

Liberté et sécurité

Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté

Nouvelle édition 2011 entièrement refondue



Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie
Société Suisse de Gérontologie
Società Svizzera di Gerontologia

SGG SSG

Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté

Nouvelle édition 2011 entièrement refondue

Impressum

Auteur-e-s de l'édition 2011

Andrea Ermler, infirmière diplômée AKP,
experte en soins et santé FH, gérontologue MAS

Regula Schmitt-Mannhart,
médecin interniste (spécialisation en gériatrie)

Rédaction

Jacques Dentan et Monika Steiger, SGG SSG

Vérification juridique

Simone Schmucki, avocate, Dr en droit
(responsabilité civile, assurances), Saint-Gall

Vérification français juridique

Eva Bloudanis juriste, MA, Neuchâtel

Révision pour les questions éthiques

Simone Romagnoli, philosophe

Lectorat

Christiane Droz, Lausanne

Traduction

Eric Fagard

Graphisme

Thomas Schwander, Zurich

Mise en pages

doppelrahm GmbH, Zurich

Impression

Rub Graf-Lehmann AG, Berne

Adresse de commande

SGG SSG, info@sgg-ssg.ch, www.sgg-ssg.ch

Prix

7 francs l'exemplaire + port; rabais de quantité dès cinq exemplaires

Première édition

1999

Auteur-e-s

Charles Chappuis, Michel Gaillard, Hedwig Haske Pelsoeczy,
Fritz Huber, Daniel Inglin, Regula Schmitt-Mannhart,
Pierre Schwed, Mary-Claude Thierstein, Albert Wettstein,
Adrian Holderegger, Jean-Pierre Graf, Jürg Wegelin

Table des matières

1. Avant-propos	2
2. Préambule	4
3. Exemple pratique	5
3.1 Première solution envisageable	5
3.2 Seconde solution envisageable	7
3.3 Définition des concepts	9
4. Mesures d'entrave à la liberté (MEL)	11
4.1 Définition	11
4.2 Exemples de MEL	11
4.3 Indications des MEL	11
4.4 Risques des MEL	12
5. Autres mesures préventives et d'accompagnement	13
6. Aspects légaux	14
7. Directives d'application des MEL	15
8. Application des directives	17
8.1 Arbre décisionnel	18
8.2 Comment utiliser le protocole d'aide à la décision	19
8.3 Protocole d'aide à la décision	20
9. Mesures d'assurance qualité	22
10. Notes	23
11. Bibliographie	25
11.1 Références	25
11.2 Lectures complémentaires	26

La SSG a publié dès 1999 une première brochure relative à l'application des mesures d'entrave à la liberté (MEL) dans le cadre du traitement et de la prise en charge des personnes âgées. Cette brochure était déjà intitulée «Liberté et sécurité». Une grande incertitude, notamment juridique, accompagnait alors la mise en œuvre des MEL par les EMS et les hôpitaux qui ne disposaient guère de directives claires, ni de recommandations.

Cette brochure de la SSG répondait manifestement aux exigences pratiques, car elle a connu un grand succès. Des institutions et des organisations l'ont commandée année après année et ses recommandations ont été, comme de nombreuses réactions l'ont démontré, appliquées avec succès, rendant ainsi plusieurs rééditions nécessaires.

Depuis 1999 cependant, tant les soins que le traitement médical ont changé. L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a examiné des situations médicoéthiques complexes et publié des directives d'application concernant la pratique. D'autres dispositions applicables aux MEL sont encore venues s'ajouter avec le nouveau droit de la protection de l'adulte qui entrera en vigueur en 2013. En raison de cette évolution, la SSG a décidé de remanier profondément cette brochure et de l'adapter à ces nouvelles prescriptions. D'innombrables spécialistes ont contribué à cette édition entièrement refondue.

Cette brochure s'adresse aux professionnels de la santé, chargés du traitement

médical et des soins des patients de tous âges: personnel infirmier, médecins et thérapeutes, notamment, et, tout particulièrement, personnel des établissements de soins stationnaires lequel est confronté quotidiennement à l'application – ou non – des MEL.

