

Mesures physiques limitant la liberté de mouvement

Le Conseil d'éthique clinique a été saisi à plusieurs reprises pour des situations individuelles impliquant une mesure de contrainte ou de contention. Il a également été saisi à deux reprises pour des avis généraux concernant les systèmes antierrance, en 2001 par la Policlinique de Gériatrie et en 2009 par l'hôpital de Loëx. La thématique de la limitation de la liberté de mouvement est également apparue comme importante aux yeux des professionnels lors des discussions thématiques organisées par le Conseil lors des cafés éthiques (Caf'éthiques). Ces situations sont diverses : elles vont de l'utilisation limitative de tablettes de repas, à l'application de barrières de lit de taille suffisante pour empêcher le lever du patient, à des attaches physiques ou à des chambres fermées. Lors de plusieurs consultations d'éthique, nous avons constaté des conceptions et des pratiques différentes en ce qui concerne les mesures de contrainte au sein des HUG, (par ex. présence ou absence de la prescription médicale pour la même mesure de contrainte, recherche d'alternatives ou non).

En raison de l'aspect récurrent de certaines problématiques éthiques liées aux mesures limitant la liberté de mouvement, et du besoin d'une aide pratique pour aborder ces situations, le Conseil d'éthique clinique s'est autosaisi pour le présent avis.

Définitions

Plusieurs termes sont utilisés dans les discussions qui nous occupent ici :

- L'expression **mesures limitant la liberté de mouvement** est descriptive et désigne tout ce qui entrave la possibilité qu'a une personne à se mouvoir. Certaines de ces mesures sont non controversées, comme la pose d'un plâtre en cas de fracture. D'autres, comme l'usage des chambres fermées en psychiatrie par exemple, posent davantage de problèmes. Le Code Civil Suisse¹, dans sa version de 2013 reprend cette expression (art. 383 et 438 CCS) pour parler de la seconde catégorie, par exemple des mesures de type attaches physiques, fermeture des portes, surveillance électronique, etc.². La Société Suisse de Gérontologie parle de mesures d'entraves à la liberté.³
- on parle de **contrainte** lorsqu'une mesure est prise sans le consentement du patient. Le Code civil (art. 434) utilise l'expression de traitement sans consentement. L'Académie Suisse des Sciences Médicales, qui a élaboré des directives médico-éthiques sur les mesures de contrainte, utilise ce terme dans le même sens y incluant aussi l'administration d'un traitement malgré le refus du patient(1).⁴.
L'usage de ce terme implique que le consentement du patient à l'acte en question aboli la contrainte Enfin la loi sur la santé genevoise (RSGE K 1 03 ; LS ; art. 50 et 51 LS) emploie ce terme s'agissant de mesure limitant la liberté de mouvement, strictement nécessaires à la prise en soins.

¹ RS 210.

² Message du Conseil fédéral, FF 2006 p. 6673.

³ Directive 'Liberté et sécurité', 2011.

⁴ Directives médico-éthiques de l'ASSM

Par *mesure de contrainte*, on entend toute intervention allant à l'encontre de la volonté déclarée du patient ou suscitant sa résistance, ou, si le patient n'est pas capable de communiquer, allant à l'encontre de sa volonté présumée. Sont également considérées comme mesures de contrainte des mesures moins incisives comme par ex. le fait d'obliger un patient à se lever, à manger ou à assister à une session thérapeutique. En principe, elles sont soumises aux mêmes règles. Ces directives s'appliquent toutefois clairement aux mesures de contraintes lourdes.

Dans la pratique, on peut distinguer *le traitement forcé et l'entrave à la liberté*.

- la **contention** désigne une mesure de limitation de la liberté de mouvement appliquée directement au corps du patient, mais l'usage de ce terme est souvent limité à la contention orthopédique. Dans ce sens, la contention ne pose pas de problèmes éthiques spécifiques en lien avec le présent avis.

On le voit, il y a ici deux dimensions différentes : la **limite à la liberté de mouvement** du patient, et la **limite à l'auto-détermination**. Une mesure limitant la liberté de mouvement à laquelle le patient aura consenti, par exemple, limitera bel et bien la liberté de mouvement mais sans limiter l'auto-détermination.

Le présent avis porte sur les mesures **physiques** limitant la liberté de mouvement, qu'elles soient ou non consenties par le patient. La contention orthopédique, le traitement médical sous contrainte, la 'contention chimique', n'y seront pas abordés. Cet avis est par ailleurs centré sur les mesures instaurées dans le contexte des soins, et n'aborde donc pas les mesures prises en lien avec la détention pénitentiaire.

Cadre juridique

La liberté de mouvement, composante de la liberté personnelle, est garantie par l'art. 5 de la Convention européenne des droits de l'homme (RS 0.101 ; CEDH), notre Constitution fédérale (RS 101 ; art. 10 al. 2, et 31) de même que par l'art. 28 CC.

Comme énoncé ci-dessus, les mesures de limitation de la liberté de mouvement et les mesures de contraintes, en lien avec les soins, sont régies par les dispositions suivantes.

En premier lieu les articles 360ss CC, portant sur la protection de l'adulte (et de l'enfant par certains renvois), posent les principes de la restriction de la liberté de mouvement, s'agissant du patient incapable de discernement résidant dans un home, ou du patient placé à des fins d'assistance, au sens des art. 426ss CC. Par ailleurs, les art. 50⁵ et 51⁶ LS définissent les règles générales devant s'appliquer en matière de contrainte dans les institutions de santé, pour les patients capables ou incapables de discernement.

Selon ces dispositions, toutes mesures de contrainte à l'égard des patients sont interdites par principe, mais elles peuvent être introduites, à titre exceptionnel, dans certaines conditions.

