

# RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT

## ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

### DÉFINITIONS

### INDICATIONS

## PRINCIPES GÉNÉRAUX GUIDANT L'UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT

### TENUE DU DOSSIER

#### ORDONNANCES

#### FORMULAIRE SPÉCIFIQUE

#### NOTES D'ÉVOLUTION

#### SPÉCIFICATIONS

#### MODALITÉS D'APPLICATION

#### RÉVISION

### BIBLIOGRAPHIE

---

## INTRODUCTION

---

L'utilisation de la contention est une mesure souvent utilisée en Amérique du Nord, particulièrement auprès des personnes âgées. L'humanisation des soins et le respect des droits civils individuels ont contribué, par contre, à la remise en question de l'utilisation de cette pratique. D'abord utilisée pour la sécurité des patients, la contention s'est parfois avérée un remède empoisonné. Rappelons qu'au Québec 25 décès directement liés à l'utilisation de la contention ont été rapportés par le Bureau du coroner en chef au cours des dix dernières années. Cependant, il faut reconnaître que cette mesure pourrait constituer, pour certains patients en psychose ou en état d'agitation, une approche bénéfique pour leur santé, leur sécurité ou celles d'autrui.

«Les valeurs et les considérations trop souvent implicites à la base de la décision de “contentionner” doivent être rendues explicites et discutées avec les personnes concernées quant à leur pertinence et à leur validité<sup>1</sup>.» Devant l'importance de la situation, le Collège des médecins du Québec tient à faire la présente mise à jour des recommandations, émises en 1989, concernant les modalités applicables dans les cas de contention et d'isolement en y apportant les changements nécessaires pour répondre à l'évolution des connaissances, des mentalités et des sensibilités aux aspects clinique, social et légal.

1. *L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser*. AHQ, page 2, 1996.

*L'humanisation des soins et le respect des droits civils individuels ont contribué, par contre, à la remise en question de l'utilisation de la contention.*



*La contention ne prévient pas mais peut plutôt augmenter les risques de chutes et de blessures graves.*

*La décision du médecin se fonde sur un jugement médical où compétence et prudence s'articulent pour parvenir en tout temps à une utilisation judicieuse de ces modalités.*

La littérature médicale ne rapporte pas d'essais randomisés et contrôlés sur l'utilisation de la contention, mais des études rétrospectives de dossiers, des études de cohortes et des observations de cas tendent à démontrer que la contention ne prévient pas mais peut plutôt augmenter les risques de chutes et de blessures graves. Rappelons, à titre d'exemple, que la contention est utilisée plus fréquemment au Canada qu'au Royaume-Uni sans évidence d'une plus grande sécurité ou efficacité. Les programmes de réduction d'utilisation de contention mis en place dans d'autres provinces canadiennes n'ont pas démontré d'augmentation des taux de chutes et de blessures. Loin de diminuer la charge de travail, l'utilisation de la contention aurait plutôt l'effet contraire. Quant aux craintes de responsabilité légale, au Canada la jurisprudence porte surtout sur des cas où la contention a été utilisée de manière non appropriée plutôt que sur le fait de ne pas avoir appliqué cette mesure. Enfin, est-il nécessaire de préciser que l'utilisation de la contention ne doit pas suppléer à un manque de personnel?

Le médecin joue un rôle primordial dans la décision d'application de la contention puisque c'est lui qui en fait l'ordonnance. Son devoir est d'évaluer et de traiter les causes ayant contribué aux comportements menant à la mise en place des moyens de contention. Sa décision se fonde sur un jugement médical où compétence et prudence s'articulent pour parvenir en tout temps à une utilisation judicieuse de ces modalités. Il doit aussi s'assurer que des mesures alternatives ont été envisagées. C'est sûrement un formateur de choix sur les limites de la contention et des risques qui y sont associés. Dans un contexte de multidisciplinarité, la participation médicale à l'élaboration de protocoles ou de guides d'utilisation nous apparaît essentielle.