Le nouveau droit de la protection de l'adulte ne règle les mesures d'entrave à la liberté de mouvement que pour les personnes incapables de discernement résidant dans des établissements d'hébergement et de soins de longue durée, alors que les directives proposées ici concernent aussi les soins aigus et la prise en charge en ambulatoire. Le contexte et les situations particulières à ces établissements ne peuvent cependant pas être envisagés dans le détail.

Cette brochure traite des MEL du mouvement et les médicaments utilisés à cette fin en font également partie. Les médicaments ne sont certes pas repris parmi les MEL dans l'art. 383⁹ du Code civil (CC), mais il n'est pas possible de les en exclure dans les faits.

Le placement à fin d'assistance de personnes incapables de discernement n'est pas envisagé dans cette brochure, pas plus que les mesures de contrainte, celles disciplinaires ou de gestion des substances addictives. Les mesures de contrainte peuvent être prises de manière analogue à l'application des MEL décrite ici (*lire à ce sujet les directives 2005 de l'ASSM*).

Quel est l'objectif de cette brochure?

Cette brochure entend donner aux professionnels un outil nuancé leur permettant

d'appliquer les MEL à bon escient et de trouver des solutions appropriées.

Le préambule esquisse la problématique fondamentale et la position soutenues ici.

Le chapitre 3 décrit et commente un exemple pratique, avec deux tentatives différentes de solution, afin de clarifier la problématique et de trouver des solutions responsables et créatives. Les concepts clés des MEL y sont également explicités.

Le chapitre 4 définit les MEL et en explique les indications ainsi que les risques.

Le chapitre 5 mentionne des mesures préventives et d'accompagnement. Il cherche à promouvoir la recherche de solutions aptes à garantir la liberté et la sécurité, sans recourir à la restriction.

Le chapitre 6 aborde les aspects légaux.

Le chapitre 7 donne les directives et le champ d'application des MEL. Il précise les limites du cadre dans lequel elles sont envisageables et explique les éléments dont il faut tenir compte à tout prix. Il montre que les MEL doivent toujours rester l'exception.

Le chapitre 8 propose une aide concrète pour leur mise en pratique. L'arbre décisionnel, le protocole d'aide à la décision et le mode d'emploi doivent absolument être perçus et appliqués dans leur contexte.

Le chapitre 9 traite des mesures d'assurance qualité dans lesquelles doivent s'inscrire les processus décisionnels ainsi que l'adoption – ou le rejet – des MEL. Il faut in-

sister, ici, sur le fait que des interventions responsables sur le terrain délicat de la liberté et de la sécurité exigent absolument une sensibilisation et une collaboration interdisciplinaire, des compétences spéciales ainsi qu'une formation spécifique et continue. C'est à ces conditions seulement qu'on peut trouver le moyen d'assurer la sécurité dans le respect de la liberté.

Le chapitre 11 clôt la brochure avec des références bibliographiques.

2. Préambule

Lorsque la prise en charge des patients est assurée par des professionnels, une question éthique délicate se pose fréquemment. Est-il acceptable d'appliquer des mesures d'entrave à la liberté (MEL) pour assurer la sécurité d'une personne, et ainsi la protéger, ou ces mesures sont-elles inacceptables, parce qu'elles représentent une grave atteinte à son autonomie?

Les droits fondamentaux à respecter dans ce genre de décision figurent dans la Constitution fédérale (Cst.):

Art. 7 Cst. – «La dignité humaine doit être respectée et protégée.»

Art. 10 al. 2 Cst. – «Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement.»

Art. 12 Cst. – «Quiconque est dans une situation de détresse et n'est pas en mesure de subvenir à son entretien a le droit d'être aidé et assisté et de recevoir les moyens indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine.»