Les conditions d'introduction d'une mesure de contrainte, cumulatives, sont entendues au sens d'une restriction de liberté. Elles reposent sur le principe de proportionnalité (la mesure ne peut être introduite que s'il y a échec ou insuffisance d'autres mesures moins restrictives de liberté) et le contexte grave de mise en danger du patient ou d'autrui. En outre, le principe de nécessité s'applique : la mesure doit être nécessaire pour atteindre le but visé. Enfin, la mesure doit être évaluée fréquemment et faire l'objet d'un protocole.

⁵ Art. 50 Mesures de contrainte – En général

¹ Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures thérapeutique et d'internement ainsi que la réglementation en matière de placement à des fins d'assistance sont réservés, de même que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles de l'homme.

² A titre exceptionnel, et dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement la personne habilitée à le représenter, le médecin responsable d'une institution de santé peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient :

a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas;

b) si le comportement du patient présente un grave danger menaçant sa vie ou son intégrité corporelle ou celles d'un tiers.(11) ³ Le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétent.

⁴ La mise en cellule d'isolement à caractère carcéral est interdite.

⁶ Art. 51 Mesures de contrainte – Modalités et protection des patients

¹ La surveillance du patient est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte, dont le maintien fait l'objet d'évaluations régulières et fréquentes. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée, ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient.

² Le patient ou la personne habilitée à le représenter peut s'adresser au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte. Les dispositions du code civil suisse régissant la procédure en matière de mesures limitant la liberté de mouvement s'appliquent par analogie

Le contexte institutionnel

Depuis les années 1980, une réflexion sur les mesures de contrainte s'est élaborée dans le domaine de la psychiatrie genevoise, notamment au sujet des mesures d'isolement.

Les associations de patients (par ex. Pro Mente Sana) ont largement contribué à cette réflexion, qui s'est étendue au champ de la gériatrie dans les années 90.

Suite à la modification de la loi genevoise sur la santé en 2006, les HUG doivent appliquer l'obligation d'une prescription médicale pour les mesures de contrainte, et créer et mettre en œuvre des protocoles de suivi de ces mesures dans tous les services médicaux.

Certains services médicaux des HUG se réfèrent à un protocole conforme à la loi genevoise, notamment celui élaboré en 2007 par la psychiatrie, en 2008 ceux des hôpitaux de Trois-Chêne, de Bellerive et de Loëx. D'autres projets sous d'autres formes (check lists, arbre décisionnel) ont été réalisés dans d'autres services. Ces protocoles s'appliquent en cas de mesures limitant la liberté de mouvement lorsque ces mesures ne sont pas consenties par le patient.

Depuis 2010, un groupe de travail transversal a été mandaté par les Directions médicale et des soins pour adapter la prescription médicale dans dossier du patient et intégrer le protocole requis par la loi. L'informatisation d'un protocole transversal aux HUG est en cours pour la prescription des mesures limitant la liberté de mouvement dans le dossier du patient et intégrera la prescription médicale.

Une brochure d'information à l'intention des patients concernés et de leurs proches existe depuis fin 2012 et devrait être distribuée à chaque patient mis sous mesure de contrainte, ou à ses proches en cas d'incapacité de discernement.

Enfin différentes formations, y compris aux HUG, ont été mises en place.

Parallèlement, la réflexion sur les mesures de contrainte se poursuit dans différents pays (par ex. Canada, France) et dans d'autres cantons (par ex. Fribourg, Vaud avec l'élaboration d'une directive institutionnelle diffusée déjà en 2005).

Expérience de la contention

Durant la préparation du présent avis, le groupe de travail du Conseil d'éthique clinique a auditionné des professionnels de la santé issus des services des soins intensifs, des urgences, de gériatrie, soins palliatifs, chirurgie, psycho-gériatrie, psychiatrie adulte, psychiatrie du développement mental, pédiatrie, neurologie, de la salle de surveillance post-interventionnelle, du service de la sécurité des HUG, ainsi qu'un représentant de *Pro Mente Sana*.

Plusieurs points ressortent de ces auditions :

- **Se passer entièrement de mesures limitant la liberté de mouvement n'est pas possible.** Des mesures limitatives de la liberté sont employées dans tous ces services, et sont considérées comme nécessaires dans certains cas. Les mesures concernées sont très variées : chambres fermées, contention au fauteuil, attaches de poignets, barrières de lits. Certaines mettent les professionnels face à des difficultés de définition : les barrières de lit consenties par le patient sont-elles de la contrainte, et qu'en est-il des barrières incomplètes, qui permettraient une sortie du lit par les espaces libres ? L'association Pro Mente Sana romandie reconnaît que les mesures limitant la liberté de mouvement peuvent être inévitables dans certains cas, et met en avant la nécessité de les limiter autant que possible, de ne choisir que celles qui portent le moins possible atteinte à la liberté. Ils encouragent le développement « d'institutions non violentes ». (2)
- **Limitier l'usage de ces mesures est reconnu comme important.** Le souci de limiter l'usage de ces mesures est présent dans chaque service, à des degrés divers allant de tentatives de mieux encadrer ces pratiques à des tentatives d'abolition quasi-complète. Les alternatives considérées incluent des mesures très diverses telles que des aménagements architecturaux, la médication, la présence renforcée des soignants auprès du patient. Les alternatives sont cependant décrites comme souvent insuffisamment

explorées, et parfois indisponibles ou irréalisables avant l'introduction d'une mesure limitant la liberté de mouvement.

