davantage les soins par l'accroissement des contacts thérapeutiques entre le personnel infirmier et les patients et à chercher des solutions à la mise en isolement.

## RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 1

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
2. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1996). *L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser*. Montréal : AHQ (Collection : Document de référence 2), p. 3–4.
3. BROWER, T. (1991). « The alternatives to restraints ». *J Gerontol Nursing* 17 : 18–22.
4. GUIRGUIS, E.F., DUFROST, H.B. (1978). « The role of mechanical restraints in the management of disturbed behavior ». *Can Psychiatr Assoc J*; 23: 209–18.
5. BÉGIN, S. (1991). « Isolement et contention : revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent ». *Rev Can Psychiatr*; 36 : 752–9.
6. STRUMPF, N.F., TOMES, N. (1993). « Restraining the troublesome patient; an historical perspective on a contemporary debate ». *Nursing Hist Rev*.
7. EVANS, L.K., STRUMPF, N.E. (1989). « Tying down the elderly : a review of literature on physical restraint ». *J Am Geriatr Soc*; 37 : 65–74.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION, NATIONAL ASSOCIATION OF PSYCHIATRIC HEALTH SYSTEMS (2003). *Learning from Each Other, Success Stories and Ideas for Reducing Restraint / Seclusion in Behavioral Health*, <http://www.naphs.org>.
9. BERNARD, S. (1999). *Étude descriptive de l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. Mémoire, Faculté des études supérieures de l'Université Laval. Novembre, p. 4–13.
10. TINETTI, M.E., LIU, W.L., MAROTTOLI, R.A., GINTER, S.F. (1991). « Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities : prevalence, patterns, and predictors ». *J Am Med Assoc*; 265 : 468–71.
11. SCHOENEMAN, K., GRABER, D. (1994). « Trends in restraint prevalence in US nursing homes, 1990 through 1994 ». *American Journal of Public Health*; 86(10) : 1480–81.
12. WERNER, P. , COHEN-MANSFIELD, J., KOROKNAY, V., BRAUN, J. (1994). « The impact of a restraint-reduction program on nursing home residents ». *Geriatric Nursing*; 15(3) : 142–46.
13. FRENGLEY, J.D. (1996). « The use of physical restraints and the absence of kindness ». *JAGS*; 44(9) : 1125–27.

14. BURTON, L.C., GERMAN, P.S., ROVNER, B.W., BRANT, L.J. (1992). « Physical restraint use and cognitive decline among nursing home residents ». *JAGS*; 40(8) : 811–16.
15. HAWES, C., MOR, V., PHILLIPS, C.D., FRIES, B.E., MORRIS, J.N., STEELE-FRIEDLOB, E., GREENE, A.M., NENNSTIEL, M. (1997). « The OBRA-87 nursing home regulations and implementation of the resident assessment instrument : effects on process quality ». *JAGS*; 45(8) : 977–85.
16. MION, L., FRENGLEY, J.D., JAKOVIC, C.A., MARINO, J.A. (1989). « A further exploration of use of physical restraints in hospitalized patients ». *JAGS*; 37 (10) 949–956.
17. MARKS, W. (1992). « Physical restraints in the practice of medicine. Current concepts ». *Arch Intern Med*; 152 : 2203–06.
18. O'KEEFFE, S., JACK, C., LYE, M. (1996). « Use of restraints and bedrails in a British Hospital ». *JAGS*; 44 : 1086–88.
19. KARLSSON, S., BUCHT, G., ERIKSSON, S., SANDMAN, P. O. (1996). « Physical restraints in geriatric care in Sweden : Prevalence and patient characteristics ». *JAGS*; 44 : 1348–54.
20. LJUNGGREN, G., PHILLIPS, C. et al. (1997). « Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries ». (Abstract). *Age and Ageing*; 26(2) : 43–47.
21. ROBERGE, R., BEAUSÉJOUR, R. (1988). « L'usage des contentions en milieu d'hébergement pour les personnes âgées ». *Can J Aging*; 7(4) : 372–76.
22. DURAND, P.J. (1993). *Concordance entre la déclaration et l'observation de la contention physique en soins de longue durée*. Mémoire de maîtrise, école des gradués, Université Laval.
23. LEBLANC, L. (1999). *Diminuer le recours à l'isolement thérapeutique par la prévention et la gestion des comportements agressifs en milieu psychiatrique*. Communication personnelle. Hull p. 1–21.
24. HOLMES, D. (2000). *Protocole de recherche*. Communication personnelle. Verdun, Hôpital Douglas.
25. LEBLANC, L., FLEURY, M., LETARTE, L., PHARAND, D. (2001). « Comment réduire l'utilisation des salles d'isolement en milieu psychiatrique? ». Montréal. *Santé mentale au Québec*, XXVI, 2, p. 283-287.
26. BARREAU DU QUÉBEC, Services de la formation permanente (2003), *Pouvoirs publics et protection*, volume 182, Cowansville, les Éditions Yvon Blais.
27. DURAND, P.J., OUELLET, J.-P., BEAUCHEMIN, L. et al. (2002). « Programme d'intervention visant à réduire l'utilisation des contentions physiques dans les unités de soins de longue durée – mise en œuvre et effets sur le personnel soignant ». *Canadian Journal for Aging/La revue canadienne du vieillissement*; 21(4) : 559-576.

28. COLLECTIF DE DÉFENSE DES DROITS DE LA MONTÉRÉGIE (2003). [Actes du colloque] Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire : « vers un changement de culture ». <http://www.cddm.qc.ca/infocolloque.html>.
29. KOZUB, M.L., SKIDMORE, R. (2001) « Seclusion and restraint : understanding recent changes », *Journal of Psychosocial Nursing*; 39(3), p. 24-31.
30. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (2000). *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, <http://www.anaes.fr>.

## CHAPITRE 2 – L'UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT : UNE APPROCHE INTÉGRÉE

L'utilisation de la contention et de l'isolement doit être abordée au même titre qu'une décision pour un traitement spécifique de soins de santé. Pour qu'une décision puisse être appréciée comme étant la meilleure pour l'usager, il est incontournable d'aborder l'aspect thérapeutique de la portée de cette décision dans son ensemble. Or, toute décision thérapeutique repose sur des concepts scientifiques médicaux, sur l'observation de faits et d'effets dans l'expérience, sur des principes éthiques professionnels et des valeurs morales de société et d'environnement de soins. Pour qu'elle puisse être reconnue thérapeutique, la décision d'un traitement doit intégrer trois dimensions indissociables, les dimensions éthique, juridique et clinique, et ce, quelles que soient les ressources des milieux de soins et l'expertise des intervenants et des gestionnaires.

Pour soutenir le développement d'une conscience aiguë de la portée des décisions de l'utilisation de la contention et de l'isolement sur la personne en souffrance, toute démarche de soins doit se réaliser de façon intégrée et s'alimenter auprès de ces trois dimensions. Enfin, pour qu'une décision puisse prétendre être thérapeutique, elle doit reposer sur un processus de prise de décision éclairé et réfléchi, appuyé sur des connaissances suffisantes du traitement, de ses effets et des mesures de remplacement, d'où l'importance de favoriser l'interdisciplinarité dans le processus de prise de décision d'application d'une mesure de contrôle.

### 2.1 DIMENSION ÉTHIQUE

Les professionnels de la santé sont de plus en plus confrontés à des situations cliniques complexes où des incertitudes et des conflits de valeurs provoquent des dilemmes éthiques qui compliquent la prise de décision<sup>1,2</sup>. De plus, ils ne sont pas toujours bien préparés sur le plan éthique pour transiger convenablement et efficacement avec ces situations problématiques d'ordre moral<sup>2,3</sup>. Plusieurs d'entre eux expriment ressentir un conflit entre le droit du client à l'autodétermination et leur obligation professionnelle d'agir dans le meilleur intérêt de l'usager<sup>3,4,5,6</sup>, selon ce qu'ils pensent être le mieux pour lui.

Les pratiques des professionnels des différentes disciplines étant fortement enracinées dans le principe de bienfaisance envers autrui, plusieurs des interventions visent la protection et la sécurité de la clientèle<sup>1,3,4,5</sup>. Toutefois, selon certains auteurs, le principe de bienfaisance serait invoqué par certains professionnels sans tenir compte des conséquences ou des implications morales qu'il engendre<sup>3,4</sup>, notamment lors de l'utilisation de la contention et de l'isolement<sup>2</sup>. La limite entre « protéger l'usager » ou « lui faire du tort » étant vraiment mince dans le cas de ces mesures<sup>7</sup>, il est impératif que les professionnels orientent leurs interventions en fonction de repères éthiques<sup>1</sup>. À cet effet, les Orientations ministérielles font valoir qu'« un outil de réflexion et d'analyse, tel un comité d'éthique, est essentiel pour traiter de l'application des règles de conduite, de leur pertinence et éventuellement de leur révision » (page 11).



### 2.1.1 Principaux repères éthiques

La plupart des spécialistes contemporains conviennent d'un certain nombre d'éléments qui doivent guider la conduite des professionnels. Ces repères sont :

- la franchise dans la relation avec la clientèle;
- la confidentialité;
- la protection de la vie biologique;
- la qualité de vie;
- le respect de l'autonomie individuelle;
- la justice et l'équité dans la prestation des services.

À partir des principes éthiques généraux énumérés ci-dessus (sauf pour la confidentialité) et des recommandations de différents auteurs<sup>1,8,9,10,11</sup>, certaines actions doivent être accomplies par toute personne confrontée à la situation complexe que représente l'utilisation de la contention et de l'isolement.

#### Cinq repères éthiques

##### 1. Franchise dans les relations avec la clientèle

Le droit à l'information s'applique au sein de rapports équitables entre les professionnels de la santé et les usagers. L'usager a souvent des décisions à prendre concernant sa santé, sa vie, voire sa mort. Il a légalement le droit de consentir aux soins ou de les refuser. Pour ce faire, il lui faut avoir obtenu les renseignements pertinents de la part des professionnels qui le soignent. Par ailleurs, ceux-ci doivent s'assurer que ces informations sont bien comprises. Par ailleurs, la franchise est tout autant essentielle dans les relations avec les proches d'un usager. À plus forte raison lorsque ce dernier est reconnu inapte à faire des choix, et que son représentant est appelé à décider à sa place.

À cet égard, l'utilisation de la contention et de l'isolement :

- ◆ implique la transmission à l'usager ou à son représentant de toute l'information nécessaire à la prise d'une décision éclairée;
- ◆ requiert un consentement valide de façon à respecter l'individu dans sa décision.

## 2. Protection de la vie biologique

Les professionnels de la santé s'engagent à assurer à la vie humaine sécurité et protection par le biais des soins qu'ils donnent. La protection de la vie est une valeur primordiale d'où découlent des valeurs centrales incontournables. Par exemple, l'importance des valeurs telles que l'autonomie et la qualité de vie ne peut être débattue que dans la mesure où la vie même est préservée.

À cet égard, l'utilisation de la contention et de l'isolement :

- ◆ constitue une mesure d'exception temporaire, dont la durée d'application est limitée au temps minimal indispensable;
- ◆ requiert un personnel compétent dont l'approche vise le maintien, l'amélioration de la santé et le bien-être de l'utilisateur;
- ◆ doit être suffisante tout en portant le moins possible atteinte à l'intégrité physique de la personne;
- ◆ exige une surveillance de la décision médicale ou professionnelle, de son application et de son suivi.

## 3. Qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie suppose une approche globale de la situation de la personne. Il importe de se demander si le fardeau et les risques du traitement proposé sont en rapport avec les bienfaits escomptés pour la personne. La qualité de vie est un concept très subjectif. Pour cette raison, la personne concernée doit pouvoir elle-même faire entendre son point de vue au regard de sa qualité de vie. De leur côté, les professionnels et les intervenants de l'équipe de soins doivent tenter de comprendre la perspective exprimée par cette dernière. Lorsque la personne est incapable de s'exprimer, il importe de chercher à connaître son opinion en consultant son représentant.