Certaines affections, plus fréquentes chez la personne âgée, s'accompagnent de troubles du comportement, d'agitation et de confusion qui peuvent menacer l'intégrité – avant tout physique – de la personne elle-même et/ou d'autrui. Dans ce genre de situation, des MEL limitant la liberté de mouvement sont souvent envisagées pour lever cette menace ou la minimiser. L'application d'une MEL porte néanmoins atteinte aux droits fondamentaux de cette personne

et peut provoquer à son tour une mise en danger. S'en abstenir peut, en revanche, avoir de graves conséquences entravant plus lourdement la liberté de mouvement que les MEL elles-mêmes. Devant préserver à la fois la liberté et la sécurité, les responsables de la prise²⁾ en charge sont face à un dilemme éthique. Dans ces situations, comment peut-on et doit-on s'acquitter de son devoir de diligence? Qui est, somme toute, juridiquement autorisé à ordonner des MEL? Et quels sont les droits et les devoirs des proches? Les chapitres suivants traitent de ces questions et apportent une réponse.

Outre le respect des droits fondamentaux, les ressources et les compétences lors de la prise en charge jouent un rôle majeur dans la décision d'appliquer ou de renoncer à ces mesures. A-t-on connaissance de mesures préventives, ou autres, n'entravant pas – ou moins – la liberté? Les facteurs déclenchant l'agitation et des troubles sont-ils identifiés? Dispose-t-on du personnel responsable compétent pour la prise en charge ainsi que des ressources matérielles et des structures appropriées? Des études ont montré que la position et la compétence du personnel soignant ont beaucoup d'influence sur la prévalence et la mise en œuvre des MEL.

Les mesures d'entrave à la liberté ne la restreignent pas toutes au même degré. Par ailleurs, la liberté et les entraves à la liberté sont perçues et vécues différemment selon chacun et son et vécu personnel. Les cir-

constances, la problématique et, par conséquent, le dilemme éthique peuvent, de plus, changer d'un jour à l'autre.

Les professionnels de la santé sont soumis à des exigences élevées. Ils ne peuvent se contenter de suivre des directives, mais doivent prendre des décisions compétentes et responsables – qu'ils doivent réévaluer sans cesse.

L'application de principes éthiques exige sagesse et circonspection, afin de pouvoir prendre avec bienveillance, humanité et réalisme des décisions justifiables, mesurées et ajustées à chaque cas.

En prenant le cas de la résidente d'un home dont l'agitation représente un danger pour elle-même, nous allons illustrer, ici, deux approches différentes d'une même situation. La première solution illustre les maladresses de l'équipe soignante et montre ce qu'il ne faut pas faire. La seconde solution dépeint une intervention réussie. Elle veut encourager la recherche créative de moyens autres que les MEL et démontrer que la compétence professionnelle est indispensable si l'on veut, à la fois, garantir la sécurité d'une personne et préserver, voire même accroître, sa liberté.

Madame S. souffre de démence et réside dans un établissement de soins. Elle perturbe la vie de l'institution par son comportement agité et une hyperactivité hors du commun. Sa marche est hésitante, avec un risque de chute. Le matin, une aide-soignante l'aide à se lever et à faire sa toilette. Madame S. prend ses repas à la table commune avec d'autres pensionnaires. Son agitation croissante, ses levers de table intempestifs et ses flots d'invectives pendant les repas importunent les autres – qui s'en plaignent de plus en plus. Et ses proches également. Madame S. se lève continuellement pendant la nuit, déambule un peu partout, entre dans les autres chambres. Il lui est déjà arrivé de tomber et de se blesser légèrement.

3.1 Première solution envisageable

L'équipe soignante considère que cette situation ne peut plus durer et qu'il est urgent d'y remédier rapidement. Il faut calmer Madame S., réduire ses risques de chute et rétablir une atmosphère sereine dans le

groupe. L'infirmière de service s'entretient par téléphone avec le médecin responsable qui instaure un train de mesures immédiates, mais ne pourra venir que six jours plus tard.

