



Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes

*Extrait du 16^e rapport général du CPT,
publié en 2006*

Remarques préliminaires

36. Dans son 8^e rapport général couvrant l'année 1997, le CPT a traité de la question du placement non volontaire dans les établissements psychiatriques pour adultes. Dans ce contexte, le Comité a fait plusieurs remarques concernant la contention de patients agités et/ou violents. Au cours des neuf années qui se sont écoulées, de vifs débats sur le recours à la contention ont continué, les diverses traditions psychiatriques proposant des approches différentes pour gérer ces patients.

Dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à des moyens qui limitent la liberté de mouvement de patients agités et/ou violents peut parfois s'avérer nécessaire. Etant donné la potentialité d'abus et de mauvais traitements, cet usage de moyens de contention reste un domaine de préoccupation particulière pour le CPT. Par conséquent, les délégations en visite examinent attentivement, dans les établissements psychiatriques, les procédures et les pratiques relatives à la contention, ainsi que la fréquence du recours à de tels moyens. Malheureusement, il semblerait que, dans de nombreux établissements visités, il y ait un recours excessif à des moyens de contention.

Le CPT est d'avis qu'il est temps de développer les commentaires qu'il a faits précédemment. Il apprécierait de recevoir les observations des praticiens sur cette section du rapport général. C'est dans cet esprit de dialogue constructif, dans le but d'aider le personnel de santé à accomplir les tâches ardues qui lui incombent et à fournir aux patients des soins adaptés, que sont faites les observations ci-dessous.

Du recours à la contention en général

37. Par principe, les hôpitaux doivent être des lieux sûrs à la fois pour les patients et pour le personnel. Les patients psychiatriques doivent être traités avec respect et dignité, dans un environnement sûr et humain qui respecte leurs choix et leur autodétermination. L'absence de violence et d'abus, que ce soit à l'encontre de patients par le personnel ou entre patients, constitue une exigence minimale.

Cela étant, le recours à la force physique à l'encontre d'un patient peut être parfois inévitable pour assurer la sécurité du personnel comme des patients. Créer et maintenir de bonnes conditions de vie pour les patients, ainsi qu'un climat thérapeutique adéquat – tâche primordiale pour le

personnel hospitalier – présuppose une absence d'agression et de violence entre les patients et vis-à-vis du personnel. Pour cette raison, il est essentiel que le personnel bénéficie d'une formation et d'un encadrement appropriés afin d'être capable de relever le défi que pose un patient agité et/ou violent d'une manière conforme à l'éthique.

38. La ligne qui sépare la force physique proportionnée pour maîtriser un patient des actes de violence peut être ténue. Lorsqu'elle est dépassée, c'est souvent par inadvertance ou par manque de préparation, plutôt que le résultat d'une intention malveillante. Dans de nombreux cas, le personnel n'est tout simplement pas suffisamment préparé à intervenir lorsqu'il est confronté à des patients agités et/ou violents.

Il convient également de souligner que les délégations du CPT ont constaté qu'un rôle actif et vigilant de la direction s'agissant du recours aux moyens de contention dans un établissement donné entraîne généralement une baisse constante de leur utilisation.

Les types de moyens de contention utilisés

39. Le CPT a observé diverses méthodes de contrôle des patients agités et/ou violents, qui peuvent être utilisées séparément ou en combinaison : la surveillance constante (un membre du personnel se trouve en permanence aux côtés du patient et intervient si nécessaire), les techniques de contrôle manuel, les moyens de contention mécanique comme les sangles, les camisoles de force ou les lits clos, la contention chimique (qui consiste à administrer des médicaments à un patient contre son gré afin de contrôler son comportement) et l'isolement (placement d'un patient contre son gré seul dans une pièce fermée à clef). En règle générale, la méthode choisie pour un patient déterminé doit être celle qui est le plus proportionnée (parmi les méthodes disponibles) par rapport à la situation donnée ; ainsi, le recours automatique à la contention mécanique ou chimique n'est pas justifié dans les cas où une courte période de contrôle manuel combinée à l'utilisation de moyens psychologiques pour calmer le patient aurait suffi.