À cet égard, l'utilisation de la contention et de l'isolement :

- ◆ requiert une évaluation clinique interdisciplinaire pour déterminer et traiter les causes de façon à éviter ou à en restreindre l'utilisation;
- ◆ se base sur une approche individualisée élaborée dans un contexte d'interdisciplinarité.

#### 4. Respect de l'autonomie individuelle

Le respect de l'autonomie de la personne est sous-jacent aux fondements des sociétés démocratiques et libérales, dont un des principes fondamentaux consiste à respecter le plus possible les libertés individuelles. Dans ce contexte, chaque personne réclame de plus en plus le respect de ses choix. Cette valeur s'est graduellement implantée dans le milieu de la santé. L'obligation pour les professionnels de la santé de demander le consentement de l'utilisateur avant de procéder à toute intervention et de respecter le choix de celui-ci, sauf en situation d'urgence, fait désormais partie intégrante du processus de soins.

À cet égard, l'utilisation de la contention et de l'isolement :

- ◆ implique la sollicitation de l'avis de la personne et son accompagnement dans la prise de décision la concernant;
- ◆ doit être la moins contraignante possible pour ne pas brimer inutilement la liberté et l'autonomie de la personne.

#### 5. Justice et équité dans la prestation des services

Ce repère vise un traitement égal pour tous les citoyens.

À cet égard, l'utilisation de la contention et de l'isolement :

- ◆ doit s'appuyer sur des faits réels et non sur des suppositions ou des craintes des intervenants;
- ◆ doit être une mesure de dernier recours : toutes autres mesures de prévention et de remplacement doivent être envisagées, tentées et évaluées;
- ◆ doit toujours viser un objectif thérapeutique et ne jamais être une mesure punitive ou administrative.

## 2.2 DIMENSION JURIDIQUE

Le cadre juridique invite à la plus grande prudence dans l'utilisation de la contention et de l'isolement. Le respect de la personne, de ses droits fondamentaux et de ses valeurs les plus intimes se trouvent au cœur même des lignes directrices devant guider les pratiques cliniques et les conduites des intervenants.

Ces lignes directrices tiennent compte de la Charte canadienne des droits et libertés (partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982 [Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (1982) R-U., c. II]), de la Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q. c. C-12), du Code criminel (L.R.C. (1985), c. C-46), du Code civil du Québec (L.Q. 1991, c. 64), de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, précitée, de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, précitée,

et enfin de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, précitée également.

Les chartes canadienne et québécoise affirment d'une seule voix le droit de chacun à la vie, à la liberté et à l'intégrité de la personne, ainsi qu'à la protection de ce droit contre tous traitements qui ne seraient pas conformes aux principes de justice fondamentale. Entré en vigueur en 1998, l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux précise notamment dans quelles circonstances et suivant quelles conditions la force, l'isolement et tous moyens mécaniques ou toutes substances chimiques peuvent être utilisés comme moyen de contrôle d'une personne en établissement de santé.

### **2.2.1 La Charte canadienne des droits et libertés**

« **7.** Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

« **9.** Chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraires. »

« **12.** Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités. »

### **2.2.2 La Charte des droits et libertés de la personne**

« **1.** Tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. »

« **5.** Toute personne a droit au respect de sa vie privée. »

« **10.** Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondées sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit. »

### **2.2.3 La Loi sur les services de santé et les services sociaux**

« **118.1** 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.

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 y 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 auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. »

## **2.2.4 Les Orientations ministérielles**

L'article 118.1 de la LSSSS réfère à l'adoption d'un protocole d'application des mesures tenant compte des Orientations ministérielles.

Pour l'essentiel, les Orientations ministérielles privilégient une philosophie d'intervention axée sur la prévention, le respect des droits de la personne et l'établissement d'une alliance thérapeutique entre la personne et les intervenants. Elles présentent les principes directeurs, les règles éthiques et les assises légales devant guider l'utilisation des mesures de contrôle. Rappelons que l'objectif visé par l'article 118.1 de la LSSSS et par les Orientations ministérielles est essentiellement d'encourager les établissements à être novateurs et créatifs dans le recherche de mesures de remplacement à la contention, à l'isolement et aux substances chimiques et ainsi réduire, voire éliminer, l'utilisation des mesures de contrôle dans nos établissements de santé au Québec.

### **Les principes directeurs**

Six principes directeurs énoncés dans les pages 15 à 17 des Orientations ministérielles doivent guider l'établissement dans le processus d'élaboration de son protocole d'application des mesures de contrôle.

1. « 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. »
2. « Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours. »
3. « Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne. »
4. « 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. »

5. « L'utilisation des 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. »
6. « 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. »

Concernant ce dernier principe, le commissaire local à la qualité des services, le comité d'éthique et le comité de gestion des risques peuvent notamment être des instances de grande valeur dans le processus d'évaluation et de suivi de l'utilisation des mesures de contrôle dans un établissement.

Les Orientations ministérielles introduisent deux contextes caractérisant le recours à des mesures de contrôle soit : **le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.**

En outre, le document ministériel donne à la page 14 une définition des concepts de la contention, de l'isolement et de substance chimique utilisée comme mesure de contrôle :

**Contention :** « 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 handicap. »

**Isolement :** « Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. »

**Substances chimiques\*** : « Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. »

### **2.2.5 La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux**

L'objectif de cette loi est notamment d'augmenter la sécurité dans la prestation des soins de santé. Ainsi, elle vise à éviter que l'on ne cache à un usager et à sa famille les conséquences d'un accident qui lui serait survenu au sein d'un établissement. La loi prévoit notamment la déclaration obligatoire au directeur général ou à toute personne désignée par lui de tout incident ou accident survenant dans un établissement. Elle prévoit également la divulgation obligatoire à l'usager et à sa famille de tout accident susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur la santé ou le bien-être de l'usager. L'utilisation d'une contention ou de

---

\* *Il est à noter que la troisième mesure, soit l'utilisation des substances chimiques pour contrôler une personne, n'est pas traitée dans ce document étant donné que des travaux sont toujours en cours pour établir des lignes directrices qui devraient faire en sorte de réduire le plus possible leur usage à de strictes fins de contrôle.*

l'isolement qui aurait pour conséquence d'infliger une blessure à l'utilisateur entraînerait l'obligation à la fois de déclarer cet accident au directeur général ou à toute personne désignée par lui et de divulguer celui-ci à l'utilisateur ou à sa famille. Une lésion au poignet consécutive à l'application d'une contention serait un bon exemple.

Cette loi modifie la LSSSS, notamment afin d'y inclure une définition des mots « accident » et « incident » (articles 8 et 183.2 de la LSSSS, tels que modifiés) :

### **Accident**

« 8. Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers. »

### **Incident**

« 183.2 Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien être d'un utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, *pourrait entraîner des conséquences.* »

Avec l'entrée en vigueur de cette loi, des liens étroits sont susceptibles d'exister entre le comité de gestion des risques et la personne responsable du protocole d'application des mesures de contrôle. En effet, dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité des services, ces deux instances doivent se partager l'information pertinente pour procéder à une analyse et à l'élaboration d'un plan d'action visant à réduire l'utilisation de la contention et le recours à l'isolement.

Par conséquent, l'établissement est tenu de remplir un formulaire AH-223 pour tout accident ou incident impliquant un utilisateur. En ce qui a trait à la divulgation obligatoire, l'AHQ a élaboré un projet type de règlement à faire adopter au conseil d'administration. Ce document est présenté sur le site Internet de l'AHQ (<http://www.ahq.org/info/informations/rapportsPP.asp>). Un guide d'implantation<sup>12</sup> pour l'élaboration des politiques et des procédures sur la divulgation est aussi présenté sur le site. Il est sans doute utile de préciser que si un dommage est causé à un membre du personnel, la déclaration se fait à l'aide du formulaire de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (« CSST »).

## **2.2.6 La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé**

Le 1<sup>er</sup> juin 2003 entrait en vigueur la loi ci-dessus mentionnée. En vertu des nouvelles dispositions de cette loi, le médecin n'est plus le seul professionnel à pouvoir décider de l'utilisation des mesures de contention physique. En effet, la décision de recourir à l'utilisation de la contention (physique) est désormais une activité réservée partagée par le médecin, l'infirmière, l'ergothérapeute et le physiothérapeute.

Le fait d'étendre à d'autres professionnels ce pouvoir jusqu'alors réservé au médecin doit-il être interprété comme un assouplissement des règles régissant l'utilisation de la contention, avec le risque d'augmenter le recours à cette mesure pourtant décriée? Nous pensons, au contraire, que le législateur, en attribuant cette activité réservée aux membres des ordres professionnels visés, a voulu reconnaître à chacun d'eux un apport spécifique dont la portée diffère selon leur champ d'exercice respectif.

Il importe aussi de se rappeler que les travaux ayant conduit à l'élaboration de la loi ci-dessus mentionnée se sont faits dans un climat de réflexion interdisciplinaire. Dans cet esprit, il est souhaitable qu'en fonction des clientèles et des programmes-services, les professionnels concernés puissent être mis à contribution suivant leur champ de compétence. Ainsi, le protocole d'application des mesures de contrôle de l'établissement devra déterminer clairement le rôle et les responsabilités attendus de chacun des professionnels concernés par la prise de décision relativement à l'utilisation de la contention.

Aux précisions contenues dans le protocole d'application, il faut ajouter les obligations déontologiques des professionnels habilités à imposer la contention. Le respect de la dignité et de la liberté de la personne soignée ainsi que le fait de tenir compte de ses limites et de solliciter l'aide d'un autre professionnel, si nécessaire.

Selon les programmes clientèles et les circonstances, un des professionnels visés par la loi pourrait être appelé à jouer un rôle prépondérant dans le processus décisionnel, mais il est souhaitable que la prise de décision d'utiliser ou non la contention soit une responsabilité d'équipe. Dans le but d'assurer le **respect du processus décisionnel** choisi (conformément au protocole de l'établissement), il pourrait être opportun par exemple qu'un membre de l'équipe, en l'occurrence l'assistante infirmière-chef, la conseillère clinique ou un autre professionnel visé par la loi, soit mandaté à cet effet.

En ce qui concerne l'isolement, après vérification auprès de l'Office des professions du Québec (« OPQ »), il appert que la décision de recourir à l'isolement en établissement de santé continue d'être une activité médicale réservée aux médecins. Des travaux portant sur les activités des professionnels en relations humaines sont en cours au sein de l'OPQ, et l'on peut espérer que des clarifications seront apportées relativement à la décision du recours à l'isolement. Un arrimage cohérent avec la décision de l'utilisation des mesures de contention est évidemment souhaité.

## **Intensité des obligations d'un établissement relativement à la contention et à l'isolement**

### **1. Obligation de moyen**

L'établissement a l'obligation de fournir des soins et des traitements de qualité conformes aux normes professionnelles. L'analyse des besoins d'une personne en vue d'assurer sa sécurité doit se faire selon une approche individualisée et dans un contexte interdisciplinaire. Cette obligation de sécurité et de surveillance en est une dite de moyens.



En clair, cela spécifie que le débiteur d'une telle obligation est tenu de faire tout ce qui est raisonnablement en son pouvoir pour tenter d'atteindre le résultat souhaité, mais qu'il n'a pas à en garantir le résultat.