- **Les situations où l'on évoque des mesures limitant la liberté de mouvement sont toujours difficiles.** On rapporte dans tous ces services qu'elles soulèvent à chaque fois des problèmes éthiques. Faire face aux situations où ces mesures sont évoquées et/ou employées nécessite pour les professionnels une formation et un encadrement spécifique.
- **Quatre types de motivations sont identifiés pour l'usage de ces mesures.** La première est comme moyen de protection du patient, par exemple pour éviter une chute. La deuxième est comme mesure thérapeutique, par exemple pour poser un cadre à un patient qui sans cela s'agitait. La troisième est pour permettre une prise en charge que le patient entraverait s'il n'était limité dans ses mouvements, comme une perfusion chez une personne qui l'arrache par exemple. La quatrième, largement jugée comme la plus problématique, est l'utilisation de mesures limitant la liberté de mouvement de personnes malades dans le but de contenir leur agitation pour des raisons autres que leur intérêt (par exemple pour limiter les besoins de ressources humaines ou les perturbations de l'unité de soins). La distinction entre les soins au patient et la protection d'autrui est très claire pour le service de la sécurité pour qui cette différence passe par la distinction entre les menottes et les attaches. Elle est parfois plus floue pour les professionnels de la santé. Les situations aiguës, où les mesures visent à passer un cap transitoire, comme un réveil de coma ou de l'anesthésie ou encore un état d'agitation aigu, sont perçues comme moins problématiques et comme visant plus clairement des objectifs thérapeutiques. Plus une situation devient chronique et plus il est considéré que l'usage de mesures limitatives de la liberté y posent des problèmes éthiques.
- **La sécurité des patients est une valeur très consensuelle** parmi les proches des personnes hospitalisées. Il est en effet rare qu'une mesure limitative de la liberté soit remise en question par l'entourage du patient. En revanche, l'absence d'une telle mesure est régulièrement questionnée. Prendre le risque de ne pas utiliser de mesure limitant la liberté de mouvement est vécu comme plus difficile que prendre le risque qui vient avec cette mesure (effets secondaires). En revanche, **l'usage de mesures limitant la liberté est souvent soit mal vécu soit contesté par les patients.** Cela n'est cependant pas toujours le cas : dans chaque service on cite également des exemples de patients qui consentent à ces mesures, voire qui les demandent.
- **Plusieurs craintes sont exprimées sur les mesures limitant la liberté de mouvement** : qu'elle masque le besoin d'un diagnostic spécifique, qu'elle puisse être la cause d'accidents, ou qu'elle donne lieu à du travail supplémentaire, par exemple en raison de la surveillance requise. La non application de ces mesures est elle aussi décrite comme pouvant occasionner du travail supplémentaire, par exemple en raison de la nécessité d'une présence plus importante. Les professionnels craignent également l'éventualité de poursuites juridiques en cas de mise en application, ou de la non application, d'une telle mesure. Elle est également souvent décrite comme psychologiquement lourde pour les équipes. La pratique de la prescription médicale d'une mesure limitant la liberté de mouvement est très variable d'un service à l'autre. Cela dépend de la connaissance du cadre légal et institutionnel mais également d'enjeux organisationnels ou encore de questions d'attributions de rôles médicaux et infirmiers.

Analyse éthique

Les principales valeurs en tension dans les situations où se pose la question des mesures limitant la liberté de mouvement sont la **liberté**, l'**autonomie**, le souci de **sécurité** lui-même fondé dans la **bienfaisance**, et le souci d'éviter la **stigmatisation**.

La liberté et l'autonomie

Il est important ici de distinguer la **liberté** et l'**autonomie**. Ces deux valeurs, souvent suffisamment proches pour être comprises ensemble sous le même terme, sont ici très différentes. L'autonomie consiste en la possibilité de se donner ses propres règles, et de déterminer ses propres choix. Un patient qui consent à une mesure limitant sa liberté de mouvement, par exemple, exerce là son autonomie si son consentement est libre et éclairé. En revanche, sa liberté de mouvement sera

néanmoins atteinte par la mesure en question, même s'il y a consenti. La liberté dans le cadre de cet avis fait appel à la liberté physique de se déplacer ou de se mouvoir. Elle est donc limitée *par définition* par l'usage d'un système limitant la liberté de mouvement. Ces mesures ne limitent donc pas nécessairement l'autonomie du patient, mais limite par contre sa liberté à se déplacer.

Limiter la liberté du patient pour accroître sa sécurité : pas à n'importe quel prix.

Le souci de **sécurité**, fondé dans le devoir de bienfaisance des soignants, a subi une évolution visible durant les dernières décennies. La recherche d'élimination complète du risque ('risque zéro') se retrouve de manière croissante dans les demandes sociétales et se reflète dans les soucis exprimés par les proches de personnes hospitalisées. Légitime, le souci de sécurité entre cependant ici en tension avec d'autres valeurs, comme la liberté et la non-malfaisance. Toute liberté impliquant la possibilité d'une prise de risque, la recherche de la sécurité est inévitablement en tension avec le respect de la liberté.

Tenir compte des risques des mesures limitant la liberté de mouvement

En plus de limiter la liberté de mouvement, ces mesures induisent une gêne lors des mouvements, et peuvent porter donc atteinte à l'indépendance fonctionnelle, à l'identité ou à l'image du patient, ainsi qu'à sa sécurité.(3)

Elles comportent donc un certain nombre de risques concrets, dont il faut aussi tenir compte lorsqu'elles sont considérées.(4, 5) L'immobilisation peut entraîner des atteintes physiologiques et biochimiques. Elle peut affecter l'indépendance physique de la personne de manière durable. La mesure limitant la liberté de mouvement a aussi des effets psychosociaux non négligeables : un sentiment d'être privé de liberté, ou de perte de dignité (le patient peut se sentir humilié car il dépend d'aides extérieures, et peut s'agiter en réaction aux restrictions) et un stress important. Le patient peut percevoir la limitation comme une punition.