Par ailleurs, tous ceux que l'utilisation de la contention concerne doivent répondre aux mêmes exigences de qualité. C'est pourquoi ces recommandations s'adressent également à toutes les instances engagées de près ou de loin dans l'élaboration d'un règlement sur l'utilisation des moyens de contention et des mesures d'isolement.

Enfin, soulignons que les présentes recommandations concernent principalement la contention physique. Quant à l'intervention pharmacologique utilisée dans le but de restreindre ou de limiter les mouvements d'un patient pour sa propre sécurité ou pour celle d'autrui, elle devrait être visée par le protocole d'utilisation de la contention, tel que maintenant exigé par la loi<sup>2</sup>. Le but recherché par cette médication visée par le protocole est de pallier à une situation de danger par le contrôle ponctuel d'un comportement, et non de traiter spécifiquement une maladie.

À cet égard, le Collège des médecins du Québec insiste sur l'importance de surveiller encore plus étroitement un patient lorsqu'il est exceptionnellement nécessaire d'utiliser en concomitance des moyens physiques et pharmacologiques à des fins de contention.

2. Art. 118.1 La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

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

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

---

## 1. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

---

En vertu de l'article 6, paragraphe 18, du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (décret 1320-84), le conseil d'administration d'un établissement public ou privé doit adopter un règlement sur «les mécanismes à mettre en place dans l'établissement afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'égard des bénéficiaires». Chaque établissement doit élaborer un tel règlement en considérant la contention et l'isolement comme étant des mesures d'exception. Le règlement vise à promouvoir une utilisation judicieuse de la contention et de l'isolement en tenant compte des considérations cliniques, éthiques et juridiques. Le règlement vise ultimement à en restreindre l'utilisation. Dans ce but, il est important que les établissements fassent la promotion ac-

tive des techniques non coercitives d'intervention par le personnel soignant, notamment à l'urgence, en psychiatrie, en gériatrie, dans les centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Les dispositions des règlements peuvent varier selon les caractéristiques propres à chaque établissement, notamment en regard des types de clientèle, de l'état de santé des patients, voire de leur âge.

Le règlement devrait prévoir l'implantation d'un programme de formation et d'un programme d'encadrement sur l'utilisation de la contention ou de l'isolement, programmes auxquels devraient participer les médecins. L'établissement doit s'assurer de leur application.

*Le règlement concernant la contention et l'isolement vise ultimement à en restreindre l'utilisation.*

*Le règlement devrait prévoir l'implantation d'un programme de formation et d'un programme d'encadrement sur l'utilisation de la contention ou de l'isolement, programmes auxquels devraient participer les médecins.*

---

## 2. DÉFINITIONS

---

Comme aucune définition n'existe dans les textes réglementaires concernant la contention ou l'isolement, il faut donc s'en remettre à une définition générale.

Dans le présent texte, le Collège définit le terme *isolement* comme «l'état d'un patient confiné dans un espace sécuritaire, fermé et où il est seul». Le terme *contention* est, quant à lui, utilisé pour décrire «un genre d'immobilisation d'une personne par des moyens physiques» ou «tout moyen visant à restreindre ou limiter les mouvements d'un patient<sup>3</sup>».

---

3. *Décès par contention*. Rapport d'enquête du coroner Anne-Marie David, Gouvernement du Québec, Bureau du Coroner en chef, Montréal, 1987.

---

### 3. INDICATIONS

---

L'utilisation de la contention ou de l'isolement doit être une mesure d'exception se limitant au patient dont les comportements

sont susceptibles de mettre en danger sa santé, sa sécurité ou celles d'autrui.

