



INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL

AFFILIÉ À  
Université   
de Montréal

# L'utilisation de la contention

Avis du  
comité de bioéthique



Juin 2007

En 2006-2007, les membres du comité de bioéthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal étaient :

M<sup>me</sup> Pauline Bigotaud, travailleuse sociale

D<sup>re</sup> Céline Crowe, directrice des services professionnels et hospitaliers

M<sup>me</sup> Johane de Champlain, juriste

D<sup>re</sup> Nathalie Champoux, médecin

D<sup>re</sup> Yvette Lajeunesse, médecin et présidente du comité

M. Pierre Rivard, aumonier

M<sup>me</sup> Paule Savignac, éthicienne

M<sup>me</sup> Denise Trudeau, infirmière clinicienne spécialisée

## Problématique

Lors des rencontres avec les intervenants par les membres du comité de gestion des contentions en vue de l'implantation de la politique sur l'utilisation des contentions, une situation problématique a été soulignée. Les soignants sont souvent confrontés à l'opposition des familles alors qu'une évaluation a démontré que l'utilisation de la contention était devenue inutile. À la suite de l'évaluation, les membres de l'équipe interdisciplinaire envisagent le retrait de la mesure de contention, mais la famille en exige le maintien. Les intervenants souhaitent que le comité de bioéthique donne son avis sur la position à adopter dans un tel contexte. Que faire quand une famille insiste pour appliquer une contention à leur proche ou la maintenir, alors que celle-ci est jugée non nécessaire par l'équipe interdisciplinaire ?

## Préambule

La réponse à cette question exige la prise en compte de nombreuses considérations cliniques, éthiques et juridiques qui font foi de l'impossibilité d'apporter une réponse dont l'effet serait de figer une situation d'opposition entre la famille et les intervenants. Décider en général laquelle des décisions, de la famille ou des soignants, doit avoir préséance dans la problématique présentée risque d'entraîner plus d'écueils qu'une réelle solution. Pour aider les équipes dans leur propre démarche de réflexion, les membres du comité ont choisi d'apporter une réponse détaillée, explicitant les composantes des différents contextes, légal, éthique et clinique, qui permettent de baliser la décision de l'utilisation de la contention physique.

## Contexte légal et normatif

Dans le cadre d'une discussion portant sur l'utilisation des contentions, le contexte légal constitue l'un des premiers contextes à explorer étant donné l'importance qui a été mise sur ce champ de pratique dans les dernières années.

Le 1<sup>er</sup> juin 1998, le législateur a émis une position ferme sur l'usage des contentions, physiques et chimiques, et de l'isolement dans les établissements de soins de santé sous la forme d'un article de loi. Il s'agit bien ici de loi renforcée par des politiques gouvernementales. Nous rappelons cet article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) :

*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 dans 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 des usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.*

En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle : Contention, isolement et substance chimiques*, suivi du *Plan d'action* en vue d'assurer l'actualisation de l'article 118.1 dans la pratique. Ces démarches visaient à « réduire de façon substantielle, et si possible à éliminer le recours à de semblables mesures ». La philosophie sous-jacente au changement de pratique implique « le souci de limiter de façon minimale et exceptionnelle la liberté et l'autonomie de la personne doit guider l'intervention ».

L'article 118.1 et les *Orientations ministérielles* se fixent le double but de protéger les individus. Ils assurent leur sécurité en maintenant le recours possible à l'utilisation des contentions pour « l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions ». Mais ils protègent également la liberté des individus en interdisant les décisions arbitraires, puisque la décision doit se fonder sur une fin très stricte et répondre à au moins quatre obligations :

- 1) l'utilisation de la contention doit revêtir un *caractère minimal et exceptionnel* ;
- 2) elle doit tenir compte de *l'état physique et mental de la personne* ;
- 3) l'utilisation de la contention doit être *documentée* et
- 4) chaque établissement doit établir un *protocole* d'application des contentions.

L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a émis une politique sur le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'égard des bénéficiaires (Manuel de gestion, n° 130-28) en accord avec les *Orientations ministérielles*. La dernière révision, en août 2005, s'est accompagnée de l'implantation de divers mécanismes, dont l'utilisation du *Formulaire d'évaluation et de suivi interdisciplinaire d'une contention ou d'un isolement*, afin d'assurer le respect des règles et procédures mises de l'avant par la politique.