Comme l'on peut s'y attendre, avoir recours à la persuasion (c'est-à-dire parler au patient afin de le calmer) est la technique préférée du CPT, mais il peut être parfois nécessaire de recourir à d'autres moyens qui entravent directement la liberté de mouvement du patient.

40. Certains moyens de contention mécanique, qui existent toujours dans des hôpitaux psychiatriques visités par le CPT, sont totalement inadaptés à cette fin et pourraient être considérés comme dégradants. Les menottes, les chaînes en métal et les lits-cages entrent sans conteste dans cette catégorie ; ils n'ont pas de place légitime dans la pratique de la psychiatrie et leur utilisation devrait être immédiatement abandonnée.

L'utilisation de lits-filets, répandue dans un certain nombre de pays jusqu'à il y a quelques années à peine, semble être en déclin constant. Même dans les quelques pays où ils sont encore utilisés, le recours aux lits-filets est en baisse. Il s'agit là une évolution positive et le CPT souhaiterait encourager les Etats à continuer de faire des efforts pour réduire davantage le nombre de lits-filets utilisés.

41. Lorsque les moyens de contention chimique, comme les sédatifs, les antipsychotiques, les hypnotiques et les tranquillisants, sont utilisés, ils devraient être assortis des mêmes garanties que les moyens de contention mécanique. Les effets secondaires que ces médicaments pourraient avoir sur le patient concerné doivent constamment être gardés présents à l'esprit, notamment lorsque l'administration de médicaments est associée à l'application d'un moyen de contention mécanique ou d'une mesure d'isolement.

42. Pour ce qui est du placement à l'isolement, cette mesure n'est pas nécessairement un bon moyen de remplacer le recours à la contention mécanique, chimique ou autre. La mise à l'isolement peut avoir un effet calmant à court terme, mais risque aussi de provoquer une désorientation et de l'anxiété, du moins chez certains patients. En d'autres mots, placer une personne dans une pièce d'isolement sans assortir cette mesure de garanties appropriées peut avoir un effet contraire à celui qui est recherché. Le CPT s'inquiète de la tendance observée dans plusieurs hôpitaux psychiatriques qui consiste à communément écarter le recours à d'autres moyens de contention au profit de l'isolement.

A quel moment avoir recours à la contention

43. En règle générale, un patient ne devrait être soumis à la contention que comme mesure d'ultime recours ; il s'agit d'une mesure extrême appliquée afin de prévenir des blessures imminentes ou de réduire une agitation et/ou une violence aiguës.

En réalité, le CPT constate souvent que des patients sont entravés, généralement par des moyens de contention mécanique, comme sanction pour « mauvaise conduite » ou comme méthode pour induire un changement de comportement.

En outre, dans nombre des établissements psychiatriques visités par le CPT, le recours aux moyens de contention est utilisé comme mesure de commodité pour le personnel, permettant d'immobiliser les patients difficiles pendant que d'autres tâches sont accomplies. L'argument fourni à plusieurs reprises au CPT est que la pénurie de personnel nécessite un recours accru aux moyens de contention.

Ce raisonnement est mal fondé. L'utilisation de moyens de contention de manière correcte et dans un environnement approprié nécessite davantage – et non moins – de personnel médical, puisque chaque cas de recours à la contention implique de mobiliser un membre du personnel pour assurer une surveillance directe, personnelle et permanente (cf. paragraphe 50).

S'agissant des patients volontaires, il ne faudrait leur appliquer des mesures de contention qu'avec leur consentement. S'il est jugé nécessaire de soumettre un patient volontaire à une telle mesure et que celui-ci s'y oppose, il convient de revoir le statut juridique de l'intéressé.

44. Que peut-on faire pour prévenir une mauvaise utilisation ou un usage excessif des moyens de contention ? Tout d'abord, l'expérience montre que, dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à la contention, notamment mécanique, peut être réduit considérablement. Les programmes mis en œuvre à cette fin dans certains pays semblent avoir donné de bons résultats sans entraîner d'augmentation du recours à la contention chimique ou au contrôle manuel. Il est donc permis de se demander si la suppression totale (ou presque totale) de la contention ne serait pas un objectif réaliste à plus long terme.