*L'utilisation de la contention ou de l'isolement doit être une mesure d'exception se limitant au patient dont les comportements sont susceptibles de mettre en danger sa santé, sa sécurité ou celles d'autrui.*

---

### 4. PRINCIPES GÉNÉRAUX GUIDANT L'UTILISATION DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT

---

L'utilisation de la contention et de l'isolement :

- ne doit être envisagée qu'à titre de mesure d'exception, respectant l'autonomie et la dignité de l'individu;
  - requiert une évaluation clinique afin de déterminer et de traiter les causes du comportement qui entraînent la prescription de contention ou d'isolement, afin d'en restreindre l'utilisation, voire de l'éviter;
  - se base sur une approche individualisée élaborée dans un contexte de multidisciplinarité;
  - ne doit jamais être utilisée comme mesure punitive ou sanctionnelle;
  - exige le maintien de la communication et des contacts humains;
- requiert un consentement libre et éclairé, sauf en cas d'urgence;
  - constitue une mesure, le plus souvent temporaire, dont la durée d'application est limitée au temps minimal indispensable;
  - doit toujours être optimale, sans être excessive, pour ne pas brimer inutilement la liberté, ni insuffisante, pour ne pas compromettre la sécurité;
  - exige une surveillance tant de la prescription que de l'application;
  - requiert un personnel non seulement qualifié sur le plan technique, mais qui adhère également à la philosophie des principes mentionnés ci-dessus.

---

### 5. TENUE DU DOSSIER

---

*Toute contention ou isolement nécessite une ordonnance écrite d'un médecin. En cas d'urgence, la contention peut être utilisée, mais il importe d'obtenir l'ordonnance du médecin dans les plus brefs délais.*

#### **ORDONNANCES**

Toute contention ou isolement nécessite une ordonnance écrite d'un médecin. En cas d'urgence, la contention peut être utilisée, mais il importe d'obtenir l'ordonnance du médecin dans les plus brefs délais.

En plus des éléments reliés à la nature de la contention ou de l'isolement, une telle ordonnance doit indiquer le type de contention ou d'isolement, la durée maximale d'application de la mesure prescrite, les indications d'arrêt et de reprise et la surveil-

lance requise ou celle prévue, selon les modalités d'application du règlement.

Lorsque la condition du patient nécessite l'utilisation prolongée d'une contention, l'ordonnance doit être révisée au moins au même moment que les autres ordonnances ou, au maximum, tous les 3 mois.

En soins de courte durée, la validité de l'ordonnance à la contention ou à l'isolement devrait être établie par règlement, selon le type de soins et de clientèle, comme pour toute autre ordonnance.

## FORMULAIRE SPÉCIFIQUE

Afin que le dossier témoigne des mesures prises et en permette l'évaluation, il est souhaitable que les établissements se dotent d'un formulaire qui devrait comprendre, entre autres, les éléments suivants :

- le diagnostic relié à la décision prise;
- le nom du médecin ayant émis l'ordonnance;
- l'indication de la mesure prescrite en fonction du comportement;
- la description de la situation;
- le type de contention ou d'isolement;
- la date et l'heure du début et de la fin de la mesure appliquée, incluant la signature de l'infirmier ou du professionnel responsable du patient;
- les paramètres de surveillance requis : état de conscience, tension artérielle, pouls, respiration, état mental, etc.;
- la fréquence des contrôles exercés par le personnel.

## NOTES D'ÉVOLUTION

Si le médecin n'inscrit pas lui-même le diagnostic et l'indication sur le formulaire, il devrait faire mention de ces éléments dans une note d'évolution figurant au dossier.

Les notes d'évolution doivent aussi témoigner de l'évaluation clinique menant à l'utilisation de la contention ou de l'isolement, s'il y a lieu.

Enfin, au moment des réévaluations périodiques, le médecin devra réviser l'indication des mesures retenues et en justifier le maintien.

## SPÉCIFICATIONS

Dans l'élaboration d'une telle réglementation, il est essentiel de tenir compte de certaines spécifications propres à l'isolement ou à la contention.

Ainsi, pour l'isolement, il est indispensable d'établir les caractéristiques de la chambre sécuritaire. Il est admis que certains de ces éléments, dont le règlement devrait traiter, sont, notamment, la localisation de la chambre en fonction de la surveillance, le caractère sécuritaire des ouvertures (portes et fenêtres) et des appareils de chauffage et d'éclairage, la superficie, l'aération, la couleur, le mobilier, le lit, les installations sanitaires (fixes) et certains objets potentiellement dangereux par leur utilisation, leur manque de résistance ou leur inflammabilité, tels les rideaux, les draps, le matelas, etc.