Pour la famille et les soignants, les répercussions sont d'ordre psychologique et se situent souvent dans la décision (déjà prise) d'appliquer la mesure limitant la liberté : il s'agit souvent d'un sentiment de culpabilité généré par le conflit entre le besoin de protéger le patient et celui de préserver sa dignité.

Il s'agira donc également de peser la sécurité qu'une mesure limitant la liberté de mouvement permet de gagner, et la sécurité qui sera diminuée par cette même mesure.

La pesée des valeurs doit être adaptée au cas concret

Il s'agira donc devant un cas concret de viser à une **pesée** respectant la proportionnalité entre la liberté et la sécurité, plutôt que de maximiser la sécurité à tout prix.

Dans ce conflit de valeurs, on peut évoquer trois principes de base. La méthode utilisée doit être la moins restrictive possible sur la liberté du patient. C'est le principe de **subsidiarité**. C'est la raison pour laquelle on recherchera la méthode permettant la plus grande liberté possible compatible avec le degré de sécurité souhaité. C'est également pour cela qu'elle ne sera employée que pour la période la plus brève possible. Il est particulièrement important pour cette raison que des alternatives soient toujours recherchées avant la mise en œuvre d'une mesure limitant la liberté de mouvement. La recherche d'alternatives doit se poursuivre après l'introduction d'une telle mesure et continuer de faire l'objet de discussions avec le patient.

Le principe de **proportionnalité** doit également être respectée, c'est-à-dire que la limitation de la liberté (même causée par le moyen le moins restrictif possible) doit être justifiée par le degré de protection offerte au patient. Deux aspects sont ici importants. Premièrement, réaliser une pesée de valeurs en conflit est légitime : on choisira l'option permettant d'en transgresser le moins possible, mais parfois aucune ne permet de les respecter toutes entièrement. Deuxièmement, il faut avoir conscience, dans cette pesée, des limites des méthodes employées. Il s'agit notamment de connaître les risques qui leurs sont liés et de s'assurer qu'une évaluation des conséquences sur l'individu soit planifiée.

Troisièmement, il s'agit de toujours se rappeler que **c'est la personne entière qui doit être protégée**, et non seulement son corps.(6)

Le but de la mesure limitant la liberté de mouvement doit être clair

La raison pour laquelle une mesure limitant la liberté de mouvement est introduite sera déterminante. Elle est centrale à l'évaluation de la bienfaisance, de la proportionnalité, de la subsidiarité, et de la place de cette mesure dans la pratique clinique. Lorsqu'il s'agit principalement de protéger le patient lui-même, la pesée des valeurs décrites ici sera centrée sur lui et sera plus simple. La cohérence de la mesure limitant la liberté de mouvement avec les objectifs de soins doit toujours être examinée. Employer une contention physique limitant la

marche alors qu'un patient qui est par ailleurs en rééducation est, par exemple, souvent contre-productif. A noter qu'en rééducation ou en réadaptation, les rééducateurs utilisent du matériel à des fins thérapeutiques (positionnement des membres avec des coussins, tablettes fixes sur le fauteuil roulant, ...).

Du moment que le patient est limité dans les mouvements par ce matériel, la mesure thérapeutique est associée à une mesure de contrainte, nécessitant les surveillances et évaluations requises.

Lorsque le but est principalement la protection d'autrui, cette pesée fera intervenir les intérêts de plusieurs personnes : le principe de proportionnalité, qui restera important, sera ici plus difficile à appliquer. Il est ici crucial d'éviter le risque que ce soit le 'mauvais patient' que l'on stigmatise et que la mesure limitant la liberté soit une conséquence de cette stigmatisation. **La protection doit toujours concerner des personnes concrètes : dans aucun cas une mesure limitant la liberté de mouvement ne peut être justifiée par le seul but d'éviter de troubler des processus institutionnels.** Il est également important de distinguer la protection contre des actes dont la cause est un état de santé altérant le jugement, et la protection contre la violence en général, sans lien avec une pathologie particulière. La seconde relève clairement des services de sécurité et non des professionnels de la santé.

Explorer les alternatives

Les alternatives -à la fois les alternatives disponibles *pour* mettre en place la limitation et les alternatives permettant éventuellement de s'en passer- doivent être explorées aussi tôt que possible, normalement avant l'introduction d'une mesure limitant la liberté de mouvement. Cela signifie que **des moyens alternatifs à la limitation de la liberté de mouvement** doivent faire l'objet d'une planification dans les services médicaux afin que ces moyens soient suffisamment disponibles.

La présence humaine est une alternative. Elle permet de diminuer l'usage des mesures limitant la liberté de mouvement,(7) et doit être prise en compte lors de la planification du personnel. Il faut aussi tenir compte du fait que l'application de mesures limitant la liberté de mouvement, et la surveillance qu'elles impliquent, nécessitent aussi des moyens en personnel.

En termes organisationnel, l'utilisation de moyens limitant la liberté de mouvement a un coût en termes de dommages aux personnes, de frais médicaux, d'épuisement professionnel, et de litiges.(8) Les alternatives à ces mesures devraient donc faire l'objet d'une réflexion institutionnelle par les Directions médicale et des soins.

Choisir la mesure portant le moins atteinte à la personne

Le risque de **stigmatisation** doit être pris en compte et guider le choix de la mesure introduite. La visibilité de différents moyens existants sera ici déterminante, la moins visible devant être préférée entre les alternatives disponibles. Les explications données à l'entourage du patient sont également importantes. La stigmatisation, un regard négatif indu, est portée par le regard d'autrui et peut concerner une personne du fait qu'elle fait l'objet d'une mesure limitant sa liberté. Dans certains cas, ces personnes sont déjà susceptibles d'être stigmatisées du fait de leur diagnostic et il est donc particulièrement important dans le cas d'éviter une stigmatisation additionnelle.