Il est impératif que chaque cas de recours à la contention soit autorisé par un médecin ou, du moins, porté à son attention sans retard afin d'obtenir son autorisation. D'après l'expérience du CPT, les moyens de contention ont tendance à être utilisés plus fréquemment lorsque le médecin donne une autorisation générale préalable, au lieu de prendre les décisions au cas par cas (en fonction de la situation rencontrée).

45. Lorsque la situation d'urgence ayant entraîné l'application des moyens de contention cesse d'exister, le patient doit être immédiatement libéré. Parfois, le CPT rencontre des patients auxquels des moyens de contention mécanique ont été appliqués pendant des jours, sans interruption. Il ne saurait y avoir de justification à une telle pratique, qui s'apparente, de l'avis du CPT, à un mauvais traitement.

L'une des principales raisons pour lesquelles les pratiques de cette nature perdurent, est que rares sont les établissements psychiatriques à avoir défini des règles précises sur la durée de la contention. Les établissements psychiatriques devraient envisager d'adopter une règle selon laquelle l'autorisation d'utiliser des moyens de contention mécanique devient caduque au bout d'un certain temps, à moins d'être expressément prolongée par un médecin. Pour un médecin, l'existence d'une telle règle sera une incitation forte à rendre visite en personne au patient maintenu en contention et vérifier ainsi son état de santé mentale et physique.

46. Une fois les moyens de contention levés, il est essentiel d'effectuer un bilan (« débriefing ») avec le patient. Cela donnera l'occasion au médecin d'expliquer les raisons de la mesure et de diminuer ainsi le traumatisme psychologique de cette expérience, ainsi que de rétablir la relation médecin-patient. Pour le patient, ce bilan est une occasion d'expliquer ce qu'il ressentait avant d'être soumis à la mesure de contention, ce qui peut lui permettre – et permettre au personnel – de mieux comprendre son comportement. Le patient et les membres du personnel peuvent essayer de voir ensemble comment le patient pourrait parvenir à mieux se maîtriser, évitant peut-être ainsi d'autres épisodes de violence suivis de mesures de contention.

Comment utiliser les moyens de contention

47. Au fil des ans, de nombreux patients ont parlé aux délégations du CPT de leur expérience de la contention. Ces entretiens ont révélé que cette épreuve était généralement ressentie comme humiliante, un sentiment qui était parfois renforcé par la façon dont les moyens de contention étaient appliqués.

Le personnel d'un hôpital psychiatrique devrait se préoccuper avant tout du fait que les conditions et les circonstances du recours à la contention n'aggravent pas la santé mentale et physique des patients qui y sont soumis. Cela implique inter alia que les traitements thérapeutiques déjà prescrits ne devraient dans la mesure du possible pas être interrompus, et que les symptômes de sevrage des patients dépendants de substances devraient être traités de manière appropriée. Que ces symptômes soient provoqués par la privation de stupéfiants, de nicotine ou d'autres substances ne devrait faire aucune différence.

48. En général, l'endroit où un patient est soumis à la contention doit être spécialement conçu à cette fin. Il devrait être sûr (par exemple, sans verre ou carreau cassé), et bénéficier d'une lumière appropriée et d'un chauffage adéquat, favorisant ainsi un environnement qui calme le patient.

En outre, un patient soumis à la contention devrait être vêtu correctement et ne devrait pas être exposé à la vue d'autres patients, sauf s'il en a fait explicitement la demande ou s'il est connu pour préférer la compagnie. Il faut garantir en toutes circonstances que les patients soumis à une mesure de contention ne puissent pas être lésés par d'autres patients. Il va de soi que le personnel ne devrait pas être assisté par d'autres patients lorsqu'il applique des moyens de contention à un patient.

