

RECOMMANDATIONS

DU CONSEIL D'ÉTHIQUE DE L'AVDEMS

MESURES DE CONTRAINTE EN EMS



Impressum

Conseil d'éthique de l'**AVDEMS**

Responsables du projet et rédaction :

MERCEDES NOVIER, DELPHINE ROULET SCHWAB, FRANÇOIS MATT

Conception des tableaux annexés :

FRANÇOIS MATT

Conception graphique :

ANNIE RUBATTEL, annie.rubattel@gmail.com

Illustrations :

MATTHIEU PELLET, ANNIE RUBATTEL, www.goshseiko.com

© Copyright AVDEMS Tous droits réservés

Conseil d'éthique de l'AVDEMS

Le Conseil d'éthique est un lieu de réflexion, de dialogue et d'échanges sur des thèmes liés à l'accompagnement des résidents. Dans le cadre de ses missions, le Conseil d'éthique est chargé de:

- prendre position, dans le respect de la confidentialité, sur les requêtes qui lui sont soumises;
- émettre des recommandations sur différentes thématiques en lien avec ses missions;
- rendre des avis ou formuler des déterminations.

Afin d'assurer ses tâches, le Conseil d'éthique se fonde, en sus du cadre légal, sur la Charte éthique de l'AVDEMS, ainsi que d'autres sources reconnues dans le monde médico-social.

Composition (janvier 2015)

MERCEDES NOVIER, Présidente
Avocate, Lausanne

NADJA EGGERT
Ethicienne, Lausanne

DELPHINE ROULET SCHWAB
Professeure HES-SO, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne

PIERRE ETHENOZ
Directeur de l'EMS La Rozavère, Lausanne

BEAT GEISER
Directeur de l'EMS La Colline, Chexbres

PIERRE-ANDRÉ GOUMAZ
Directeur de l'EMS La Faverge, Oron-la-Ville

FRANÇOIS MATT
Directeur des EMS Le Home - Les Pins SA, Pully-Lausanne

PHILIPPE VUILLEMIN
Médecin généraliste, Lausanne

RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ÉTHIQUE DE L'AVDEMS

MESURES DE CONTRAINTE EN EMS



SOMMAIRE

A	INTRODUCTION	6 - 7
B	RECOMMANDATIONS	8 - 11
C	COMMENTAIRE	12 - 44
I	CADRE LÉGAL: QUELQUES REPÈRES	12 - 15
II	DÉFINITION DE LA MESURE DE CONTRAINTE	15 - 19
III	CONSÉQUENCES DES MESURES DE CONTRAINTE	19 - 21
IV	PROCESSUS RECOMMANDÉ PAR LE CONSEIL D'ÉTHIQUE EN MATIÈRE DE MESURES DE CONTRAINTE	22 - 23
V	DIFFÉRENTES ÉTAPES	23 - 41
	ETAPE 1 - Information	23 - 24
	ETAPE 2 - Observation du comportement du résident	24
	ETAPE 3 - Identification et traitement des causes du comportement problématique; recours à des solutions alternatives à la contrainte	25
	ETAPE 4 - Examen de la capacité de discernement	26 - 27
	ETAPE 5 - Discussion et choix de la mesure de contrainte; information au résident	27 - 33
	ETAPE 6 - Décision et communication de la mesure de contrainte	34
	ETAPE 7 - Protocole de mesure de contrainte, surveillance de la mesure; observation de la réaction du résident	35 - 39
	ETAPE 8 - Mesures de compensation	39
	ETAPE 9 - Evaluation périodique de l'état du résident et de la nécessité du maintien de la mesure de contrainte	39 - 40
	ETAPE 10 - Maintien ou levée de la mesure	41
VI	RESSOURCES	42 - 44
D	BIBLIOGRAPHIE CITÉE	45 - 49
	ANNEXES: 6 TABLEAUX DE SYNTHÈSE	50 - 55

MESURES DE CONTRAINTE EN EMS

A INTRODUCTION

I Préambule

Suite à de fréquentes interrogations des personnes confrontées aux mesures de contrainte au sein des EMS, l'Ordre professionnel (OP), devenu aujourd'hui le Conseil d'éthique² de l'AVDEMS, a émis en mai 2010 des recommandations dans ce domaine³, avant tout à l'intention des membres de l'Association. Compte tenu notamment des "Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté" émises en 2011 par la Société suisse de gérontologie (SSG) et surtout afin de tenir compte de l'entrée en vigueur le 1er janvier 2013 du droit fédéral de la protection de l'adulte⁴, des nouvelles dispositions vaudoises d'application⁵ de la loi fédérale, ainsi que des informations de 2012 de l'Association des homes et institutions sociales suisses (CURAVIVA⁶) et de la Conférence des cantons en matière de protection des mineurs et des adultes (COPMA⁷), il est paru nécessaire au Conseil d'éthique de l'AVDEMS de mettre à jour ses recommandations sur les mesures de contrainte en EMS.

II Objectif de ces recommandations et point de vue adopté

Ces recommandations ont pour objectif de **se positionner de manière concrète sur la définition des mesures de contrainte, leur mise en œuvre dans la pratique et leur surveillance au sein des EMS** dans le canton⁸. Le Conseil d'éthique livre ici son analyse globale de la problématique sous l'angle éthique dans le but de transmettre des bonnes pratiques, tout en tenant compte de la faisabilité de celles-ci. Il y a lieu de souligner que le droit vaudois⁹ était plus exigeant dans ce domaine avant l'entrée en vigueur le 1er janvier 2013 du nouveau droit fédéral de la protection de l'adulte¹⁰.

* Dans le seul but d'alléger le texte, le masculin est utilisé pour représenter les deux sexes, sans discrimination à l'égard des femmes et des hommes.

1 Le présent document est une mise à jour du document émis en mai 2010 par l'Ordre professionnel (devenu Conseil d'éthique) de l'AVDEMS.

2 Suite à une décision de mai 2012 de l'Assemblée générale de l'AVDEMS modifiant les statuts de l'association, l'Ordre professionnel est devenu le Conseil d'éthique, organe de réflexion sur les problématiques éthiques liées à l'accompagnement des résidents en EMS et chargé de promouvoir les valeurs de la Charte éthique de l'association.

3 Les conclusions de ce document ont été présentées au CHUV, à Lausanne, lors du Symposium du 15.06.2010 sur les mesures de contrainte en EMS.

4 Modification du Code civil du 19.12.2008, FF 2009, p. 139 ss.

5 Cf. notamment la loi du 29.05.2012 modifiant celle du 29.05.1985 sur la santé publique (LSP-VD, RSV 800.01), publiée dans la FAO du 26.06.2012.

6 Cf. la brochure de CURAVIVA d'oct. 2012, "Le nouveau droit de la protection de l'adulte, Informations générales, outils de travail et modèles de document pour les EMS et les homes médicalisées".

7 Cf. Guide pratique COPMA, 2012.

8 Ces recommandations ne portent pas sur les mesures de contrainte à domicile ou dans les hôpitaux, et ne traitent pas spécifiquement du placement à des fins d'assistance.

9 Cf. la teneur des anciens art. 23d et 23e LSP-VD.

10 Cf. à cet égard Novier, 2013, p. 32 ss.

Sous l'angle éthique et du respect des droits fondamentaux des résidents, il nous paraît qu'on ne peut écarter une série de mesures, qui portent atteinte à la liberté personnelle du résident et qui devraient être également soumises à une surveillance. Ainsi, malgré les modifications légales intervenues et compte tenu des objectifs du Conseil d'éthique, celui-ci a décidé de maintenir en grande partie sa position sur les mesures de contrainte. Il en résulte qu'à divers égards, nos recommandations sont plus exigeantes que les règles légales.

L'intention du Conseil d'éthique est de tenir compte du point de vue de tous les acteurs concernés: celui des collaborateurs et des directions d'EMS (en tenant compte de leurs différentes missions), celui de l'Etat, mais aussi et surtout celui des résidents, de leurs proches et/ou de leurs représentants. Il s'agit de placer le résident au centre de la réflexion.

III Résumé de l'approche du Conseil d'éthique de l'AVEMS

De manière générale, sous l'angle éthique, **il s'agit de prendre en compte davantage la dimension subjective, liée à la perception singulière de chaque résident**, en relation avec le contexte donné. Ainsi, le Conseil d'éthique souhaite placer le résident au centre du processus de mise en place des mesures de contrainte, et cela à toutes les étapes. Dans cette perspective, le Conseil d'éthique préconise de respecter un processus (itératif et pas forcément linéaire) de mise en place de la mesure de contrainte pouvant s'articuler en **dix étapes**, avec **une approche nuancée**, tenant compte en particulier du type de la mesure et de l'éventuelle réaction d'opposition du résident, exprimée verbalement ou non. Ce système différencié entraînera des exigences spécifiques en matière d'évaluation de la mesure de contrainte et de mesures de compensation, ainsi qu'une gradation dans l'encadrement (y compris quant au protocole) et la surveillance de cette mesure.

L'approche du Conseil d'éthique est résumée dans les **25 points** de recommandations ci-dessous (partie B), suivi d'un commentaire détaillé de ces recommandations (partie C), ainsi que de six tableaux les synthétisant (annexes).



B RECOMMANDATIONS

Le Conseil d'éthique de l'AVDEMS recommande et propose ce qui suit:

1 Compte tenu de son objectif **de privilégier une approche éthique et centrée avant tout sur la perception du résident**, le Conseil d'éthique recommande de retenir une **définition large de la mesure de contrainte**:

"Constitue une mesure de contrainte toute mesure portant atteinte à la liberté personnelle du résident et à laquelle celui-ci n'a pas consenti".

2 En regard de cette définition, le Conseil d'éthique recommande que soit considérée comme mesure de contrainte la **contention chimique** (recours à des substances psycho-actives utilisées dans un but de confort ou de commodité pour les collaborateurs de l'établissement et non requises pour traiter des symptômes médicaux).

3 Le Conseil d'éthique recommande de tenir compte, en matière de mesures de contrainte, de **l'opposition du résident**, qu'elle soit exprimée verbalement ou non verbalement. Il s'agit d'accorder de la place à la **dimension subjective**.

4 La réflexion ne doit pas seulement se faire au regard des dangers et des risques encourus par le résident et les tiers, mais aussi sous l'angle de la **dignité** du résident.

5 Si les circonstances justifient la prise d'**urgence** d'une mesure de contrainte, il convient de veiller par la suite à ce que l'ensemble des exigences légales et du processus recommandé (cf. points suivants) soient respectés.

6 En matière de mesure de contrainte, le Conseil d'éthique préconise de mettre en place et respecter un processus, pas forcément linéaire, comprenant les **10 étapes** suivantes, chacune des étapes devant être **documentées**:

- 1 Information
- 2 Observation du comportement du résident
- 3 Identification, traitement des causes et recours à des solutions alternatives à la contrainte
- 4 Examen de la capacité de discernement
- 5 Discussion et choix de la mesure de contrainte; information au résident
- 6 Décision et communication de la mesure de contrainte
- 7 Protocole de mesure de contrainte, surveillance; observation de la réaction du résident
- 8 Mesures de compensation
- 9 Evaluation périodique de l'état du résident et de la nécessité du maintien de la mesure de contrainte
- 10 Maintien ou levée de la mesure

Il s'agit d'un processus **itératif** et d'une durée plus ou moins longue. Ces étapes sont résumées dans les tableaux en annexe.

7 Le Conseil d'éthique recommande qu'une **information complète** (étape 1 du processus) sur les mesures de contrainte soit donnée au résident et à ses proches. Cette information devrait intervenir **lors de l'accueil du résident** dans l'établissement. La position de celui-ci à cet égard devrait être clairement exposée. Il convient de vérifier que cette information a bien été comprise.

De son côté, l'EMS devrait recueillir du résident et de ses proches les informations nécessaires concernant leur position sur les mesures de contrainte, ainsi que sur les mesures appliquées jusqu'ici. L'EMS recueillera les renseignements nécessaires des divers partenaires du réseau de soins par le biais des documents de transmission (cf. DMST).

8 Le **comportement problématique du résident** est celui qui suscite l'existence d'un danger grave pour le résident ou un tiers, ou une grave perturbation de la vie communautaire (étape 2).

9 Le Conseil d'éthique rappelle qu'on ne saurait recourir à des mesures de contrainte sans s'être interrogé au préalable sur les **causes du comportement** du résident qui amène l'équipe à envisager l'instauration d'une mesure de contrainte, sur **le traitement** de ces causes, ainsi que les moyens d'agir sur celles-ci sans porter atteinte à la liberté personnelle du résident, soit le **recours à des solutions alternatives** aux mesures de contrainte (étape 3).

10 Un examen attentif de la **capacité de discernement** du résident devra être effectué, en tenant compte du caractère relatif de cette notion (étape 4). La suite du processus dépendra de l'existence ou non de la capacité de discernement et du consentement éclairé du résident.

11 Le Conseil d'éthique recommande que la mise en place de toute mesure de contrainte soit précédée d'une **discussion** (étape 5) avec le résident, **y compris avec le résident privé de la capacité de discernement**. Cette discussion intégrera, dans la mesure du possible, les autres acteurs concernés (familles et autres proches, représentant légal et représentant médical, médecin traitant, autres soignants, infirmiers chefs et autres collaborateurs, directeurs), bien entendu toujours dans le respect de la loi, du secret professionnel et médical.

12 Dans le choix de la mesure de contrainte (étape 5), le Conseil d'éthique recommande que la question du **risque acceptable** soit systématiquement abordée dans le cadre de la discussion mentionnée au point précédent. Le résident doit être considéré comme un véritable **partenaire** dans l'appréciation de cette problématique.

13 Le Conseil d'éthique recommande de tenir compte du fait qu'il y a **différents types de mesures de contrainte**, plus ou moins restrictives de liberté :

- *les mesures organisationnelles*, d'ordre général (p. ex. institution fermée), qui s'appliquent à tous les résidents et sont décrites en principe dans le contrat ou le règlement de maison de l'EMS;

B RECOMMANDATIONS

- *les mesures spécifiques* (p. ex. tapis d'alarme), qui sont prévues pour un résident et sont moyennement restrictives de sa liberté;
- *les mesures limitant la liberté de mouvement* stricto sensu ou contention physique (p. ex. barrière de lit, ceinture au fauteuil);
- *et les mesures médicamenteuses* prises en vue d'une limitation de mouvement (contention chimique).

Chaque type de mesure appelle une application, un encadrement et une surveillance différenciés.

14 Par principe, la mesure de contrainte est interdite. Elle est une **mesure exceptionnelle**, qui ne peut être prise que si certaines conditions sont réunies. Selon le Conseil d'éthique, le **caractère exceptionnel de la mesure de contrainte s'applique au résident lui-même** et non à l'ensemble de l'établissement. Il devrait donc être évalué en regard de la situation de chaque résident.

15 Le **principe de la proportionnalité** doit être strictement respecté pour décider d'une mesure de contrainte (étape 5). Ce principe impose notamment que d'autres **mesures moins restrictives** aient été recherchées préalablement. Ce n'est que si ces mesures plus légères n'existent pas ou si elles ont déjà échoué, que la mesure de contrainte peut être envisagée.

Les **considérations financières, pratiques ou organisationnelles ne sauraient justifier** la mise en place de mesures de contrainte.

16 Le résident doit être **informé préalablement** à la mise en place du choix opéré (étape 5). Le représentant médical doit être avisé de la mesure. En cas de contestation, le résident, son représentant ou ses proches peuvent saisir l'autorité compétente (art. 385 CC et 23e LSP-VD). Le médiateur peut être sollicité.

17 Pour la décision de la mesure de contrainte, en ce qui concerne **le responsable signataire** (étape 6), il convient de distinguer selon le type de mesures :

- *pour les mesures organisationnelles*, la signature d'un membre de la direction suffit ;
- *pour les mesures spécifiques*: la signature d'un professionnel de la santé, ayant des compétences spécifiques reconnues en matière de gérontologie, est nécessaire ;
- *pour les mesures limitant la liberté de mouvement*, y compris la contention chimique: la signature d'un membre de la direction et la signature du médecin sont nécessaires.

18 Le Conseil d'éthique recommande qu'il y ait une gradation dans l'encadrement et la **surveillance** (étape 7) des mesures de contrainte en fonction de leur type et de l'éventuelle réaction d'opposition du résident. Cela entraîne également une gradation dans les exigences liées au **protocole**. Le système différencié (protocole de base ou détaillé; surveillance habituelle ou renforcée) préconisé

par le Conseil d'éthique est résumé dans les tableaux ci-annexés.

- 19 Le Conseil d'éthique recommande de prévoir et d'appliquer des **mesures de compensation** adaptées (étape 8).
- 20 Les exigences liées à l'**évaluation périodique** (étape 9) de l'état du résident et de la nécessité du maintien de la mesure de contrainte mise en place dépendront également du type de mesure et de l'éventuelle réaction d'opposition du résident à la mesure. Le système différencié préconisé par le Conseil d'éthique est **résumé dans les tableaux ci-annexés**.
- 21 La mesure de contrainte **doit être levée dès qu'elle ne se justifie plus** (étape 10).
- 22 Afin de mettre en place ce qui précède, le Conseil d'éthique recommande aux établissements, en complément du respect du processus et des réflexions préconisés ci-dessus, l'utilisation **d'outils adéquats d'aide à la réflexion**, créés par l'EMS ou déjà existants dans ce domaine.
- 23 Des **formations** spécifiques traitant des mesures de contrainte, ainsi qu'une **sensibilisation**, des supervisions et des groupes de discussion devraient être mis en place en faveur des soignants et des autres collaborateurs des EMS.
- 24 L'**intégration d'un "tiers neutre"**, issu d'associations chargées de la défense des intérêts des résidents, dans la réflexion sur l'utilisation d'une mesure de contrainte pourrait être utile, notamment en cas d'incapacité de discernement du résident. Ce tiers aurait un rôle d'**"accompagnant"** du résident à cet égard.
- 25 De manière générale, une **sensibilisation des résidents, des proches et du public à la problématique des mesures de contrainte et de la gestion du risque** serait également indiquée selon le Conseil d'éthique. Il s'agit d'attirer l'attention du public non seulement sur les risques auxquels on cherche à répondre par le biais des mesures de contrainte (ex: risque de chute), mais également sur les risques pour le résident de la mesure de contrainte elle-même (ex: blessures physiques, atteintes psychologiques).