Afin de respecter cette obligation dans un contexte de contention et d'isolement, l'équipe soignante devra :

- apprécier les faits et circonstances de chaque cas, en tenant compte de l'état de l'usager ainsi que de la nature des mesures prescrites;
- adopter des mesures raisonnables pour éviter les accidents;
- avoir recours exceptionnellement à des mesures de surveillance accrues en présence d'un changement significatif de l'état ou de la situation de l'usager ou de son comportement;
- se conformer à toute recommandation médicale en vue d'assurer une surveillance particulière de l'usager (l'élément déterminant à considérer dans le degré de sécurité et de surveillance à assurer à l'usager réside dans le caractère prévisible du risque qu'il encourt à sa sécurité).

Bref, l'établissement n'a pas à se prémunir contre tous les dangers possibles. Il n'a qu'à se prémunir contre les dangers probables, c'est-à-dire ceux qui sont normalement prévisibles.

## **2. Obligation de résultats**

Par ailleurs, l'établissement est assujéti à une obligation de résultats relativement aux équipements qu'il utilise (dans le cas de la contention, ces équipements comprennent notamment les ridelles de lit, les gilets ou ceintures de sécurité, les chaises gériatriques, etc.).

Cela signifie que l'établissement doit non seulement s'assurer du bon état de ces équipements, mais il doit également faire en sorte que les personnes qui les utilisent ou les installent aient les connaissances et la formation appropriées à leur bon fonctionnement. L'établissement doit respecter les normes du fabricant et s'assurer de leur application.

### **2.3 DIMENSION CLINIQUE**

L'utilisation de la contention et de l'isolement n'est pas étrangère au contexte culturel d'une époque<sup>1</sup>. Le recul permet d'observer qu'en plus de l'avancement des connaissances, les valeurs d'une société influencent les pratiques de soins des intervenants. Il n'est donc pas étonnant que l'utilisation de la contention et de l'isolement soit actuellement révisée de manière à respecter les droits fondamentaux de la personne, valeur ultime de notre société moderne.

Plus qu'une réponse aux dispositions législatives, le cadre de référence proposé vise à soutenir la validation de la pertinence thérapeutique de l'utilisation de telles mesures. Les politiques et procédures des établissements doivent aller au-delà de la simple conformité au cadre législatif. Elles doivent plutôt viser à encourager le développement de pratiques professionnelles cliniques qui font de l'utilisation de la contention et de l'isolement des mesures d'exception.

Au-delà du cadre juridique, tous les membres de l'équipe interdisciplinaire et de gestion doivent travailler ensemble à réduire l'utilisation de la contention et de l'isolement auprès de la clientèle. Une philosophie de soins et de services centrée sur la personne, sur le respect de ses droits fondamentaux, sa dignité, son autonomie et sa qualité de vie, constitue la pierre angulaire de la transformation des pratiques de soins.

Les décideurs, les membres des conseils d'administration, les directions générales, les gestionnaires autant que les cliniciens sont directement interpellés par une telle démarche.

Il leur faut revoir à la fois leurs attitudes et les moyens qu'ils s'accordent pour une meilleure prestation de soins et de services. L'environnement administratif et de gestion clinique doit permettre un aménagement du travail qui donne place à un processus décisionnel réfléchi tenant compte à la fois des dimensions éthique, juridique et clinique au regard de l'utilisation de la contention et de l'isolement. Pour faire place à ce processus et tenter de vaincre le paradoxe de la protection en matière de contention, on doit d'abord **développer une démarche qui permet la réflexion éthique** concernant la sauvegarde de l'autonomie de la personne. Ce n'est qu'à travers une telle démarche que l'utilisation de la contention comme moyen de protection des blessures pourra être révisée. Le soutien administratif doit être suffisamment omniprésent pour ne pas brimer la créativité des intervenants et bloquer l'émergence de mesures de remplacement à l'utilisation de la contention et de l'isolement.

### 2.3.1 Paradoxe de l'utilisation de la contention

L'utilisation de la contention met souvent en opposition des objectifs susceptibles de s'opposer, comme le respect des droits fondamentaux de la personne et l'obligation d'assurer la sécurité des usagers. D'une part, l'utilisation de la contention est le plus souvent liée à l'intention de l'intervenant de protéger l'utilisateur des risques de chutes et de désorganisation, de contrôler les comportements d'errance, d'agitation ou d'agressivité ou de favoriser le positionnement et le confort de l'utilisateur<sup>2,3,4</sup>. D'autre part, force est de constater que les effets positifs de l'adoption de ces mesures n'ont pas été démontrés par les diverses recherches réalisées dans le domaine. Bien au contraire, ce sont les conséquences négatives qui ressortent.

Les raisons expliquant l'utilisation de ces mesures suscitent de plus en plus de questionnements, tant sur les plans éthique, juridique que clinique. Ces questionnements ont trait aux effets délétères pour la personne aux niveaux physique et psychologique, aux sentiments vécus par la famille et les intervenants (anxiété, frustration, insatisfaction, sentiment d'être inefficace, etc.) ainsi qu'à l'impact sur les établissements (diminution de la qualité des soins et mauvaise réputation)<sup>1, 5, 6, 7, 8</sup>.

En ce qui concerne la personne âgée, on ne peut passer sous silence les effets secondaires désastreux à l'application de ces mesures. En effet, l'utilisation de la contention contribue directement à la perte de jeu articulaire et de force musculaire et osseuse, voire à toutes les autres conséquences reliées à une immobilité prolongée<sup>1, 5, 8</sup>. D'autres recherches ont montré que le recours aux contentions peut également avoir des conséquences négatives sur le plan

psychologique<sup>1,6,8</sup>. Les conséquences que peut avoir l'utilisation de la contention sur l'immobilité, la privation sensorielle et la détérioration de l'état psychologique de la personne amènent d'ailleurs plusieurs intervenants à revoir leur pratique.

Le recours à la contention peut affecter significativement la relation de la famille avec son parent. Une image négative de la personne, la diminution des rapports affectifs, le sentiment de gêne, d'impuissance et de culpabilité représentent autant de conséquences négatives sur les plans social et familial.

Quant aux intervenants, la décision de recourir à ces mesures peut entraîner des conflits de valeurs et de rôles. La décision d'appliquer la contention peut engendrer un conflit entre le besoin de protection de la personne et le respect de sa dignité, de son autonomie et de sa liberté. L'application de la contention peut aussi être à l'origine d'un sentiment de culpabilité et une image négative des soins prodigués à l'usager. De plus, la contention peut également teinter les relations entre les professionnels et l'usager en matière de contact humain, de communication interpersonnelle et d'un éventuel désengagement progressif envers l'usager.

Le recours à l'utilisation prolongée ou systématique de la contention sans évaluation clinique préalable, sans plan d'intervention interdisciplinaire et sans suivi suffisant sont autant d'indices pouvant laisser suspecter une qualité de soins insuffisante et un manque d'intérêt pour les soins à la clientèle.

En exposant les conséquences négatives de l'utilisation de la contention, plusieurs auteurs<sup>7,8</sup> spécialisés dans le domaine plaident en faveur d'un adoucissement des moyens utilisés dans les établissements de soins généraux et spécialisés et les CHSLD. Pour y arriver, ces chercheurs invitent les gestionnaires et les intervenants à réfléchir sur les valeurs et les croyances au regard des avantages et des inconvénients à utiliser une méthode contraignante, afin de permettre des interventions adaptées visant à réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention.

### 2.3.2 Fausses croyances sur l'utilisation de la contention : matière à réflexion

Certains auteurs révèlent que l'utilisation de la contention s'appuie trop souvent sur des croyances erronées<sup>5</sup>.

#### Quatre fausses croyances sur l'utilisation de la contention

##### 1. C'est un bon moyen pour prévenir les chutes et les blessures.

Selon cette croyance, les usagers âgés sont plus sujets aux chutes, et l'utilisation de la contention contribue à prévenir ces chutes ainsi que les blessures qu'elles occasionnent. Pourtant, **il est loin d'être évident que les contentions constituent une solution efficace pour protéger les personnes contre les risques de blessures liées aux chutes**. Plusieurs décès par contention sont rapportés au Québec depuis les 15 dernières années<sup>2,4</sup>. Des études récentes démontrent, en effet, que le nombre de chutes a diminué chez les personnes libérées de leur contention, mais aussi que les blessures étaient moindres, en sévérité et en nombre, chez ce groupe comparativement aux personnes limitées dans leur mouvement<sup>1,4,9,10</sup>.

Les résultats de ces études mettent en évidence les dangers potentiels associés à la contention tels que la diminution de l'état d'éveil ou, à l'opposé, l'augmentation de l'agitation. En voulant se libérer de leurs contentions, les personnes courent des risques plus élevés tels que la compression du plexus brachial, l'ischémie des membres, l'asphyxie par strangulation, etc. À la lumière de ce qui précède, il semble que la confiance placée dans la contention en tant que moyen clinique efficace de prévenir les chutes, de diminuer l'agitation et l'errance associées au syndrome démentiel ou tout autre comportement n'est nullement fondée<sup>9,11,12</sup>. Les recherches sur le sujet ont démontré non seulement les effets néfastes associés à l'utilisation de la contention, mais elles ont également démontré que la contention accroît l'agitation plutôt qu'elle ne la réduit, qu'elle est responsable de la perte de capacité à se mobiliser et entraîne un épuisement et de la léthargie chez l'utilisateur.

##### 2. C'est pour le bien de l'utilisateur.

Selon cette croyance, la contention est appliquée pour le bien de l'utilisateur âgé et en aucun moment elle ne l'incommoder. Cette croyance est erronée car, **au contraire, il y a de nombreux effets néfastes associés à l'immobilité**, notamment la constipation, l'incontinence, les plaies, l'atrophie musculaire, les contractures et la perte de masse osseuse ont été démontrés. **À cela s'ajoutent les effets dévastateurs sur le plan psychologique** : la colère, la peur, l'hostilité, la perte de dignité et le repli sur soi.

### 3. C'est un moyen efficace pour donner des soins.

Selon cette croyance, l'utilisation de la contention facilite la prestation des soins et elle réduit l'anxiété chez le personnel. D'une part, **le manque de personnel ne saurait justifier le recours à la contention et, d'autre part, c'est sous-estimer le temps de surveillance que nécessite l'utilisation de la contention.** Dans les cas de l'utilisation de la contention, l'immobilité prolongée risque également d'entraîner une demande accrue de soins, la personne perdant progressivement son autonomie dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne (élimination, hygiène, alimentation, etc.).

### 4. C'est un moyen pour réduire les poursuites judiciaires.

Cette croyance est, en quelque sorte, reliée à la première. En effet, selon cette croyance, l'utilisation de la contention protège les intervenants contre les éventuelles poursuites judiciaires. Pourtant, **les risques de poursuite semblent être davantage associés aux blessures qu'entraîne l'utilisation non justifiée de la contention<sup>5</sup>.**

Une meilleure connaissance des effets néfastes de l'utilisation de la contention par les intervenants permet de comprendre pourquoi elle doit être envisagée comme une mesure exceptionnelle. Si ces mesures s'imposent dans certaines circonstances, elles doivent être envisagées en tant que mesures de dernier recours, et ce, seulement pour de courtes périodes, au moment où l'inefficacité des autres mesures thérapeutiques a été démontrée. De plus, la mesure de contention retenue doit être la moins contraignante possible et la plus confortable pour l'usager.

#### 2.3.3 Processus décisionnel pour l'utilisation de la contention et de l'isolement

Pour réduire l'utilisation de la contention et de l'isolement aux situations d'exception, un processus décisionnel à l'intention de l'équipe interdisciplinaire est proposé. Ce processus opérationnel découle d'un cadre conceptuel où les dimensions éthique, juridique et clinique font partie intégrante de la prise de décision. Ce processus vise essentiellement à guider l'équipe de soins dans sa démarche de prise de décision.