Les moyens de contention devraient être appliqués avec compétence et avec soin pour éviter de mettre en danger la santé du patient et de le faire souffrir. Les fonctions vitales du patient, comme la respiration et la capacité de communiquer, manger et boire ne doivent pas être entravées. Dans le cas de patients ayant tendance à mordre, téter ou cracher, il faut utiliser d'autres moyens que d'entraver la bouche pour prévenir les éventuels effets indésirables de tels agissements.

49. Immobiliser de manière adéquate un patient agité ou violent n'est pas une tâche facile pour le personnel. Non seulement la formation est essentielle, mais des cours de formation continue doivent être organisés régulièrement. Ces cours devraient non seulement porter sur la façon d'appliquer des moyens de contention, mais encore, ce qui est tout aussi important, veiller à ce que

le personnel soignant comprenne bien l'impact que peut avoir l'utilisation de la contention sur un patient et sache comment prendre soin d'un patient soumis à la contention.

50. Utiliser les moyens de contention de manière adéquate nécessite des ressources en personnel importantes. Par exemple, le CPT estime que, lorsque les membres d'un patient sont entravés par des sangles ou des ceintures, un membre du personnel formé devrait être présent en permanence pour maintenir la relation thérapeutique et assister le patient. Cette assistance peut consister à accompagner le patient aux toilettes ou, dans les cas exceptionnels où la mesure de contention dure plus de quelques minutes, à l'aider à s'alimenter.

A l'évidence, la vidéosurveillance ne saurait remplacer une telle présence continue du personnel. En cas de placement à l'isolement d'un patient, le membre du personnel peut se trouver hors de la chambre du patient, à condition que le patient puisse bien voir le membre du personnel et que ce dernier puisse continuellement observer le patient et l'entendre.

L'adoption d'une politique générale relative à la contention

51. Tout établissement psychiatrique devrait avoir une politique générale et bien pensée relative à la contention. La participation et le soutien du personnel comme de la direction dans l'élaboration d'une telle politique sont essentiels. Cette politique devrait indiquer clairement les moyens de contention pouvant être utilisés, les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, les mesures pratiques de leur application, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention.

Cette politique devrait également prévoir des chapitres sur d'autres sujets importants, comme : la formation du personnel, la politique relative aux plaintes, les mécanismes de contrôle interne et externe, et le « débriefing ». De l'avis du CPT, une politique générale de ce type est non seulement un soutien majeur pour le personnel, mais elle est aussi utile pour aider à s'assurer que les patients et leurs tuteurs ou représentants comprennent les raisons qui sous-tendent une mesure de contention susceptible d'être imposée.

Enregistrement des cas de contention

52. L'expérience montre qu'un enregistrement détaillé et rigoureux des cas de recours à la contention peut fournir à la direction de l'hôpital un aperçu de leur ampleur et de leur fréquence, et lui permettre de prendre des mesures, le cas échéant, pour en diminuer la survenance.

De préférence, un registre spécial devrait être tenu pour recenser tous les cas de recours à des moyens de contention, en plus des informations contenues dans le dossier médical personnel du patient. Les éléments à consigner dans le registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Les patients devraient être habilités à ajouter des commentaires au registre, et devraient être informés de ce droit ; à leur demande, ils devraient recevoir une copie de tous les éléments consignés.

53. L'envoi régulier de rapports à un organe de contrôle extérieur, comme un service d'inspection de la santé, peut également être envisagé. L'avantage évident d'un tel mécanisme de contrôle est qu'il permettrait d'obtenir un aperçu national ou régional des pratiques de contention, ce qui faciliterait les efforts visant à mieux les comprendre et, par conséquent, à mieux gérer leur application.

Remarques finales

54. Il convient de reconnaître que le recours à des mesures de contention semble être influencé de manière non négligeable par des facteurs non cliniques comme la perception du personnel quant à son propre rôle et la sensibilisation des patients à leurs droits. Des études comparatives ont montré que la fréquence du recours à la contention, y compris à l'isolement, n'est pas seulement fonction des effectifs, des diagnostics sur les patients ou des conditions matérielles du service, mais aussi de « la culture et des attitudes » du personnel hospitalier.