Six tableaux résumant le processus recommandé par le Conseil d'éthique sont annexés à ce document.



I CADRE LÉGAL : QUELQUES REPÈRES

Afin de pouvoir se positionner sur la question des mesures de contrainte et même si les présentes recommandations découlent uniquement d'une approche éthique et ne constituent pas un document à vocation juridique, il convient de replacer la problématique dans son contexte légal, en rappelant certains repères.

1 Conventions européennes

a) CEDH (Convention européenne des droits de l'homme)¹¹

L'art. 3 CEDH prévoit que nul ne peut être soumis à des traitements inhumains et dégradants. L'art. 8 consacre le respect de la vie privée et familiale.

b) CEDHB (Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine)¹²

L'art. 5 de cette Convention pose le principe selon lequel une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. L'art. 6 CEDHB, qui traite de la protection des personnes n'ayant pas la capacité de consentir, a la teneur suivante : "*Sous réserve des art. 17 et 20, une intervention ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir, que pour son bénéfice direct*" (§ 1). "*Lorsque, selon la loi, un majeur n'a pas, en raison d'un handicap mental, d'une maladie ou pour un motif similaire, la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi. La personne concernée doit dans la mesure du possible être associée à la procédure d'autorisation*" (§ 3).

L'art. 7 traite en particulier de la protection des personnes souffrant d'un trouble mental en ces termes : "*La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours*".

2 La Constitution fédérale (Cst.)¹³

La Constitution fédérale garantit de manière générale la liberté personnelle (art. 10). Cela vise non seulement la liberté de mouvement (art. 10 al. 2 *in fine*), mais également l'intégrité physique et psychique (art. 10 al. 2). "*Les traitements cruels, inhumains ou dégradants sont interdits*" (art. 10 al. 3). L'art. 7 Cst. a la teneur suivante : "*La dignité humaine doit être respectée et protégée*". Quant à l'art. 13 Cst., il garantit la protection de la sphère privée. Il résulte de la définition donnée par le Tri-

¹¹ RS 0.101.

¹² Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (RS 0.810.2, entrée en vigueur pour la Suisse le 1.11.2008).

¹³ RS 101.

bunal fédéral¹⁴ que la liberté personnelle "ne tend pas seulement à assurer le droit d'aller et venir, voire à protéger l'intégrité corporelle et psychique, mais elle garantit, de manière générale, toutes les libertés élémentaires dont l'exercice est indispensable à l'épanouissement de la personne humaine et que devrait posséder tout être humain, afin que la dignité humaine ne soit pas atteinte par le biais de mesures étatiques. Elle se conçoit comme une garantie générale et subsidiaire à laquelle le citoyen peut se référer pour la protection de sa personnalité ou de sa dignité, en l'absence d'un droit fondamental plus spécifique. La portée de la liberté personnelle ne peut pas être définie de manière générale, mais doit bien plutôt être précisée de cas en cas, en tenant compte non seulement des buts de la liberté et de l'intensité de l'atteinte qui y est portée, mais également de la personnalité de ses destinataires". La liberté personnelle étant un droit fondamental consacré par la Constitution, son atteinte est strictement interdite.

Une restriction n'est possible que si les conditions suivantes, posées par l'art. 36 Cst., sont réunies: existence d'une base légale et d'un intérêt public ou privé prépondérant, ainsi que le respect du principe de la proportionnalité. L'art. 36 al. 4 Cst. précise que "L'essence des droits fondamentaux est inviolable".

Les droits fondamentaux ont d'abord vocation à s'appliquer dans les relations entre l'Etat et les individus. Toutefois, en vertu de l'art. 35 al. 2 Cst., quiconque assure une tâche de l'Etat - ce qui est généralement le cas des EMS - est tenu de les respecter et de contribuer à leur réalisation.

3 La Constitution du canton de Vaud (Cst-VD, RSV 101.01)

La Constitution vaudoise consacre notamment la protection de la dignité humaine (art. 9), le droit à la vie et à la liberté personnelle (art. 12) et la protection de la sphère privée (art. 15). L'art. 34 Cst-VD, qui porte sur les soins essentiels et le droit de mourir dans la dignité, prévoit que toute personne a droit aux soins médicaux essentiels et à l'assistance nécessaire devant la souffrance (al. 1^{er}). Les restrictions aux droits fondamentaux sont réglées à l'art. 38 Cst-VD, qui reprend les conditions posées par l'art. 36 de la Constitution fédérale.

4 Le Code pénal (CP, RS 311.0)

Le droit pénal peut s'appliquer en matière de mesures de contrainte. Il pourra s'agir par exemple de l'infraction de la contrainte (art. 181 CP), de la mise en danger de la vie ou de la santé d'autrui (art. 127 CP), de l'omission de prêter secours (art. 128 CP), de la violation du domaine secret ou du domaine privé au moyen de prises de vues (art. 179quater CP), des lésions corporelles (art. 122 ss CP) ou de la séquestration (art. 183 CP).

¹⁴ ATF 133 I 110, cons. 5.2.

5 Le Code civil (CC, RS 210), y compris le droit fédéral de la protection de l'adulte¹⁵

Les mesures de contrainte peuvent constituer une violation des droits de la personnalité au sens du Code civil (cf. art. 27 ss CC), qui protège aussi le droit à l'intégrité corporelle, à la liberté de mouvement, le droit aux relations avec les proches et les parents, le droit à l'honneur, etc^{15 bis}. L'art. 28 CC pose le principe en ce sens que toute atteinte aux droits de la personnalité est illicite, à moins que les conditions posées par l'art. 28 al. 2 CC soient respectées. Il s'agit des conditions suivantes: le consentement de la victime, l'existence d'un intérêt prépondérant privé ou public, ou l'existence d'une base légale.

Les dispositions du Code civil du 19 décembre 2008¹⁶, qui sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2013, ne concernent que les "mesures limitant la liberté de mouvement" (art. 383 CC¹⁷) visant une personne incapable de discernement et résidant en EMS. Pour les autres personnes concernées par des mesures de contrainte (résidents capables de discernement ou patients qui ne sont pas dans un EMS), le législateur fédéral a considéré que les droits des patients offraient une protection suffisante. Pour ce qui est des mesures médicamenteuses, il y a lieu de se référer aux dispositions traitant des mesures médicales (cf. art. 377ss CC; art. 433ss CC en matière de placement à des fins d'assistance). L'art. 386 CC prévoit en outre de manière générale la protection de la personnalité de la personne incapable de discernement. Quant à l'art. 382 CC, il régit le contrat d'assistance. Son alinéa 2 prévoit que "les souhaits de la personne concernée doivent, dans la mesure du possible, être pris en considération lors de la détermination des prestations à fournir par l'institution".

6 La Loi sur la santé publique (LSP-VD, RSV 800.01)

L'art. 23d LSP-VD a été remanié par la loi du 29 mai 2012¹⁸ modifiant la loi sur la santé publique, dont une grande partie des anciennes dispositions a été malheureusement abrogée lors de l'adaptation du droit vaudois au nouveau droit fédéral de la protection de l'adulte. La loi vaudoise a toutefois conservé *in extremis*¹⁹ une disposition posant le principe de l'interdiction de toute mesure de contrainte à l'égard de tous les patients, tout en maintenant une base légale et un cadre minimal (sous forme d'un renvoi au droit fédéral) pour les situations non visées par le droit fédéral²⁰. Celui-ci a entraîné également des modifications quant aux autorités compétentes dans ce domaine

¹⁵ Cf. de manière générale, COPMA, 2012; Guillod & Bohnet, 2012; le Commentaire édité par Leuba et al., 2013 (Comm-Fam); Meier & Lukic, 2011; Steinauer & Fountoulakis, 2014.

^{15bis} Cf. Vaerini, 2014, qui décrit (p. 213 ss) en détail les droits de la personnalité susceptibles d'atteintes pour les personnes résidant en établissement.

¹⁶ FF 2009, p. 139ss.

¹⁷ Art. 383 CPC: " 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 considérée à intervalles réguliers".

¹⁸ Publié dans la FAO-VD du 26.6.2012.

¹⁹ Cf. interventions du Dr Vuillemin, BGC du 8.5.2012.

²⁰ Cf. nouvel art. 23d LSP-VD: " 1. Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite. 2. Dans la mesure où le droit fédéral n'est pas applicable, les dispositions du Code civil relatives aux mesures limitant la liberté de mouvement (art. 383ss CC) s'appliquent par analogie à toute mesure de contrainte à l'égard des patients et résidents (...)".

dans le canton, étant donné que l'art. 23e LSP-VD prévoit désormais que l'autorité de protection de l'adulte, soit la Justice de Paix (art. 4 LVPAE, RSV 211.255), est compétente lorsque la mesure concerne une personne incapable de discernement en EMS ou en divisions C d'hôpitaux (al. 2). C'est en revanche la Commission d'examen des plaintes qui est compétente dans les autres cas où des mesures limitant la liberté de mouvement sont prises (al. 1), soit lorsque la personne est capable de discernement ou lorsqu'elle ne réside pas dans de tels établissements. Le Conseil d'éthique regrette cette dichotomie, certainement problématique, en particulier pour le résident, ses proches ou son représentant, notamment pour déterminer l'autorité compétente dans un cas particulier.

II DÉFINITION DE LA MESURE DE CONTRAINTE

1 Diverses définitions de la mesure de contrainte en Suisse

Plusieurs définitions ont été données par divers organismes dans le domaine de la santé. On citera les suivantes:

a) Définition de Sanimedia (2010)²¹

Une mesure de contrainte est une mesure grave, appliquée à l'insu ou sans le consentement libre et éclairé du patient. Elle restreint sa liberté individuelle et peut porter atteinte à sa dignité. L'enfermement, l'interdiction de circuler librement ou d'entrer en contact avec ses proches, l'isolement, l'attachement ou la contention médicamenteuse sont par exemple des mesures de contrainte. Il s'agit de la définition qui était retenue par la CIVEMS²².

b) Définition des Services de la santé publique des cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud (2013)²³

La nouvelle version, publiée en juillet 2013, de la brochure éditée par les services cantonaux de la santé ne définit plus la mesure de contrainte. Elle retient l'expression "mesure de contention" qui est définie en ces termes: "*une mesure qui limite la liberté de mouvement d'un patient et qui est appliquée sans son consentement libre et éclairé. Elle restreint la liberté individuelle du patient et peut porter atteinte à sa dignité. A titre d'exemple, on peut citer la surveillance électronique, la fermeture des portes, la pose de barrières de lits permettant d'éviter les chutes, ou l'isolement*".

c) Définition de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) de 2004²⁴

Les directives de l'ASSM sur le traitement et la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance se réfèrent à des *mesures limitatives de liberté*, en citant comme exemple la sédation médicamenteuse, la limitation de la liberté de mouvement par des ceintures ou autres restrictions de la liberté, comme par exemple l'interdiction de fumer.

21 "L'essentiel sur les droits des patients", brochure publiée par Sanimédia (version sept. 2010).

22 Cf. le document "Mesures de contrainte" (version 2010) de la CIVEMS, devenue CIVESS depuis le 1.1.2013.

23 Brochure "L'essentiel sur les droits des patients", juillet 2013, p. 14.

24 Directives médico-éthiques et recommandations de l'ASSM, "Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance" du 18.5.2004.

d) Définition de l'ASSM de 2005 ²⁵

Les directives de l'ASSM de 2005 sur les mesures de contrainte en médecine définissaient la mesure de contrainte comme étant *"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 des mesures de contrainte des mesures moins incisives comme p. ex. le fait d'obliger un patient à se lever, à manger, ou à assister à une session thérapeutique"*. L'ASSM précisait que dans la pratique, on peut distinguer entre les entraves à la liberté, qui impliquent une restriction de la liberté de mouvement, et le traitement sous contrainte, qui porte atteinte à l'intégrité physique d'une personne.

e) Définition de la Société Suisse de Gérontologie (SSG) de 2011 ²⁶

Dans ses directives de 2011, la SSG se base sur la notion de **mesure d'entrave à la liberté** (MEL). Après avoir rappelé la définition des mesures de contrainte retenue par l'ASSM, la SSG souligne (p. 11) qu'on est en présence d'une mesure d'entrave à la liberté *"lorsqu'une mesure empêche une personne de se déplacer comme elle voudrait. On parlera ainsi de mesure d'entrave à la liberté si elle est prise en dépit de la volonté déclarée ou présumée de quelqu'un ou malgré sa résistance"*. La SSG apporte une précision essentielle, en affirmant que: *"il n'y a pas de mesure d'entrave à la liberté quand une personne ne manifeste pas la volonté de se déplacer, par exemple, si elle est alitée et incapable de se lever seule. Dans un cas comme celui-là, le placement de barrières de lit pour la protéger d'une chute inopinée n'est pas une mesure d'entrave à la liberté. Mais il s'agit bien d'une entrave à la liberté, si elle est attachée dans son lit contre sa volonté, car ce geste restreint sa liberté de mouvement réelle"*.

f) Quid des dispositions du Code civil et de la LSP vaudoise ?

Ces lois ne définissent ni la "mesure limitant la liberté de mouvement" au sens du Code civil, ni la "mesure de contrainte" au sens de la LSP-VD. Sur la notion de "mesure limitant la liberté de mouvement" du droit fédéral, le Message du Conseil fédéral précise ²⁷ qu'elle *"doit être comprise dans un sens large"*. Elle recouvre ainsi *"aussi bien la surveillance électronique, la fermeture des portes et les entraves telles que des liens ou des barrières visant à éviter les chutes. Par contre, la sédation d'une personne incapable de discernement au moyen des médicaments ne tombe pas sous le coup de cette disposition"*.

Lors des travaux ayant précédé l'adoption des anciennes dispositions sur les mesures de contrainte dans le droit vaudois (soit avant l'entrée en vigueur du nouveau droit fédéral), on pouvait se baser, pour interpréter la notion de "mesure de contrainte", sur l'Exposé des motifs (EMPL) ²⁸, qui la définissait en ces termes: *"toute mesure appliquée à l'insu d'un patient ou contre sa volonté et qui restreint sa liberté personnelle, comme l'isolement, l'interdiction de circuler librement, d'entrer en contact avec ses proches, les limites d'accès aux moyens de loisir (radio, TV, sortie, cafétéria), l'absence d'intimité, etc."*

²⁵ Directives médico-éthiques de l'ASSM du 24.5.2005 sur les "Mesures de contraintes en médecine", étant précisé que ces directives ont été retirées le 29.11.2012 et sont actuellement en cours de révision.

²⁶ SSG, Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté, nouvelle éd. de 2011.

²⁷ Message du Conseil fédéral, FF 2006, p. 6673.

²⁸ EMPL, BGC, 20.11.2001, p. 5113ss, spéc. p. 5123 ad art. 23d et 23e LSP.

g) Définition de CURAVIVA (2012)

Selon CURAVIVA, la notion de mesures restreignant la liberté de mouvement du droit de la protection de l'adulte devrait "devenir un synonyme de la notion actuellement utilisée de mesures restrictives de liberté"²⁹. CURAVIVA ajoute³⁰ à cet égard que "celui qui restreint la liberté de mouvement d'une personne souhaitant se déplacer et qui en est également physiquement capable, empiète sur les droits fondamentaux de cette personne". On peut ainsi déduire de cette formulation que cette association rejoint l'analyse de la SSG rapportée ci-dessus, selon laquelle il faut distinguer la situation où la personne peut se mouvoir de celle où elle n'est de toute façon pas capable de le faire.

2 Quelques définitions de l'étranger

a) Etats-Unis

Selon l' "Omnibus Budget Reconciliation Act" (1987³¹), un patient a le droit d'être libre de toute contrainte physique ou chimique imposée dans un but de discipline ou de commodité et non requise pour traiter les symptômes médicaux manifestés par le résident.

b) Royaume Uni

Selon le "Mental Capacity Act" (2005), la législation sur la "capacité mentale" au Royaume-Uni rend illégale la restriction de la liberté de mouvement d'une personne, peu importe que celle-ci résiste ou non.

Le "England and Wales Mental Capacity Act" (2005), définit la mesure de contrainte comme étant l'usage ou la menace de la force pour inciter une personne à faire un acte lorsque celle-ci résiste, ou la restriction de la liberté de mouvement de la personne, qu'elle résiste ou non. La contrainte peut seulement être utilisée lorsqu'elle est nécessaire pour protéger la personne d'un préjudice, et que cette atteinte est proportionnelle au risque du préjudice.

3 Définition retenue par le Conseil d'éthique de l'AVDEMS

Pour le Conseil d'éthique, compte tenu de son objectif de privilégier une approche centrée sur la perception du résident, **il y a lieu de retenir une définition particulièrement large de la mesure de contrainte**, et ne pas se contenter de la limiter aux mesures portant atteinte à la liberté de mouvement.

Ainsi, le Conseil d'éthique de l'AVDEMS préconise de retenir la définition suivante:

"Toute mesure portant atteinte à la liberté personnelle du résident et à laquelle celui-ci n'a pas consenti constitue une mesure de contrainte".

D'emblée, il convient de souligner qu'une attention particulière devrait être portée aux situations

²⁹ CURAVIVA, 2012, p. 33.

³⁰ Ibid., p. 36.

³¹ Cité par Werner & Mendelsson, 2001, p. 785.

dans lesquelles le résident exprime **une opposition**, que ce soit verbalement ou non verbalement. Dans ces cas, il convient de nuancer l'approche de la mise en place de la mesure, ainsi que d'adapter son encadrement et sa surveillance (cf. ci-dessous et annexes).

Par ailleurs, il est vrai, comme le relève la SSG³² qu'il n'y a pas de mesure limitant la liberté de mouvement à proprement parler si, par exemple, l'on attache, pour éviter qu'il ne retombe, le bras d'une personne paralysée qui ne peut pas du tout bouger ce bras. Néanmoins, selon le Conseil d'éthique, cela peut tout de même constituer une mesure de contrainte en raison des conséquences de telles mesures et de l'atteinte à la liberté personnelle que cela peut impliquer, soit des incidences physiques (escarres, etc.), psychologiques (anxiété, etc.) et sociales (perte de dignité, atteinte à l'image et à l'estime de soi, etc.). La réflexion ne doit ainsi pas seulement se faire au regard des dangers et risques encourus par le résident concerné et son entourage, mais également sous l'angle de la dignité de la personne âgée³³.