Les raisons motivant l'utilisation des mesures de contrôle peuvent être nombreuses et diversifiées. Ainsi, dans le cas de l'utilisation de la contention et de l'isolement, nous retrouvons habituellement trois principaux motifs d'intervention.

## Les motifs d'intervention

Intervention de soins ponctuels	Intervention d'assistance	Intervention de maîtrise
Intervention visant à effectuer un examen ou à donner les soins requis par la condition d'un usager advenant une interférence aux soins de la part de ce dernier.	Intervention visant à pallier un risque élevé d'accident ou de détérioration de la santé d'un usager relié à sa condition physique ou psychique (par exemple : risque de chute, de fugue, etc.).	Intervention visant à empêcher l'utilisateur de poser des gestes agressifs <b>imminents</b> qui mettraient en danger sa sécurité ou celle d'autrui.

Le recours à la contention et à l'isolement doit s'inscrire dans un contexte d'examen introspectif et d'analyse de ses propres attitudes vis-à-vis ces mesures. Pour arriver à un changement de pratique de soins, il est essentiel que les autorités administratives et l'équipe interdisciplinaire travaillent de concert dans cette démarche de changement. À tous les niveaux de l'organisation, de l'encadrement de gestion à l'environnement de soins, il est essentiel de comprendre que la contention et l'isolement ne représentent généralement pas la solution aux problèmes de chutes, d'errance, d'agitation ou aux autres comportements perturbateurs.

Le succès de l'application d'un processus décisionnel réfléchi pour l'utilisation de la contention et de l'isolement repose d'abord sur :

- la détermination de l'équipe interdisciplinaire à les utiliser comme mesures de derniers recours;
- l'évaluation complète de la condition de l'utilisateur;
- la connaissance et le développement de mesures préventives ou de remplacement;
- la compréhension des principes directeurs et des critères encadrant l'utilisation de la contention et de l'isolement comme mesures exceptionnelles;
- l'existence de procédures claires de décision et d'application de la contention et de l'isolement;
- l'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant;
- la réévaluation continue de la pertinence de recourir à des mesures de contrôle;
- la qualité de la tenue de dossier de l'utilisateur.

## Trois étapes du processus décisionnel

### 1. Évaluation de la situation clinique

Cette étape est déterminante. Elle permet d'orienter le plan d'intervention interdisciplinaire (ci-après désigné le « PII »), de l'axer sur des mesures préventives ou de remplacement et de

s'assurer que la décision respecte les intérêts de l'utilisateur. L'utilisation de la contention et de l'isolement, sans objet thérapeutique justifiable, survient principalement lorsque la décision d'y recourir ne découle pas d'une analyse attentive des causes du problème et de l'ensemble des besoins de l'utilisateur.

Il s'agit de cerner le problème vécu à partir de la perception qu'une personne est à risque de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. Se référant aux Orientations ministérielles, deux contextes d'intervention peuvent prévaloir au moment de l'utilisation des mesures de contrôle, soit le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.

### **Contexte d'intervention planifiée**

Le contexte d'intervention planifiée réfère aux antécédents de la personne et à la probabilité qu'une situation problématique se reproduise, ou bien à une utilisation récente par l'équipe interdisciplinaire d'une mesure de contrôle envers une personne à risque de se blesser ou de blesser autrui. Dans ce cas, une décision est prise de planifier à l'aide du PII divers moyens pour solutionner le problème vécu par la personne. Parmi ces moyens et, en derniers recours, sont envisagés la contention et l'isolement.

### **Contexte d'intervention non planifiée**

Il s'agit d'« une intervention réalisée en réponse à un comportement inhabituel, et par conséquent non prévu, qui fait en sorte de mettre en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui » (Orientations ministérielles, page 18).

Un événement grave qui survient dans un tel contexte devra donner lieu à une analyse postsituationnelle et conduira l'équipe interdisciplinaire à adopter un PII si nécessaire et, conséquemment, à évaluer la pertinence de planifier en dernier recours l'utilisation d'une mesure de contrôle. Il est pour ainsi dire très rare et très exceptionnel d'utiliser une mesure de contrôle dans un contexte non planifié. Le passage d'un contexte d'intervention non planifiée à un contexte d'intervention planifiée est généralement inévitable.

Il va de soi que l'analyse de la situation problématique dans l'un ou l'autre des contextes d'intervention doit être la plus rigoureuse possible. Ainsi, une telle analyse doit porter sur les faits, viser à comprendre les circonstances et à examiner les conséquences possibles d'une non-intervention ou de toutes autres solutions envisagées. Pour orienter avec justesse la stratégie d'intervention interdisciplinaire, l'évaluation clinique doit aussi permettre de bien cibler les causes à l'origine de la situation problématique ainsi que les besoins bio-psycho-sociaux de la personne visée.

Par exemple, dans le cas d'une personne dont l'équilibre est sérieusement réduit et dont le risque de chute pourrait entraîner des blessures, il faut non seulement se demander quelle est la nature du risque, mais surtout quelle est la source de ce déséquilibre (problème physique, psychologique). En effet, plusieurs facteurs peuvent être associés au risque de chute tels que la

médication, une maladie dégénérative, un environnement mal adapté, etc. Une tendance trop répandue est de se limiter à une seule cause, soit celle de la perte d'équilibre de la personne, qui peut être temporaire, sans considérer l'ensemble des facteurs qui contribuent à créer ce risque et sur lesquels des interventions cliniques sont possibles.

La détermination des causes de la situation se réalise simultanément avec la reconnaissance des besoins de la personne sur les plans physiologique, psychologique et social.

## **2. Planification des interventions**

La connaissance et l'analyse de la situation problématique conduisent l'équipe clinique à rechercher les interventions les plus susceptibles de résoudre adéquatement celle-ci. Le plan d'intervention vise, d'une part, à agir sur les causes du problème et, d'autre part, à répondre aux besoins de la personne en favorisant notamment le maintien optimal de son autonomie.

Des mesures préventives sont recherchées et adoptées afin d'éviter qu'une situation ne s'aggrave ou ne se reproduise avec les conséquences déjà observées ou anticipées pour la personne elle-même ou pour autrui. Quand de telles mesures sont précisées et susceptibles d'apporter une solution valable et respectueuse des besoins de la personne, elles sont mises en application et évaluées par la suite.

Si, après une évaluation objective de la situation problématique, l'équipe interdisciplinaire considère qu'une mesure de contrôle doit être envisagée comme solution au problème, cette dernière doit poursuivre ses efforts de réflexion. D'une part, l'équipe doit s'interroger sur les interventions préventives à mettre en œuvre avant d'envisager l'application d'une mesure de contrôle. Dans ce cas, d'autres moyens peuvent être combinés à l'utilisation des contraintes pour en limiter les répercussions négatives. D'autre part, l'équipe doit rigoureusement justifier sa décision d'envisager une telle mesure en s'appuyant sur des critères clinique, juridique et éthique.

L'équipe interdisciplinaire doit, incidemment, se référer aux six principes directeurs énoncés dans les Orientations ministérielles et encadrant l'utilisation des mesures de contrôle. Fondamentalement, l'équipe interdisciplinaire doit se demander si la décision d'utiliser la contention ou de recourir à l'isolement poursuit les objectifs thérapeutiques qui sont strictement d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions physiologiques ou psychologiques?

Il importe à cette étape d'évaluer le degré de risque ou de dangerosité encouru par la personne et d'établir avec rigueur la nature et le degré de dangerosité auxquels l'entourage est exposé.

Considérant qu'il est essentiel de fonder les pratiques professionnelles cliniques et administratives sur des valeurs éthiques et morales, il importe de structurer la démarche de prise de décision clinique en y intégrant des repères éthiques<sup>1,2,12</sup>. Ainsi, la cueillette d'information



auprès de l'utilisateur, de sa famille et des intervenants vise à cerner avec le plus de précision possible le contexte objectif du problème en mettant en relief les valeurs sous-jacentes.

Une démarche individuelle, où chacun fait l'examen de ses connaissances et de ses habiletés pour juger de la problématique, permet de prendre une certaine distance critique et d'éviter d'imposer ses propres valeurs aux autres. Plus l'inventaire des valeurs de l'utilisateur, de sa famille ou de ses proches et celles des intervenants sera complet, et plus l'analyse éthique sera exhaustive. Plus grande sera alors la probabilité d'en arriver à une décision éclairée.

À ce stade, il s'agit de pondérer les valeurs en cause et de cerner le dilemme moral. S'il y a un conflit de valeurs, il y a nécessairement un problème éthique. Prendre une décision éthique revient à choisir, entre plusieurs valeurs, celle qui revêt le plus d'importance dans la situation. L'équipe interdisciplinaire pourrait avoir à choisir entre deux valeurs ou plus, ou bien à choisir « le moindre mal » lorsque toutes les options ou solutions comportent des dimensions indésirables.

Les interventions qui sont choisies par l'équipe après avoir échangé avec l'utilisateur ou son représentant devraient normalement être en accord avec les valeurs privilégiées. Il s'agit de se rapprocher de la « meilleure solution possible », c'est-à-dire de celle qui permet le plus d'humanité dans l'agir professionnel et dans les rapports avec les autres.

### **Mesure non justifiée**

Si, après réflexion et discussion, il appert que l'application d'une mesure de contrôle présente plus d'inconvénients que d'avantages pour la santé et le bien-être de la personne, celle-ci n'est pas justifiée.

L'exemple du risque de chute est fréquemment invoqué par les intervenants pour justifier l'utilisation de la contention<sup>13</sup>. Pourtant, il a été démontré que ce risque et l'incidence de fractures ne sont pas modifiés par l'utilisation de la contention. De même, le risque de comportements agressifs est passablement surestimé pour justifier l'utilisation de l'isolement ou de la contention. Or, des blessures chez le personnel soignant se produisent très fréquemment au moment de la mise en isolement. Bien sûr, la maîtrise d'une personne suppose que celle-ci est en situation de crise, mais l'intervention a fréquemment pour effet d'augmenter son anxiété et son agitation. Par conséquent, il devient essentiel, tant pour la sécurité des intervenants que pour celle de l'utilisateur, que ces mesures ne soient utilisées que lorsque le stade de l'escalade ne permet pas de gérer la crise par d'autres moyens.

Le droit à la liberté et le respect de l'utilisateur doivent être pris en compte, au prix de laisser vivre avec un certain risque de blessures ceux et celles qui en expriment le désir sans pour autant écarter l'utilisation d'une contention lorsque celle-ci s'avère humainement indispensable<sup>14</sup>.

## Mesure justifiée/les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle

Le protocole d'application des mesures de contrôle doit spécifier les paramètres relatifs à la décision d'utiliser ou non une mesure de contrôle, d'une part, et les paramètres entourant l'application de cette mesure, d'autre part.

➤ Paramètres relatifs à la décision :

- ◆ Le contexte d'intervention planifiée ou non planifiée;
- ◆ Le ou les professionnels autorisés à prendre la décision;
- ◆ Le consentement de l'utilisateur ou de son représentant;
- ◆ Les motifs ou les circonstances d'application de la mesure de contrôle;
- ◆ Les mesures préventives ou de remplacement;
- ◆ Le type de mesure et les moyens utilisés;
- ◆ Le lieu et la durée d'application de la mesure;
- ◆ Les indications d'arrêt et de reprise de la mesure;
- ◆ La révision et le suivi de la mesure.

Comme tout autre traitement, si une mesure de contrôle est indiquée, le consentement de l'utilisateur ou de son représentant est requis. En effet, avant de consentir, la personne doit connaître la justification de la mesure, le type de mesure envisagée, sa durée d'utilisation, les risques d'utilisation et les mesures de remplacement possibles. Les informations doivent lui être transmises clairement et dans un langage qu'elle comprend. Lorsqu'une personne est jugée inapte à donner son accord, un consentement substitué devra être obtenu.

