

Avis n° 2 du Comité d’Ethique de l’hôpital Esquirol

Concernant la question :

« Pour la prise en charge des patients difficiles en unité de soins somatiques, nous aimerions savoir s’il existe un protocole sur l’usage des contentions à visée thérapeutique afin de pouvoir prodiguer des soins dans le cadre de l’urgence vitale sur des patients non compliant ».

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION.....	page 1
II-	CADRE THEORIQUE.....	page 1
	A. Le patient : un être humain avant un être malade.....	page 2
	♦ Un être humain libre	
	♦ Un être humain digne	
	♦ Un être humain conscient doué de raison	
	B. La contention prévue par le législateur.....	page 2
	♦ Le cadre législatif	
	♦ Le cadre réglementaire	
	♦ Les autres textes	
III-	ESSAI DE BONNES PRATIQUES.....	page 4
	A. Convenir d'un niveau de risque acceptable.....	page 4
	♦ Evaluer le risque	
	♦ Prévenir le risque	
	B. Les conditions de la contention.....	page 5
	♦ Définition de la contention	
	♦ Conditions de la contention	
	♦ Réflexion sur un protocole d'utilisation des contentions	
	♦ Recommandations	
III-	CONCLUSION.....	page 9
	GLOSSAIRE.....	page 10
	ARTICLES DES LOIS ET DECRETS.....	page 12
	REFERENCES.....	page 13

I- INTRODUCTION

Le comité d'éthique « *est un lieu où les professionnels de l'établissement, confrontés à des situations spécifiques, posent des questions sur leur pratique... (Il) n'est pas... un groupe d'élaboration de protocoles et de procédures* » (EPS ESQUIROL - Le comité d'éthique - Règles de fonctionnement Juin 2005).

Nous ne délivrerons pas en conséquence un protocole « *clé en mains* » mais nous tenterons de donner quelques pistes de réflexion.

Attacher une personne, par nécessité de soin, « *ne va pas de soi* » ; c'est un problème éthique.

Le problème éthique soulevé souligne la difficulté pour le personnel soignant de concilier les soins dans le respect de la liberté de la personne, de sa dignité et de sa volonté et l'utilisation de moyens coercitifs tels les contentions nécessaires pour la mise en œuvre de ces soins.

Par ailleurs, cette difficulté se trouve accrue car le cadre législatif et réglementaire se rapportant à la contention est parfois obscur : la tâche du personnel soignant peut alors se révéler délicate, faute de repères intelligibles et précis.

C'est pourquoi, il convient dans un premier temps de rappeler les règles générales qui devraient guider la conduite du personnel soignant pour ensuite s'attacher à proposer la mise en œuvre pratique de ces règles.

Afin de ne pas alourdir inutilement l'exposé qui suit, nous avons préféré reporter en annexes

- un glossaire du vocabulaire spécifique utilisé en l'espèce,
- certains articles législatifs et/ou réglementaires in extenso et
- des références bibliographiques utiles.

II- CADRE THEORIQUE

Le législateur n'a pas prévu de cadre légal général sur l'usage des contentions par les intervenants du domaine médical. Nous ne pensons pas qu'il y ait une distinction à faire entre contention en unité de soins somatiques et en unité de soins psychiatriques.

Dans ces conditions, nous rappelons les principes fondamentaux et inaliénables dont jouit tout patient, être humain avant être malade (A).

Si un texte législatif général manque, il demeure néanmoins des cas où la contention est admise par le législateur (B).

A. Le patient : un être humain avant un être malade

La Constitution française du 4 octobre 1958, texte fondateur de la Vème République, renvoie directement et explicitement dans son préambule à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789.

Son article premier dispose que « *les hommes naissent libres et demeurent égaux en droits* ».

L'article premier de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, adoptée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée générale des Nations Unies, proclame que « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.* »

◆ Un être humain libre

La contention qui peut se définir comme une limitation de l'autonomie de la personne (pour une définition et étymologie précise se reporter au glossaire), constitue une atteinte à la liberté individuelle.

Toute personne devrait être en mesure de consentir à la dispensation des soins dont elle va bénéficier. Le retrait de cette faculté constitue une atteinte à sa liberté individuelle.

◆ Un être humain digne

La contention est une atteinte à l'intégrité corporelle et altère par conséquent la dignité de la personne.

