



DÉCLARATION DE PRINCIPES

Isolement et contention en psychiatrie

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹

Le 17 septembre 2010, le Conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada (APC) a adopté la présente déclaration de principes rédigée par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique.

La société canadienne adhère au principe du respect des droits de la personne que protège la Charte canadienne des droits et libertés. Parmi ces droits figurent le droit à la vie, le droit à la liberté, le droit à la sécurité et le droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités¹.

Dans des circonstances particulières, liées au caractère urgent en phase aiguë d'une maladie mentale, il peut y avoir lieu d'enfreindre des droits protégés par la charte, notamment le droit à l'autodétermination et à l'autonomie. La législation des provinces et des territoires prévoit des mesures de contrôle, de contention ou d'hospitalisation, applicables à la personne en phase aiguë d'une maladie mentale s'il devient nécessaire d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui.

La définition du mot contention est la suivante : « le fait de placer une personne sous contrôle grâce à l'utilisation minimale de la force, de moyens mécaniques ou de substances chimiques qui sont raisonnables compte tenu de l'état physique et mental de la personne »². La contention n'est pas un traitement, mais l'usage temporaire de la force pour protéger le patient ou autrui.

Quant à l'isolement, il s'agit du confinement de la personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement.

Dans des circonstances encore plus particulières, il peut être nécessaire d'appliquer une mesure de contrôle, de contention ou d'isolement, à une personne qui, en raison de son état mental, met en péril sa sécurité ou celle d'autrui. Cette forme d'intervention d'urgence non seulement prive la personne de sa liberté, mais elle comporte également des risques pour celle-ci. Il convient donc d'en faire usage exclusivement dans des situations clairement établies lorsqu'aucune autre option n'existe.

Dans un monde idéal, la mise sous garde, l'isolement et la contention seraient inutiles³. Comme société et comme profession, nous devrions tendre vers cet objectif. Cependant, nous n'en sommes pas là, et l'exercice de la psychiatrie en situation d'urgence ou en phase aiguë de la maladie suppose son lot de risque de lésions corporelles pour le patient, le personnel soignant et les autres patients. Toutes les parties prenantes, y compris le personnel soignant, ont droit à la diligence et à la sécurité.

¹ Chef du Service de psychiatrie légale, St Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario); Professeur agrégé, Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario).

© Tous droits réservés 2011. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase de ces sommaires, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. Référence 2011-31s.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

Dans l'éventualité où la contention ou l'isolement sont nécessaires, on ne devrait y avoir recours qu'en situation d'urgence lorsque toutes les mesures moins contraignantes ont été épuisées ou lorsque cette intervention s'impose pour contrer le danger imminent que la personne s'inflige des lésions ou cause des préjudices à autrui. Le personnel soignant doit connaître les techniques d'apaisement en cas de crise et les méthodes de réduction du risque. Il importe également de prendre en considération des aspects tels les caractéristiques du groupe de patients, le milieu physique notamment son aménagement, les ressources financières, les options thérapeutiques et les activités récréatives, qui peuvent contribuer à diminuer le recours à l'isolement et à la contention.

L'établissement qui prévoit le recours à cette forme d'intervention devrait établir un protocole d'application des mesures de contrôle et veiller à le faire connaître de son personnel. Le protocole et les directives connexes se doivent d'être conformes aux normes professionnelles, provinciales et canadiennes en matière d'isolement et de contention. L'établissement veille également à l'adoption de pratiques exemplaires dans ce domaine, y compris la vérification périodique de la pratique médicale.

Il est essentiel de préciser des mesures de protection, dont l'ordonnance et l'examen médicaux obligatoires, l'observation assidue, la brève durée de la période d'application des mesures, les paramètres de diligence et de bienveillance, ainsi que la réévaluation par un réviseur externe lorsque l'intervention est en place plus longtemps que prévu. Tout doit être mis en œuvre pour revoir les incidents ayant conduit à l'isolement ou à la contention et pour agir afin que le recours à cette

intervention dans ces circonstances devienne inutile dans la mesure du possible^{4,5}.

Comme professionnels de la santé, nous devrions nous employer à toujours traiter nos patients avec humanité et impartialité, dans le respect de leurs droits et libertés. En théorie, nul ne devrait être privé de son droit à la liberté, ni voir celle-ci entravée, mais ce sont là malheureusement des conséquences possibles de la maladie mentale en phase aiguë, pendant de brèves périodes. L'isolement et la contention devraient être des mesures d'urgence appliquées exclusivement lorsque les autres mesures ont échoué ou ne sont pas appropriées. Ces interventions peuvent s'avérer essentielles à la protection non seulement du patient, mais également d'autres personnes, notamment les autres patients, le public et le personnel soignant. Le recours à ces interventions doit s'accompagner de l'application de mesures de protection supervisées.

Références

1. *Loi constitutionnelle de 1982* (R.-U.), constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U), 1982, C.11, partie I (Charte canadienne des droits et libertés).
2. *Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*, L.O. 2001, chapitre 16, 1. (1).
3. Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques. Review of seclusion and restraint practices in Ontario provincial psychiatric hospitals. Toronto (Ontario) : Bureau de l'intervention en faveur des patients des établissements psychiatriques; oct. 2001.
4. Substance Abuse & Mental Health Services Administration (SAMHSA). Roadmap to seclusion and restraint free mental health services. Rockville (MD): SAMHSA; 2005.
5. [auteur inconnu]. Standards for restraint and seclusion. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Jt Comm Perspect. 1996;16(1):RS1–RS8. Révisé en avr. 2005.