4 La problématique de la contention chimique

La contention chimique est décrite comme suit dans la littérature scientifique :

C'est à la fois l'usage délibéré et fortuit de produits pharmaceutiques pour contrôler le comportement et/ou restreindre la liberté de mouvement, sans que cet usage ne soit requis pour traiter une affection médicalement identifiée. Ces médicaments peuvent être administrés par commodité dans le but de calmer un patient. La notion de commodité recouvre toute action visant à contrôler ou gérer le comportement sans que cela ne soit dans le meilleur intérêt du patient³⁴.

Il s'agit de substances psycho-actives, comme des médicaments anti-psychotiques, des hypnotiques, des tranquillisants et des antidépresseurs, utilisées dans un but de discipline ou de commodité et non requises pour traiter des symptômes médicaux³⁵.

De fait, le sujet de la contention chimique est complexe. Cela est d'autant plus vrai que certains médecins pensent qu'elle n'existe pas. En effet, si une médication est donnée pour calmer une personne agitée, elle est en réalité prescrite pour traiter l'anxiété, l'agitation n'étant que l'expression de l'anxiété. Il n'est en outre pas rare, comme cela ressort des extraits de la littérature cités ci-dessus, qu'une médication qui a comme but de calmer le patient (ce qui implique une restriction de sa liberté de mouvement) soit prodiguée sur demande des soignants et par commodité pour ceux-ci. Or, si cette médication présente au final un bénéfice pour les soignants, il n'est pas certain que cette médication soit véritablement dans le meilleur intérêt du patient, ce d'autant plus qu'il faudra également gérer les effets secondaires de cette médication, qui sont courants (rigidité des membres, effets extrapyramidaux des neuroleptiques, etc.).

Quoi qu'il en soit, dès lors qu'elle limite la liberté du mouvement du résident, la contention chimique constitue bel et bien une mesure de contrainte au sens de la définition retenue par le Conseil d'éthique. Selon le nouveau droit fédéral, la contention chimique n'est pas visée par les dispositions du Code civil régissant les mesures limitant la liberté de mouvement. Le Message du

32 Cf. les directives déjà citées rendues en 2011 par la SSG, p. 11, ch. 4.1.

33 Sur la notion de dignité, cf. Rüegger, 2012.

34 Mott, Poole & Kenrick, 2005, cités par Hughes, 2008, p. 33.

35 Shugrue & Larocque, 1996, p. 32.

Conseil fédéral³⁶ et la doctrine renvoient à cet égard aux art. 377 ss CC (qui traitent des soins médicaux et du plan de traitement) et 433 ss³⁷ CC (qui concernent le placement à des fins d'assistance), ce qui semble insuffisant au Conseil d'éthique.

III CONSÉQUENCES DES MESURES DE CONTRAINTE

1 Pour les résidents

On constate que la littérature scientifique internationale s'est surtout penchée sur la contention ("*physical restraint*" en anglais). A cet égard, il est aujourd'hui clairement établi que l'application de moyens de contention comporte des risques importants en termes d'atteintes à la santé physique, à la santé psychologique, à la sécurité et à la dignité des patients âgés³⁸. L'usage de mesures de contention va à l'encontre des droits fondamentaux et peut être considéré comme une forme de maltraitance³⁹.

Malgré ses conséquences négatives et un nombre croissant de données démontrant son inefficacité⁴⁰, la contention physique semble rester une pratique répandue dans les hôpitaux et les institutions de long séjour (établissements médico-sociaux)⁴¹. Une revue systématique de la littérature internationale⁴² montre qu'en contexte de long séjour, la prévalence de la contention physique se situerait entre 12 et 47%, avec une moyenne à 27%. Bien qu'il existe une variabilité importante, cette étude indique par ailleurs que 32% des résidents en institution de long séjour subiraient de la contention au moins 20 jours par mois. Une étude transnationale récente a mis en évidence des taux de contention moyens en établissements médico-sociaux de 6% en Suisse, de 9% aux Etats-Unis, de 28% en Finlande et de 31% au Canada⁴³. Une recherche réalisée dans le canton de Vaud a établi une prévalence de 22% en lien avec l'utilisation de barrières de lit en EMS⁴⁴.

Dans une revue systématique de la littérature, Evans et al. (2002) identifient deux catégories de dommages physiques causés par la contention physique. La première catégorie relève de l'impact direct de la contention sur le patient: lacérations, contusions, lésions nerveuses, accidents ischémiques, asphyxie, voire mort soudaine par strangulation, etc. La seconde catégorie est liée aux conséquences de l'immobilisation imposée par la contention: réduction de l'habileté fonctionnelle, perte de tonus musculaire et courbatures, perte de l'appétit, stress cardiaque, détérioration musculaire, etc.. L'impact de cette seconde catégorie de conséquences est plus important chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes, car elle peut conduire à de longues périodes d'hospitalisation, au développement d'escarres et d'infections, à des chutes, à de l'incontinence et à l'incapacité d'assumer son foyer. De nombreuses études confirment l'ensemble de ces résultats⁴⁵. Par ailleurs, il a été

36 Message du Conseil fédéral, p. 6673.

37 L'art. 434 CC régit les traitements sans consentement.

38 Evans et al., 2003; Huang, Chuang, Chen, Lee & Lin, 2005; Martin, 2002; Mohr et al., 2003; Mott, Poole & Kenrick, 2005; Paterson, Bradley, Stark, Saddler, Leadbetter & Allen, 2003; Rakhmatullina, Taub, & Jacob, 2013.

39 Koczy, Becker, Rapp et al., 2011.

40 Berzlanovic, Schöpfer, & Keil, 2012; Evans, Wood, Lambert & Fitzgerald, 2002.

41 De Veer, Frankcke, Buijse & Friele, 2009; Feng, Hirdes, Smith et al., 2009.

42 Evans, Wood, Lambert & Fitzgerald, 2002.

43 Feng, Hirdes, Smith et al., 2009.

44 Jaton, 2013.

45 Huang et al., 2005; Martin, 2002; Mott, Poole & Kenrick, 2005; Paterson et al., 2003; Rakhmatullina, Taub, & Jacob, 2013.

démonstré que les taux de morbidité et de mortalité sont nettement plus élevés chez les patients auxquels de la contention est appliquée que chez ceux qui n'ont pas de contention ⁴⁶.

A ces dommages physiques, s'ajoutent des conséquences psychologiques ⁴⁷: réactions d'angoisse, de peur, de déni, de démoralisation, d'humiliation, de dépression, d'agitation et comportements régressifs. Un accroissement de la confusion et de la détérioration cognitive sont également souvent constatés ⁴⁸. Certains patients se plaignent d'un sentiment de perte de dignité et associent l'expérience de la contention à une atteinte humiliante à leurs droits humains ⁴⁹. Chez d'autres personnes âgées, la contention peut aggraver l'apathie et la dépression, augmentant ainsi les sentiments d'abandon et de fragilité. Une étude observatoire sur les comportements sociaux et la contention chez les résidents d'institution de long séjour a ainsi mis en évidence des différences importantes entre les résidents qui subissaient de la contention et les autres ⁵⁰. Cette même étude relevait que certains résidents cessaient complètement d'avoir des comportements de socialisation après avoir subi des mesures de contention.

Certaines études se sont plus particulièrement intéressées aux retombées négatives, physiques et psychologiques, liées à l'utilisation de barrières de lit ⁵¹. Ces effets néfastes incluent les accidents mortels, la perte de dignité, le sentiment d'être en prison, le sentiment d'être piégé, les risques de blessures, ainsi qu'une augmentation des chutes depuis le lit.

Bien que moins étudiée, la contention chimique – et en particulier l'administration de neuroleptiques – présente des risques non négligeables et doit être utilisée avec précaution ⁵². Son usage abusif est associé à de nombreux problèmes cliniques, qui ont une incidence sur le bien-être physique et psychologique des patients âgés: réhabilitation plus lente ⁵³, augmentation des risques de chutes et de blessures associées ⁵⁴, augmentation du déclin des capacités cognitives chez les personnes souffrant de démence ⁵⁵.

L'argument de la sécurité des résidents (prévention des chutes, contrôle de l'agitation et de l'errance) est celui qui est le plus avancé par les collaborateurs pour justifier l'utilisation de moyens de contention ⁵⁶. Toutefois, il est clairement démontré que la contention ne permet pas, à long terme, de prévenir les chutes et les blessures consécutives à des chutes ⁵⁷. Des études statistiques révèlent que les institutions ayant recours à des moyens de contention présentent un taux plus élevé de blessures sévères résultant de chutes ⁵⁸. À l'inverse, une réduction ou une suppression des mesures de contention ne se traduit pas par une augmentation du nombre de chutes et de blessures

46 Rakhmatullina, Taub, & Jacob, 2013.

47 Evans & Fitzgerald, 2002 ; Rakhmatullina, Taub, & Jacob, 2013 ; Strout, 2010.

48 Engberg, Castle & McCaffrey, 2008 ; Voyer et al., 2011 ; Wang & Moyle, 2005.

49 Rakhmatullina, Taub, & Jacob, 2013 ; Robins et al., 2005.

50 Folmar & Wilson, 1989.

51 Gallinagh, Slevin, & McCormarck, 2002.

52 Hughes, 2008.

53 Mott, Poole & Kenrick, 2005.

54 Krauss et al., 2005.

55 Ballard et al., 2005 ; De Bellis et al., 2011.

56 Karlsson et al., 2001 ; Koczy, Becker, Rapp et al., 2011 ; Natan et al., 2010.

57 Capezuti, Wagner, Brush et al., 2007 ; Yamamoto & Aso, 2009.

58 Castle & Engberg, 2009.

consécutives à des chutes ⁵⁹. Les établissements qui n'utilisent pas de moyens de contention ne présentent par ailleurs pas un ratio personnel/résident plus important ou un usage de substances psychotropes plus élevé ⁶⁰.

Il apparaît néanmoins que les équipes soignantes tendent à considérer la contention comme aidante dans la prévention des chutes ⁶¹. Si, dans certains cas particuliers, il est possible que la contention puisse avoir une action structurante pour le résident âgé, l'utilisation abusive de la contention (c'est-à-dire sans le consentement libre et éclairé du résident et dans un but non clairement thérapeutique) comporte néanmoins des risques importants.

2 Pour les collaborateurs

Comme le soulignent certains auteurs, l'usage de mesures de contention place les équipes soignantes devant un dilemme éthique ⁶² et a un retentissement négatif sur leur vécu ⁶³. Plusieurs travaux montrent que l'application de telles mesures s'accompagne souvent chez les soignants de sentiments de frustration, de culpabilité et d'ambivalence ⁶⁴.

De plus, la mise en place d'une mesure de contrainte donne souvent à l'équipe un faux sentiment de sécurité, cela alors même que ces mesures peuvent elles-mêmes s'avérer dangereuses et poser des problèmes de sécurité parfois insurmontables (cf. par ex. en cas d'incendie, lorsqu'un résident est immobilisé avec une ceinture abdominale et que le feu se propage dans sa chambre).



59 Capezuti, Wagner, Brush et al., 2007 ; Smith et al., 2005.

60 Evans, Strumpf, Allen-Taylor et al., 1997 ; Smith et al., 2005.

61 Natan et al., 2010 ; Shorr, Guillen, Rosenblatt et al., 2002.

62 Chuang & Huang, 2007 ; De Bellis et al., 2011.

63 Gelkopf et al., 2009 ; Karlsson et al., 2001.

64 Bigwood & Crowe, 2008 ; Chuang & Huang, 2007 ; Fish & Culshaw, 2005.

IV PROCESSUS RECOMMANDÉ PAR LE CONSEIL D'ETHIQUE EN MATIÈRE DE MESURES DE CONTRAINTE

1 Généralités

Au sein des EMS, les collaborateurs prodiguent heureusement la majeure partie de leurs actes avec le consentement libre et éclairé des résidents, sans porter atteinte à leur intégrité ou à leur liberté. Souvent, des actes de soins très intrusifs en ce qui concerne la sphère privée (toilette complète, aide à l'élimination) sont exécutés avec un accord tacite des résidents. Néanmoins, en raison de sa structure, de son organisation et de ses responsabilités et compte tenu de son activité particulière, l'EMS peut parfois être amené à limiter la liberté des résidents. Cette limitation est encore plus flagrante dans les structures qui accueillent des personnes relevant de la psychiatrie de l'âge avancé, où l'on est confronté de manière importante à des troubles du comportement. Les limitations qui sont apportées sont en lien avec la santé et la sécurité, la vie communautaire et, plus rarement, pour des raisons de dignité.

Compte tenu des graves conséquences des mesures de contrainte pour la santé, la sécurité et la dignité des résidents, et en regard de la définition retenue, le Conseil d'éthique préconise, dans le cadre de la mise en place de telles mesures, de respecter les étapes décrites ci-dessous. La durée de l'entier du processus sera plus ou moins longue. Selon les situations, les étapes s'enchaîneront très rapidement, certaines ayant même lieu quasiment simultanément. Il faudra en outre, selon les circonstances, retourner à une étape précédente, puis reprendre la suite du processus. En d'autres termes, **il ne s'agit pas d'un processus linéaire.**

Durant l'entier du processus, une **observation attentive** du résident sera exercée. En tout temps, **un médecin doit être atteignable** si nécessaire afin d'intervenir sans délai et de remédier aux conséquences d'une mesure de contrainte en cours.

A tout moment, le résident pourra exprimer son opposition à une démarche (traitement, solution alternative, mesures, etc.) le concernant (cf. art. 385 CC et art. 23e LSP-VD). Et la **mesure devra être levée dès que possible** (art. 383 al. 3 CC).

2 Traçabilité

Conformément à la démarche de mise en place et de suivi des mesures de contrainte décrite ici, le Conseil d'éthique préconise que **chacune des étapes du processus soit documentée** dans le dossier du résident⁶⁵. Toutes les observations importantes devront ainsi être inscrites dans le dossier du résident dès le début du processus et à chacune des étapes⁶⁶.

3 Processus itératif

Le processus de mise en place d'une mesure de contrainte est un processus itératif. Cela signifie que chaque fois que le constat de départ change, il y a lieu de reprendre tout le processus: nouvelle

⁶⁵ A Fribourg, la loi sur la santé (LSan) prévoit à l'art. 54 al. 2 (RSF 821.0.1) que "la direction de l'institution a l'obligation de tenir un registre qui répertorie de manière chronologique toutes les mesures de contrainte imposées". L'art. 54 al. 3 LSsan ajoute que "les personnes ou les autorités exerçant la surveillance de l'institution sont également habilitées à prendre connaissance des protocoles et à consulter le registre".

⁶⁶ Cela se justifie d'autant plus que l'établissement devra pouvoir prouver, en cas de contestation d'une mesure de contrainte, qu'il a déjà recouru à des mesures ne restreignant pas la liberté du résident et qu'elles ont échoué.

discussion, examen des diverses mesures envisageables, recherche de la mesure la moins incisive, etc. Selon les circonstances, il sera parfois nécessaire de retourner à une précédente étape et reprendre le processus.

V DIFFÉRENTES ÉTAPES

Le processus à respecter dans le cadre de la mise en place des mesures de contrainte devrait comporter les dix étapes suivantes (qui ne se suivent pas forcément de manière linéaire):

- 1 **Information**
- 2 **Observation du comportement du résident**
- 3 **Identification, traitement des causes et recours à des solutions alternatives**
- 4 **Examen de la capacité de discernement**
- 5 **Discussion et choix de la mesure de contrainte; information au résident**
- 6 **Décision et communication de la mesure de contrainte**
- 7 **Protocole de mesure de contrainte et surveillance; observation de la réaction du résident**
- 8 **Mesures de compensation**
- 9 **Evaluation périodique de l'état du résident et de la nécessité du maintien de la mesure de contrainte**
- 10 **Maintien ou levée de la mesure**

• ETAPE I – INFORMATION

L'information est un élément essentiel dans le cadre de la relation entre les collaborateurs de l'EMS et le résident. Cela est d'autant plus vrai en matière de mesures de contrainte. Certaines informations doivent être fournies par l'EMS, d'autres doivent être communiquées à celui-ci.

I. Informations fournies par l'EMS

Les EMS sont tenus (cf. art. 21 al. 2 LSP-VD et art. 382 CC⁶⁷) de donner au résident (et si nécessaire à ses proches et représentants), lors de l'accueil, des informations quant aux prestations fournies et quant à leur organisation. Ces informations sont en principe transmises par le biais d'un document venant compléter le contrat d'hébergement type en vigueur dans le canton de Vaud. De l'avis du Conseil d'éthique, ce document, éventuellement complété par des explications orales, devrait également mentionner ce qu'il en est des mesures pouvant constituer une limitation à la liberté personnelle et résultant de:

⁶⁷ Sur le contrat d'assistance, cf. Müller, 2012, p. 249ss; cf. aussi Leuba & Vaerini, 2013, p. 320, N. 6: "Si des mesures limitant la liberté de mouvement sont envisagées dès l'entrée en institution, elles peuvent être mentionnées dans le contrat (...); le cas échéant, elles seront soumises à la forme écrite. Le consentement du résident, respectivement de son représentant, ne dispense toutefois pas l'institution de se conformer aux règles des art. 383 ss CC lors du prononcé et de la mise en place des dites mesures".

- **contraintes architecturales**, telles que jardin fermé, locaux fermés, porte d'entrée fermée (à clef, par un portail, par un code, etc.) ;
- **contraintes organisationnelles**, telles qu'horaires des repas, horaires d'utilisation des locaux communs, lieux de fumée, tenue vestimentaire dans les locaux communs, interdiction de boire de l'alcool dans les locaux communs, etc. ;
- **contraintes sécuritaires**, telles que caméras de surveillance (dans couloirs ou locaux communs), détection de présence, etc.

Par ailleurs, toujours dans le cadre des informations données par l'EMS, celui-ci devrait indiquer sa position en ce qui concerne la gestion des mesures de contrainte, soit notamment qui peut prescrire ce type de mesures, comment les proches sont informés de leur entrée en vigueur, quel type de surveillance sera mis en place, comment sont évaluées de telles mesures, quels sont les recours possibles, etc.

Il est vrai qu'une fois ces informations données, reste la difficulté de savoir si les personnes concernées les ont bien comprises et si la possibilité leur a été donnée de s'exprimer au sujet des mesures de contrainte. L'EMS devrait s'assurer, dans la mesure du possible, que l'information donnée a été bien comprise et si nécessaire l'explicitier et procéder à une reformulation.