Or, la dignité impose de respecter le statut inaliénable et la valeur inconditionnelle de la personne humaine.

◆ Un être humain conscient doué de raison

Les acteurs de santé utilisent le terme de « *compliance* ». Ce néologisme emprunté à la langue anglo-saxonne (cf. : Glossaire), renvoie à des notions de soumission et d'obéissance, la personne devenant alors « *objet de soins* ». Or la personne doit rester « *sujet de ses soins* »¹.

Les pratiques de soins, y compris celles relevant de la contention, et le personnel soignant chargé de leur mise en œuvre se doivent donc de respecter la liberté, la dignité et la volonté de la personne.

B. La contention prévue par le législateur

La connaissance et le rappel des textes juridiques et des règles de bonnes pratiques qui s'appuient sur le respect de l'individu, de sa dignité et sur l'information des choix thérapeutiques, quelque soit la situation de soin, peuvent guider le soignant, à plus forte raison dans le cadre de l'urgence.

La contention fait l'objet de plusieurs textes qui régissent les droits civils de tout individu dans notre société et ceux plus spécifiques qui concernent les mesures d'hospitalisation sous contrainte ou encore ceux élaborés dans le cadre des pratiques professionnelles.

¹ Catherine ANTONUTTI. *Introduction d'un traitement antirétroviral* ; <http://www.revihop06.org>

◆ Le cadre législatif

• **La Loi n° 90-527 du 27 juin 1990**, *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, assure une protection optimale des droits de la personne hospitalisée en termes de liberté individuelle, de consentement éclairé et d'information sur sa situation juridique et ses droits.

• **La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002**, *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, réaffirme les droits fondamentaux de la personne. Elle reconnaît aux patients et aux professionnels de santé un rôle citoyen avec des droits, des responsabilités et des devoirs.

La question de l'information de la personne et de ses proches et celle du consentement sont centrales et essentielles ; elles renvoient également à la désignation d'une PERSONNE DE CONFIANCE notamment dans le cas de l'urgence vitale ou d'incapacité pour la personne majeure de prendre une décision la concernant.

◆ Le cadre réglementaire

• **Le Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995**, *portant code de déontologie médicale* rappelle au médecin qu'il exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le médecin doit au malade une information loyale, claire et appropriée à son état. Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, *sauf urgence ou hospitalisation (Art.36)*.

• **Le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004**, articles R.4311-1 à R. 4311-15 et R. 4312-1 à R.4312-32 (Livre III, Titre I, Chapitre 1^{er} et Chapitre 2) relatifs à l'exercice de la profession d'infirmier et aux règles professionnelles.

• **L'Article 36 du code de déontologie médicale** article R.4127-36 du code de la santé publique

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42 . »

◆ Les autres textes

• **La Charte du patient hospitalisé**, légitimée par la **circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995**, précise et informe les personnes hospitalisées de leurs droits en même temps qu'elle redéfinit les devoirs des établissements de santé. Ces derniers doivent garantir la qualité des soins, des traitements et de l'accueil, être attentifs au soulagement de la douleur,

veillent à l'information du patient et à la confidentialité des informations qu'ils détiennent. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé de la personne qui doit être traitée avec égards dans le respect de sa vie privée, de son intimité et de ses croyances.

• **La Charte de l'usager en santé mentale**, signée le 8 décembre 2000 par la FNAP-Psy² et les Présidents des commissions médicales d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS), en présence de la Secrétaire d'Etat à la santé, rappelle que l'usager en santé mentale est une personne à part entière, responsable, citoyenne. Elle doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine, être informée de façon adaptée, claire et loyale et associée aux décisions la concernant.

Enfin, nous rappelons l'article 122-7 du nouveau code pénal qui dispose que « *n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger actuel ou imminent qui menace elle-même, autrui ou un bien, accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne ou du bien, sauf s'il y a disproportion entre les moyens employés et la gravité de la menace* » dans l'hypothèse de la prise en charge d'un état d'agitation par les sapeurs pompiers.

Ces textes, épars certes, mettent néanmoins tous en exergue les principes fondamentaux de liberté, de dignité et de volonté : le patient reste un citoyen avant tout, libre et bénéficiant comme tout individu de droits.