Cependant, ce consentement n'est pas exigé dans un contexte d'intervention non planifiée. La gravité de la situation et l'imminence d'un comportement mettant en danger la sécurité de la personne ou celle d'autrui peuvent, en effet, justifier l'utilisation d'une mesure de contrôle sans obtenir au préalable le consentement de la personne ou de son représentant. Il est à noter que le consentement à l'utilisation de la contention et de l'isolement est traité plus en profondeur au chapitre 3.

➤ Paramètres relatifs à l'application :

- ◆ La surveillance et la supervision :
  - de l'état du matériel et de l'environnement,
  - de l'application conforme aux normes,
  - de l'état de santé de l'utilisateur (signes cliniques),
  - du confort de l'utilisateur,
  - de la fréquence des visites;
- ◆ Les notes d'évolution au dossier de l'utilisateur;
- ◆ Un retour postsituationnel avec l'utilisateur ou son représentant.

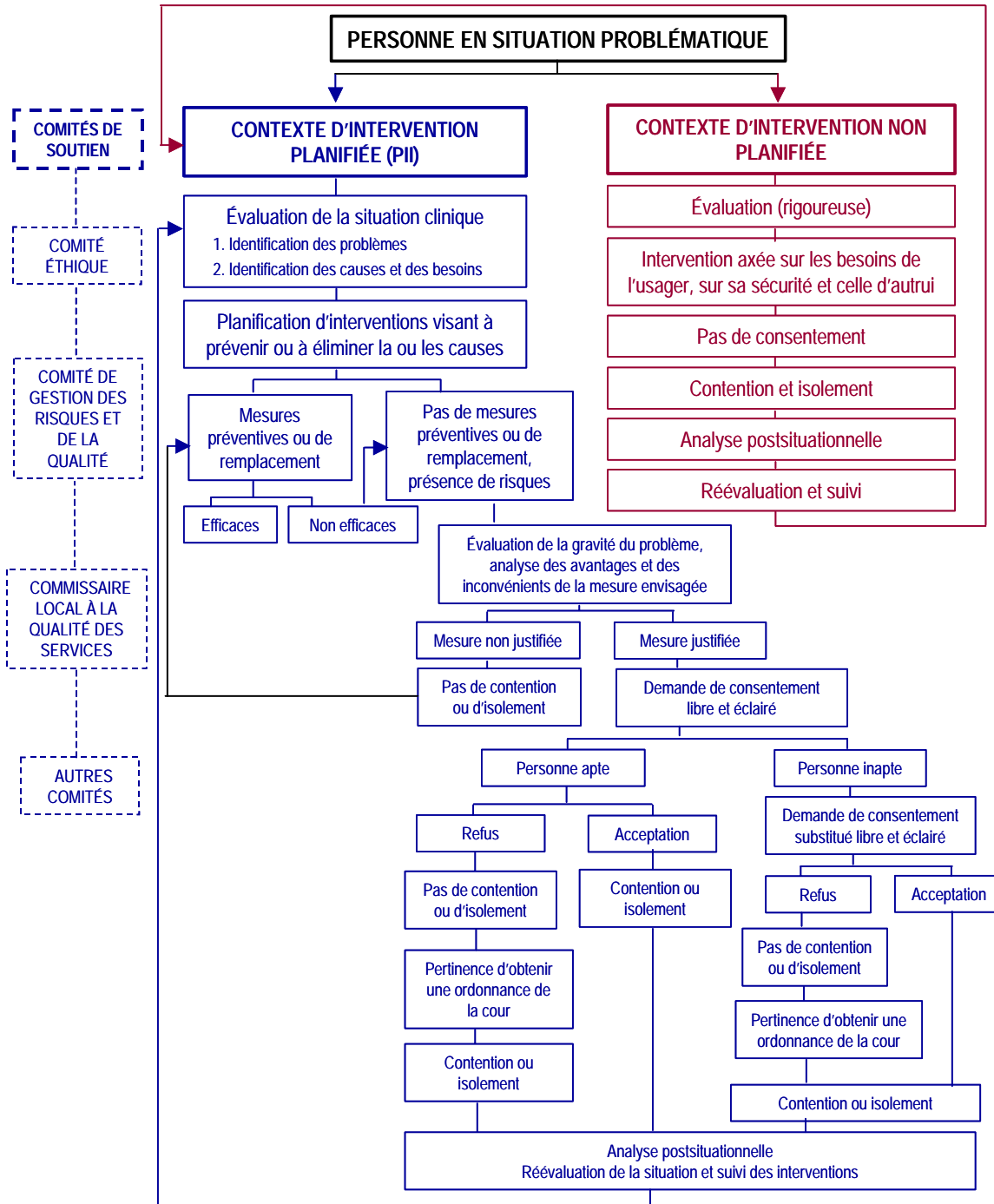
Il est à noter que la mise en application d'une mesure de contrôle peut être faite par des intervenants qui ne sont pas légalement autorisés à décider de l'utilisation de cette mesure.

### **3. Réévaluation de la situation à la suite de l'utilisation de la contention et de l'isolement**

Dans tous les cas, que ce soit dans un contexte d'intervention planifiée ou dans un contexte d'intervention non planifiée, une analyse postsituationnelle doit être faite. Celle-ci doit cibler les membres de l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur, ses proches et son représentant, le cas échéant. Le retour sur la situation s'avère essentiel non seulement pour prévenir les effets négatifs de l'utilisation de la mesure de contrôle, mais surtout pour réévaluer la pertinence de maintenir, de modifier ou de cesser l'utilisation d'une telle mesure. Cette démarche de l'équipe doit conduire celle-ci à élaborer un PII ou bien à réviser celui existant dans la perspective de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de l'utilisateur.

Le tableau reproduit à la page suivante résume les principales étapes du processus décisionnel entourant l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle.

## Processus décisionnel pour l'utilisation judicieuse de la contention et de l'isolement dans une approche interdisciplinaire



Objectif visé : la réduction, voire l'élimination des mesures de contrôle

En définitive, la contention et l'isolement constituent des mesures d'exception portant atteinte à la liberté, à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne. Ces mesures limitent non seulement la liberté de mouvement de la personne, mais également sa capacité de faire des choix<sup>6</sup>. Avant de décider d'appliquer à une personne une mesure de contrôle, l'équipe clinique a l'obligation morale, d'une part, d'effectuer une démarche d'analyse rigoureuse de la situation problématique et, d'autre part, de chercher des moyens préventifs ou de remplacement. Conformément aux trois premiers principes directeurs énoncés dans les Orientations ministérielles, une mesure de contrôle n'est utilisée que dans un contexte de risque imminent et qu'en dernier recours. Elle doit, de plus, être la moins contraignante pour la personne.

### 2.3.4 Mesures préventives ou de remplacement

Plusieurs chercheurs remarquent que le personnel a recours à la contention et à l'isolement à défaut de connaître d'autres moyens d'intervenir<sup>4,8,15</sup>. Par conséquent, une meilleure connaissance des mesures de remplacement à l'utilisation de la contention et de l'isolement par le personnel soignant, mais également par les décideurs et le personnel d'encadrement, pourra contribuer à limiter leur application à des situations spécifiques et exceptionnelles.

Il va s'en dire que les changements d'attitudes et l'information sur les mesures de remplacement requièrent un programme de formation pour l'ensemble des paliers d'intervention de l'institution, incluant les usagers et leur famille. De plus, dans une perspective de changement planifié, où le changement d'attitude représente en soi un défi, il est nécessaire de faire place à la créativité. En permettant aux intervenants d'exprimer leurs craintes et leurs préoccupations, la recherche de nouvelles solutions devient dynamique. L'émergence de possibilités d'interventions inexploitées devient un facteur de motivation et de mobilisation dans la recherche de mesures préventives ou de remplacement à l'utilisation de la contention et de l'isolement. Le renouvellement des pratiques de soins est tributaire du renouvellement institutionnel. Des stratégies organisationnelles, professionnelles, structurales et d'apprentissage peuvent soutenir ce renouvellement<sup>5</sup>.

#### Les stratégies organisationnelles

Les stratégies organisationnelles pour la recherche de mesures de remplacement peuvent avantageusement inclure les moyens suivants<sup>5,8,15</sup> :

- ◆ Organiser et planifier le travail de manière à assurer une présence optimale d'intervenants dans l'unité de soins et de vie;
- ◆ Assurer une réponse prompte aux demandes d'aide;
- ◆ Adapter la routine selon les besoins individualisés de l'usager;
- ◆ Avoir un fonctionnement d'équipe efficace;
- ◆ Fournir une information juste et complète aux familles à l'égard de l'utilisation de la contention ou de l'isolement (bénéfices et risques);
- ◆ Utiliser des personnes bénévoles possédant une formation suffisante;
- ◆ Respecter la décision de l'usager et les conséquences de sa décision;
- ◆ Utiliser la mesure retenue pour la plus courte période possible;
- ◆ Fournir une prestation de soins et de services axée sur la dignité de la personne.

### Les stratégies professionnelles

Les stratégies professionnelles font référence à l'ensemble des moyens utilisés par le personnel de tous les niveaux hiérarchiques pour contrer l'utilisation de la contention et de l'isolement<sup>4,5,8,15,16,17,18</sup>.

Les mesures suivantes en sont des exemples :

- ◆ Favoriser les interactions qui augmentent le sentiment de confiance de l'usager et l'efficacité de communication entre celui-ci et les intervenants;
- ◆ Permettre la verbalisation des sentiments de colère, de crainte, et de frustration;
- ◆ Fixer des limites aux violences verbales et aux exigences manipulatoires ou irrationnelles;
- ◆ Définir clairement les limites de manière à ce qu'elles ne soient pas perçues comme un défi par l'usager;
- ◆ Respecter l'espace personnel et laisser agir l'usager sur son environnement;
- ◆ Éviter de raisonner l'usager ou de discuter avec celui-ci en s'obstinant;
- ◆ Enseigner les techniques de relaxation, de gestion de l'agressivité et de la colère;
- ◆ Retirer l'usager de la situation stressante;
- ◆ Éliminer les traitements ou soins non essentiels (ex. : sieste obligatoire);
- ◆ Utiliser la médication prescrite au besoin;
- ◆ Évaluer soigneusement les comportements de désorganisation ou perturbateurs;
- ◆ Évaluer les risques de chutes;
- ◆ Planifier des soins et des services individualisés en continuité avec les antécédents et les besoins actuels de l'usager;
- ◆ Assurer une complémentarité entre les intervenants;
- ◆ Favoriser une bonne communication entre les intervenants;
- ◆ Faire appel à des consultants;
- ◆ Favoriser une approche de réadaptation, à l'opposé d'une approche se limitant à des soins d'entretien ou de garde;
- ◆ Avoir le souci d'intégrer la famille à la planification des soins et des services;
- ◆ Offrir un accueil à la personne nouvellement admise à l'unité de soins et de vie (fonctionnement, orientation des lieux, des personnes, etc.);
- ◆ Élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire prévoyant des activités aux besoins et aux goûts de l'usager.