Madame S. reçoit des neuroleptiques pendant la journée pour lutter contre les flots de récriminations et un sédatif le soir. Elle est maintenue pendant la nuit par une ceinture abdominale et des barrières de lit sont mises en place. Le matin, après sa toilette, elle est attachée avec une sangle à son fauteuil roulant, les jambes confortablement soutenues par un repose-pied.

Avec l'instauration de ces mesures d'entrave à la liberté (MEL), Madame S. devient plus agitée que jamais. Elle se met à hurler et veut mordre les soignantes qui s'approchent d'elle; elle reçoit, deux jours plus tard, une dose supplémentaire de calmants, prescrits une fois encore par téléphone et incorporés à sa nourriture, car elle refuse de les prendre. Elle s'assoupit alors plus souvent, les mesures prises atténuent son agitation et son comportement agressif disparaît. Quand elle se met en mouvement, ses gestes sont malheureusement encore plus incertains et, lorsqu'elle se déplace sans surveillance, les risques de chute sont accrus et leurs conséquences probables aggravées. Ses proches, tout comme le personnel soignant, sont satisfaits de ne plus vivre dans la crainte continue qu'elle se fasse mal et dérange les autres intempestivement. Mais chacun est maintenant préoccupé, car elle est apathique et repliée sur elle-même.

Commentaires

Les responsables de la prise en charge prennent leur devoir de diligence au sérieux en considérant que le but primordial est de garantir la sécurité de Madame S. et de la protéger contre un risque de chute indéniable. C'est pourquoi elle est attachée, de jour comme de nuit, et empêchée d'aller dans les autres chambres. En atténuant son agitation ainsi que ses tirades d'invectives, les médicaments cherchent à protéger les autres pensionnaires qu'elle importune.

On note cependant que ni le médecin ni l'équipe soignante ne recherchent les causes de l'agitation, ni les possibles conséquences indésirables des MEL, pas plus qu'ils n'envisagent de mesures non, ou moins, coercitives. Le débat éthique sur la façon de concilier au mieux «liberté et sécurité» n'a pas lieu. Ils ne réalisent pas non plus que l'administration de médicaments dans la nourriture, à l'insu de la pensionnaire, représente une mesure de contrainte.

Les MEL rendent Madame S. apathique et encore plus aliénée, son autonomie diminue à vue d'œil et sa prédisposition aux chutes s'aggrave, bien que les situations à risque aient diminué.

3.2 Seconde solution envisageable

Dans son rapport, la soignante qui suit Madame S. explique qu'elle est nettement plus agitée pendant les repas et au cours de la nuit. Elle pense qu'elle se met en état de danger imminent et fait remarquer que les autres pensionnaires trouvent son comportement intolérable. Des mesures urgentes s'imposent pour faire cesser ce désordre. L'équipe décide de téléphoner au médecin et de lui demander de passer plus tôt que prévu pour parler de cette situation.

Les membres de l'équipe confrontent leurs observations et discutent le lendemain avec le médecin des causes possibles de cette agitation et des mesures envisageables, en tenant compte de leurs conséquences et des risques inhérents. Souffre-t-elle éventuellement d'une infection urinaire ou de douleurs méconnues? Boit-elle assez? A-t-elle d'autres pathologies favorisant son agitation et sa désorientation. Le rythme et le planning des journées correspondent-ils à ses besoins et à ses habitudes? Se sent-elle accablée par les stimuli environnants? Est-elle angoissée de ne pouvoir tout comprendre en raison de sa démence?

Les douleurs, l'infection urinaire, la déshydratation et la comorbidité sont exclues après examen. L'équipe, consciente du dilemme éthique, envisage différentes solutions permettant d'assurer la sécurité de Madame S. et d'éviter les nuisances aux autres pensionnaires, tout en améliorant son confort, sans trop restreindre sa liberté de mouvement. Après avoir entendu plu-

sieurs remarques, parlé des solutions possibles et demandé l'avis de la patiente et de la famille, l'équipe prend une série de mesures.