Ces droits doivent demeurer le fondement de toute pratique de contention.

III- ESSAI DE BONNES PRATIQUES

« La question posée par la contention n'est pas de savoir quelles procédures utiliser pour que le patient puisse être attaché dans de bonnes conditions, mais comment permettre à une équipe, à une institution psychiatrique, d'assurer une fonction « conteneur » pour éviter, autant que faire se peut, l'entrave physique. »³

A quel titre et de quel droit peut-on priver une personne de ses libertés ?

Deux principes se télescopent : le respect de la personne et le devoir de soigner. La réponse passe essentiellement par la prévention du risque pour le patient : il s'agit d'assurer la santé du patient.

Etablir un niveau de risque acceptable (A) avant de définir les conditions de la contention (B) : quelques clefs pour éviter un espace de non droit.

A. Convenir d'un niveau de risque acceptable

Le niveau de risque acceptable varie en fonction des valeurs de chacun et des situations.

² FNAP-Psy : Fédération nationale des patients et ex-patients de psychiatrie.

³ In : Santé mentale n° 86 ; mars 2004 : <http://www.guichetdusavoir.org>

Toutefois, l'équipe soignante devra toujours chercher à se rapprocher d'un moindre mal ou d'un bien relatif en évaluant puis en prévenant le risque.

◆ **Evaluer le risque**

Le risque constitue un danger plus ou moins probable auquel on est exposé.

En droit, le risque se définit comme la « *théorie consistant à rechercher le fondement de la responsabilité civile dans le risque qu'une personne fait courir aux autres, risque qu'elle crée en agissant* » dans Dictionnaire juridique.

Dans l'hypothèse qui nous est soumise, le risque principal est constitué par le décès du patient agité et/ou non consentant faute de soins appropriés.

Pour prévenir la réalisation de ce risque, l'argument du principe de précaution est mis en avant et la pose de contention est alors décidée.

◆ **Prévenir le risque**

Le principe de précaution est appliqué à certaines situations caractérisées à la fois par de fortes incertitudes et des dommages éventuels graves et irréversibles.

Son application au droit médical a suscité de nombreux débats. Il impose aux acteurs de santé « *de s'astreindre à une action ou de s'y refuser en fonction du risque possible* ».

L'action de contraindre une personne au moyen de la contention constitue donc un moyen de prévenir le risque de décès.

Cette contention, prévue par les textes et les règles professionnelles, doit néanmoins être encadrée afin d'éviter tout abus.

B. Les conditions de la contention

La contention est souvent mal perçue par les différents individus qu'elle implique, qu'ils aient à l'exercer, la subir ou l'observer.

Elle fait écho dans les esprits, consciemment ou inconsciemment, à l'historique carcéral et aux pratiques asilaires du début du XX^{ème} siècle, synonyme de contrainte, de punition, de toute puissance d'un individu par rapport à un autre, d'annulation de l'autre.

C'est pourquoi, imposer des conditions à la pratique de la contention peut permettre de distinguer une « *bonne* » manière d'agir d'une « *mauvaise* ».

◆ **Définition de la contention**

La contention d'un patient se définit comme la limitation de son autonomie et de ses mouvements au moyen d'un procédé physique ou mécanique. C'est à la fois une réponse et une prévention des conduites dangereuses. La contention ne limite pas les contacts relationnels du patient⁴.

⁴ <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/hospitalisation-psychiatrie/camisole-contention.htm>

N'est pas considéré comme relevant de la contention :

- le maintien bref de la personne afin de la calmer ou de la réconforter,
- le maintien plus ou moins prolongé lors d'une escorte d'un endroit à un autre,
- les dispositifs médicaux incluant des appareils pour maintenir une bonne posture corporelle ou conforter l'équilibre,
- les casques et équipements de sécurité employés pour protéger un patient des risques de traumatisme liés à une chute, ou pour éviter qu'il ne se blesse lors de mouvements involontaires.

Les moyens de contentions sont ainsi répertoriés :

- les gilets et sangles thoraciques, les ceintures,
- les attaches de poignets et de chevilles,
- les sièges gériatriques, les sièges avec un adaptable,
- les barrières de lit.