### **Les stratégies structurales**

Certaines stratégies structurales s'adressent plus particulièrement aux milieux de soins pour la personne âgée<sup>4, 5, 8, 15</sup>. Elles font référence aux aménagements environnementaux et à l'utilisation d'équipements adaptés dont voici quelques exemples :

- ◆ Assurer un éclairage adéquat en tout temps (par exemple, une veilleuse);
- ◆ Réduire les stimuli (lumière, bruits, couleurs, etc.);
- ◆ Assurer une circulation libre d'obstacles dans les corridors;
- ◆ Installer des barrières ou des courroies à l'entrée de certaines pièces;
- ◆ Aménager des aires d'errance sécuritaires;
- ◆ Identifier la chambre par un objet significatif ou une photographie;
- ◆ Utiliser des pictogrammes pour les salles de toilettes, salon, salle à manger;
- ◆ Aménager des pièces communes favorisant la détente et l'échange;
- ◆ Installer des dispositifs d'alarme de positionnement (lit, fauteuil);
- ◆ Utiliser le lit à son niveau le plus bas;
- ◆ Utiliser les demi-ridelles de lits;
- ◆ Utiliser des renflements à même les draps-housses en guise de ridelles de lit;
- ◆ Installer des barres d'appui;
- ◆ Installer des bandes antidérapantes.

### **Les stratégies d'apprentissage et de développement des compétences**

Les stratégies d'apprentissage et de développement des compétences font référence à la mise en place de programmes soutenant le développement des pratiques professionnelles<sup>5</sup>. Par exemple, elles peuvent consister :

- ◆ à offrir un programme de prévention des chutes;
- ◆ à planifier un programme à l'intention de tout le personnel afin de mieux faire comprendre les besoins des usagers sous leurs soins;
- ◆ à offrir un programme de loisirs (musicothérapie, zoothérapie, etc.);
- ◆ à offrir un programme de gestion de situation d'urgence;
- ◆ à offrir un programme de formation sur le travail interdisciplinaire.

## RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 2

### 2.1 Dimension éthique et 2.2 dimension juridique

1. FORTIN, J. (1996). « Considérations éthiques reliées aux soins des personnes âgées » dans *La personne âgée et ses besoins*, sous la direction de Sylvie Lauzon et d'Evelyn Adam, Saint-Laurent, ERPI, p. 761–780.
2. CROWE, C. (1995). « Grille d'analyse de cas : un nouvel outil clinique », *Le gérontophile*, vol. 17, n° 1, p. 40–49.
3. CHIEN, W.T. (2000). « Use of physical restraints on hospitalized psychogeriatric patients ». *Journal of Psychosocial Nursing* vol. 28, no. 2, p. 13-22.
4. DAWKINS, V. H. (1998). « Restraints and the elderly with mental illness : ethical issues and moral reasoning ». *Journal of Psychosocial Nursing* vol. 36, no. 10, p. 22–27.
5. JANELLI, L.M. (1995). « Physical restraint in acute care settings ». *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 9, no. 3, p. 86–92.
6. QUINN, C.A. (1996). « The advanced practice nurse and changing perspectives on physical restraint ». *Clinical Nurse Specialist*, vol. 10, no. 5, p. 220–225.
7. DIBARTOLO, V. (1998). « 9 steps to effective restraint use », *RN*, December, 23–24.
8. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, (1996). *L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser*. Montréal : AHQ, p. 1, 2, 23–26 (Collection : Document de référence 2).
9. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, (1999). *Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement*. Montréal : CMQ, p. 4.
10. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, (1996). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, mars, p. 9–11.
11. DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES SERVICES PROFESSIONNELS, (1999). *Philosophie en regard de la contention physique*. Sainte-Anne-de-Bellevue : Hôpital Sainte-Anne.
12. REGROUPEMENT DES PROGRAMMES D'ASSURANCE AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Guide d'implantation de la loi et pour l'élaboration des politiques et des procédures sur la divulgation*, <http://www.ahq.org> (section Actualités et informations).



## 2.3 Dimension clinique

1. STRUMPF, N.E., EVANS, K. et SCHWARTZ, D. (1991). « Physical restraint of the elderly » dans W.C. Chenitz, J.T. Stone et S.A. Salisbury, *Clinical Gerontological Nursing*. Toronto, Saunders, p. 329–344.
2. TINETTI, M.E., LIU, W.L. et GINTER S.F. (1992). « Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities », *Annals of Internal Medicine*, 116, p. 369–374.
3. MION, L., FRENGLEY, J.D., JAKOVICIC, C.A., MARINO, J.A. (1989). « A further exploration of use of physical restraints in hospitalized patients ». *JAGS*, 37 (10) 949–956.
4. DURAND, P. (1999). *Programme de réduction des contentions physiques*. Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, p. 23.
5. ADAM, E. (1996) dans LAUZON, S. et al. *La personne âgée et ses besoins*. Saint-Laurent : ERPI, p. 81–88.
6. WERNER, P., COHEN-MANSFIELD, J., BRAUN, J. et al. (1989). « Physical restraints and agitation in nursing home residents ». *Journal of American Geriatric Society*, 37, 1122–1126.
7. ROBERGE, R. (1991). « Contentions physiques chez les personnes âgées en institutions : mesures de derniers recours ». *Le clinicien*, 137–144.
8. BRAUN, J.V. et LIPSON, S. (1993). *Toward a restraint-free environment, reducing the use of physical and chemical restraints in long-term and acute care setting*. Toronto, Health Professions Press. 305 p.
9. BLAKESLEE, J.A., GOLDMAN, B.D., PAPOUGENIS, D. et TORELL, C.A. (1991). « Making the transition to restraint-free care », *Journal of Gerontological Nursing*, 17, (2), p. 4–8.
10. POWELL, C.L. et al. (1989). « Freedom from restraint : Consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly », *Canadian Medical Association Journal*, 141, p. 561–564.
11. EIGSTEI, D.G. et VROOMAN, N. (1992). « Releasing of restraints in the nursing home : it can be done », *Journal of Gerontological Nursing*, 18, (1), p. 21–23.
12. BURTON, L.C. et al. (1992). « Physical restraint use and cognitive decline among nursing home residents », *Journal of American Geriatric Society*, 40, 811–816.
13. BEAUCHEMIN, J.P. (1999) « Facteurs prédictifs de l'utilisation des contentions physiques en centre d'accueil ». *L'Actualité médicale*, 3, novembre, p. 12.
14. GENEAU, D. (2000). « À propos de l'usage des contentions en CHSLD », *Info – CCFP* 5 (1) p. 1.

15. WYKLE, M.L. (1993). « An overview of restraint-free use and the movement to reduce the use of restraints ». Dans BRAUN, J.V. et LIPSON, S. (dir). *Toward a restraint-free environment, reducing the use of physical and chemical restraints in long-term and acute care setting*. Toronto, Health Professions Press. p. 3–10.
16. MORALES, E. (1995). « Least Restrictive Measures : Alternatives to Four-Point Restraints and Seclusion ». *Journal of Psychosocial Nursing*. Vol. 33, no. 10, p. 13–16.
17. MINARIK, P.A. (1994). « Alternatives to physical restraint in acute care. » *Clinical Nurse Specialist*, p. 132–162.
18. RICHMOND, I. et al. (1996). « Least restrictive alternatives : Do they really work? » *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 11, no. 1, p. 29–37.

## CHAPITRE 3 – LE CONSENTEMENT À L'UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT

Pour beaucoup de gens, la notion de consentement a une connotation principalement juridique. Cet aspect est mis en évidence par l'ensemble des articles de loi qui expliquent et protègent le droit fondamental de consentir aux soins. En tant qu'intervenant, il demeure toutefois essentiel de ne pas oublier que les différentes dispositions que l'on retrouve dans divers textes législatifs régissant le consentement visent toutes un seul et même objectif, soit le respect de la personne. De façon générale, le consentement doit être présent pour toute démarche clinique auprès de l'utilisateur, et ce, aussi bien durant l'utilisation de la contention et de l'isolement que durant tout traitement.

### 3.1 CONTEXTE JURIDIQUE

L'obligation d'obtenir le consentement de l'utilisateur avant de lui prodiguer des soins ou des traitements médicaux a notamment pour fondement l'inviolabilité de la personne.

Au cours des dernières années, on a mis beaucoup d'insistance sur le respect des droits et libertés de la personne.

#### 3.1.1 Code civil du Québec<sup>1</sup>

« 10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »

« 11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. »

« 13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne. »

#### 3.1.2 Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>2</sup>

« 8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les

différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant. (...) »

### **3.1.3 Code de déontologie des médecins<sup>3</sup>**

« **28.** Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé. »

« **29.** Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. »

« **38.** Le médecin doit porter secours et fournir les meilleurs soins possible à un patient lorsqu'il est vraisemblable de croire que celui-ci présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate. »

Une situation est urgente lorsque la vie d'une personne est en danger ou risque vraisemblablement de l'être si des soins ou des traitements ne lui sont pas administrés dans un court délai. L'urgence d'une situation peut aussi consister dans le fait qu'une personne se trouve dans une situation telle qu'elle risque vraisemblablement de subir un préjudice grave et permanent à sa santé si des soins et des traitements ne lui sont pas prodigués rapidement.

Compte tenu des objectifs thérapeutiques visés par l'utilisation de la contention et de l'isolement, ces mesures de contrôle peuvent être considérées comme étant des soins ou des traitements médicaux au sens des dispositions précitées.

### **3.1.4 Code criminel<sup>4</sup>**

« **265.** Commet des voies de fait (...) quiconque (...) :

- a) d'une manière intentionnelle, emploie la force directement ou indirectement, contre une autre personne sans son consentement;

(...) »

## 3.2 CRITÈRES DE VALIDITÉ DU CONSENTEMENT

Sauf en cas d'urgence, ou lorsqu'il est nécessaire de lui prodiguer des soins d'hygiène, il est essentiel d'obtenir le consentement de l'utilisateur avant l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement.

À cet effet, le consentement se définit comme suit : « *la manifestation de la volonté expresse ou tacite par laquelle une personne approuve un acte que doit accomplir une autre* »<sup>5</sup>. Afin d'être considéré valable, le consentement se doit de respecter les conditions suivantes :

- Être donné par une personne apte;
- Être manifeste;
- Être libre;
- Être éclairé;
- Être donné à des fins spécifiques.

### 3.2.1 Le consentement doit être donné par une personne apte

Afin d'être valide, le consentement doit être donné par une personne apte à le faire. Notons qu'il est toutefois nécessaire de distinguer entre l'aptitude à consentir à des soins médicaux et l'aptitude en tant que capacité légale de contracter (au sens du Code civil du Québec). Bref, il faut distinguer entre l'aptitude de faits et l'aptitude de droit :

« L'aptitude à consentir ou refuser des soins médicaux est essentiellement une question de faits. C'est l'aptitude de faits qui est recherchée, non l'aptitude de droit (...), il s'agit donc d'évaluer l'aptitude à consentir ou non pour la formation du contrat médical où l'inaptitude de la personne l'empêche de faire un contrat médical, mais plutôt pour la prestation de l'acte médical lui-même. »<sup>6</sup>

« L'aptitude générale peut être définie comme la capacité à s'occuper de soi-même et/ou de gérer ses biens. Certaines maladies, comme la maniaque-dépression ou la maladie d'Alzheimer, par exemple, justifient qu'une personne soit privée, en tout ou en partie de ses droits civils; cependant la personne peut connaître des périodes plus ou moins longues de lucidité pendant lesquelles elle est parfaitement capable de prendre des décisions quant à sa santé et de les communiquer à son entourage. »<sup>7</sup>

Afin de déterminer l'aptitude d'une personne à consentir à des soins, les tribunaux nous enseignent<sup>13</sup> que l'on doit avoir recours aux critères suivants, lesquels ne sont pas cumulatifs :

1. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?
2. La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?

3. La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?
4. La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement?
5. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

La responsabilité d'évaluer l'aptitude d'un usager de consentir aux soins et d'obtenir son consentement incombe au médecin désirant prodiguer le traitement. Le Collège des médecins du Québec précise à cet effet que :

« l'évaluation sera laissée à l'appréciation du médecin. Elle constitue une démarche d'ordre clinique qui utilise les moyens propres à évaluer l'état mental d'une personne. La consultation d'un expert médical peut parfois s'avérer nécessaire dans certains cas; le plus souvent, on fera appel à un collègue psychiatre ».<sup>5</sup>

### **3.2.2 Le consentement doit être manifeste<sup>8</sup>**

Le consentement donné par l'usager doit être manifeste, c'est-à-dire que sa nature, sa réalité et son authenticité doivent s'imposer avec évidence.