Soulignons aussi que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse rappelle que «la surveillance par caméra vidéo de personnes placées en isolement dans des unités de soins psychiatriques, tout en constituant une atteinte au droit au respect de la vie privée, peut néanmoins représenter une limitation justifiée à ce droit, dans la mesure où ce type de surveillance n'est autorisé, notamment, que dans les cas où existent des **risques élevés** de suicide, d'automutilation ou d'agression physique». La Commission souligne toutefois que «la mise en œuvre de la politique de télésurveillance doit impérativement respecter toutes les modalités prévues dans les directives d'un centre hospitalier (en assumant que ces directives se conforment aux critères de l'article 9.1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*), sans quoi l'atteinte à la vie privée ne saurait être justifiée. Il est de la responsabilité du centre hospitalier de s'assurer que ces modalités sont intégralement respectées dans tous les cas<sup>4</sup>».

*Les notes d'évolution doivent aussi témoigner de l'évaluation clinique menant à l'utilisation de la contention ou de l'isolement, s'il y a lieu.*

*La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse souligne que «la mise en œuvre de la politique de télésurveillance doit impérativement respecter toutes les modalités prévues dans les directives d'un centre hospitalier, sans quoi l'atteinte à la vie privée ne saurait être justifiée».*

4. Conformité à la charte de l'utilisation de caméras-vidéos dans la salle d'isolement d'un centre hospitalier : aspects généraux, Direction de la recherche, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Gouvernement du Québec, 16 mars 1998.

*Il importe que la mise en application du règlement concernant le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement soit évaluée périodiquement et révisée à la lumière des constatations découlant de cette évaluation ou des changements législatifs.*

À l'égard de la contention, il importe d'indiquer les appareils de contention touchés par le règlement tels que les *ridelles*, le gilet ou la camisole de sécurité et le genre d'immobilisations appliquées à la taille ou aux extrémités. De plus, ces diverses pièces d'équipement doivent être adéquates, notamment en ce qui concerne leur ajustement et leur solidité. On doit se méfier des «immobilisations maison» et évaluer les caractéristiques des équipements sur le marché par rapport aux paramètres déjà cités.

#### **MODALITÉS D'APPLICATION**

Chaque établissement doit élaborer des modalités d'application de ces mesures portant, entre autres, sur les points suivants :

- les professionnels ou groupes de professionnels reconnus aptes à prendre la décision d'appliquer ces mesures en cas d'urgence, en attendant l'ordonnance du médecin;
- les intervenants ou groupes de personnes habilités à appliquer la contention ou l'isolement selon l'ordonnance;
- la formation du personnel;
- les techniques d'installation de la contention et de l'isolement, incluant l'habillement du patient;
- la fouille du patient, s'il y a lieu;
- le consentement à obtenir du patient. Si ce dernier est inapte à donner son consentement, la personne autorisée par la loi devrait consentir à sa place;
- les normes de surveillance (type et fréquence);
- la durée maximale d'utilisation;
- la période de répit (ex. : patient en présence de membres de sa famille);
- les paramètres à inscrire au dossier du patient.

#### **RÉVISION**

Il importe que la mise en application du règlement concernant le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement soit évaluée périodiquement et révisée à la lumière des constatations découlant de cette évaluation ou des changements législatifs.

#### **REMERCIEMENTS**

Le Collège des médecins du Québec tient à remercier les membres du groupe de travail qui ont contribué à la mise à jour de ce guide, en l'occurrence :

- Ayda Bachir, MD, omnipraticienne  
Chef du service médical de longue durée  
Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci
- Yvette Lajeunesse, MD, omnipraticienne  
L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal
- Henry Olders, MD, psychiatre  
Hôpital Général Juif – Sir Mortimer B. Davis
- Frédéric Grunberg, MD, psychiatre  
Hôpital Louis-H. Lafontaine
- M<sup>me</sup> Lise de Beaumont, infirmière  
Adjointe clinique à la Direction des soins infirmiers  
Hôtel-Dieu de Lévis
- André Vézina, MD, syndic adjoint  
Collège des médecins du Québec
- Marcel Provost, MD, inspecteur enquêteur  
Collège des médecins du Québec