◆ Conditions de la contention

Les recommandations du Jury de la Conférence de consensus sur « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) » qui s'est tenue en 2002 précisent :

« La contention physique est une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves. Elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse. C'est un soin relevant de la prescription médicale immédiate ou différée et qui répond aux exigences de traçabilité (...) l'utilisation d'une contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle. »

En amont de la contention, la prise en charge relationnelle ne saurait être écartée : la contention est une mesure exceptionnelle qui s'applique en dernier ressort.

La décision de mise sous contention d'un patient pour faciliter la mise en œuvre de soins jugés essentiels à l'amélioration de son état de santé relève de l'exceptionnel à considérer qu'elle est prise dans le cadre de l'urgence vitale.

Lors de cette étape préalable, il importe d'analyser les bénéfices recherchés par la pose de la contention et les risques consécutifs d'une part au défaut de contention et d'autre part à la contention (risque de décès par strangulation, asphyxie ou résultant de traumatismes).

Lorsque la contention est choisie, cette mesure doit :

- avoir fait l'objet d'une prescription médicale,
- être limitée dans le temps,
- associée à une sédation médicamenteuse.

La contention ne peut en aucun cas constituer la seule réponse thérapeutique apportée par l'équipe soignante.

La contention n'est légitime que lorsqu'elle est prescrite pour protéger l'individu lorsqu'il est dangereux pour lui-même ou pour son environnement ; elle constitue l'une des fonctions thérapeutiques que toute équipe soignante se doit de remplir dans le cadre de l'urgence vitale.

◆ Réflexion sur un protocole d'utilisation des contentions

Le protocole

Il s'agit d'un guide d'application des procédures de soins présenté sous une forme synthétique. Plus généralement, le protocole s'interroge sur le « comment ? » et la procédure sur le « quoi ? ». Si la procédure est essentiellement un outil de coordination spécifiant qui fait quoi, le protocole est davantage un support de travail, outil de la qualité, ayant valeur de repère, de référence, d'aide mémoire ou de preuve.

L'objectif du protocole est de permettre aux professionnels de distinguer une « bonne » façon d'agir d'une « mauvaise ». Pour cela il doit décrire un certain nombre d'indicateurs visuels, qui, en situation, permettent de mieux pratiquer le soin. L'intérêt du protocole comme de la procédure est de formaliser et d'harmoniser les pratiques sans uniformiser au sens d'enfermer. Il doit pouvoir procurer un gain de temps et une certaine sécurité dans l'action et être avant tout perçu comme un repère, un guide.

Les protocoles sont évolutifs car ils sont en lien direct avec les pratiques sur lesquelles ils s'appuient. Ils ne doivent en aucun cas être figés. Ils nécessitent donc, pour être appropriés par l'ensemble des professionnels, d'être réfléchis, pensés et conceptualisés par ceux qui pratiquent. Sans ce travail, les protocoles deviennent réducteurs et mécaniques.

La mise en place de groupes de travail, la réactualisation régulière par les professionnels concernés des procédures et des protocoles, permet d'éviter en partie cet effet pervers.

Le protocole se distingue de la prescription médicale en ce sens qu'il trouve application à une pluralité de patients. Au contraire, la prescription médicale est obligatoirement individuelle. Selon le ministère chargé de la Santé, « *les protocoles de soins constituent le descriptif de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou lors de la réalisation d'un soin. Ils permettent notamment aux infirmiers d'intervenir sans délai [...] et d'utiliser des procédures reconnues pour leur efficacité* »⁵

« *Les protocoles sont considérés comme des prescriptions anticipées ou des conduites à tenir. Ils sont constitutifs d'une prescription médicale et, à ce titre, doivent être validés par un médecin. Lorsque l'infirmier met en œuvre un protocole, il doit obligatoirement informer le médecin de son initiative et la consigner dans le dossier de soins (Circulaire DGS/DH/DAS n° 99-84 du 11 février 1999, relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et des institutions médico-sociales)* »⁶.

Par la demande de protocole sur l'utilisation des contentions nous pouvons entendre la recherche d'une aide pour le soignant dans le cadre d'une pratique avec laquelle il n'est pas à l'aise, de par le pouvoir qu'elle donne et la responsabilité qu'elle confère, notamment lorsque cette mesure doit être prise dans le cadre de l'urgence, donc sans délai, quand le pronostic vital est engagé.