### **3.2.3 Le consentement doit être libre<sup>8</sup>**

Un consentement est libre lorsqu'il est donné par l'usager de son plein gré, sans crainte, menace ni pression d'aucune sorte. En l'espèce, aucun intervenant ne devrait exercer de pression sur un usager afin d'obtenir son consentement à l'utilisation de la contention ou de l'isolement.

### **3.2.4 Le consentement doit être éclairé<sup>8</sup>**

Pour être éclairé, le consentement d'un usager doit être donné en toute connaissance de cause. Dans un tel contexte, un consentement éclairé signifie qu'avant de prendre une décision, l'usager a reçu l'ensemble des informations nécessaires afin de prendre une décision réfléchie quant à l'isolement ou à la contention recommandée. Ces informations doivent lui avoir été transmises clairement, dans un langage qu'il comprend. En outre, elles doivent comprendre les éléments suivants :

- L'indication ou la justification de la mesure;
- Le type de contention ou forme d'isolement recommandé et son contexte d'application;
- La durée d'utilisation de la mesure recommandée et la fréquence de révision périodique de la décision;
- Les effets positifs de l'utilisation de la contention ou de l'isolement;
- Les risques encourus à défaut de cette mesure;
- Les risques inhérents à l'isolement ou au port même de la contention et les mécanismes de contrôle pris par l'établissement pour les éviter;
- Les solutions de remplacement à la contention ou à l'isolement.

L'information nécessaire pour obtenir un consentement libre et éclairé doit être transmise par le médecin traitant. Dans le cas où il déléguerait cette fonction à un autre professionnel, il devrait tout de même assumer la responsabilité de la qualité de la transmission des renseignements.

### **3.2.5 Le consentement doit être donné à des fins spécifiques<sup>5,8</sup>**

Pour être légalement valide, le consentement doit être donné à des fins spécifiques. Un consentement **n'est valable que pour la ou les mesures ou interventions expliquées** par le professionnel visé. Si l'état de santé de l'usager justifie l'arrêt de l'utilisation des mesures ou si un changement significatif dans l'application de celles-ci survient, l'usager ou son représentant devra en être avisé, et un nouveau consentement devra être demandé.

Par ailleurs, le consentement doit être donné pour une durée déterminée (par exemple, pour quatre jours) ou déterminable. L'usager a le droit de retirer son consentement en tout temps, de façon verbale ou autre, et ce, même après l'avoir donné par écrit. À cet effet, le Collège des médecins du Québec énonce ce qui suit :

« Le consentement est un processus et non un instant déterminé. Ainsi, le droit d'une personne de décider des interventions qu'elle subira doit nécessairement inclure le droit de renoncer à les poursuivre une fois que ces interventions sont entreprises. »<sup>5</sup>

## **3.3 CONSENTEMENT SUBSTITUÉ**

Lorsque le médecin conclura qu'un usager est inapte à consentir aux soins, il lui faudra alors obtenir un consentement substitué.

### **3.3.1 Sources d'obtention du consentement substitué**

Si l'usager est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude (homologué) peut le remplacer.

Notons que, selon l'article 22 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la personne qui peut consentir aux soins d'un usager a droit d'accès au dossier de l'usager dans la mesure où cette communication est nécessaire pour l'exercice de ce pouvoir.

#### **Dans le cas d'un mineur de moins de 14 ans**

« Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur (...) » (article 14 du Code civil du Québec)<sup>1</sup>.

#### **Dans le cas d'un mineur de 14 à 18 ans**

Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins requis par son état de santé. Toutefois, si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant

plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit en être informé (article 14 du Code civil du Québec).

L'autorisation du tribunal est nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit (article 16 du Code civil du Québec).

### **Dans le cas d'un majeur inapte**

« Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. » (article 15 du Code civil du Québec)

Pour les usagers qui sont inaptes à consentir, à qui on ne connaît pas de proches et qui ne sont pas pourvus d'un régime de protection, le Curateur public sera reconnu comme « une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier ». Il est à noter que le conjoint de fait est désormais reconnu au même titre que le conjoint marié (voir à cet effet l'article 61.1 de la Loi d'interprétation, L.R.Q. c. I-16).

Il importe de noter qu'une personne sous régime de protection n'est pas, de ce fait, inapte à consentir personnellement aux soins qui lui sont prescrits. La nécessité de recourir au consentement d'une tierce personne ne survient que lorsque l'inaptitude à consentir du majeur a été constatée, et cela, sans équivoque<sup>9</sup>.

### **3.3.2 Qualités du consentement substitué**

Le législateur impose plusieurs balises à l'exercice du consentement substitué, que ce consentement émane d'un représentant légal (tuteur, curateur, mandataire, titulaire de l'autorité parentale) ou d'un représentant de fait (conjoint, parent, etc.).

Un certain nombre de paramètres doivent ainsi être respectés pour qu'un consentement substitué puisse trouver son plein effet.

À l'instar de l'utilisateur qui doit consentir aux soins, la personne qui donne un consentement substitué à des soins ou à des traitements médicaux doit être apte à consentir et à donner un consentement manifeste, libre, éclairé et à des fins spécifiques. À cet égard, le devoir du professionnel visé ou de l'établissement est le même que lorsque c'est l'utilisateur lui-même qui doit consentir. Le tiers doit recevoir toute l'information nécessaire pour pouvoir consentir en toute connaissance de cause (voir section 3.2)<sup>8</sup>.



La personne appelée à consentir pour autrui doit prendre sa décision selon les règles du consentement substitué qui sont décrites à l'article 12 du Code civil du Québec<sup>1</sup> :

« **12.** Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse **est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne** en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront **bénéfiques**, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont **opportuns** dans les circonstances et que **les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.** »

Enfin, si la personne qui pouvait consentir aux soins refuse de consentir à la contention ou à l'isolement et que ce refus est injustifié, l'établissement devra avoir recours aux tribunaux pour pouvoir passer outre à ce refus. Le « refus injustifié » est celui qui n'est pas dans le meilleur intérêt du majeur protégé ou qui ne respecte pas ses valeurs. Il ne faut toutefois pas inférer qu'un refus de traitement est injustifié du seul fait de son refus<sup>8</sup>.

### 3.3.3 Rôle du Curateur public dans le consentement aux soins

Le Curateur public peut consentir aux soins pour une personne inapte qu'il représente. Ce faisant, il devra agir conformément aux conditions prévues aux articles 12 et suivants du Code civil du Québec. À l'instar des autres types de représentant de l'usager, le Curateur public est tenu d'agir dans le seul intérêt de l'usager en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que ce dernier a pu manifester.

Le Curateur public du Québec a émis des orientations concernant le consentement à l'utilisation des mesures de contention et d'isolement chez les personnes qu'il représente. Dans celles-ci, le Curateur public réitère les obligations auxquelles il est assujéti notamment en vertu de la Loi sur le curateur public (L.R.Q. c. C-81)<sup>10</sup> et du Code civil du Québec. Le Curateur public réfère aussi aux exigences **de l'article 118.1** de la LSSSS relativement aux inscriptions au dossier de l'usager lorsqu'une telle mesure est prise et aux protocoles des établissements relativement à ces mesures exceptionnelles. De plus, il indique qu'outre les situations d'urgence ou autres contextes spécifiques, le consentement du Curateur doit être obtenu pour l'application de telles mesures aux personnes qu'il représente.

Enfin, le Curateur public demande à être avisé durant l'arrêt de telles mesures de contrôle ou durant la révision périodique, s'il y a un changement significatif dans l'application d'une de ces mesures justifiée par l'état de santé de la personne.

### 3.4 REFUS CATÉGORIQUE\*

Il arrive que, malgré l'obtention d'un consentement substitué, l'usager représenté qui a été déclaré inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir le traitement proposé. À cet égard, l'article 16 du Code civil du Québec prévoit que :

« 16. L'autorisation du tribunal est nécessaire [...] si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.  
[...]»<sup>1</sup>

Ainsi, s'il s'agit de soins **non requis par son état de santé**, le majeur inapte peut les refuser même si un tiers autorisé a déjà consenti à de tels soins. Toutefois, si les soins sont **requis par son état de santé**, l'établissement ou le médecin pourront s'adresser à la Cour pour être autorisé à procéder malgré le refus de l'usager ou de son représentant.

### 3.5 FORMULAIRES DE CONSENTEMENT OU DE REFUS

Outre le consentement à une anesthésie, une intervention chirurgicale, un don d'organes ou une expérimentation, le consentement donné à un établissement de santé ou de services sociaux n'a pas nécessairement à être consigné par écrit. Toutefois, même si l'absence d'un écrit n'invalide pas le consentement de l'usager, il est préférable d'en obtenir un puisqu'il s'avère une preuve documentaire fort utile<sup>8</sup>. Il importe de noter que le fait qu'un consentement soit donné par écrit ne signifie pas nécessairement qu'il est donné par une personne apte, ou qu'il est libre et éclairé.

Les formulaires de consentement ou de refus utilisés pour la contention ou l'isolement devraient notamment contenir les informations de base suivantes :

- Nom de l'usager et de son représentant, le cas échéant;
- Type de contention ou d'isolement recommandé;
- Date de l'obtention du consentement;
- Durée de validité du consentement;
- Nom du médecin ou du professionnel ayant décidé de l'application de la contention ou de l'isolement;
- Fréquence de révision périodique.

\* Le refus *catégorique* est l'expression d'une volonté qui s'exprime fermement ou lorsqu'il y a, chez la personne concernée, une certaine consistance dans la manifestation même de cette volonté. C'est en fait un refus qui s'exprime de façon indiscutable et formelle, sans ambages, carrément, franchement<sup>12</sup>.

### RÉFÉRENCES DU CHAPITRE 3

1. *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64.
2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.
3. *Code de déontologie des médecins* (R.R.Q., c. M-9, r.4.1).
4. *Code criminel* (L.R.C. (1985), c. C-46).
5. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, (1996). *Le consentement aux soins*. Montréal, 15 pages, mars.
6. MÉNARD, J.P. (1998). *Développements récents en droit de la santé mentale*. Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Les Éditions Yvon Blais, Cowansville, pp. 237–266.
7. LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, (1998). « Des nouvelles du Curateur public ». *Communiqué de la Curatrice publique*. 2<sup>e</sup> année, n<sup>o</sup> 2, septembre.
8. MÉNARD, J.P. et MARTIN, D. (1995). *Le cadre juridique du traitement psychiatrique*. Étude préparée pour le Département d'administration de la santé et de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, Montréal, pp. 21–117, octobre.
9. LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (1999). *Orientation du Curateur public concernant le consentement à l'utilisation des mesures de contention et d'isolement chez les personnes qu'il représente*, avril.
10. *Loi sur le curateur public* (L.R.Q. c. C-81).
11. DELEURY, E. et GOUBAU, D., (1997). *Le droit des personnes physiques*. 2<sup>e</sup> éd. Cowansville, Les Éditions Yvon Blais inc.
12. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1996). *L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser*. Montréal : AHQ, (Collection : Document de référence 2).
13. *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.); et *Hôtel-Dieu de Roberval c. C.S.*, J.E. 2002-428 (C.A.).