Le Collège désire également remercier le Curateur public ainsi que les représentants de l'Association des médecins gériatres du Québec, de l'Association des médecins psychiatres du Québec, du Comité provincial des malades et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui ont contribué à la validation de ce document.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Association des hôpitaux du Québec. – *L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser*. – Montréal : l'Association, 1996. – 58 p. – (Document de référence; 2). – ISBN 2-289447-055-X
2. Bradley, L.; Dufton, B. – «Breaking free». – *The Canadian Nurse = L'infirmière canadienne*. – Vol. 91, n° 1 (Jan. 1995). – P.36-39
3. Québec (Province). – *Code civil [du] Québec = Québec Civil Code*. – Montréal : Wilson & Lafleur Ltée, 1994. – 732 p. – ISBN 2-89127-259-5
4. «Code de déontologie des médecins». – *Recueil des lois et règlements*. – Montréal : Collège des médecins du Québec, mai 1995. – Art. 2.03.25. – P.113
5. Coutu, Michel. – *Conformité à la charte de l'utilisation de caméras-vidéos dans la salle d'isolement d'un centre hospitalier : aspects généraux*. – Québec : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 16 mars 1998. – 9 p
6. Douglas Hospital. – *Seclusion and restraints committee : final report*. – Dr Henry Olders, Chairman. – Montreal : the Hospital, 9 June 1986. – 54 p
7. Frank, C.; Hodgetts, G.; Puxty, J. – «Safety and efficacy of physical restraints for the elderly : review of the evidence». – *Canadian Family Physician = Le Médecin de famille canadien*. – Vol. 42, (Dec. 1996). – P.2402-2409
8. Garrison, W.T. *et al.* – «Aggression and counter-aggression during child psychiatric hospitalization». – *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – Vol. 29, n° 2 (March 1990). – P.242-250
9. Hôpital Louis-H. Lafontaine. – *Protocole isolement-contentions*. – Montréal : Les Éditions Émile-Nelligan, 1995. – [138] p. – ISBN 2-920217-42-9
10. *Projet de loi n° 39 (1997, chapitre 75) : Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. – Québec : Éditeur officiel du Québec, 1997. – 22 p. – 35<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session (1996/1998). – Sanctionné le 18 décembre 1997
11. Lysy, P.G. – «La contention : une pratique à remettre en question». – *L'Omnipraticien*. – Vol. 3, n° 19 (4 oct. 1995). – P. 24, 26-29
12. Roberge, R.F. – «L'agitation chez la personne âgée : approche diagnostique et thérapeutique». – *Canadian Family Physician = Le Médecin de famille canadien*. – Vol. 42, (Dec. 1996). – P.2392-2398
13. Tinetti, M.E. *et al.* – «Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities : prevalence, patterns, and predictors». – *JAMA*. – Vol. 265, n° 4 (Jan. 23/30, 1991). – P. 468-471
14. Tinetti, M.E.; Liu, W.L.; Ginter, S.F. – «Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities». – *Annals of Internal Medicine*. – Vol. 116, n° 5 (March 1, 1992). – P.369-374

---

Publication du  
**Collège des médecins du Québec**  
Service des communications  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest  
Montréal (Québec) H3H 2T8  
Téléphone : (514) 933-4441  
ou 1 888 MÉDECIN  
Télécopieur : (514) 933-3112  
Adresse Internet : <http://www.cmq.org>  
Courrier électronique : [info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

Auteurs : Direction des enquêtes  
          Direction de l'amélioration de l'exercice

Révision linguistique : Louise Verreault

Graphisme : Guénette + Delisle

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans  
          préjudice et seulement pour alléger la présentation.

Cette publication est disponible sur le site Internet du Collège.

*An English version will soon be available upon request.*