⁵ Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé, mai 2002, fiche 3 : « le traitement médicamenteux de la douleur ».

⁶ http://www.infirmiers.com/doss/nouveau_decret.php

L'élaboration d'un protocole sur l'usage des contentions ne doit pas chercher à déculpabiliser cette pratique mais au contraire à l'encadrer et à développer le questionnement des professionnels sur : le sens de cette pratique, son but ; dans l'intérêt de qui ? à la demande de qui ? pourquoi ? pour quelles situations de soins ? comment ?

Définir le cadre de l'utilisation des contentions sous la forme d'un protocole peut empêcher certaines dérives ou abus et permet d'offrir un cadre protecteur au malade et au personnel soignant.

Pour autant, cet outil ne peut occulter ce que Pierre LE COZ, Maître de conférence en Philosophie et Membre du Comité consultatif National d'Ethique nomme : « les trois grands principes fondateurs de l'éthique médicale que sont : la reconnaissance de l'*autonomie* du patient, le devoir de *bienfaisance*, le souci de *non-malfaisance* », précisant que : « *Sans les émotions qui rendent sensible aux valeurs des principes éthiques, la psychiatrie devient une pratique impersonnelle qui fonctionne sur le mode procédural d'un dispositif automatisé.* »⁷

◆ Les recommandations

Préalablement à la pose de la contention, évaluer les besoins et la situation.

Le recours à la contention est un geste de soin qui implique : la connaissance des risques liés à l'immobilisation, une évaluation régulière des besoins et des risques et un programme de soins et de surveillance individualisé.

Informé le patient, sa famille ou ses proches.

L'information du patient et de ses proches sur les raisons, les buts, les moyens ou matériels utilisés et la nécessité de la contention est indispensable durant toute la durée de la contention pour que la décision médicale soit prise avec leur consentement.

Dans le cas particulier de l'urgence vitale, cette information n'est souvent effective qu'en aval de la décision de mise sous contention mais elle n'en demeure pas moins indispensable pour favoriser la compréhension et la participation de ses acteurs dans la prise en charge.

La loi du 4 mars 2002, dans son titre II intitulé « Démocratie sanitaire », qui réaffirme les droits des personnes malades, accentue la portée du devoir d'information du patient : en effet, elle confirme la nécessité de recueillir l'expression de sa volonté et fait évoluer la relation médecin/malade afin que l'usager de santé en devienne un véritable acteur.

Accompagner, former et soutenir l'équipe soignante

La difficulté pour les professionnels réside dans le fait d'articuler : contention, contrainte et sécurité avec les valeurs soignantes qui se fondent sur l'attention à l'autre, l'écoute active, la mise en confiance, la recherche d'une collaboration, du consentement et le respect de la dignité de la personne.

⁷ LE COZ, P. Colloque pratiques et éthique du soin en psychiatrie. Assemblée nationale, 12.05.06. *La lettre de Psychiatrie Française*, Septembre 2006, n° 157, p. 12-13.

L'accompagnement et l'écoute du personnel sont essentiels en cette circonstance car l'utilisation des contentions questionne la pratique, la « bouscule » et engage la responsabilité de chacun.

La formation du personnel ou encore la création d'espaces d'échanges et de rencontres sous la forme de groupes de travail institutionnels peuvent participer à décloisonner les pratiques et à s'enrichir des expériences de chacun afin de limiter les risques et d'appréhender la contention dans une optique d'amélioration de la qualité des soins.

IV- CONCLUSION

Pour une contention éthique :

Au regard des éléments apportés dans le présent avis, nous proposons qu'un groupe de travail se constitue à l'hôpital pour l'établissement d'un protocole sur « l'usage des contentions en soins somatiques et en soins psychiatriques » rappelant qu'il s'agit d'un processus de réflexion et d'élaboration déjà utilisé au sein de l'hôpital.

L'analyse puis la synthèse des pratiques actuelles de contention apporteront aux soignants une réflexion utile et essentielle afin d'élaborer un protocole respectueux des droits de la personne et de sa dignité dans le cadre de l'urgence vitale.