## CONCLUSION

Chercher encore et toujours des moyens de réduire l'utilisation de la contention et de l'isolement auprès des personnes à risque de s'infliger ou d'infliger à autrui des blessures constitue un défi de taille. À l'exemple de Sisyphé, dieu de la mythologie grecque condamné éternellement à rouler un rocher sur une pente, ne sommes-nous pas condamnés nous-mêmes à poursuivre sans fin nos efforts à humaniser nos interventions thérapeutiques auprès des personnes souffrantes, dont nous sommes parfois?

Toutefois, loin d'être un châtiment, cet engagement est plutôt le fait d'un choix libre. Il repose essentiellement sur l'adhésion volontaire de chacun à un certain nombre de valeurs. Il se réfère notamment au respect de son code de déontologie professionnelle. Chacun, dans sa profession ou dans sa fonction, s'est engagé à respecter un ensemble de règles et de devoirs qui définissent sa conduite et ses rapports avec la clientèle qui reçoit ses soins et ses services et, plus largement, envers la société.

À la conscience collective qui s'exprime à travers les lois pour une société, par un code éthique en établissement ou un code de déontologie pour un regroupement de professionnels s'ajoute la conscience individuelle. C'est à l'échelle individuelle qu'une relation d'autorité, qu'une relation d'aide ou qu'une relation humaine se vit. C'est à ce niveau que les lois, les règles et les protocoles prennent leur véritable sens.

En ciblant collectivement les mesures de contention et d'isolement comme objet d'amélioration de la qualité des soins et des services dans le réseau de la santé et au sein de chaque établissement, c'est notre relation avec l'autre que nous interrogeons ainsi que les valeurs qui sous-tendent celle-ci. Pour se rapprocher du but visé, le présent cadre de référence offre des pistes de réflexion et d'action. Il invite les cliniciens et les gestionnaires à dépasser la conformité aux lois et aux règles prescrites et à rechercher, en équipe et à tous les niveaux de l'organisation, des moyens d'améliorer quotidiennement le contrat thérapeutique avec les personnes soignées et leurs proches. Le *statu quo* serait un châtiment pour les usagers et les intervenants.

Le cadre de référence fournit aux gestionnaires et aux cliniciens des motifs scientifiques et certaines lignes directrices pour orienter leurs actions relativement à l'utilisation de mesures de contrôle. Cependant, le jugement clinique sur lequel s'appuie la décision de recourir ou non à une telle mesure s'acquiert par l'expérience. À la connaissance des lois, des protocoles et des procédures s'ajoute l'expérience singulière de la décision éthique. Qu'une approche interdisciplinaire soit privilégiée dans la prise de décision d'utiliser ou non la contention ou l'isolement, cela ne doit pas avoir pour effet de soustraire les membres de l'équipe de leurs responsabilités personnelles. Autrement dit, il faut tendre vers une décision consensuelle rigoureuse dans laquelle chacun fait en sorte de répondre aux besoins et aux valeurs de l'utilisateur concerné et de les respecter.

Des établissements et des équipes ont réussi à changer leurs pratiques et à ainsi réduire considérablement l'utilisation de la contention et le recours à l'isolement. Pour y parvenir, ils ont, notamment, adopté une philosophie d'intervention qui place l'utilisateur et ses proches au centre de leurs préoccupations quotidiennes. Ils leur ont reconnu le droit et le pouvoir de participer aux décisions les concernant au premier chef. Ils ont également créé un environnement clinique favorable à la réflexion critique et à la recherche de solutions créatives. Ils ont surtout donné au personnel clinique le droit à l'erreur dans un climat de transparence et de soutien.

Ces établissements sont passés d'une culture de contrôle, autant des usagers que du personnel clinique, à une culture de collaboration entre tous les acteurs du milieu. Grâce à la conviction et à la volonté de la direction de travailler en ce sens, des actions ont été déployées afin d'outiller chacun (personnel de soutien, clinicien, gestionnaire, usager et proches) à rechercher des moyens concrets d'améliorer la qualité des relations humaines et des interventions thérapeutiques.

Aucun cadre de référence ne peut prétendre pouvoir réaliser à lui seul un tel changement. Il peut, seulement, fournir des balises et encourager chacun des acteurs du réseau à poursuivre ses efforts en ce sens.

## **ANNEXE 1**





**Tableau 1 : Taux de succès des alternatives à la contention dans les maisons de retraite du Colorado (33).**

	succès	échec	pas tenté	n
<b>Modification physique</b>				
a. Modification de l'environnement (ex. : plus de lumières, parcours de déambulation délimité, portes de sortie dissimulées...)	49,6 %	12,4 %	38,0 %	129
b. Adaptation des fauteuils roulants	90,6 %	3,9 %	5,5 %	128
c. Mise à disposition d'aides à la marche (canne, etc.)	87,5 %	8,7 %	5,6 %	126
d. Utilisation de différents types de lits	76,6 %	3,9 %	19,5 %	128
e. Suppression des roulettes des lits/chaises	37,6 %	14,4 %	48,0 %	125
f. Installation de systèmes d'alarme	85,3 %	5,4 %	9,3 %	29
g. Réduction des stimuli visuels ou auditifs inutiles (ex. : sonneries, Interphone, télévision...)	50,4 %	14,2 %	35,4 %	127
h. Personnalisation des chambres	79,1 %	9,3 %	11,6 %	129
i. Utilisation d'unités sécurisées	42,3 %	20,3 %	37,4 %	123
<b>Approche occupationnelle</b>				
a. Activités de groupe journalières	89,1 %	7,8 %	3,1 %	129
b. Incitation aux déambulations/promenades	84,5 %	9,3 %	6,2 %	129
c. Exercices physiques	88,4 %	10,1 %	1,6 %	129
d. Activités nocturnes	42,5 %	17,3 %	40,2 %	127
e. Activités pendant les week-ends	82,7 %	11,8 %	5,5 %	127
f. Emploi de bénévoles pour améliorer les choix de programmes	66,7 %	15,5 %	17,8 %	129
g. Établir un système de référent pour la surveillance	19,7 %	17,3 %	63,0 %	127
<b>Approche médicale, infirmière</b>				
a. Évaluer les problèmes physiques et sociopsychologiques latents	95,4 %	4,6 %	0 %	130
b. Déterminer les phases de sommeil	82,2 %	10,1 %	7,8 %	129
c. Soulager la douleur	93,0 %	6,2 %	0,8 %	129
d. Rechercher les chaussures appropriées	88,5 %	9,2 %	2,3 %	130
e. Lunettes, assistance auditive, dentiers	79,8 %	17,1 %	3,1 %	129
f. Accroître l'hydratation	78,5 %	13,8 %	7,7 %	130
g. Accroître assistance et contrôles	91,6 %	6,1 %	2,3 %	131
h. Promenade quotidienne	91,6 %	8,4 %	0 %	131
i. Déplacer le résidant près du poste infirmier	86,3 %	9,2 %	4,5 %	131
j. Établir un programme de mise aux toilettes	91,6 %	7,6 %	0,8 %	131
k. Mettre en œuvre des techniques de repositionnement	87,5 %	9,3 %	3,1 %	129
l. Instaurer une sieste quotidienne	75,6 %	16,8 %	7,6 %	131
m. Réévaluer les prescriptions médicamenteuses	95,4 %	4,6 %		130
n. Sorties hors de la chambre	90,1 %	6,9 %	3,1 %	131
o. Rappels fréquents pour éviter certains comportements	86,0 %	10,1 %	3,9 %	129
p. Adopter une attitude de réconfort	90,8 %	7,6 %	1,5 %	131
q. Encourager la compréhension des problèmes par famille et personnels	87,7 %	8,5 %	3,8 %	130
r. Prescrire une thérapie plus spécifique (ex. physique, médicale, psychosociale...)	93,8 %	13,4 %	0,8 %	129
s. Massages	40,2 %	14,2 %	45,7 %	127
t. Collations	83,8 %	13,1 %	3,1 %	130
u. Distractions	92,4 %	6,9 %	0,8 %	131
<b>Approche sociopsychologique</b>				
a. Pratiquer l'écoute active des sentiments et sensations du résidant	80,6 %	14,0 %	5,4 %	129
b. Encourager la détention d'objets personnels/de famille	85,3 %	12,4 %	2,3 %	129
c. Inciter à une plus grande autonomie du résidant	89,1 %	10,2 %	0,8 %	128
d. Utiliser des stratégies comportementales	85,8 %	10,2 %	3,9 %	127
e. Modifier les stimuli sensoriels (ex. aromathérapie, ton des papiers peints...)	52,4 %	12,7 %	34,9 %	126
f. Encourager les liens sociaux, les visites	84,4 %	12,5 %	3,1 %	128
g. Être un point de repère pour le résidant	71,9 %	25,8 %	2,3 %	128
h. Accepter la perception qu'a le résidant de sa réalité	88,3 %	11,7 %		128

Source : PALMER, L. ABRAMS, F., CARTER, D. et al. (1999). « Reducing inappropriate restraint use in Colorado's long term care facilities ». *Jt Comm J Qual Improv.* 25, p. 78-94. Traduction : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, p. 30.



## BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. (2000) *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, <http://ww.anaes.fr>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHIATRIC NURSES ASSOCIATION, NATIONAL ASSOCIATION OF PSYCHIATRIC HEALTH SYSTEMS (2003). *Learning from Each Other, Success Stories and Ideas for Reducing Restraint / Seclusion in Behavioral Health*, <http://www.naphs.org>.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1996). *L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser*. Montréal : AHQ (Collection : Document de référence 2), p. 3-4.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2001). *L'utilisation judicieuse et sécuritaire de la contention et de l'isolement en milieu psychiatrique*. Montréal : AHQ.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2000). *Cadre de référence – Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée*. Montréal : AHQ.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2003). *Règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident : projet type de règlement*. Montréal : AHQ. <http://www.ahq.org>.
- ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (1999). [Actes du colloque international] « Isolement et contention : pour s'en sortir et s'en défaire ».
- BARREAU DU QUÉBEC, Services de la formation permanente (2003), *Pouvoirs publics et protection*, volume 182, Cowansville, les Éditions Yvon Blais.
- BRIGGS, J., Institute for Evidence Based Nursing (1998). *Best Practices Falls in Hospitals*, vol. 2(2). <http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php>.
- BUSCH B., A., SHORE F., M. (2000) « Seclusion and Restraint: A Review of Recent Literature », *Harvard Rev Psychiatry*; 8:261-270.
- COLLECTIF DE DÉFENSE DES DROITS DE LA MONTÉRÉGIE (2003). [Actes du colloque] Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire : « vers un changement de culture ». <http://www.cddm.qc.ca/infocolloque.html>.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1999). *Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement*. Montréal : CMQ.
- DURAND, P.J., OUELLET, J.-P., BEAUCHEMIN, L. et al. (2002). « Programme d'intervention visant à réduire l'utilisation des contentions physiques dans les unités de soins de longue durée – mise en

œuvre et effets sur le personnel soignant ». *Canadian Journal for Aging/La revue canadienne du vieillissement*; 21(4) : 559-576.

KOZUB, M.L., SKIDMORE, R. (2001) « Seclusion and restraint : understanding recent changes », *Journal of Psychosocial Nursing*; 39(3), p. 24-31.

LEBLANC, L., FLEURY, M., LETARTE, L., PHARAND, D. (2001). « Comment réduire l'utilisation des salles d'isolement en milieu psychiatrique? ». *Santé mentale au Québec*, XXVI, 2, p. 283-287.

*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* [projet de loi n° 90], L.Q., 2002, chapitre 33.

*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* [projet de loi n° 113], L.Q., 2002, chapitre 71.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Plan d'action : orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : contention, isolement et substances chimiques*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/f/documentation/index.htm>.

REGROUPEMENT DES PROGRAMMES D'ASSURANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Guide pour l'implantation de la Loi concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux et pour l'élaboration des politiques et des procédures sur la divulgation*. <http://www.ahq.org>.