2. Informations recueillies par l'EMS par le biais du résident et/ou de ses proches

De son côté, pour l'établissement, il est nécessaire que celui-ci soit informé des mesures limitatives de liberté qui étaient en vigueur précédemment, ainsi que de la manière dont elles étaient vécues par le résident. L'EMS devra recueillir les renseignements nécessaires des divers partenaires du réseau de soins à travers le Document Médical Social de Transmission (DMST). Si cela est possible, il faudrait recueillir également, à ce stade déjà, la position du résident et des proches sur la gestion du risque et les mesures limitatives de la liberté personnelle.

• ETAPE 2 – OBSERVATION DU COMPORTEMENT DU RESIDENT

Cette étape est celle de la constatation d'un comportement problématique de la part du résident. Il s'agit d'observer si le résident met en danger, par son comportement, sa propre santé et sécurité, ou celles des autres résidents, des collaborateurs ou de tiers. En effet, au sein d'un EMS, la vie est principalement communautaire, si bien qu'il y a lieu d'être attentif à cette communauté, ce qui implique de préserver l'intérêt de l'ensemble des résidents. Or, parfois, un résident peut présenter par son comportement, un danger grave non seulement pour lui-même, mais aussi sur la santé de tiers ou de la collectivité. Dans ces cas, il est nécessaire, voire indispensable, de limiter l'impact des troubles du comportement de ce résident, y compris sur l'ensemble de la communauté de l'institution, voire même parfois sur le voisinage de l'EMS, et recourir à diverses mesures. Il s'agit ici de constater s'il existe un **danger grave** pour le résident ou le tiers ou, selon la terminologie utilisée par le Code civil, si ce comportement cause une **grave perturbation** de la vie communautaire.

Quid en **cas d'urgence**? Si une décision a dû être prise de toute urgence afin de gérer une situation de crise (p. ex. durant la nuit en attendant l'arrivée de l'infirmier de piquet et/ou du médecin), le processus doit être repris aussitôt que possible, afin d'évaluer au mieux l'évolution de la situation et d'y répondre le plus adéquatement.

• **ETAPE 3 – IDENTIFICATION ET TRAITEMENT DES CAUSES DU COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE; RECOURS À DES SOLUTIONS ALTERNATIVES À LA CONTRAINTE**

I. Identification des causes du comportement problématique

Une fois le comportement problématique constaté, il convient tout d'abord d'identifier, dans la mesure du possible, les causes de ce comportement. Cette recherche des causes est essentielle et doit être entreprise très sérieusement. Un examen clinique approfondi est indispensable, de même que la prise en compte de l'ensemble des paramètres pouvant conduire à un tel comportement du résident. Comme le souligne l'ASSM⁶⁸, il est primordial que l'équipe soignante détermine si le comportement à l'origine du projet d'introduire une mesure de contrainte "n'est pas dû à des causes auxquelles il est possible de remédier (douleurs, effets secondaires des médicaments ou tensions interindividuelles, p. ex.)".

2. Traitement et cessation du comportement problématique sans recours à une mesure de contrainte

Lorsque les causes du comportement sont identifiées, il convient de les traiter directement si cela est possible ou de recourir à des solutions alternatives aux mesures de contrainte permettant de régler la situation et d'éviter le recours à de telles de mesures. Par exemple, on résoudra une situation en identifiant qu'une agitation est en lien avec la température élevée, ou encore, on évitera de recourir à une mesure de contrainte en mettant un lit bas en cas de chute de lit. Si de telles solutions ne permettent pas de supprimer le danger ou la perturbation grave, il y a lieu de poursuivre le processus et passer à l'étape suivante.



⁶⁸ Cf. point 7.2 des Directives de l'ASSM, 2004, précitées (repris au point 4.2.3 des Directives de l'ASSM, déjà citées, du 24.5.2005, qui ont été retirées en 2012 et sont en cours de révision).

• ETAPE 4 - EXAMEN DE LA CAPACITÉ DE DISCERNEMENT

Cette étape consiste à déterminer si le résident concerné a la capacité de discernement dans le contexte donné. Il convient de s'arrêter ici brièvement sur cette notion.

L'incapacité de discernement consiste, au sens de l'art. 16 CC⁶⁹, en une absence de la faculté d'agir raisonnablement en raison notamment d'une déficience mentale, de troubles psychiques ou "*d'autres causes semblables*". Pour admettre une telle incapacité, les deux conditions cumulatives ainsi posées par la loi doivent être remplies. Comme le soulignent Steinauer/Fountoulakis⁷⁰, "*est capable de discernement, - non seulement celui qui agit raisonnablement sans être atteint d'une cause d'altération au sens de l'art. 16 (les deux conditions de l'incapacité font défaut), mais également -celui qui agit raisonnablement en dépit d'une telle cause d'altération (la première condition de l'incapacité fait défaut), et - celui qui n'agit pas de manière raisonnable, mais dont l'état ne provient pas d'une telle cause d'altération (la seconde condition de l'incapacité fait défaut)*". La faculté d'agir raisonnablement suppose un élément intellectuel et un élément volontaire, soit la conscience et la volonté⁷¹. Cela signifie qu'il faut avoir la faculté de comprendre et d'apprécier correctement une situation déterminée, et de se former une motivation et une volonté par rapport à la situation. Cela implique l'aptitude à agir conformément à sa volonté.

La capacité de discernement est une notion relative, en ce sens que les conditions de cette capacité s'apprécient par rapport à un acte donné et en fonction de la situation concrète dans laquelle se trouve l'intéressé. Cet acte doit être pris en compte pour mesurer le degré des exigences posées au niveau des aptitudes intellectuelles et volitives de l'individu quant aux actes de même nature et importance⁷².

En principe, la capacité de discernement est présumée. Cela implique que celui qui prétend qu'elle n'existe pas doit le prouver⁷³. Cette présomption cesse en présence d'un des états mentionnés à l'art. 16 CC. Il faudra alors examiner la capacité en fonction du cas d'espèce⁷⁴. Selon la jurisprudence⁷⁵, on peut parler d'une présomption d'incapacité pour "*les cas dans lesquels la personne en cause se trouve, au moment d'agir, diminuée physiquement de manière durable en raison de l'âge ou de la maladie, comme cela est notoirement le cas en présence de démences séniles*". La preuve contraire pourra être apportée avec une vraisemblance prépondérante⁷⁶. Le Tribunal fédéral⁷⁷ a précisé que l'incapacité "*n'est, en revanche, pas présumée et doit, partant, être prouvée, par exemple chez une personne d'un âge avancé qui n'est que faible, atteinte dans sa santé et confuse par moment, chez une personne qui ne souffre que d'absences sporadiques ensuite d'une apoplexie ou encore qui ne souffre que de trous de mémoire liés à l'âge*". Le concours d'un médecin sera

69 Cf. arrêt TF du 16.9.2011, 6B_869/2010, publié dans la SJ 2012 I 275; arrêt TF du 11.4.2012, 5A_18/2012, c. 4.2, SJ 2012 I 429; Steinauer & Fountoulakis, p. 27ss, N. 78ss; Stettler, 2013, p. 277ss, spéc. p. 281.

70 Cf. p. 27, N. 82.

71 Steinauer & Fountoulakis, p. 28, N. 85ss et réf. citées.

72 Cf. Bucher, 1999, n° 86; Steinauer & Fountoulakis, p. 29, n° 89 ss.

73 La jurisprudence (cf. SJ 2012 I 429; 5C.32/2004 du 6.10.2004 c. 3.2.2 et réf. citées) a admis une réduction du degré de la preuve, se contentant "d'une vraisemblance prépondérante".

74 Büchler & Michel, ad art. 16 CC, N. 4 et 10; ATF 124 III 5; ATF 127 I 6.

75 SJ 2012 I 275, c. 4.3.

76 SJ 2012 I 429 c. 4.2; arrêt TF du 16.10.2007, 5A_204/2007, c. 5.2.

77 SJ 2012 I 275 c. 4.3.

souvent nécessaire, étant précisé que le simple doute du médecin⁷⁸ sur l'état mental du patient ne suffit pas pour renverser la présomption de discernement⁷⁹. En cas de contestation, c'est l'autorité qui tranchera (généralement sur la base d'une expertise médicale). A lui seul, le grand âge ne suffit pas pour remettre en cause la présomption de capacité⁸⁰.

• **ETAPE 5 – DISCUSSION ET CHOIX DE LA MESURE DE CONTRAINTE; INFORMATION AU RÉSIDENT**

I. Objet de la discussion

Les constats tirés de l'analyse d'une situation doivent entraîner une discussion entre tous les acteurs concernés. Même si l'exigence de cette discussion avec les divers acteurs concernés avant la mise en place d'une mesure de contrainte n'est plus prévue par la loi⁸¹, selon le Conseil d'éthique, elle doit tout de même avoir lieu. Cette nécessité résulte aussi, selon nous, de la Convention des Droits de l'Homme et de biomédecine citée plus haut. L'idée est de privilégier, dans la mesure du possible, une **mesure "négociée"**, par opposition à la mesure imposée au résident. En d'autres termes, la mise en place de la mesure ne doit pas être purement unilatérale. Elle suppose un échange. La discussion va ainsi bien au-delà de l'information, même si celle-ci est un préalable nécessaire. Dans le cadre de cette discussion, il faut se poser la question du risque et se déterminer par rapport au **risque acceptable**⁸² pour le résident, soit la question de l'évaluation du risque et de son intégration dans l'accompagnement (cf. le projet de soins).

Au terme de la discussion, il faudra déterminer si une mesure de contrainte est vraiment nécessaire et si, oui, choisir celle qui est la plus appropriée, puis procéder à sa mise en place, en tenant compte du contenu de cette discussion.

2. Les personnes participant à cette discussion

Idéalement, tous les acteurs concernés devraient participer à la discussion, soit:

a) Le résident

En premier lieu, le **résident doit toujours être consulté**, même s'il n'a pas la capacité de discernement et même s'il a un représentant. Cela résulte notamment du respect de l'autonomie et du droit à l'auto-détermination. **Le résident doit être reconnu comme un partenaire**, de sorte qu'il doit être pleinement intégré à la discussion dans la mesure de ses possibilités. Ainsi, même s'il s'agit d'un résident souffrant de démence, il faudra essayer de lui parler, chercher, dans la mesure du possible à connaître sa position par rapport à une situation donnée, s'inquiéter de son éventuelle résistance (laquelle peut prendre diverses formes).

78 Sur la détermination de cette capacité, cf. Wasserfallen/Stiefel/Clarke/Crespo, 2004; Vaerini, 2014, p. 225-226.

79 SJ 2012 I 275, c. 4.5.

80 SJ 2012 I 277.

81 Cf. ancienne teneur de l'art. 23d LSP-VD. Aujourd'hui, le droit fédéral (cf. art. 383 CC) et les nouvelles dispositions cantonales (cf. nouvelle teneur de l'art. 23d LSP-VD) prévoient seulement l'obligation d'informer le résident (ce qui devrait supposer une discussion avec le résident), même incapable de discernement, ce qui est déjà à saluer.

82 Cf. ch. 4. ci-dessous, et réf. citées.

b) Les soignants, la direction et les autres collaborateurs de l'institution

La discussion doit être pluridisciplinaire et intégrer l'ensemble des soignants et autres collaborateurs en lien avec le résident, que ce soit des employés de l'établissement ou des ressources externes (psychologues, etc.). Elle doit également impliquer le directeur ou le professionnel délégué par ce dernier (en principe le directeur des soins), ainsi que les autres personnes concernées par cette situation (p.ex. les animateurs, les collaborateurs des secteurs intendance et administratif).

c) Le représentant

En cas d'incapacité de discernement du résident, son représentant, en particulier le représentant médical⁸³, doit participer à cette discussion. Le représentant devra bénéficier également d'une information complète, afin qu'il puisse poser des questions, réagir, voire saisir l'autorité compétente en cas de désaccord. Si le résident est incapable de discernement et qu'il n'y a aucun représentant, l'établissement s'adressera à la Justice de paix afin qu'un représentant soit désigné. Comme on l'a dit, même en présence de représentants, la discussion doit avoir lieu avec le résident. Il y a lieu de toujours observer et prendre en compte sa réaction dans le processus.

d) La famille et autres proches

Il faudra essayer, dans la mesure du possible, et toujours dans le respect des souhaits du résident et du secret professionnel, d'intégrer la famille et les autres proches à la discussion. Il s'agit de leur permettre de poser des questions, d'apporter si nécessaire de précieux renseignements sur le résident ou d'obtenir des explications, que ce soit sur les observations opérées, les mesures envisagées ou leur application. Notons que les proches ont le droit de s'adresser à l'autorité compétente (cf. art. 385 CC⁸⁴ et art. 23e LSP-VD). Or, il leur sera difficile d'exercer effectivement ce droit s'ils ne sont pas informés et/ou intégrés à discussion préalable à la mise en place de telles mesures.

3. L'objectif des soignants

Dans la pratique, les soignants doivent avant tout mener une réflexion qualitative et spécifique pour chaque résident. Une réflexion importante doit être conduite en ce qui concerne l'objectif, l'utilité et le sens de la mise en place de mesures de contrainte. De manière générale, le souci de préserver au maximum l'autonomie du résident et la prévention de la violence doivent être constants.

4. La sécurité et le risque acceptable

La sécurité renvoie les soignants, les collaborateurs et l'institution à la présence d'un danger. La sécurité est prise en compte afin de préserver l'intégrité physique des résidents, valeur importante pour les collaborateurs des EMS. Parfois, la problématique peut être l'opposition entre "faire le bien" et respecter le désir de libre arbitre du résident, c'est-à-dire celui d'exercer son autonomie. Les proches sont aussi préoccupés par la préservation de l'intégrité physique du résident. "*Comment se fait-il que vous l'avez laissé se lever et prendre le risque de tomber, avec comme consé-*

⁸³ Cf. art. 378 CC.

⁸⁴ Même si le texte légal retient les termes "en appeler par écrit" (cf. art. 385 CC), il ne s'agit pas d'un appel en tant que tel, au sens juridique du terme.

quence un hématome sur le visage?" est par exemple une question courante. Il s'agit de veiller à la préservation de l'intégrité physique du résident dans le projet d'accompagnement ou le projet de soins. Au final, le sujet de réflexion est le risque acceptable⁸⁵ **pour le résident**, sans oublier la sécurité, le bien-être et le vécu de l'ensemble des personnes en présence⁸⁶ (les autres résidents, les collaborateurs, proches, visiteurs, etc.).

5. La dignité humaine⁸⁷

La dignité est aussi une préoccupation constante des collaborateurs et des proches. En ce qui concerne la dignité humaine, l'ASSM⁸⁸ précise que "*le concept éthique du respect de la dignité part de l'intuition universelle selon laquelle chaque personne, de par son appartenance à l'espèce humaine, mérite d'être traitée avec respect. Dès lors, chaque personne a droit, d'une part, à une protection et une assistance et, d'autre part, au respect de son autodétermination*". Or, pour veiller au maintien de cette dignité, il est parfois nécessaire, en présence de certains troubles du comportement, d'avoir recours à des mesures de contrainte. C'est par exemple le cas lorsque des personnes font une confusion en ce qui concerne l'utilisation de certains locaux ou se dénudent en public. Il en va de même pour un manque flagrant d'hygiène qui porterait atteinte à la dignité.

6. Les divers types de mesures de contrainte

Le Conseil d'éthique considère qu'il y a lieu de distinguer entre plusieurs types de mesures :

a) Les mesures organisationnelles

Il s'agit de mesures concernant l'ensemble des résidents de l'établissement et prévues en principe dans le contrat d'hébergement, le recueil d'informations ou le règlement de maison. Ces mesures d'ordre général sont liées à la vie en communauté dans l'établissement concerné et ne dépendent pas du cas particulier. Elles ont vocation à s'appliquer de manière continue (p. ex. contraintes architecturales, telles qu'un jardin fermé ou une porte à code; interdiction de fumer dans tout l'EMS; horaires de l'établissement; chambres à deux lits, etc.).

b) Les mesures spécifiques

Il s'agit, en substance, de toutes les mesures portant atteinte à la liberté personnelle du résident qui n'entrent pas dans le champ de la définition de la mesure définie sous "mesures organisationnelles" et qui ne sont pas de la contention physique ou chimique. Ce sont des mesures que l'on pourrait qualifier de moyennement restrictives et qui sont spécifiques à la situation particulière d'un résident, (ex: tapis d'alarme; soin d'hygiène forcé; bracelet d'identification, etc.). Elles ne sont donc pas systématiquement appliquées à l'ensemble des résidents.

c) Les mesures limitant la liberté de mouvement

Il s'agit de toutes les mesures limitant la liberté de mouvement au sens strict (contention physique),

⁸⁵ En ce qui concerne la problématique du risque, cf. Jatou, 2008, qui traite la question de manière particulièrement intéressante et novatrice.

⁸⁶ D'où le but de la "grave perturbation de la vie communautaire" mentionnée à l'art. 383 al. 1 ch. 2 CC sur lequel on reviendra.

⁸⁷ Cf. Rüegger, 2012.

⁸⁸ "Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap", Directives et recommandations médico-éthiques de l'ASSM de 2008 (adaptées au I.I.2013), p. 34.

y compris la contention chimique ou médicamenteuse. Il est vrai que celle-ci ne devrait pas être une option, mais c'est une réalité qui existe.

Comme on l'a vu, la problématique de la contention chimique pose la question de l'intérêt du patient et de la présence de symptômes médicaux. Il ne faut pas perdre de vue que la contention chimique peut donner l'illusion qu'il n'y a pas de recours à une mesure de contrainte, alors qu'elle constitue une atteinte à la liberté personnelle du résident. Il est ainsi déterminant de rechercher la cause qui amène à recourir à une telle contention médicamenteuse.

7. Le choix de la mesure de contrainte

Le choix de la mesure de contrainte, qui sera opéré à l'issue de la discussion par les représentants habilités de l'institution (cf. étape 6 ci-après), est intimement lié aux éléments apportés par les étapes précédentes. Divers principes devront gouverner la réflexion sur le choix de la mesure de contrainte. De manière générale, **les principes éthiques en matière de soins**⁸⁹ devront être respectés, soit: le principe d'autonomie (concrétisé en droit des patients par le consentement libre et éclairé); de bienfaisance; de non-malfaisance (concrétisé en droit des patients par le devoir de diligence); et de justice (qu'on rattache à l'égalité de traitement, l'interdiction de discrimination et le principe de la proportionnalité).