La **durée** prévisible de la mesure limitant la liberté de mouvement est également déterminante. Introduire une mesure pour passer un cap aigu n'implique pas de limitations durables de la liberté. Une mesure visant à passer un cap se rattache aussi plus visiblement à un état pathologique et sera moins susceptible d'être comprise comme un jugement sur la personne elle-même. Plus l'état auquel répond la mesure limitant la liberté se prolonge, plus le risque augmente de glisser vers une limitation durable de la liberté personnelle et plus cette mesure sera perçue comme limitant la personne elle-même plutôt que l'effet qu'aurait sur elle son état de santé.

Les moyens doivent être les moins agressifs possibles. Cela signifie que le **matériel doit être adapté**. Si le matériel n'est pas adapté, le risque pour le patient lié à son utilisation est augmenté. La stigmatisation est aggravée par un matériel inadapté. Attacher parce qu'il n'y a pas de barrières de lit est contre-productif et non justifié. Lorsqu'une mesure limitant la liberté de mouvement se justifie, elle doit pouvoir s'appliquer avec un matériel approprié, le moins abrasif ou dangereux possible, voir le plus discret possible, et en tenant compte des besoins du patient en termes de transferts par exemple.

Consentement et information

Le **consentement du patient capable de discernement** doit être recherché pour toute mesure limitant la liberté de mouvement (voir annexe). Ce consentement doit être libre et éclairé, et doit être documenté dans le dossier du patient. Les alternatives doivent être présentées au patient,

ainsi que les conséquences probables de l'abstention, de la mise en place de la mesure, et de la mise en place d'alternatives. Lorsque la nécessité d'une telle mesure est prévisible ou probable, comme par exemple dans un état de confusion post-opératoire, un consentement à l'avance sera recherché et documenté. Il est important de souligner qu'une mesure limitant la liberté de mouvement en reste une même si elle est consentie par le patient, et que les mêmes surveillances devront être garanties que le patient ait consenti ou refusé ces mesures. Le consentement du patient n'a de validité que s'il est donné librement. Dans les cas où une mesure limitant la liberté de mouvement serait introduite face au refus d'un patient capable de discernement – on songe à des exemples de dangerosité pour autrui – cela doit faire l'objet d'une information au patient, mais en aucun cas de tentatives d'obtenir à tout prix son consentement. De telles tentatives pourraient avoir pour résultat un consentement extorqué, ou de complaisance, qui ne serait en aucun cas valable.

Lorsque le patient est incapable de discernement, on lui expliquera néanmoins autant que possible les raisons de l'usage de la mesure choisie. Dans les cas où la capacité de discernement du patient est présente de manière fluctuante, on cherchera à obtenir son consentement durant les moments où elle est présente. Le but est de respecter autant que possible l'autonomie du patient, même si sa capacité de discernement est fluctuante

En toutes circonstances, il faut éviter que des personnes limitées dans leur liberté ne se sentent punies ou humiliées. Le consentement est révoquant en tout temps, pour autant que la capacité de discernement soit présente. Pour rappel, la capacité de discernement s'évalue pour un choix donné à un moment donné. Pour être capable de discernement, la personne doit être capable de comprendre les informations pertinentes à son choix, d'apprécier leur pertinence dans sa propre vie, de raisonner avec ces éléments de manière cohérente (ce qui implique la capacité d'argumenter son choix), et d'exprimer un choix.⁽⁹⁾ En d'autres termes il s'agit d'une évaluation du processus de décision de la personne, et non de notre accord avec sa conclusion. La capacité de discernement peut être évaluée par un médecin qui sera de préférence le médecin traitant du patient ou, s'il n'en avait pas, celui qui procéderait à l'acte envisagé. Il importe que le consentement soit éclairé et donné librement. Ce consentement n'a pas besoin d'être donné par écrit, mais doit être documenté impérativement dans le dossier du patient.

Une prescription médicale systématique

Toute mesure limitant la liberté de mouvement doit faire l'objet d'une **prescription médicale**. Toute prescription d'une telle mesure exige également la prescription des mesures de surveillance qu'elle implique. Dans les situations prévues par un protocole de service, la prescription infirmière sur la base de ce protocole peut constituer une alternative à la prescription médicale chez des patients ne présentant pas de risques particuliers concernant la mesure utilisée. Ces éléments doivent être déterminés dans chaque service en tenant compte des situations qui s'y rencontrent. Malgré les différences importantes entre les diverses situations survenant dans les différents services d'un hôpital, une certaine cohérence peut être maintenue en tenant compte des mêmes éléments.

- 1) obligation d'une recherche d'alternatives, idéalement avant la mise en place d'une mesure
- 2) choix de la mesure la moins limitative possible
- 3) planification de réévaluations régulières dans des délais proportionnés au caractère limitant de la mesure ; les points à évaluer, les délais, et les évaluations doivent être documentés dans le dossier du patient
- 4) description claire des risques de la mesure
- 5) prescription d'une surveillance adaptée
- 6) information du patient et/ou de ses proches

L'ensemble de ces points doit être régulièrement réévalué. La prescription de la mesure limitant la liberté de mouvement est nécessaire même si le patient y a consenti, comme la prescription des mesures de surveillance.