Le planning de Madame S. est adapté à ses besoins présumés. Dès son lever, une aide-soignante l'accompagne aux W.-C. avec un déambulateur. Après sa toilette, on l'aide à placer son protège-hanche et à gagner la salle à manger. Elle reçoit son petit-déjeuner, comme les autres repas, avec une autre pensionnaire à une petite table placée à l'écart, dans un coin tranquille, où elle n'est pas trop perturbée par le remue-ménage environnant. On l'aide ensuite à se rendre aux W.-C. à pied avant de l'asseoir dans un fauteuil roulant où elle est maintenue par une ceinture. Ses jambes atteignent facilement le sol, ce qui lui permet de se déplacer seule. Elle est assise sur une chaise normale pour les repas et elle peut se reposer pendant une heure sur son lit après celui de midi. On l'aide plusieurs fois par jour à se lever du fauteuil roulant et à marcher un peu, de préférence à l'extérieur, car elle a toujours aimé la nature. On l'accompagne de nouveau aux toilettes à 22 heures, avant de la mettre au lit. Elle reçoit un antidépresseur sédatif et dort dans un lit surbaissé avec tapis de détection.

Toutes ces mesures ont été prises après en avoir parlé à Madame S. et à sa fille. Le planning quotidien est bien défini et repris au dossier de soins. Deux semaines plus tard, les mesures sont réexaminées avec elle et sa fille, afin de les modifier si nécessaire.

Commentaires

Le personnel soignant prend sérieusement en considération le droit de Madame S. d'être protégée et assistée. Cela signifie, dans le cas de Madame S., ne pas nuire (principe de non-malfaisance), tout en améliorant son bien-être (principe de bienfaisance).

Il faut soigneusement examiner les éléments concrets à prendre en compte dans cette situation. L'équipe s'efforce de résoudre le dilemme éthique où s'affrontent liberté et sécurité et réfléchit aux risques de chute ou aux conséquences psychiques pouvant résulter des contraintes physiques ou de l'administration inappropriée des médicaments psychotropes. Tout le monde cherche à savoir comment respecter l'autonomie, la volonté (présumée) et le besoin de mouvement (principe d'autonomie) de Madame S., en assurant simultanément sa sécurité, sans oublier pour autant les probables répercussions des mesures prises sur les autres pensionnaires (principe de justice).

Les membres de l'équipe recherchent les facteurs déclenchant l'agitation, connaissent le tableau clinique des démences et des délires et disposent des moyens et des structures nécessaires. Ils cherchent une solution sur mesure, s'informent des ressources, des préférences et des antécédents de Madame S. Ils prennent malgré tout des risques calculés: renversement du fauteuil roulant, chute du lit malgré le système de détection, par exemple. Toutes les

personnes impliquées dans la discussion sont prêtes à assumer la responsabilité de leur stratégie commune et à reconsidérer régulièrement l'efficacité des mesures prises.

3.3 Définition des concepts

Les définitions données ici des concepts rencontrés dans notre exemple pratique reposent sur différentes sources. Elles sont

adaptées à la thématique des mesures d'entrave à la liberté (MEL) et destinées aux débats de fond dans la pratique.

Assistance

La protection de la vie et de l'intégrité physique respectivement personnelle, fait partie de la notion de dignité humaine. Cela implique le droit à l'assistance pour les personnes malades, handicapées ou incapables de discernement ainsi que l'obligation de ne pas leur faire de tort et, dans la mesure du possible, de leur faire du bien. Les assister signifie aussi protéger et promouvoir leur santé et leur bien-être.

Liberté

La liberté est un droit humain fondamental, c'est-à-dire que toute personne a droit à disposer d'elle-même en usant de son libre arbitre ainsi que de sa liberté d'action. Chacun y parvient différemment en fonction de ses conditions physiques, psychiques et sociales. Dans le cadre des soins et de la prise en charge, cela signifie pouvoir agir et se mouvoir librement, sans violence, ni contrainte ni ingérence extérieure quelconque. Les mesures d'entrave à la liberté, évoquées dans cette brochure, désignent une entrave à la liberté de mouvement.