Plus précisément, le choix sera opéré en tenant compte des éléments et principes suivants:

a) Le principe : interdiction de la mesure de contrainte

Le principe est l'interdiction de toute mesure de contrainte. Ce n'est que si des circonstances particulières le justifient qu'on pourra recourir exceptionnellement à une telle mesure.

b) Une mesure exceptionnelle

La mesure de contrainte est en effet une mesure exceptionnelle. Cela résulte du fait que la liberté personnelle est un droit fondamental, de sorte que son atteinte ne peut qu'être exceptionnelle. En ce qui concerne cette notion, le Conseil d'éthique la comprend non pas comme étant une mesure exceptionnelle au sein de l'établissement où se trouve résident, mais bien par rapport à l'individu concerné.

Il faut également s'assurer que les conditions cumulatives suivantes sont bien réunies dans la situation en cause:

c) Existence d'un danger grave pour le résident ou des tiers ; grave perturbation de la vie communautaire

Le comportement du résident doit présenter un **danger grave**. Ce danger ne peut concerner que la **sécurité** ou la **santé du résident lui-même** ou celles d'autres personnes. En aucun cas, d'autres motifs, relevant par exemple de considérations financières, d'ordre pratique ou organisationnel, ne sauraient entrer en ligne de compte. Ce danger et sa gravité ont pu être constatés dans le cadre de l'étape 2 décrite ci-dessus. Idéalement, en-dehors de situations d'urgence, ils ont pu être abordés dans le cadre de la phase de discussion (cf. ci-dessus).

⁸⁹ Cf. p.ex. document de l'ASI, "L'éthique dans la pratique des soins", 2003.

L'art. 383 CC prévoit aussi un autre but, à savoir la cessation⁹⁰ d'une grave perturbation de la vie communautaire. Le Conseil d'éthique peut admettre un tel but⁹¹, qui peut s'avérer indispensable pour assurer la sécurité, le bien-être, et de manière générale, la protection des autres résidents et du personnel de l'établissement. Il ne faut, toutefois, pas perdre de vue que ce but comporte le risque que l'établissement recourt à ce motif afin de relâcher ses efforts d'encadrement et son organisation⁹² ou qu'il recourt à ces mesures à titre punitif ou de représailles⁹³. CURAVIVA⁹⁴ précise que "*les institutions peuvent fondamentalement attendre de la part des résidents une certaine compréhension et tolérance entre eux*". Selon nous, cette tolérance devra d'ailleurs également être attendue des proches des résidents (visiteurs), ainsi que des collaborateurs de l'institution. Il faudra être ici encore plus attentif au strict respect de toutes les composantes du principe de la proportionnalité.

Afin de réduire et faire cesser la perturbation de la vie communautaire, les institutions devraient attendre des équipes pluridisciplinaires chargées de gérer ces situations de privilégier le recours à des structures spécialisées, ainsi qu'à des personnes ressources, y compris en intégrant les proches du résident (qui pourraient assurer p. ex. des sorties plus régulières et plus fréquentes, etc.).

d) Le principe de la proportionnalité

Tous les éléments du principe de la proportionnalité devront, bien entendu, être respectés, soit:

- *Nécessité absolue de cette mesure*

La mesure de contrainte doit être strictement nécessaire à l'accompagnement du résident. Il s'agit là de la concrétisation du respect du **principe de l'aptitude** (composante du principe de la proportionnalité exigée par l'art. 36 Cst.), selon lequel la mesure en question doit être apte à atteindre le but visé. Cela signifie qu'une mesure qui ne permettrait pas d'écarter le danger grave identifié n'est pas admissible et illicite.

- *Absence de mesure moins restrictive*

Avant d'imposer une mesure de contrainte, d'autres **mesures moins restrictives** doivent avoir été recherchées par l'équipe interdisciplinaire (cf. étape 3 ci-dessus), en collaboration avec les proches (sorties plus régulières, animations plus fréquentes, etc.) et éventuellement les ressources externes (cf. interventions d'associations telles qu'Alter Ego et UNIGER; psychiatre de liaison; unité mobile de psychiatrie de l'âge avancé; etc.).

Ce n'est que si ces autres mesures moins incisives, c'est-à-dire portant moins atteinte à la liberté personnelle du résident, n'existent pas ou si elles ont déjà échoué, que la mesure de contrainte

90 On devrait d'ailleurs également pouvoir admettre ce but afin de limiter (et non seulement faire cesser) de telles perturbations.

91 L'ASSM (cf. p. 12 des Directives sur les mesures de contrainte en médecine, 2005, retirées en 2012 et en cours de révision), ainsi que des lois cantonales (p.ex. art. 53 al. 2 let. b LSan-Fribourg), le mentionnaient déjà.

92 Le Conseil fédéral relevait déjà ce risque dans son Message, p. 6673: "*l'élément déterminant est le degré de compréhension et de tolérance qui peut être exigé des autres résidents. Il convient toutefois de relever qu'un encadrement adéquat fourni par le personnel soignant permet d'éviter des perturbations intolérables de la vie communautaire. Les différents aspects du principe de la proportionnalité méritent en ce domaine une attention particulière, des mesures de contention ne pouvant être justifiées en principe par le seul souci de réduire l'effectif du personnel.*"

93 Tritten, 2005, p. 70ss, spéc. p. 81, n. 72; Tritten Helbling, 2013, p. 40.

94 CURAVIVA, 2012, p. 36, ch. 6.2.

envisagée, par hypothèse plus incisive, est admissible. Cette condition découle de l'exigence constitutionnelle résultant du principe de la proportionnalité et qui implique de respecter le **principe de la nécessité**, selon lequel la mesure doit être la seule à même d'atteindre le but cherché: parmi toutes les mesures envisageables pour atteindre l'objectif recherché, elle doit être celle qui porte le moins atteinte à la liberté personnelle du résident.

- *Principe de la proportionnalité au sens étroit*

Le respect du principe de la proportionnalité au sens étroit suppose une **pesée de l'ensemble des intérêts** en présence (cf. ci-dessus les remarques sur le danger grave pour le résident et les tiers).

e) Mesure de durée limitée

Il résulte du caractère exceptionnel de la mesure de contrainte et des principes rappelés ci-dessus que la durée de la mesure doit être limitée strictement à ce qui est nécessaire afin d'atteindre le but recherché par ces mesures. Le respect de cette exigence suppose des conditions d'encadrement et de surveillance de la mesure qui seront examinées ci-dessous.

8. Annonce préalable du choix opéré et suite du processus selon que le résident a la capacité de discernement et selon la mesure choisie

a) Annonce préalable du choix opéré et contenu de cette information

L'art. 383 al. 2 CC prévoit que "*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.*"

b) Quid lorsque le résident a la capacité de discernement ?

Si le résident a la capacité de discernement, **l'EMS suivra en principe la volonté du résident** dans le respect du principe de l'autonomie et du droit à l'auto-détermination du résident et de l'exigence de son consentement. Si le résident capable de discernement donne un **consentement libre et éclairé**, il ne s'agira plus d'une mesure de contrainte, car la mesure a été librement consentie. On pourra alors sortir du processus de mesure de contrainte préconisé, étant précisé que les observations au dossier se poursuivront.

Par ailleurs, si le résident est capable de discernement et qu'il **préfère par exemple prendre le risque** de chuter ou refuse de se nourrir, l'EMS respectera ce choix.

En cas de refus d'une mesure de contrainte par le résident, selon la situation, le contrat d'hébergement devra être renégocié et, si nécessaire, un changement d'établissement sera envisagé.

Selon les circonstances, par exemple lorsqu'un résident capable de discernement **perturbe gravement** l'EMS ou met en **danger grave** l'intégrité d'un tiers et refuse toute mesure, et qu'une **base cantonale** existe (comme c'est le cas p. ex. dans le canton de Vaud ou celui de Fribourg), il sera tout de même possible de recourir à des mesures de contrainte, en respectant les exigences posées par le droit cantonal. Le Conseil d'éthique recommande de respecter les étapes du processus qu'il propose dans le présent document.

c) Quid lorsque le résident est incapable de discernement ?

Si le résident est incapable de discernement, il y aura lieu de respecter les étapes suivantes du processus pour la mise en place de la mesure de contrainte (cf. ci-dessous pour la situation particulière en matière de contention chimique).

d) Quid lorsque le résident est incapable de discernement et que la mesure choisie est la contention médicamenteuse ?

Il y a lieu de préciser ici les exigences du droit fédéral en ce qui concerne la contention médicamenteuse. Il conviendra d'examiner si l'on est en présence d'un placement à des fins d'assistance (PAFA). Si tel n'est pas le cas⁹⁵ et que le résident est incapable de discernement, il y aura lieu d'obtenir l'accord du représentant médical (cf. art. 377 ss CC) :

- si ce dernier donne son accord, il convient de poursuivre la procédure ;
- si ce dernier refuse d'autoriser la mesure de contention chimique proposée par l'équipe, il y aura lieu de revenir à l'étape 5 (cf. ci-dessus) afin de discuter et choisir une autre mesure, voire, si cela s'impose, renégocier le contrat ou même envisager un changement d'établissement.

⁹⁵ En cas de PAFA, le médecin établira un plan de traitement au sens de l'art. 433 CC avec le résident et éventuellement sa personne de confiance (cf. art. 434 ss CC). Le Conseil d'éthique préconise que les étapes du processus recommandé soient tout de même respectées.



• **ETAPE 6 – DECISION DE LA MESURE DE CONTRAINTE ET SA COMMUNICATION**

Selon le droit fédéral, la décision émanera de l'institution (cf. art. 383 al. 1 CC) et donc pas forcément d'un professionnel de la santé. Malgré cela, le Conseil d'éthique recommande de tenir compte à cet égard du type de la mesure de contrainte en cause. Ainsi, en ce qui concerne le **signataire de la décision ordonnant la mesure de contrainte**, le Conseil d'éthique préconise la solution suivante:

1. Mesures organisationnelles

Pour de telles mesures, d'ordre général, qui concernent l'ensemble des résidents de l'établissement et qui sont en principe prévues par le contrat, la signature est celle d'un membre de la direction.

2. Mesures moyennement restrictives et plus spécifiques⁹⁶

Un **professionnel de la santé** apte à prendre une telle décision et au bénéfice d'une certaine expertise en matière de gérontologie pourra prendre la décision d'instaurer une telle mesure, sans délégation nécessaire de la part du médecin ou de la direction.

3. Mesures limitant la liberté de mouvement

a) Contention physique

La décision devra être prise conjointement par **la direction** (en principe le directeur des soins que le directeur aura expressément délégué) et le **médecin responsable** de l'institution (ou le médecin qu'il aura délégué).

b) Contention chimique (ou médicamenteuse)

Il s'agit, on l'a vu, d'une médication en vue d'une limitation de mouvement. La signature du **médecin responsable** de l'établissement est alors indispensable pour décider d'une contention chimique. Ce médecin peut toutefois déléguer cette tâche à un **autre médecin** (p. ex. médecin traitant, psychiatre, etc.). La direction (souvent le directeur des soins) devra en outre également contresigner la mise en place d'une telle mesure.

4. Communication de la décision

Le représentant habilité de l'établissement doit informer le résident de la décision prise, mais également son représentant (cf. art. 384 al. 2 CC), de même que, selon les situations et dans le respect du secret professionnel et des souhaits du résident, ses proches. En effet, ceux-ci doivent pouvoir s'opposer à la décision instaurant la mesure de contrainte. Or, il est nécessaire qu'ils soient informés de la décision afin de pouvoir exercer ce droit⁹⁷.

La décision devra en outre être communiquée à toute l'équipe soignante.

⁹⁶ Cf. p. ex. tapis alarme, soin d'hygiène forcé, bracelet d'identification, etc.

⁹⁷ Le résident, son représentant, ses proches ou un accompagnant, peuvent s'adresser à l'autorité compétente (cf. art. 385 CC et art. 23e LSP-VD). Cf. Vaerini, 2013, ad art. 384 N.8.

• **ETAPE 7 – PROTOCOLE DE MESURE DE CONTRAINTE ET SURVEILLANCE DE LA MESURE; OBSERVATION DE LA REACTION DU RESIDENT**

I. En général

L'encadrement et la surveillance d'un résident sous le coup d'une mesure de contrainte impliquent en particulier l'établissement d'un **protocole** et une **surveillance** du résident durant la période où la mesure de contrainte est appliquée. Le Conseil d'éthique préconise une gradation de l'encadrement et de la surveillance, ce qui permet une approche plus nuancée, selon le type de mesure choisie et la réaction du résident.

2. Observation de la réaction du résident

Les résidents ne réagissent pas de la même manière aux mesures portant atteinte à leur liberté. Souvent, les limitations de liberté instaurées en EMS n'occasionnent pas de réactions négatives ou de résistance de la part des résidents. Par exemple, un établissement fermé ne révolte pas l'ensemble des habitants de l'EMS. Néanmoins, un résident peut s'opposer fortement à cette même mesure. Lorsque la personne, capable ou incapable de discernement, s'oppose à son entrée dans une institution fermée, il faudra alors appliquer les dispositions du droit fédéral en matière de placement à des fins d'assistance (cf. art. 426 ss CC)⁹⁸. Les équipes de soins observent parfois des résidents qui ne supportent pas les mesures de contrainte ou versus qui les acceptent, ou plus précisément qui ne donnent pas de signes d'opposition.

Dans le cas **d'une non-acceptation par le résident** (qui montre des signes d'opposition), l'équipe optera dans les meilleurs délais pour une autre solution. S'il n'y a pas d'urgence, l'équipe pourra faire intervenir un tiers, par exemple le psychiatre de liaison ou l'équipe mobile de soins de psychiatrie de l'âge avancé d'ARCOS (Association Réseau de la Communauté Sanitaire de la région lausannoise). Cette étape pourra, dans certaines situations, conduire à opter pour un changement d'établissement, à une décision de placement à des fins d'assistance, voire à une hospitalisation selon les circonstances.

Dans le cas **d'une acceptation supposée ou totale**, il sera plus difficile pour l'équipe de prendre conscience de l'atteinte à la liberté personnelle que constitue cette mesure et, partant, de renoncer à l'instaurer. Il s'agit là d'un phénomène dont il faut tenir compte dans ce domaine.

La fluctuation ou l'atteinte à la capacité de discernement des résidents complexifie encore la problématique et la gestion des actes de soins en lien avec les mesures de contrainte. De ce fait, le dialogue entre certains résidents et les collaborateurs est souvent rendu impossible. Ces derniers doivent dès lors se contenter d'observer la manière dont la personne supporte la mesure, afin de détecter la présence ou l'absence de souffrance. C'est une démarche courante dans l'approche "soins palliatifs".

Pour les mesures d'ordre général et pour les mesures spécifiques, une réaction de non acceptation de la mesure par le résident aura une influence sur le contenu du protocole, de même que sur la surveillance qui sera exercée, sur la nécessité de mettre en place des mesures de compensation, ainsi que sur l'évaluation périodique (cf. ci-dessous).

⁹⁸ Leuba & Vaerini, 2013, p. 310 N. 12.

3. Les protocoles

Le Conseil d'éthique propose une **gradation dans le contenu des protocoles**. Ainsi, il y a lieu de prévoir un protocole ou un ancrage écrit pour toutes les atteintes à la personnalité et à la liberté personnelle, avec toutefois des protocoles et/ou des mesures différenciées selon l'atteinte en cause, ainsi qu'une éventuelle opposition du résident. Le résident peut avoir accès au protocole. Le représentant médical du résident incapable de discernement peut prendre connaissance du protocole en tout temps (art. 384 al. 2 CC), ainsi que les personnes exerçant la surveillance de l'institution (art. 384 al. 3 CC). Tel sera aussi le cas des proches autorisés par le résident capable de discernement ou les proches ayant un contact régulier avec le résident incapable de discernement et qui en font la demande (cf. Vaerini, 2013, ad art. 384, p. 342).

a) Mesures organisationnelles

Les mesures organisationnelles, d'ordre général, devraient pouvoir être prises par les établissements sanitaires et médicaux-sociaux pour autant qu'elles soient prévues dans leurs règlements ou leur contrat d'hébergement⁹⁹ et qu'elles ne portent pas atteinte de manière trop incisive à la liberté personnelle. Il n'y a pas de protocole particulier à établir s'il n'y a aucune réaction d'opposition du résident. Si celui-ci exprime, verbalement ou non, une opposition à la mesure, un protocole de base, devra être établi. Celui-ci indique le nom de la personne ayant décidé de la mesure, le but, le type et la durée de la mesure (cf. art. 384 al. 1 CC^{99 bis}).

b) Mesures spécifiques

Pour les mesures spécifiques moyennement restrictives, en l'absence d'une réaction d'opposition, un protocole particulier devrait exister, mais être plus "léger" que celui recommandé pour les mesures de contention. Les noms, fonctions et signatures des personnes ayant pris la mesure (étape 6 ci-dessus) doivent figurer dans le protocole, ainsi que le but, le type et la durée de la mesure. Il s'agit en fait, pour le Conseil d'éthique, du contenu du protocole de base (art. 384 al. 1 CC).

En cas de réaction d'opposition du résident à cette mesure, il conviendra d'établir un protocole détaillé ou "élargi" (par rapport aux exigences du protocole de base), reprenant en substance, les exigences retenues par la CIVEMS en application des anciens art. 23d et 23e LSP-VD¹⁰⁰. Ce document devra ainsi contenir, outre les éléments mentionnés dans le protocole de base, ainsi que la signature du médecin et d'un membre de la direction (en principe le directeur des soins), en tout cas les éléments suivants:

- la description précise des risques que fait courir le résident pour sa santé ou celle de tiers (ce point est notamment en lien avec l'exigence du danger grave ou de perturbation grave);
- une description détaillée des autres mesures non restrictives ou moins restrictives de liberté déjà utilisées et les raisons de leur échec;
- le type de mesure de contrainte retenu, les motifs de ce choix et les précisions quant aux horaires d'application de cette mesure;

⁹⁹ Cf. contrat d'assistance de l'art. 382 CC.

^{99 bis} Sur les exigences posées par cet article du CC, cf. Vaerini, 2013, CommFam, p. 340-341 ad art. 384.

¹⁰⁰ Cf. les exigences qui figuraient en page 4 du document déjà cité de la CIVEMS (devenue CIVESS) sur les mesures de contrainte (version 2010); Vaerini, 2013, CommFam, p. 340-341 ad art. 384.