Une mesure une fois introduite, le respect de la **sécurité** du patient implique une surveillance tenant compte des risques inhérents à cette mesure. Cela est vrai que le patient ait ou non consenti à cette mesure. Le consentement du patient, pour autant qu'il soit libre et éclairé, aura donc pour conséquence que la mesure sera respectueuse de son autonomie. Le consentement n'abolit en revanche pas la nécessité d'assurer la sécurité du patient : la surveillance requise sera donc la même que le patient ait ou non consenti à la mesure limitant sa liberté de mouvement.

Des décisions réfléchies et documentées

L'évaluation et la pesée des valeurs en jeu dans la considération des mesures limitant la liberté de mouvement sont difficiles. Il est d'autant plus important que ces mesures fassent l'objet de décisions interdisciplinaires et de révisions au cours du temps. Devant la crainte d'un risque pour la sécurité du patient, des mesures limitant la liberté ont tendance à sembler s'imposer, chacun ayant l'impression de ne pas avoir le choix. Or, la justification de telles mesures est délicate sur le plan éthique et la loi exige qu'une justification existe et puisse être formulée. Les raisons de la mesure, et l'existence d'alternatives, doivent donc pouvoir être discutées avant, pendant, et après l'introduction de telles mesures.

Il est important que toute mesure limitant la liberté de mouvement fasse l'objet d'une **discussion concertée au sein de l'équipe médico-soignante**. Prendre le temps de cette discussion peut être difficile dans la pratique, mais il est important qu'elle puisse avoir lieu. Pour cette raison il peut être utile de l'anticiper.

Les buts de cette discussion doivent être de chercher un consensus et surtout d'explorer des alternatives si elles existent.

Les points suivants doivent être abordés :

- 1) Le but de la mesure doit être clairement identifié.
- 2) L'étiologie de l'état du patient qui motive la mesure doit être investiguée.
- 3) Les alternatives à la mesure doivent être explorées.
- 4) Les risques de la mesure doivent être explicitement identifiés.
- 5) Les circonstances dans lesquelles la mesure serait levée doivent être décrites.
- 6) Les échéances de réévaluation de la mesure doivent être définies.

Ces points seront parfois répétitifs d'un cas à l'autre : dans de telles circonstances, à savoir le cas où une mesure limitant la liberté de mouvement est régulièrement mise en œuvre pour des buts semblables et dans des circonstances semblables, ces points pourront être intégrés dans un **protocole de mesures limitant la liberté de mouvement**. L'élaboration de ces protocoles doit prendre en compte les alternatives, afin de préciser quand les mesures limitant la liberté de mouvement pourront être appliquées ou non. Cela peut aussi aider à l'obtention de moyens pour des mesures alternatives, dont la demande sera parfois plus efficace en dehors de l'urgence. Lors de l'établissement de tels protocoles, les deux écueils à éviter sont l'oubli de l'étape diagnostique, et le risque de chronicisation de mesures limitant la liberté de mouvement dans un contexte où elles deviendraient une routine chez un patient donné. Il est donc crucial d'intégrer la recherche d'étiologie et la définition d'un délai de réévaluation dans tous les cas. Lorsqu'une décision est prise de ne pas mettre en œuvre une mesure limitant la liberté de mouvement, cette décision et ses raisons doivent elles aussi être documentées dans le dossier du patient.

Lors de situations cliniques complexes, un avis du Conseil d'éthique clinique des HUG peut être sollicité.

Le cas des personnes déjà atteintes dans leur capacité de mouvement

L'application de mesures limitant la liberté de mouvement chez des personnes hémi- para- ou tétraplégiques se présente différemment de leur application chez une personne valide. Il y a trois types de situation :

- 1) Certaines mesures sont une contention sur un patient sans que sa capacité de mouvement ne soit atteinte, en raison de limites préalables à sa liberté de mouvement dues à son état. Mettre un nouveau-né dans une couveuse, par exemple, n'a rien de contraignant car même sans elle il serait incapable de se déplacer. Monter les barrières du lit d'un patient inconscient qui ne bouge pas serait du même ordre. Du même ordre encore, limiter un membre dont les mouvements ne sont pas sous le contrôle du patient : cela s'apparente davantage à de la contention orthopédique et ne limite pas à proprement parler la liberté de mouvement.
- 2) D'autres mesures limitent en revanche la liberté de mouvement d'une personne déjà atteinte de manière semblable à celle d'autres patients (par exemple chez une personne hémiparétique et confuse dont on attacherait le poignet valide pour éviter qu'elle n'arrache une perfusion) : ces mesures sont à appliquer avec les mêmes surveillances et protections que chez une personne non immobilisée par sa maladie. Il faut être attentif, car certaines limitations de la liberté de mouvement peuvent ne pas être immédiatement reconnues comme telles : par exemple, mettre les freins d'une chaise roulante chez une

personne qui la propulse avec les pieds et n'est pas capable d'ôter elle-même les freins limitera sa liberté de mouvement, alors que cette mesure ne figure pas sous la liste habituelle des mesures comprises comme telles. La question de la proportionnalité de la mesure doit tenir compte de la limitation préexistante chez le patient : en effet, le résultat final sera une atteinte plus grande à la capacité à se mouvoir que chez une personne valide. Une mesure limitant la liberté de mouvement sera donc en général plus lourde chez une personne ainsi atteinte.

- 3) Chez les personnes nécessitant des moyens auxiliaires pour se déplacer, la non fourniture de ces moyens représente une limitation de la liberté de mouvement. Elle nécessite les mêmes justifications, les mêmes règles et les mêmes précautions que toute autre mesure limitant la liberté de mouvement.

Dans les discussions des mesures limitant la liberté de mouvement, on observe une certaine tendance à lier le terme de contrainte au matériel employé, mais il ressort de ces exemples qu'il est plus exact de considérer que la contrainte est liée aux buts et aux effets de la mesure plutôt qu'à un type de matériel ou un autre.