Une autre règle indispensable dont il faut tenir compte dans le contexte de l'utilisation des mesures de contrôle porte sur la notion du consentement. Considérée dans le cadre des soins, l'utilisation de la contention physique requiert le **consentement** de la personne ou de son représentant, sauf en cas d'urgence. L'article 11 du Code civil du Québec (C.c.Q.) énonce cette exigence :

*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 son consentement à des soins, une personne autorisée par la Loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.*

Il est à noter que dans la situation qui nous occupe, si le patient est apte à consentir aux soins, la question présentée n'a plus de pertinence, puisque la décision revient au patient. Par contre, s'agissant d'un patient inapte, un tiers doit agir en tant que décideur. L'article 15 du C.c.Q. précise à qui l'équipe doit s'adresser pour obtenir le consentement aux soins.

*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.*

L'équipe doit donc s'assurer que la personne qui fait la demande possède la légitimité nécessaire à prendre les décisions au nom du patient. Cependant, qu'il s'agisse du représentant légal ou d'un proche dans les situations où le majeur inapte n'a pas de représentant légal, l'équipe doit considérer cette demande comme émanant du patient lui-même et lui accorder l'attention nécessaire.

## **Contexte éthique**

La vulnérabilité humaine constitue le fondement de tout agir éthique. La personne âgée, de plus malade, en perte d'autonomie et inapte, présente une double vulnérabilité, somatique et existentielle. Toute intervention auprès de ces personnes exige une attention particulière à l'éthique. La pratique éthique des soignants a longtemps privilégié la bienfaisance comme règle de base. Assurer le bien-être du malade et le protéger représentait une norme immuable du professionnalisme. Dans ce contexte, la sécurité des patients passait avant toute autre considération et entraînait souvent

l'utilisation de mesures de contention à l'encontre de la volonté du patient. Depuis les années soixante, la réflexion éthique a porté un autre regard sur la pratique de soins. Le principe de bienfaisance qui demeure fondamental dans une pratique de soins éthique a été réinterprété en regard du principe du respect de la personne.

Le contexte de notre société pluraliste et démocratique, laquelle accorde préséance à l'individualisme et à l'autonomie, a entraîné des changements importants dans la relation entre les soignants et les « soignés ». Dorénavant, l'acte de soins s'inscrit dans la globalité de la personne. En particulier, l'acte de soins se fonde sur le respect de l'autonomie, de la liberté et de la dignité de la personne. Reconnaître l'**autonomie** exige que le soignant obtienne le consentement du patient ou de son représentant pour tout acte de soins, sauf en situation d'urgence. Respecter la **liberté** du patient signifie que celui-ci peut refuser les moyens de contrôle en acceptant les risques que cela représente pour sa santé. Ces principes semblent faire échec au principe de bienfaisance si l'on s'en tient à la conception où le soignant déterminait ce qui était le bien ou l'intérêt du patient. La **bienfaisance** doit dorénavant se concevoir en interdépendance avec les principes d'autonomie et de liberté. Le soignant agit toujours en fonction de ce qui est bien pour le patient, mais la détermination de ce qui constitue le bien ou l'intérêt du patient appartient au patient lui-même. La bienfaisance exige du soignant qu'il fournisse toutes les informations pertinentes à la décision du patient.

Le principe de **non malfaisance** constitue également une autre source de réflexion éthique dans le cadre de l'utilisation des mesures de contrôle. D'innombrables risques et effets néfastes secondaires à l'utilisation des contentions physiques sont maintenant reconnus. Si le principe de bienfaisance exige de divulguer ces renseignements en vue d'une décision éclairée, le principe de non malfaisance exige pour sa part d'éviter de nuire au patient. Il ne s'agit pas seulement de minimiser les effets secondaires, mais de les éliminer en recourant à tout autre moyen disponible pour assurer la protection du patient.

Par-dessus tout, l'objection majeure à l'utilisation des mesures de contrôle porte sur l'atteinte à la dignité de l'être humain. Cette critique soutient que, centrée sur le seul objectif de la sécurité du patient, la décision du soignant néglige de prendre en compte les conséquences négatives de ces mesures sur l'individu et son entourage. En particulier, la dimension symbolique des contentions physiques peut toucher la personne dans sa dignité. Le principe fondamental de la dignité de l'être humain exige que l'être humain soit traité comme une fin en soi. En ce sens, le soignant doit reconnaître que la dignité se définit selon les valeurs culturelles, morales, religieuses et autres, propres à chacun. Ce qui pour l'un constitue une atteinte à sa dignité peut ne pas avoir le même écho chez un autre. Pour certains patients, la vue d'une personne sous contentions évoque la captivité, l'assujettissement, le rabaissement au rang de l'animal, de l'aliéné. Pour les soignants, les contentions représentent une mesure de protection. Le désaccord lié à des interprétations aussi opposées ne peut se résoudre que dans le respect de l'autre, de sa dignité.