- les éléments de la surveillance renforcée qu'implique automatiquement la mise en place d'une telle mesure (cf. ci-dessous);
- les mesures de compensation prévues (cf. ci-dessous);
- le rythme des évaluations de la mesure et les commentaires individualisés quant aux conséquences de la mesure mise en place;
- les réactions du résident suscitées par la mesure;
- le résultat des réévaluations régulières de l'état du résident et de la justification du maintien de la mesure de contrainte.

c) Mesures limitant la liberté de mouvement (au sens strict)

Pour les mesures limitant la liberté de mouvement (contention physique et chimique) un protocole détaillé ou "élargi", très complet (cf. ci-dessus), devrait **toujours** être prévu, qu'il y ait réaction d'opposition ou non.

4. La surveillance

Dans tous les cas, il conviendra d'**observer la réaction du résident par rapport à la mesure** (cf. ci-dessous). Il s'agit là d'un moyen de remettre le résident et sa perception au centre de la problématique. Le système différencié préconisé par le Conseil d'éthique est exposé ci-dessous et résumé dans les tableaux annexés.

a) Mesures organisationnelles

Pour les mesures organisationnelles, d'ordre général, une surveillance habituelle, soit celle qui est courante au sein d'un EMS, sera exercée, sauf si le résident présente une réaction d'opposition à la mesure. Dans ce cas, une surveillance renforcée sera prévue en ce sens qu'elle sera exercée au minimum **une fois par semaine par un professionnel de la santé, et une fois par mois par la direction**. La surveillance devra faire l'objet d'inscriptions détaillées au dossier. Ces fréquences représentent un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et augmenter les fréquences si nécessaire.

b) Mesures spécifiques

Pour les mesures spécifiques, une surveillance habituelle est en principe prévue. En cas de réaction d'opposition du résident, une surveillance renforcée devra être instaurée. Elle impliquera qu'elle est exercée au minimum **une fois par jour par un professionnel de la santé et une fois par semaine** par la direction et le médecin. La surveillance devra faire l'objet d'inscriptions détaillées au dossier. Ces fréquences représentent un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et augmenter les fréquences si nécessaire.

c) Mesures limitant la liberté de mouvement (*stricto sensu*)

Il conviendra de prévoir une surveillance renforcée:

- **Pour les mesures de contention physique**: la surveillance se fera par un membre du personnel soignant au minimum toutes les deux heures; par un professionnel de la santé au minimum une fois par jour; ainsi que par le médecin et la direction une fois par semaine.



- **Pour les mesures de contention chimique**: la surveillance sera exercée par un professionnel de la santé (apte et au bénéfice d'une certaine expertise en gérontologie) au minimum une fois par jour; par le médecin au minimum une fois par semaine; et par la direction au minimum une fois par mois.

Les fréquences indiquées ci-dessus représentent un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et augmenter les fréquences si nécessaire.

Dans le cadre de la surveillance renforcée, les systèmes d'appel ou de détection (ex: tapis d'alarme) adéquats seront en outre prévus si nécessaire.

De manière générale, la surveillance fait l'objet d'inscriptions détaillées dans le dossier.

• **ETAPE 8 – MESURES DE COMPENSATION**

Le Conseil d'éthique préconise, en matière de mesures de contention (physique ou chimique), de rechercher à offrir systématiquement et d'office des mesures compensatoires qui peuvent être intégrées dans le projet d'accompagnement. La mesure de contrainte mise en place doit ainsi, dans la mesure du possible, être compensée par une activité personnalisée (p.ex. lecture par un animateur; promenade particulière, séance de physiothérapie, relation d'aide, etc.) prodiguée au résident dont la liberté individuelle a été restreinte. De telles mesures compensatoires, bien réfléchies et adaptées à la situation individuelle du résident, s'avèrent en effet bénéfiques pour le maintien de la santé des résidents¹⁰¹.

Pour les autres mesures de contrainte, des mesures de compensation seront prévues dans le cadre du projet d'accompagnement. Ces mesures compensatoires sont nécessaires en particulier en cas d'opposition du résident à la mesure de contrainte. Elles sont aussi utiles en l'absence de réaction d'opposition, afin notamment de prévenir d'éventuelles oppositions et tenir compte de la personnalité de chaque résident (qui impliquera une réaction différente face à une atteinte à la liberté).

On rappellera que dans le cadre du projet d'accompagnement et des aménagements prévus pour chaque résident, l'EMS devra tenir compte de son obligation de favoriser les relations de celui-ci avec des personnes de l'extérieur et protéger sa personnalité (cf. art. 386 CC), y compris ses droits de la personnalité affective (cf. Vaerini 2014, p. 229, évoque p. ex. le fait de favoriser la présence d'un animal de compagnie).

• **ETAPE 9 – ÉVALUATION PÉRIODIQUE DE L'ÉTAT DU RÉSIDENT ET DE LA NÉCESSITÉ DU MAINTIEN DE LA MESURE DE CONTRAINTE**

I. But et objet de l'évaluation périodique

L'art. 383 al. 3 *in fine* CC prévoit que dans tous les cas, la justification de la mesure doit être reconsidérée à intervalles réguliers. De fait, outre l'observation à chaque instant par le personnel de la situation et la surveillance, une réévaluation périodique systématisée de l'état du résident, ainsi que de la nécessité de maintenir ou non la mesure de contrainte doit être mise en place. La

¹⁰¹ Cf. les travaux de Cameron Camp (cf. www.ag-d.fr), p.ex. Orsulic-Jeras/Judge/Camp, 2000,107-11.

fréquence de la réévaluation devra bien entendu être adaptée à la situation en cause. Il ne doit pas s'agir d'une formalité. Cette évaluation doit :

- déterminer si la mesure est toujours utile ;
- apporter les justifications amenant à la conclusion que cette mesure doit être maintenue ;
- déterminer les éléments permettant de conclure que la mesure en question répond toujours à l'objectif fixé, qu'elle est toujours nécessaire et la plus apte à atteindre le but visé.

Le système différencié préconisé par le Conseil d'éthique est résumé dans les tableaux annexés. Cette évaluation dépendra là encore du type de mesure et, pour certaines, de l'éventuelle réaction d'opposition du résident :

2. Les mesures organisationnelles

Pour les mesures organisationnelles, d'ordre général, en l'absence de réaction d'opposition, la direction procédera au minimum à une évaluation annuelle (ou à la demande du résident). En cas de réaction d'**opposition**, cette réévaluation se fera au minimum une fois par mois par la direction (cf. la personne déléguée, tel que le directeur des soins ou l'infirmier chef).

3. Les mesures spécifiques

Pour les mesures spécifiques, moyennement restrictives, en l'absence de réaction d'**opposition**, l'évaluation se fera au minimum une fois par mois par la direction et le médecin. En cas de réaction d'opposition, cette évaluation aura lieu au minimum une fois par semaine par le médecin et la direction. Ces fréquences représentent un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et augmenter les fréquences si nécessaire.

4. Les mesures limitant la liberté de mouvement (au sens strict)

Pour les mesures limitant la liberté de mouvement en matière de **contention physique**, la réévaluation se fera au minimum une fois par jour par le professionnel de la santé. Par ailleurs, la mesure sera également réévaluée une fois par semaine par le médecin conjointement avec la direction (cf. le professionnel compétent désigné).

Pour les mesures limitant la liberté de mouvement en matière de **contention chimique** (médicamenteuse), la réévaluation se fera au minimum une fois par semaine par le médecin lors de sa visite hebdomadaire. Par ailleurs, la mesure sera également réévaluée au minimum une fois par mois par le médecin conjointement avec la direction (cf. le professionnel compétent désigné par ce dernier).

Les fréquences indiquées ci-dessus sont un minimum. Il convient de s'adapter à la situation particulière et augmenter les fréquences si nécessaire.

5. Inscriptions au dossier

Le résultat de l'évaluation périodique sera inscrit de manière complète dans le protocole. Une **évaluation** implique notamment que soit noté, par la personne en charge, le descriptif de ce qui a été évalué, ainsi que tous les éléments compris dans le but et l'objectif de l'évaluation (en quoi la mesure est toujours utile ; pourquoi elle doit être maintenue, en quoi elle répond toujours à l'objectif fixé, qu'elle est toujours nécessaire et la plus apte à atteindre ce but).

• ETAPE 10 – MAINTIEN OU LEVÉE DE LA MESURE DE CONTRAINTE

Comme on l'a dit, à tout moment, s'il apparaît que la mesure de contrainte n'est plus justifiée, elle doit être levée sans délai.

A toutes fins utiles, on rappellera que le résident, son représentant ou ses proches peuvent en tout temps s'adresser à l'autorité compétente (art. 385 CC ¹⁰² et 23e LSP-VD). En vertu de l'art. 385 al. 3 CC, "toute requête sollicitant une décision de l'autorité de protection de l'adulte doit lui être transmise immédiatement". L'art. 23e al. 3 LSP-VD prévoit que le médiateur peut être sollicité au préalable dans tous les cas.



¹⁰² Cf. art. 385 CC: " 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 la modifie, la lève, ou ordonne une autre mesure. Si nécessaire, elle en informe l'autorité de surveillance de l'institution."

I. Gestion administrative et outils à disposition

Lorsque, en dernier recours, une mesure de contrainte doit être mise en place, on ne saurait faire l'économie d'une gestion administrative performante, permettant de mettre en lumière et de "tracer" l'ensemble des réflexions et décisions pluridisciplinaires prises, et de s'assurer du respect des exigences légales et de la nécessité de tenir toujours compte des intérêts objectifs du résident et de sa situation individuelle. Cette **gestion administrative doit se faire au moyen d'outils adéquats**. Elle se fait soit sous format papier depuis plusieurs décennies (cf. p. ex. Kardex pour identifier le dossier du résident), soit, plus récemment, de manière informatisée (on parle aujourd'hui par exemple de Dossier Informatisé du Résident pour SADIES-DIR¹⁰³; de Système d'Information pour les Etablissements Médicalisés ou de Soins chez Siems¹⁰⁴; de dossier de soins infirmiers pour le DSI-Gamma-diA¹⁰⁵ ou encore de dossier de l'utilisateur pour Novacare¹⁰⁶ (VitaDoc) chez Novateam pour ne citer que les plus connus sur le plan romand¹⁰⁷). Dans la pratique, ces outils sont précieux dans la gestion du temps, dans leur qualité de soutien pour gérer de manière efficace la mesure en cause, ainsi que les fréquences d'évaluation de celle-ci et sa durée. La plupart des supports informatisés permettent ainsi la mise à disposition très rapide d'une série d'informations, pour certaines incontournables, mais surtout, de tout un ensemble de rappels et autres indicateurs particulièrement utiles dans le cadre d'une analyse professionnelle de la situation et dans l'examen du maintien de la mesure.

A cet égard, on signalera l'existence du logiciel GESCO¹⁰⁸, développé par l'Association pour la Recherche et la Promotion en Etablissements Gérontopsychiatriques (ARPEGE) pour gérer les mesures de contrainte. Cet instrument permet, grâce au suivi d'un protocole, d'avoir une vision globale de la situation du résident. Il oblige l'équipe à se poser les questions adéquates à chaque étape ou encore à envoyer des mails lors de validation et d'évaluation à exécuter.

2. Formation, sensibilisation et accompagnement des soignants et autres collaborateurs, et des proches

Afin d'améliorer et d'arriver à une application adéquate des mesures de contrainte, il faut, outre un cadre légal satisfaisant, une pratique cohérente et une surveillance efficace, prévoir des **formations** spécifiques des soignants et autres collaborateurs dans ce domaine.

Plusieurs formations traitent spécifiquement de la question des droits des patients et abordent les notions de mesures de contrainte, en particulier: le Centre de formation de l'AVDEMS offre un cours sur les droits du patient et du résident¹⁰⁹; ARPEGE propose, dans le cadre de son cours FAP (Formation d'Accompagnateur en Psychiatrie de l'Age avancé), un cours sur les "*Spécificités*

¹⁰³ Cf. www.sadies.ch.

¹⁰⁴ Cf. www.tecost.ch/siems.

¹⁰⁵ Cf. www.gammadia.ch.

¹⁰⁶ Cf. www.novateam.com.

¹⁰⁷ Cf. aussi www.qualisoins.fr; www.polymedis.com; www.bellerive.ch/content/view/full/100/94.

¹⁰⁸ Il s'agit d'un système de gestion des mesures de contrainte; pour une présentation de cet outil, cf. www.arpege-va.ch/gesco/. Cf. aussi le cours AVDEMS "Ges'Co: formation de base pour l'utilisation du logiciel" (www.avdems.ch).

¹⁰⁹ Cf. www.avdems.ch.

des droits des patients en psychiatrie de l'âge avancé, devoirs des soignants" ¹¹⁰; l'association Alter Ego (Association suisse pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées) offre la possibilité de centrer son cours "Sensibilisation à la problématique de la maltraitance envers les personnes âgées" sur la thématique des mesures de contrainte ¹¹¹. D'autres formations touchent plus généralement à la promotion du bien-être et de la qualité de vie des personnes âgées. Même si elles ne sont pas focalisées sur les mesures de contrainte, elles offrent une réflexion et des outils permettant d'agir en amont sur les conditions influant sur leur usage ¹¹².

Une **sensibilisation** sur la question des mesures de contrainte devrait en outre être systématiquement effectuée.

Des **groupes de discussion s'adressant aux collaborateurs et/ou aux résidents et aux proches** pourraient également être mis en place dans les établissements, afin de promouvoir le dialogue et la collaboration dans ce domaine.

De manière générale, une **sensibilisation du public à la problématique des mesures de contrainte et de la gestion du risque** serait indiquée. Il s'agit d'attirer l'attention du public non seulement sur les risques auxquels on cherche à répondre par le biais des mesures de contrainte (ex: risque de chute), mais également sur les risques pour le résident de la mesure de contrainte elle-même (ex: blessures physiques, atteintes psychologiques).

De même, le **recours à la psychiatrie de liaison** ¹¹³, à des **coachings** et à des **supervisions** des collaborateurs devraient être prévus dans les situations complexes. Une liste de superviseurs reconnus est disponible sur le site Internet de l'Association Romande des Superviseurs ¹¹⁴. Ces supervisions pourraient être centrées sur les questions de mesures de contrainte ou plus généralement sur l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie du résident. Actuellement, le Service de la Santé Publique de l'Etat de Vaud soutient financièrement des **interventions centrées sur la résolution de situations problématiques liées à la contention** (association Uniger) ¹¹⁵. Ces interventions de type systémique sont réalisées en interdisciplinarité et visent à trouver des solutions alternatives à la contrainte.

La mobilisation de ces différentes ressources constitue un moyen efficace de lutter contre la banalisation de l'usage des mesures de contrainte. Ces ressources fournissent par ailleurs aux collaborateurs et aux établissements médico-sociaux des outils pour prévenir plus largement les dérapages, en améliorant la qualité de l'accompagnement des résidents et le quotidien des collaborateurs.

¹¹⁰ Cf. www.arpege.vd.ch.

¹¹¹ Cf. www.alter-ego.ch.

¹¹² Cf. www.avdems.ch; www.alter-ego.ch; www.arpege.vd.ch; www.espace-compétences.ch; la Croix-Rouge (www.croixrougevaldoise.ch). cf. aussi les formations proposées par la HES-SO (DAS en santé des populations vieillissantes, DAS en santé communautaire, CAS Liaison et orientation, CAS santé au travail, CAS Soins palliatifs et Personnes âgées, CAS Psychiatrie de la personne âgée, etc.), www.hes-so.ch; et l'Institut Universitaire Ages et Générations - INAG (www.cours-inag.ch).

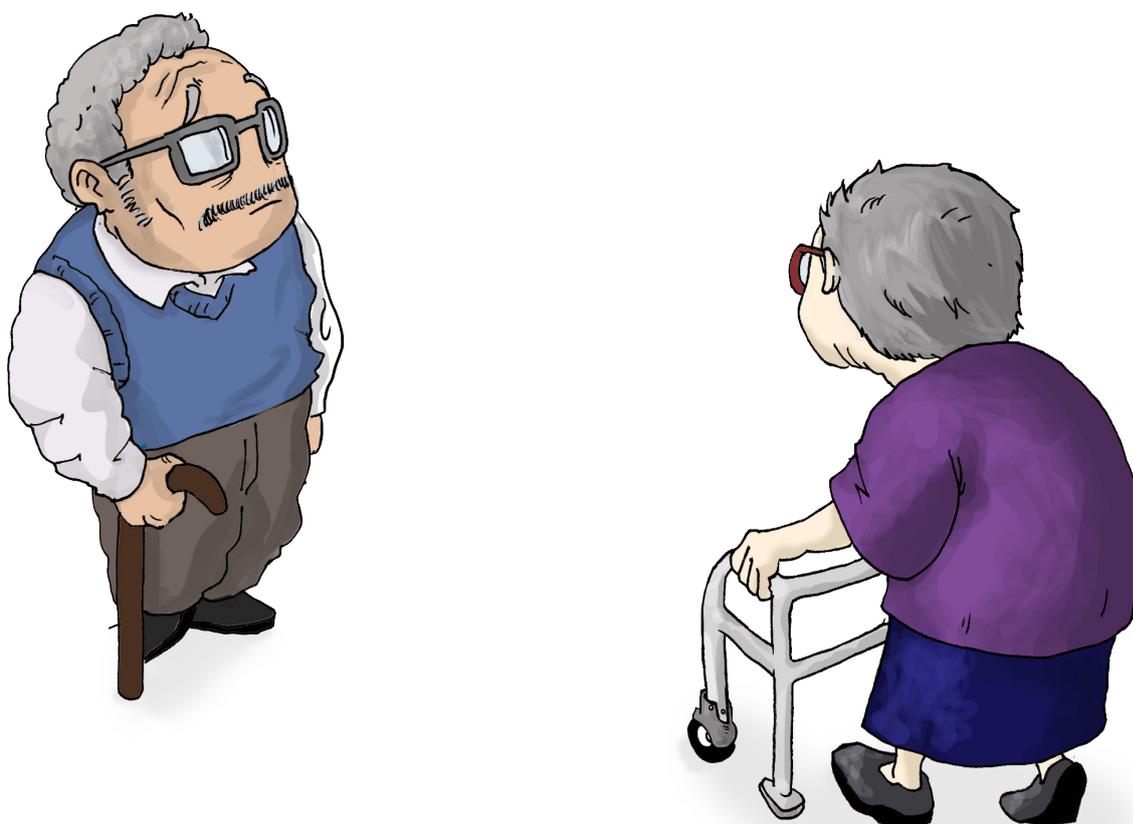
¹¹³ La psychiatrie de liaison (en partie financée par l'Etat de Vaud) permet à un psychiatre de venir à l'EMS pour soutenir l'équipe (sans voir le résident).