Une mesure limitant la liberté de mouvement peut occasionner des risques physiques même chez une personne déjà atteinte dans sa liberté de mouvement par son état de santé. Cette personne peut toujours subir des risques directs, voire perdre une part de son indépendance fonctionnelle à plus ou moins long terme, du fait de la mesure et de l'inactivité qu'elle occasionne. La surveillance requise doit donc être la même que dans d'autres cas.

Une personne dont la liberté de mouvement est atteinte par son état reste également capable d'être humiliée ou atteinte dans son image par une mesure limitant la liberté de mouvement. Il demeure donc important de l'informer et de rechercher son consentement à cette mesure. Une personne qui serait incapable de se rendre compte de la mesure, par exemple parce qu'elle est dans un coma profond, ne courrait en théorie pas ce risque identitaire. Cependant, il peut être difficile de juger de la présence ou de l'absence de cette capacité. Le risque identitaire peut par ailleurs être subi par les proches du patient, vis-à-vis desquels l'image de la personne contrainte sera parfois bel et bien atteinte.

Recommandations

- Des précautions spécifiques sont nécessaires pour l'introduction de toute mesure limitant la liberté de mouvement, qu'elle soit ou non consentie par le patient.
- Avant de décider d'appliquer ou non une mesure limitant la liberté de mouvement il faut tenir compte des valeurs en présence : la liberté, l'autonomie, le souci de sécurité et le souci d'éviter la stigmatisation.

Cette pesée doit:

- Être fondée sur un but clair et documenté.
- Respecter la proportionnalité : toute liberté impliquant la possibilité d'une prise de risque, un certain degré de risque est acceptable. La limitation de la liberté (même causée par le moyen le moins restrictif possible) doit être justifiée par le degré de protection offerte au patient. Il importe ici de tenir compte également des risques liés à la mesure elle-même.
- Respecter la subsidiarité : on recherchera la méthode permettant la plus grande liberté possible compatible avec le degré de sécurité souhaité

Les alternatives doivent être explorées aussi tôt que possible, normalement avant l'introduction d'une mesure limitant la liberté de mouvement. Ceci concerne les alternatives qui permettraient d'éviter l'application d'une mesure limitant la liberté de mouvement, ainsi que les différents moyens à disposition pour appliquer une telle mesure. Des moyens matériels adaptés doivent être disponibles.

Le consentement du patient capable de discernement doit être recherché pour toute mesure limitant la liberté de mouvement. Dans les cas où une mesure limitant la liberté de mouvement serait introduite face au refus d'un patient capable de discernement – on songe à des exemples de dangerosité pour autrui – cela doit faire l'objet d'une information au patient, mais en aucun cas de tentatives d'obtenir à tout prix son consentement.

La mesure et ses raisons doivent dans tous les cas faire l'objet d'une information au patient, en tenant compte de sa capacité de compréhension. Les proches d'un patient incapable de discernement doivent également être informés. L'information doit être claire et complète, incluant les risques et les bénéfices de l'introduction d'une mesure limitant la liberté de mouvement, ainsi que les risques et les bénéfices de s'en abstenir. L'information comprend les voies de recours possibles.

Toute mesure limitant la liberté de mouvement doit faire l'objet d'une prescription, qui doit être limitée dans le temps et qui prévoira également les mesures de surveillance devant l'accompagner.

La décision d'introduire ou de ne pas introduire une mesure limitant la liberté de mouvement doit être documentée avec ses raisons dans le dossier du patient. Lorsque la mesure est consentie par le patient, son consentement doit également être documenté. Lors de transferts entre services, les raisons de la mesure ainsi que les surveillances qui l'accompagnent doivent être transmises dans le dossier du patient. Il appartient au lieu qui reçoit le patient de réévaluer les mesures en fonction de la situation au moment du transfert.

La décision concernant l'utilisation des mesures limitant la liberté de mouvement, l'exploration des alternatives, la prescription, le suivi et la documentation d'une telle mesure doivent faire l'objet d'une formation auprès des professionnels de la santé et de la sécurité. La distinction entre la protection de la santé et le maintien de la sécurité doit y figurer.

- En termes organisationnel, l'utilisation de moyens limitant la liberté de mouvement a un coût en termes de dommages aux personnes, de frais médicaux, d'épuisement professionnel, et de litiges. Les alternatives à ces mesures devraient donc faire l'objet d'une réflexion institutionnelle par les Directions médicale et des soins.

Groupe de travail

- Jacques Butel
- Laura DiPollina
- Michel Dokic
- Huguette Guisado
- Samia Hurst
- Alban Langlois
- Alexandre Maringue
- Nicole Rosset

Le 8 janvier 2014



Prof Daniel Lew
Président a.i. du Conseil d'éthique clinique

Références

1. Académie Suisse des Sciences Médicales. Directives médico-éthiques pour les mesures de contrainte en médecine. 2005.
2. Pro Mente Sana Romandie. Mesures de contrainte en psychiatrie. 2012.
3. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. The online journal of knowledge synthesis for nursing. 2003;10:1. Epub 2003/06/12.
4. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. Gerontologist. 1992;32(6):762-6. Epub 1992/12/01.
5. Reigle J. The ethics of physical restraints in critical care. AACN clinical issues. 1996;7(4):585-91. Epub 1996/11/01.
6. Miles SH. Restraints: controlling a symptom or a symptom of control. HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues. 1998;10(3-4):235-43. Epub 1999/05/29.
7. Godfrey A, Bushardt RL. Is it ethical to substitute restraints for adequate treatment resources? JAAPA : official journal of the American Academy of Physician Assistants. 2010;23(12):62, 4. Epub 2011/01/15.
8. Chan J, LeBel J, Webber L. The dollars and sense of restraints and seclusion. Journal of law and medicine. 2012;20(1):73-81. Epub 2012/11/20.
9. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment. A Guide for Physicians and Other Health Care Professionals. New York, Oxford: Oxford University Press; 1998.