La contention ne peut constituer l'unique réponse à apporter dans le cadre de l'urgence ou de la dangerosité et doit donc être systématiquement associée aux autres techniques de prise en charge (relationnelles, psychothérapeutiques et chimiothérapeutiques). Elle sera interrompue dès que possible, c'est-à-dire dès que l'objectif thérapeutique sera atteint.

Elle est un acte thérapeutique exceptionnel déterminé par l'état clinique dans certaines situations d'urgence ou de dangerosité. Elle est à la fois une réponse aux conduites dangereuses et une mesure de prévention de la violence.

La contention est un outil thérapeutique dès lors qu'elle s'inscrit dans le projet de soins individuel et qu'elle respecte les droits fondamentaux des personnes.

GLOSSAIRE

L'urgence vitale :

En médecine, une **urgence vitale** est une situation où la vie du patient est en danger et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés. Toute pathologie mettant en jeu le pronostic vital immédiatement rentre dans ce cadre. On peut citer par exemple l'arrêt cardio-respiratoire qui est l'urgence absolue⁸.

La contention :

Le dictionnaire Logos de Bordas (1976) indique l'étymologie de ce mot qui vient du latin « *contentio* » = lutte. Les trois définitions proposées sont les suivantes :

- a) action de maintenir en place, spécialement un os fracturé.
- b) ce qui sert à rendre immobile un animal que l'on veut ferrer ou opérer.
- c) effort soutenu dans la tension de certaines facultés : la contention de l'intelligence, de la volonté.

La contention d'un patient se définit comme la limitation de son autonomie et de ses mouvements au moyen d'un procédé physique ou mécanique. C'est à la fois une réponse et une prévention des conduites dangereuses. La contention ne limite pas les contacts relationnels du patient⁹.

Les recommandations de L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé - devenue Haute Autorité de Santé) concernant les contentions des sujets âgés proposent la définition suivante¹⁰ :

"La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté."

Un référentiel de pratique¹¹ est résumé en 10 critères pour la contention des personnes âgées. Il met notamment en évidence :

- La prescription de la contention motivée dans le dossier du patient,
- L'appréciation « bénéfique/risque » par l'équipe pluridisciplinaire,
- La surveillance et la retranscription,
- La prévention des risques liés à l'immobilisation,
- L'information de la personne et la recherche de sa participation,
- La sécurité et le confort, garantis par l'utilisation d'un matériel adapté.

⁸ http://fr.wikipedia.org/wiki/Urgence_vitale

⁹ <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/hospitalisation-psychiatrie/camisole-contention.htm>

¹⁰ <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf> ; France, octobre 2000

¹¹ <http://www.anaes.fr>

La compliance :

Ne figure pas dans les dictionnaires français consultés : Le Petit Larousse Illustré 1995, Le Petit Larousse Grand Format 2005.

En revanche l'adjectif *compliant* constitue un mot anglais.

Dans le dictionnaire Robert & Collins Français/Anglais et English/French : signifie *accommodant, docile*. Le nom commun **compliance** y est traduit par *acquiescement, conformité*. On y relève les exemples suivants : **in compliance with** conformément à, en accord avec. Se traduit également par *basse complaisance, servilité*.

Dans le dictionnaire anglais Oxford Reference Dictionary, **to comply** signifie **to act in accordance with**. Ce verbe anglais trouve son origine dans un verbe latin **complere**.

En effet, dans le dictionnaire Félix Gaffiot Latin/Français, figure le verbe **complere** qui comporte plusieurs acceptions :

- Remplir, « combler un fossé » ;
- Compléter un effectif, « compléter les légions » ;
- Remplir un espace de lumière, de bruit, etc, « le soleil remplit l'univers de sa lumière » ;
- Remplir d'un sentiment, « être rempli de joie » ;
- Remplir, achever, parfaire, « pour remplir toute ma promesse », « en sorte que le sacrifice fût achevé avant minuit » ;
- Rendre une femme enceinte.

On note, toujours dans ce dictionnaire, le nom féminin **completio** qui signifie accomplissement.

Quant à la recherche sur le web, elle donne de meilleurs résultats.

Les néologismes **compliant** ou encore **compliance** sont utilisés dans les domaines de l'informatique et de la médecine.

En ce qui concerne leur utilisation en médecine, une abondante littérature se développe autour de divers thèmes : les maladies chroniques, l'alcoolisme, le sida, les maladies psychiatriques, etc.