¹¹⁴ www.superviseurs.ch.

¹¹⁵ www.uniger.ch.

3. Intégration d'un "tiers" de la société civile

L'usage de mesures de contrainte étant souvent lié à de multiples enjeux (financiers, organisationnels, etc.) au sein des établissements médico-sociaux, on peut se demander si l'intégration d'un tiers "neutre" (appartenant à la société civile) dans la réflexion sur l'utilisation de telles mesures ne serait pas indiquée, en particulier lorsque le résident concerné ne dispose pas de sa capacité de discernement. Ces "accompagnants" pourraient être issus d'associations défendant les intérêts des personnes âgées, telles qu'Alter Ego¹¹⁶ (Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées), l'AVIVO (Association de défense et de détente des retraités¹¹⁷) ou le Mouvement des Aînés^{117 bis}.



116 www.alter-ego.ch.

117 www.avivo-suisse.ch.

117 bis www.mda-vaud.ch.

D BIBLIOGRAPHIE CITÉE

- ASI-SBK (Association suisse des infirmières et infirmiers). (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*.
- ASSM (Académie suisse des sciences médicales). (2004). *Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance*, Directives médico-éthiques et recommandations du 18.5.2004.
- ASSM (Académie suisse des sciences médicales). (2005). *Mesures de contraintes en médecine*, Directives médico-éthiques et recommandations du 24.5.2005 (retirées le 29.11.2012 et en cours de révision).
- ASSM (Académie suisse des sciences médicales). (2008). *Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap*, Directives et recommandations médico-éthiques adaptées au 1.1.2013.
- Ballard, C. et al. (2005). Quetiapine and risperidone and cognitive decline in Alzheimer's disease: Randomised double blind placebo controlled trial. *BMJ (electronic publication)*, 330, 7496.
- Berzlanovich, A.M., Schöpfer, J., & Keil, W. (2012). Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(3), 27-32.
- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008) 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 215–222.
- Bucher, A. (1999). *Personnes physiques et protection de la personnalité* (4ème éd.). Bâle, Suisse: Helbing & Lichtenhahn.
- Büchler, A., & Michel, M. (2013). Art. 16 CC. Dans Leuba, A., et al. (éd.). *Protection de l'adulte, Commentaire du droit de la famille (CommFam)*. Berne, Suisse: Stämpfli Editions SA.
- Bulletin du Grand Conseil vaudois (BGC), 2001. Exposé des motifs et projet de loi (EMPL), BGC, 20.11.2001, p. 5113ss.
- Capezuti, E., Wagner, L.M., Brush, B.L. et al. (2007). Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*, 55, 334–341.
- Castle, N.G., & Engberg, J. (2009). The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Medical Care*, 47(11), 1164–1173.
- Chuang, Y.H., & Huang, H.T. (2007). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 486–494.
- CIVEMS (Coordination interservice des visites en établissements médico-sociaux, Département de la santé et de l'action sociale, canton de Vaud). (2010). *Mesures de contrainte* (version du 19.1.2010).
- COPMA (2012). *Droit de la protection de l'adulte. Guide Pratique (avec modèles)*. Zurich/St-Gall, Suisse: Conférence des cantons en matière de protection des mineurs et des adultes, Dike Editions SA.
- CURAVIVA (oct. 2012). *Le nouveau droit de la protection de l'adulte, Informations générales, outils de travail et modèles de document pour les EMS et les homes médicalisés, brochure éditée par Curaviva Suisse, Domaine Spécialisé personnes âgées*.

- De Bellis, A., Mosel, K., Curren, D., Prendergast, J., Harrington, A., & Muir-Cochrane, E. (2011). Education on physical restraint reduction in dementia care: A review of the literature. *Dementia*, 0(0), 1-18.
- Department for Constitutional Affairs (2007). *Mental Capacity Act 2005. Code of Practice*. London: The Stationery Office.
- De Veer, A.J.E., Francke, A.L., Buijse, R., Friele, R.D. (2009). The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *J Am Geriatr Soc*, 57, 1881-1886.
- Engberg, J., Castle, N.G., & McCaffrey, D. (2008). Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*, 48, 442-452.
- Evans, D., & Fitzgerald, M. (2002) Reasons for physically restraining patients and residents: A systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies* 39, 735-743.
- Evans, L. K., Strumpf, N. E., Allen-Taylor, S. L., Capezuti, E., Maislin, G., & Jacobsen, B. (1997). A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(6), 675-681.
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 274-282.
- Evans, D., Wood, J., Lambert, L., & FitzGerald, M. (2002). Physical restraint in acute and residential care. *The Joanna Briggs Institute*, Adelaide, Australia, 1-11.
- Feng, Z., Hirdes, J.P., Smith, T.F. et al (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: A cross national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1110-1118.
- Fish, R., & Culshaw, E. (2005). The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 93-107.
- Folmar, S., & Wilson, H. (1989). Social behavior and physical restraints. *The Gerontologist*, 29(5), 650-653.
- Gallinagh, R., Slevin, E., & McCormack, B. (2002). Side rails as physical restraints in the care of older people: A management issue. *Journal of Nursing Management*, 10, 299-306
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werblorf N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 758-763.
- Guillod, O., & Bohnet, F. (2012). *Le nouveau droit de la protection de l'adulte*. Bâle, Suisse: Helbing Lichtenhahn, Cemaj, Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel.
- Huang, H.T., Chuang, Y.H., Chen, C.Y., Lee, B.O., & Lin, P.C. (2005). Perceptions of physical restraints among the hospitalized elderly. *Journal of Evidence-Based Nursing*, 1, 123-131.
- Hughes, R. (2008). Older people falling out of bed: restraint, risk and safety. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(9), 389-392.
- Jaton, S. (2008). *De l'influence du risque sur la personnalisation du soin. Quelle(s) conséquences(s) pour le soignant?*, Mémoire pour l'obtention du Diplôme des Hautes Etudes des Pratiques Sociales. Lausanne, Suisse.

- Jaton, S. (2013). *Analyse exploratoire rétrospective de facteurs physiques et psychiques associés à l'utilisation de contentions physiques chez la personne âgée vivant en EMS*. Mémoire de Master en sciences infirmières. Université de Lausanne et Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale.
- Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S., & Sandman, P. O. (2001). Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(12), 1722–1728.
- Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Rissmann, U., Kurrle, S., & Bredthauer, D. (2011) Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 333–339.
- Krauss, M.J. et al (2005). A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 116-122.
- Leuba, A., et al. (2013). *Protection de l'adulte, Commentaire du droit de la famille (CommFam)*. Berne, Suisse: Stämpfli Editions SA.
- Leuba, A., & Vaerini, M. (2013). Ad introduction aux art. 382–387 et ad art. 382, 386. Dans Leuba, A., et al. (éd.). *Protection de l'adulte, Commentaire du droit de la famille (CommFam)*. Berne, Suisse: Stämpfli Editions SA.
- Martin, B. (2002.) Restraint use in acute and critical care settings: Changing practice. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*, 13, 294–306.
- Meier, Ph., & Lukic, S. (2011). *Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte*. Zurich, Suisse: Schultess Verlag.
- Message du Conseil fédéral, FF 2006, p. 6673.
- Mohr, W.K., Petti, T.A., & Mohr, B.D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 330–337.
- Mott, S., Poole, J., & Kenrick, M. (2005). Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 95–101.
- Müller, Ch. (2012). Le contrat d'assistance en EMS. Dans Guillod, O., & Bohnet, F. (éd.), *Le nouveau droit de la protection de l'adulte*. Bâle, Suisse: Helbing Lichtenhahn, Cemaj, Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel.
- Natan, M., Akrish, O., Zaltkina, B., & Noy, R. (2010). Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 499–507.
- Novier, M. (2013). Mesures limitant la liberté de mouvement et protection de l'adulte: pas en avant ou retour en arrière? *Plaidoyer*, 3/2013, 32 ss.
- Orsulic-Jeras, S., Judge, K.S., Camp, C.J. (2000). Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: effects on engagement and affect. *The Gerontologist*, 40(1), 107-11.
- Paterson, B., Bradley, P., Stark, C., Saddler, D., Leadbetter, D., & Allen, D. (2003). Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 3–15.
- Rakhmatullina, M., Taub, A., & Jacob, T. (2013). Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints. A review of literature. *Psychiatr Q*, 84, 499-512.

- Robins, C.S., Sauvageot, J.A., Cusack, K.J. et al. (2005). Consumers' perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatric Services*, 56, 1134–1138.
- Rügger, H. (2012). *Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen*. Berne, Suisse: Curaviva Suisse.
- Sanimédia, Information en santé publique (sept. 2010). *L'essentiel sur les droits des patients* (brochure), éditée en collaboration avec l'Institut du droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, par les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud.
- Service de la santé publique des cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais, Vaud. (Printemps 2014). *L'essentiel sur les droits des patients*.
- Shorr, R.I., Guillen, M.K., Rosenblatt, L.C. et al. (2002). Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 526-529.
- Shugrue, D.T., & Larocque, K.L. (1996). Reducing restraint use in the acute care setting. *Nursing Management*, 27(10), 32H, 32J, 32L, 32O .
- Smith, G.M., Davis, R.H., Bixler, E.O. et al. (2005). Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services*, 56(9), 1115–1122.
- Société suisse de gérontologie (SSG) (2011). *Liberté et sécurité - Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté (MEL)*, nouvelle éd. de 2011.
- Steinauer, P.-H., & Fountoulakis, Ch. (2014). *Droit des personnes physiques et de la protection de l'adulte*. Berne, Suisse: Stämpfli Editions SA.
- Stettler, M. (2013). Le critère de l'incapacité de discernement est entré dans le droit de la protection de l'adulte, p. 277ss. Dans Rumo-Jungo & al. (éd.). *Une empreinte sur le Code civil, Mélanges en l'honneur de P.-H. Steinauer*. Berne, Suisse.
- Strout, T.D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 416–427.
- Tritten, C. (2005). Prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, *Revue du droit de tutelle*, RDT 2005, 70ss.
- Tritten Helbling, C. (2013). *La protection juridique de la personne âgée victime de maltraitance en institution*. Bâle, Suisse: Helbing Lichtenhahn, Collection neuchâteloise, Faculté de droit de l'Université de Neuchâtel.
- Vaerini, M. (2013). Ad art. 384 et 385. Dans Leuba, A., et al. (éd.). *Protection de l'adulte, Commentaire du droit de la famille (CommFam)*. Berne, Suisse: Stämpfli Editions SA.
- Vaerini, M. (2014). Les droits de la personnalité des personnes âgées en établissement. *Revue de la protection des mineurs et des adultes (RMA)*, 207–239.
- Voyer, P., Richard, S., Doucet, L. et al. (2011). Precipitating factors associated with delirium among long-term care residents with dementia. *Applied Nursing Research*, 24(3), 171–178, 2011.
- Wang, W.W., & Moyle, W. (2005). Physical restraint use on people with dementia: A review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 46–52.
- Wasserfallen, J.-B., Stiefel, F., Clarke S., Crespo, A. (2004). Appréciation de la capacité de dis-

cernement des patients: procédure d'aide à l'usage des médecins. *Bulletin des médecins suisses*, 85(32/33), 1701-1702.

- Werner, P., & Mendelsson, G. (2001). Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: Testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 784-791.

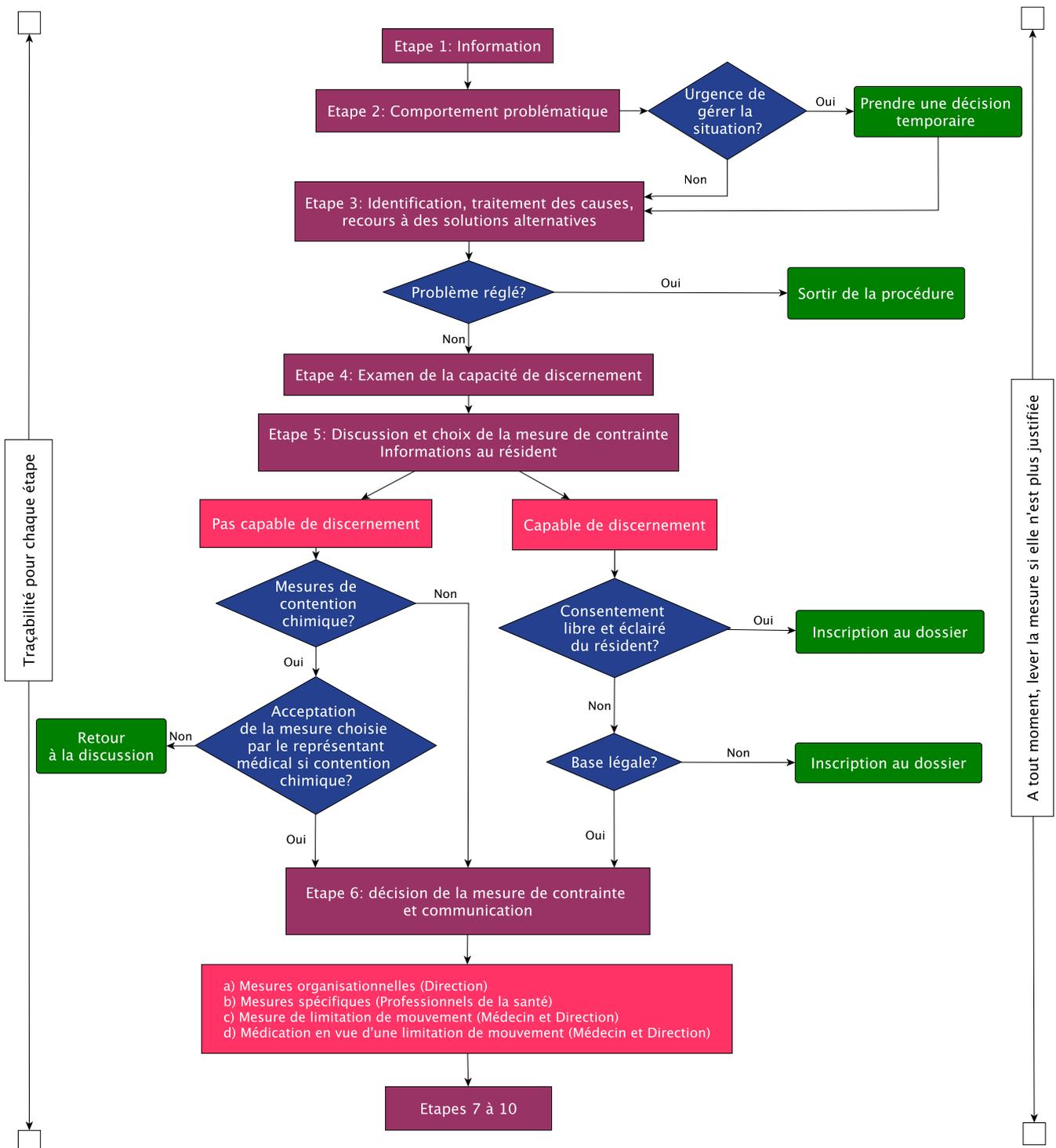
- Yamamoto, M., & Aso, Y. (2009). Placing physical restraints on older people with dementia. *Nurs Ethics*, 16, 192-202.

ANNEXES :

- 6 TABLEAUX résumant le processus recommandé par le Conseil d'éthique.

Les présentes recommandations s'inscrivent dans une période donnée, soit en janvier 2015.

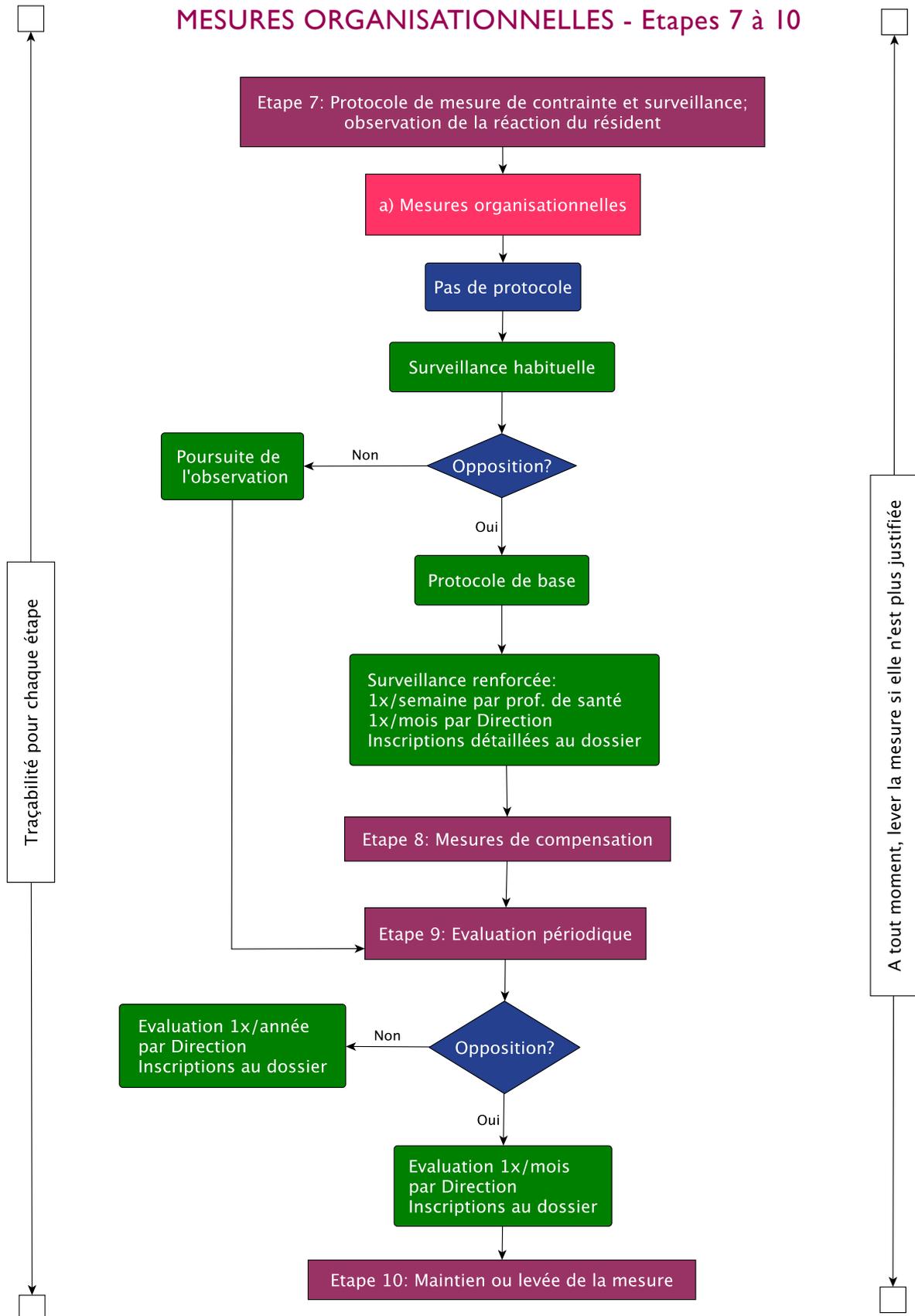
ETAPES 1 À 6 DU PROCESSUS



Conseil d'éthique AVDEMS - Recommandations Mesures de contrainte - **ANNEXE I**

Ce tableau est une annexe au texte des recommandations qui détaille le processus et définit les termes employés.