Les principes éthiques confortent le cadre législatif et normatif qui vise à réduire, à limiter l'utilisation des mesures de contrôle *de façon minimale et exceptionnelle*. Depuis 1998, la pratique d'utilisation des mesures de contrôle s'est modifiée de façon significative. Le principe souverain de bienfaisance s'est aligné sur les principes d'autonomie, de liberté et de dignité du patient, de sorte que la décision d'utiliser une contention physique repose sur d'autres finalités que le seul motif de sécurité du patient. Le changement du cadre théorique s'est accompagné d'une révision des pratiques. Ainsi, les soignants procèdent dorénavant à une évaluation multidisciplinaire appropriée et rigoureuse, lorsque le recours à une mesure de contrôle est envisagé. En l'absence d'un diagnostic ou d'une atteinte justifiant un tel usage, le recours à la mesure de contrôle s'avère illégitime. Dans l'évaluation, les soignants doivent également considérer dans le plan d'intervention les multiples autres modalités qui s'offrent pour pallier la déficience entraînant le recours à la mesure de contrôle.

Selon ce qui précède, dans la question adressée au comité, en l'absence d'une indication clinique, les soignants considèrent que l'utilisation d'une contention physique est illégale. Agissant comme représentant du patient, la famille peut-elle exiger une intervention qui irait à l'encontre non seulement de la bonne pratique, mais de l'éthique et de la loi ? Comment aborder de telles positions divergentes ?

## Contexte clinique

Les principes éthiques aussi bien que les règles et normes juridiques nous incitent à conclure que l'usage de la contention dans la situation présentée serait illégale. Cependant, tout soignant sait que l'application des principes éthiques ou des règles légales est tout sauf simple, compte tenu de la complexité des situations cliniques. Les principes et les règles s'appliquent à la lumière du contexte clinique. Ainsi l'article 118 de la LSSS spécifie que l'utilisation d'une mesure de contrôle « *doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.* » C'est pourquoi l'analyse du contexte clinique prend toute son importance dans les situations où surgit un conflit.

D'emblée, il y a lieu de reconnaître que la question sous-entend toute une série de situations cliniques dans lesquelles certains paramètres peuvent différer. Par exemple, la demande peut survenir dans un contexte d'admission ou lors d'une révision de contention suite à un problème aigu ou suite à la détérioration de la condition clinique du patient. L'analyse tiendra compte des distinctions nécessaires, mais procédera à partir des aspects cliniques qui permettent de saisir le problème dans sa globalité.

Considérant la question, il apparaît indispensable de préciser deux éléments liés à la situation clinique pour simplifier l'analyse. Premièrement, la demande de maintien de la mesure de contrôle s'inscrit dans le contexte d'un problème de chute et, deuxièmement, les soignants ne contestent pas que la famille possède la légitimité nécessaire pour prendre les décisions au nom du patient. Il ne peut être retenu que la demande de la famille repose sur des intentions malveillantes envers le patient. Le conflit semble

provenir de la mise en question de l'évaluation des intervenants. Selon l'évaluation des intervenants, la contention n'est plus utile. Si la famille insiste pour la maintenir, l'équipe peut être portée à croire qu'elle met en doute son avis et son expertise. Les soignants, dont l'autonomie professionnelle semble dépréciée, ne se sentent pas respectés. De multiples raisons peuvent être énumérées pour expliquer la position de la famille. D'emblée, on songe que la famille privilégie avant tout la sécurité. Certaines familles refusent de considérer le moindre risque et s'attachent à l'idée que le milieu est là pour assurer une sécurité absolue, ce qui, bien sûr, est à la fois erroné et irréaliste. Lorsque le patient est admis en CHSLD et présente des chutes à répétition ou lorsque la condition clinique du patient a conduit à l'utilisation de la contention physique, la famille peut développer une confiance inconditionnelle dans cette mesure qui, de fait, a pu être présentée comme le moyen de prévenir les chutes dans les circonstances. Par ailleurs, la famille peut accorder plus de poids aux conséquences d'une éventuelle chute qu'à tout autre élément pris en considération dans la décision de maintenir ou retirer la contention. Les séquelles de chutes précédentes peuvent avoir déformé tout raisonnement possible. Dans cet ordre d'idées, la famille peut entretenir un sentiment de culpabilité par rapport à des événements passés.