Conseil d'éthique clinique

Annexe 1 : La capacité de discernement

(source : http://servicejuridique.hcuge.ch/themes/capacite_discernement.html)

La loi donne de la capacité de discernement une définition négative.

Selon l'article 16 du Code civil suisse (RS 210 ; CC), "toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi."

Ainsi, une personne n'est incapable de discernement que si sa faculté d'agir raisonnablement est entravée par l'une des causes énumérées à l'article 16 CC, soit :

- le jeune âge (la loi ne fixe pas un « âge de raison ») ;
- la déficience mentale (la jurisprudence exige un état jugé anormal et de surcroît, jugé suffisamment grave pour altérer la faculté d'agir raisonnablement) ;
- les troubles psychiques ;
- l'ivresse et les autres causes semblables (p. ex.: intoxication due à des stupéfiants ou à des médicaments, crise d'épilepsie ou inconscience).

La faculté d'agir raisonnablement suppose, sur le plan juridique, deux éléments qui doivent être évalués dans l'entretien avec le patient :

- un élément intellectuel, à savoir la faculté de comprendre et d'apprécier correctement la signification, l'opportunité et les conséquences d'une situation ou d'une action ;
- un élément volontaire, à savoir la faculté de choisir librement une option ou une autre, en se fondant sur l'appréciation intellectuelle que l'on s'est faite.

A noter que la capacité de discernement existe ou n'existe pas. Le patient n'est pas plus ou moins capable de discernement ; il est ou n'est pas capable de discernement ; cette capacité s'apprécie toujours de manière concrète, à savoir par rapport à un acte considéré, et à un moment précis.

La capacité de discernement est présumée chez l'adulte, soit dès sa majorité. On peut également présumer qu'un jeune enfant n'a pas la capacité de discernement pour consentir à un traitement médical. La question est plus délicate dans la tranche d'âge intermédiaire : celui qui entend se prévaloir de la capacité ou de l'incapacité de discernement d'un patient doit être en mesure de la prouver.

Conseil d'éthique clinique

Annexe 2: textes de loi

Code civil suisse

Sous-chapitre III : de la personne résidant en EMS

Art. 383

1) L'institution ne peut restreindre la liberté de mouvement d'une personne incapable de discernement que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes et que cette restriction vise :

1. À prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers
2. À faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire.

2) La personne concernée doit être informée au préalable de la nature de la mesure, de ses raisons de sa durée probable, ainsi que du nom de la personne qui prendra soin d'elle durant cette période, le cas d'urgence est réservé.

3) La mesure doit être levée dès que possible ; dans tous les cas, sa justification sera reconsidérée à intervalle régulier

Art. 384

1) Toute mesure limitant la liberté de mouvement fait l'objet d'un protocole. Celui-ci contient notamment le nom de la personne ayant décidé la mesure ainsi que le but, le type et la durée de la mesure.

2) La personne habilitée à représenter la personne concernée dans le domaine médical doit être avisé de la mesure, elle peut prendre connaissance du protocole en tout temps.

3) Les personnes exerçant la surveillance de l'institution sont également habilitées à prendre connaissance du protocole.

Art. 385

1) La personne concernée, ou l'un de ses proches peut, en tout temps, en appeler par écrit à l'autorité de protection de l'adulte au siège de l'institution contre la mesure limitant la liberté de mouvement.

2) Si l'autorité de protection de l'adulte constate que la mesure n'est pas conforme à la loi, elle le modifie, la lève ou ordonne une autre mesure. Si nécessaire, elle en informe l'autorité de surveillance de l'institution.

3) Toute requête sollicitant une décision de l'autorité de protection de l'adulte doit lui être transmise immédiatement.

Art. 438

Les règles sur les mesures limitant la liberté de mouvement d'une personne résidant dans une institution s'appliquent par analogie aux mesures limitant la liberté de mouvement de la personne placée dans une institution à des fins d'assistance. La possibilité d'en appeler au juge est réservée.

Loi K 1 03 (loi sur la santé – genevoise)

Art. 50

1) Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. Le droit pénal et civil en matière de mesures thérapeutiques et d'internement ainsi que la réglementation en matière de placement à des fins d'assistance sont réservées, de même que la législation en matière de lutte contre les maladies transmissibles de l'homme.

2) A titre exceptionnel, et dans la mesure du possible, après en avoir discuté avec le patient, respectivement la personne habilitée à le représenter, le médecin responsable d'une institution de

santé peut, après consultation de l'équipe soignante, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge du patient :

- a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas;
- b) si le comportement du patient présente un grave danger menaçant sa vie ou son intégrité corporelle ou celles d'un tiers.

3) Le médecin responsable d'une institution de santé peut déléguer cette prérogative à un autre professionnel de la santé compétente.

4) la mise en cellule d'isolement à caractère carcéral est interdite.

Art. 51

1) la surveillance du patient est renforcée pendant la durée de la mesure de contrainte, dont le maintien fait l'objet d'évaluations régulières et fréquentes. Un protocole comprenant le but et le type de chaque mesure utilisée ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des évaluations est inséré dans le dossier du patient.

2) Le patient ou la personne habilitée à le représenter peut s'adresser au tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant pour demander l'interdiction ou la levée des mesures de contrainte. Les dispositions du Code civil suisse régissant la procédure en matière de mesures limitant la liberté de mouvement s'appliquent par analogie.