MESURES ORGANISATIONNELLES - Etapes 7 à 10

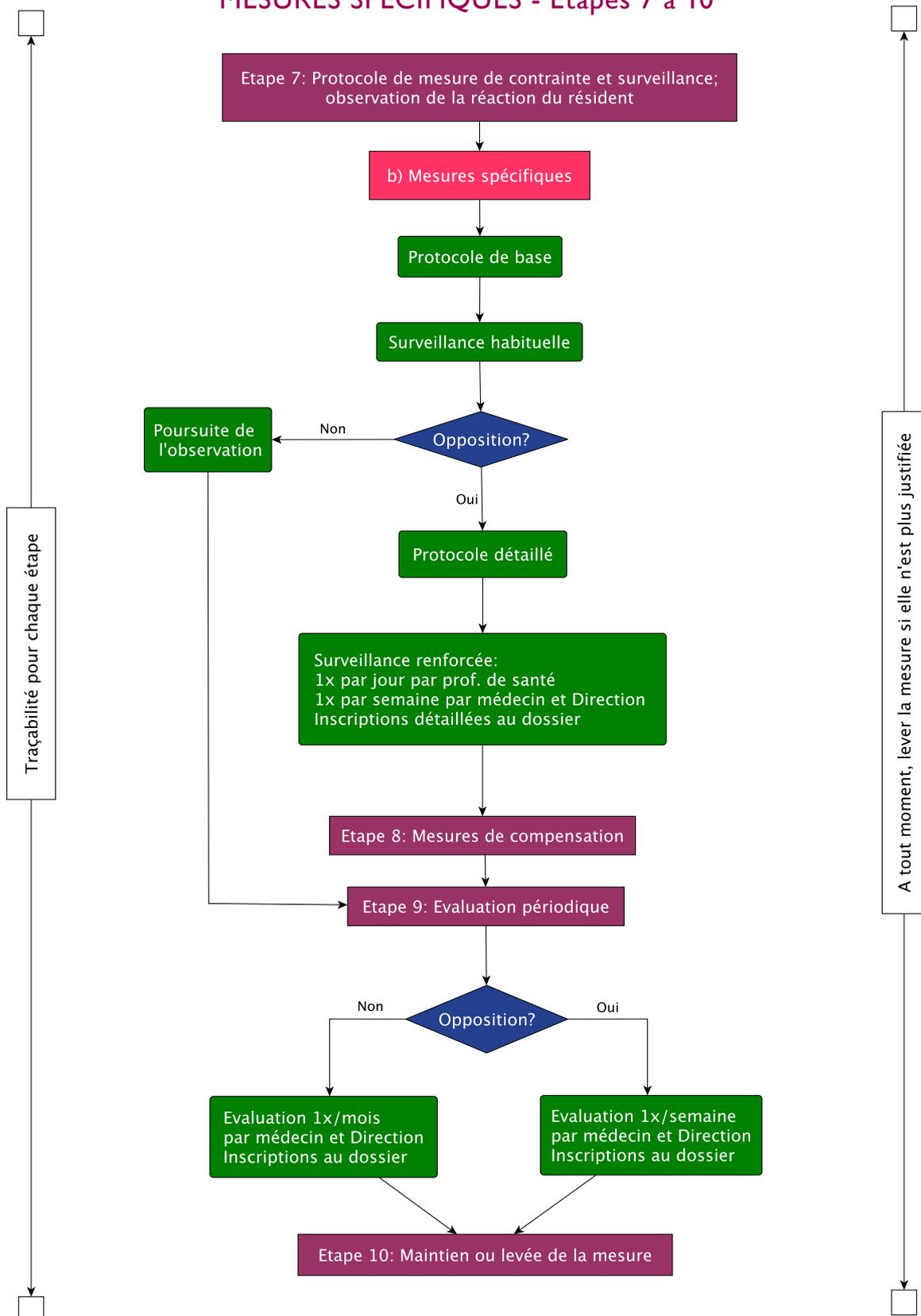


Les fréquences indiquées sont un minimum et doivent être augmentées en fonction de la situation.

Conseil d'éthique AVDEMS - Recommandations Mesures de contrainte - **ANNEXE 2**

Ce tableau est une annexe au texte des recommandations qui détaille le processus et définit les termes employés.

MESURES SPECIFIQUES - Etapes 7 à 10

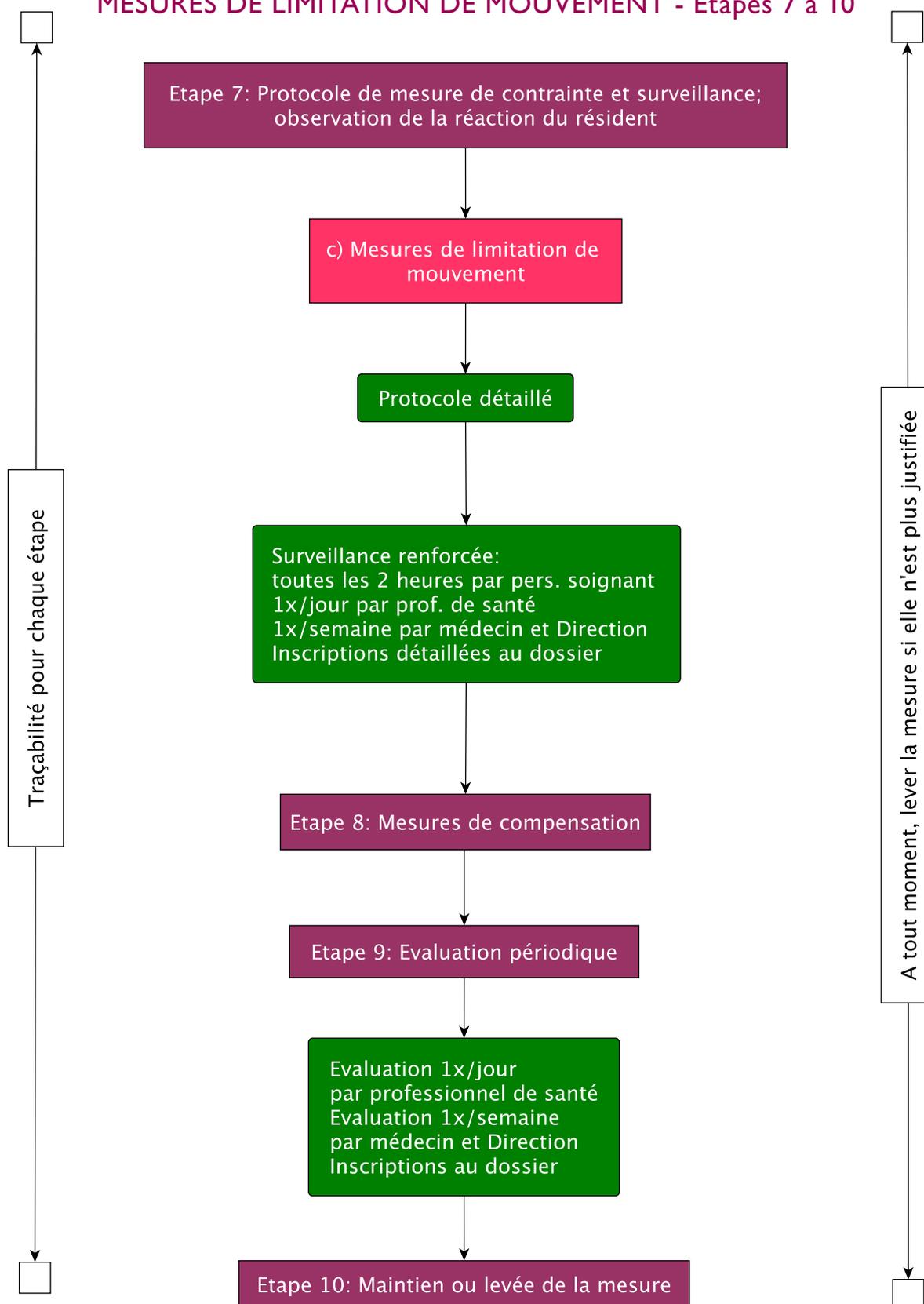


Les fréquences indiquées sont un minimum et doivent être augmentées en fonction de la situation.

Conseil d'éthique AVDEMS - Recommandations Mesures de contrainte - **ANNEXE 3**

Ce tableau est une annexe au texte des recommandations qui détaille le processus et définit les termes employés.

MESURES DE LIMITATION DE MOUVEMENT - Etapes 7 à 10

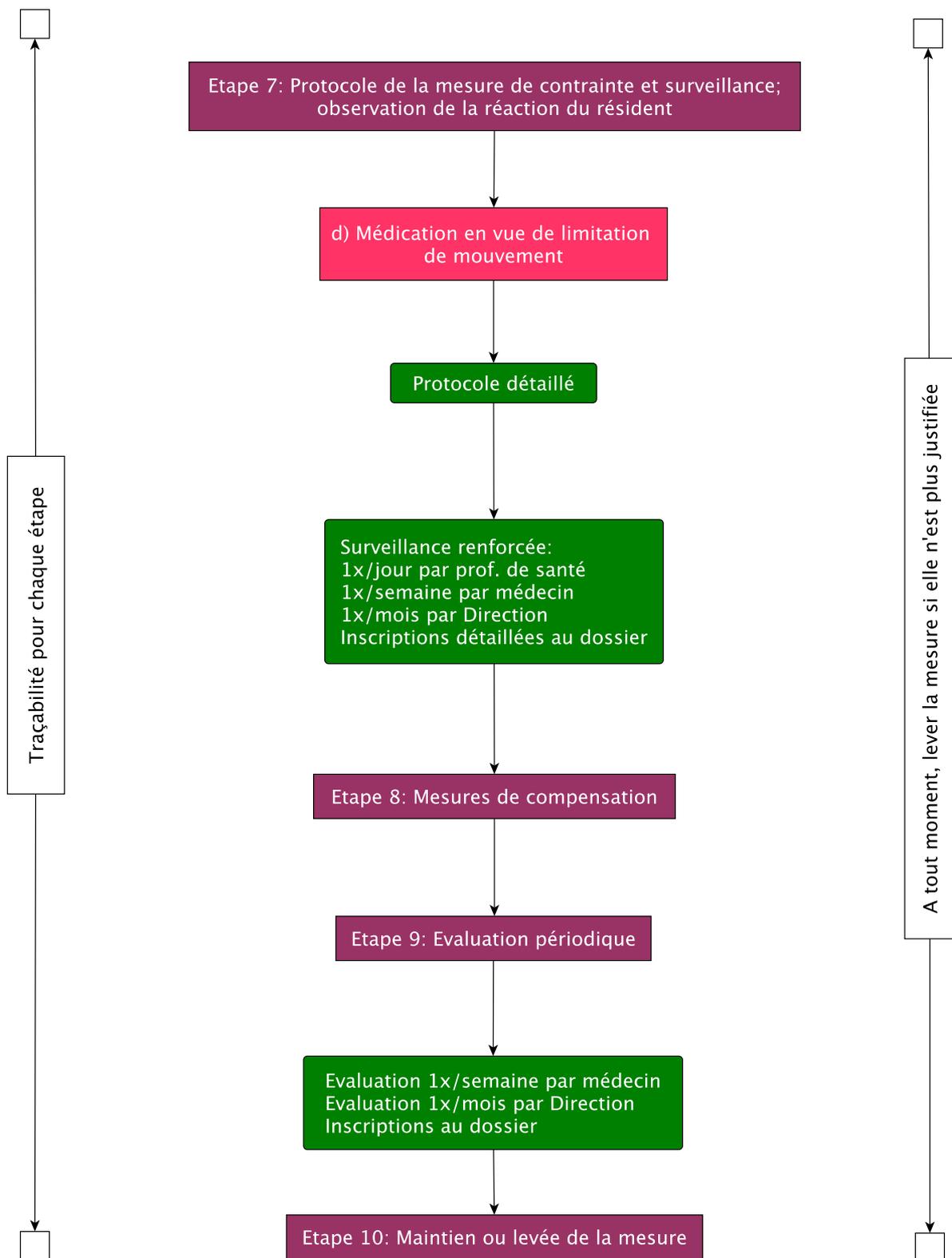


Les fréquences indiquées sont un minimum et doivent être augmentées en fonction de la situation.

Conseil d'éthique AVDEMS - Recommandations Mesures de contrainte - **ANNEXE 4**

Ce tableau est une annexe au texte des recommandations qui détaille le processus et définit les termes employés.

MEDICATION EN VUE DE LIMITATION DE MOUVEMENT - Etapes 7 à 10

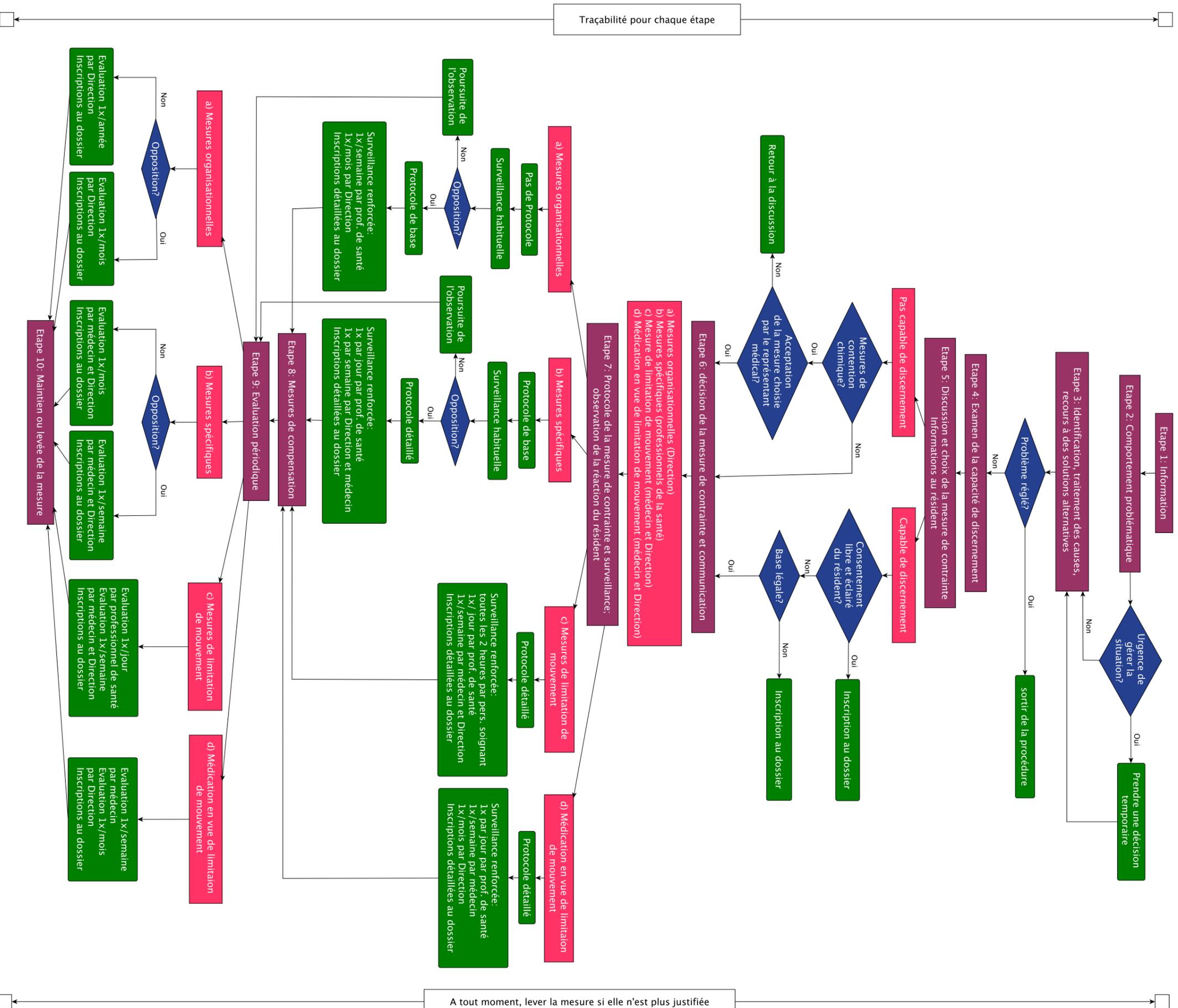


Les fréquences indiquées sont un minimum et doivent être augmentées en fonction de la situation.

Conseil d'éthique AVDEMS - Recommandations Mesures de contrainte - **ANNEXE 5**

Ce tableau est une annexe au texte des recommandations qui détaille le processus et définit les termes employés.

TABLEAU DE SYNTHÈSE



Les fréquences indiquées sont un minimum et doivent être augmentées en fonction de la situation.

Conseil d'éthique AVDEMS - Recommandations Mesures de contrainte - ANNEXE 6

Ce tableau est une annexe au texte des recommandations qui détaille le processus et définit les termes employés.

Notes personnelles

avdems
Conseil d'éthique
ASSOCIATION VAUDOISE D'ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX



AVDEMS Conseil d'éthique
conseil.ethique@avdems.ch
www.avdems.ch