Pour le Réseau Banques de Données Santé Publique, la **compliance** « désigne entre autres significations la rigueur avec laquelle le malade suit les prescriptions du médecin. Il s'agit en fait d'un mot d'origine américaine dont les synonymes sont *adhésion (au traitement) ou encore observance (du traitement)* » dans « De la compliance, de l'adhésion et de l'observance » par Pierre ALLAIN 14.02.2005.

Le protocole :

Etymologiquement *protocole* est emprunté au latin *protocollum*, du grec *prôtocollon*, et signifie : ce qui est collé en premier. Au moyen Âge, il désignait une feuille collée à une charte pour l'authentifier¹². Au sens courant, il s'agit d'un ensemble de règles à respecter.

¹² Dictionnaire de la langue française. Paris : Hachette, 1989, p. 898.

ARTICLES DES LOIS ET DECRETS

La Loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

Art. L.326-3. - Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

Art. L.326-4. - Tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

Le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004¹³, articles R.4311-1 à R. 4311-15 et R. 4312-1 à R.4312-32 (Livre III, Titre I, Chapitre 1^{er} et Chapitre 2) relatifs à l'exercice de la profession d'infirmier et aux règles professionnelles.

Article R. 4311-5 Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage.

Article R. 4311-9 L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment : ...6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;

Article R. 4312-2 L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Article R. 4312-26 L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R. 4312-32 L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

La Circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées,

« L'intangibilité de l'intégrité corporelle de chaque personne et l'indisponibilité du corps humain sont des principes fondamentaux auxquels il ne peut être dérogé que par nécessité médicale pour la personne et avec son **consentement préalable**. Pour cette raison, notamment, aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la **personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches**.

Le consentement de la personne doit être libre, c'est-à-dire ne pas avoir été obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout nouvel acte médical. **Il doit être éclairé**, c'est-à-dire que la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner. Si des risques nouveaux apparaissent postérieurement aux actes d'investigation, traitement ou prévention, toute mesure doit être prise pour en informer la personne. .../...»

¹³ Depuis le 29 juillet 2004, la profession est régie par les dispositions du Code de la Santé Publique (CSP) dans le décret n° 2004-802, article L. 4311-1. Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret n° 96-221 du 16 février 1993 *relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières* sont ainsi refondus en articles dans le CSP.

REFERENCES

Textes législatifs

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées

LOI N° 2002-303 DU 4 MARS 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

CODE PENAL – articles 122-7

Textes réglementaires

Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE (CDM) – article 2 – alinéa 1 relatif au respect de la personne et de la dignité du patient (issu du Décret n°95-100 du 6 septembre 1995)

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004

Circulaire N°2006-90 du 2 mars 2006 *relative aux droits des personnes hospitalisés et comportant une charte de la personne hospitalisée* (remplace la Charte du patient hospitalisé de 1995)

Autres références

Constitution française du 4 octobre 1958

Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948

CODE INTERNATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE

La Charte de l'usager en santé mentale, signée le 8 décembre 2000

Orientations bibliographiques

• **Ouvrages**

Dictionnaire de la langue française Paris Hachette, 1989, p. 898

Dictionnaire Le Petit Larousse Grand Format Larousse 2005

Dictionnaire Illustré Latin/Français Félix GAFFIOT Hachette 1934

ETCHEGOYEN Alain La valse des éthiques Editions François BOURIN, 1991

• **Articles**

LE COZ, P. Colloque pratiques et éthique du soin en psychiatrie Assemblée nationale 12.05.06 dans La Lettre de Psychiatrie Française Septembre 2006 n° 157 pages 12-13

PALAZZOLO, J.- Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Médecine et psychothérapie. MASSON, Paris, p. 37, 2002

• **Revues**

LA LETTRE DE PSYCHIATRIE FRANÇAISE. N° 157, septembre 2006, P. 10-14

Santé Mentale N° 86 Mars 2004

CONFERENCE DE CONSCENSUS : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté). Recommandations du jury : texte court. Pratiques professionnelles, Masson, Paris, 2003, p.58-64

- **Sites Internet**

<http://www.guichetsdusavoir.org>

<http://www.infirmiers.com>

<http://www.revihop06.org>

<http://www.psychiatriinfirmiere.free.fr>