D'un autre côté, la famille peut éprouver une certaine difficulté à comprendre et à suivre la situation clinique. La contention physique est habituellement introduite à la suite d'un accident avec séquelles mineures ou majeures, d'une détérioration aiguë ou en raison de l'évolution d'une condition chronique. Dans le contexte clinique des patients en CHSLD, lorsque les soignants considèrent le retrait de la contention, l'évaluation clinique démontre rarement une récupération totale des capacités à la marche et aux transferts. La contention est remise en question lors de l'amélioration de l'état clinique du patient avec atténuation des facteurs de risque ou lorsque la détérioration physique ou fonctionnelle se poursuit et enlève toute capacité au patient de se mobiliser. Cependant dans les deux situations, les soignants ne peuvent garantir l'absence d'événements fortuits pouvant entraîner une chute. La famille réagira par le maintien de la contention si la situation lui paraît précaire. L'impression subjective et émotive d'un danger l'emporte sur les détails savants dans la décision. Ainsi, les explications techniques de l'ergothérapeute sur l'absence de risque de chute lorsqu'une patiente de petite stature se penche vers l'avant dans son fauteuil roulant ne réussissent pas à convaincre la famille. La seule parole du soignant, aussi fondée soit-elle dans sa dimension scientifique, est peut-être insuffisante pour emporter la décision. Par ailleurs, le retrait de la contention est le plus souvent envisagé dans le cadre de la discussion entre intervenants, entre autres, à l'occasion de réunion de révision des contentions. La famille est avisée une fois la décision prise entre les intervenants. Inattendue, une telle décision peut paraître inexplicable pour la famille qui ne voit pas les mêmes changements dans la condition du patient. L'évolution parfois subtile de la condition clinique notée par le professionnel peut échapper à l'œil de la famille, même très présente. Enfin, la famille peut nécessiter un temps de réflexion plus ou moins long pour se convaincre des avantages du retrait de la contention.

## Recommandations

De ces quelques observations, qui pourront paraître sommaires si l'on tient compte de la complexité des situations cliniques, nous retiendrons trois éléments déterminants à prendre en considération en réponse à la question « Que faire quand une famille insiste pour appliquer une contention à leur proche ou la maintenir, alors que celle-ci est jugée non nécessaire par l'équipe interdisciplinaire ? »

Malgré la divergence des positions de la famille et des intervenants, il faut se rappeler que tous doivent travailler en vue d'un **objectif commun : le bien de la personne concernée**. Les opinions peuvent différer en raison du point de vue particulier que chacun adopte pour aborder le problème. La demande de la famille mérite respect, non par crainte de poursuite, mais parce que la décision du retrait de la contention s'inscrit dans une **démarche** qui exige la participation de tous. Pour les mêmes raisons, les soignants convaincus du bien-fondé de leur position ne doivent pas démissionner sous prétexte que la famille a le dernier mot. Si le bien et le meilleur intérêt du patient prime, l'équipe a un rôle important à jouer auprès de la famille pour l'aider à comprendre l'évolution de la situation clinique. L'équipe doit pour sa part comprendre les raisons qui motivent la demande de la famille. Comme pour la décision de recourir à une mesure de contrôle, la décision de son retrait s'inscrit dans un processus où la **participation** de la famille est essentielle. Une telle démarche permet, entre autres, de dénouer les conceptions erronées à l'égard des contentions et de remettre en perspective les conditions qui avaient incité la famille à accepter la contention. Dans le contexte où la famille démontre un inconfort face au retrait de la mesure de contrôle, l'équipe doit également s'interroger sur le sentiment d'urgence qu'elle semble avoir face au retrait de la contention. Lorsque survient un changement dans la condition du patient, le cheminement des deux parties exige de consacrer le temps nécessaire à une compréhension mutuelle qui implique le respect mutuel.

Enfin, il arrive que les soignants soient confrontés à des positions fermes de la famille qui interdisent toute discussion. Les soignants reconnaîtront ces situations et maintiendront une attitude d'ouverture en vue de poursuivre la démarche admettant que seuls des motifs sérieux conduisent à cette décision. Dans certaines situations complexes ou lorsque l'avis d'un tiers peut aider à dénouer l'impasse, l'équipe ou la famille peuvent en tout temps consulter le comité de bioéthique.