Autonomie

L'autonomie désigne la faculté d'exercer son libre arbitre et de vivre en accord avec ses propres valeurs et ses convictions. La restriction croissante d'autonomie qui accompagne souvent le vieillissement et modifie le degré de dépendance de quelqu'un ne le prive pas du droit au respect de son autonomie. Lorsque l'autonomie d'une personne est restreinte, il convient d'appréhender sa volonté présumée, afin d'orienter la prise en charge en conséquence.

Sécurité

La sécurité est un besoin humain fondamental qui recouvre l'intégrité tant physique, psychique, sociale qu'économique. L'individu et la société sont conjointement responsables de la satisfaction de ce besoin fondamental.

Devoir de diligence

Les professionnels des soins et de la prise en charge doivent accomplir leur tâche avec diligence, dans le respect des dispositions légales et selon les règles de l'art. Les exigences liées au devoir de diligence diffèrent selon le contexte propre à chaque cas particulier et, notamment, le type d'intervention ou de traitement et les risques afférents ainsi que le temps et les moyens à disposition.

Responsabilité

La responsabilité est l'attitude fondamentale dans la prise en charge des choses et des êtres. Elle va au-delà du devoir de diligence. Elle implique d'être disponible pour résoudre des tâches complexes et de faire des choix dans son propre champ de compétence tout en rendant compte de ses actes.

Mesures de contrainte

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) définit les mesures de contrainte de la manière suivante:

«Par *mesure de contrainte*, on entend toute intervention allant à l'encontre de la volonté déclarée du patient ou suscitant sa résistance, ou, si le patient n'est pas capable de communiquer, allant à l'encontre de sa volonté présumée. (..) Dans la pratique, on peut distinguer entre l'entrave à *la liberté et le traitement forcé*.»

Entrave à la liberté

On parle d'entrave à la liberté lorsqu'il s'agit exclusivement d'une restriction à la liberté de mouvement (par exemple, l'internement dans un établissement fermé). Les entraves majeures à la liberté sont la contention (par exemple, avec des sangles) ou l'isolement (par exemple, dans une chambre d'isolement).

Traitement sous contrainte

Lorsqu'il y a non seulement entrave à la liberté, mais atteinte à l'intégrité physique d'une personne (par exemple, si une médication est administrée sous la contrainte ou avec l'usage de la force), il s'agit d'une mesure de contrainte médicale avec atteinte à l'intégrité physique. On utilise alors le terme de «*traitement sous contrainte*»³.

4. Mesures d'entrave à la liberté

4.1 Définition

L'entrave à la liberté de mouvement est la caractéristique des MEL dans le contexte qui nous occupe ici. Il y a entrave à la liberté lorsqu'une mesure empêche une personne de se déplacer comme elle le 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. 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 prévention 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.

Le nouveau droit de la protection de l'adulte, qui entrera en vigueur en 2013, réglemente les «*Mesures limitant la liberté de mouvement*» des personnes séjournant en établissement médicosocial. L'expression «*mesures d'entrave à la liberté*» utilisée dans cette brochure correspond aux termes en vigueur dans la pratique courante ainsi que dans la littérature. Lire aussi chapitre 6 «*Aspects légaux*».

4.2 Exemples de MEL

- Enfermement (dans une chambre, un service, etc.).
- Réalisation d'un environnement fermé par des mesures techniques ou organisation-

nelles: système de surveillance électronique, serrure de sécurité, sonnette, etc.

- Maintien au lit au moyen de barrières de lit, de sangles, de housses ou autres.
- Maintien dans un fauteuil au moyen d'une ceinture ou d'un gilet ou en bloquant le fauteuil contre une table, etc.
- Entrave sélective aux mains au moyen de sangles, de gants, etc.
- Administration de médicaments⁴⁾ (parfois appelée «camisole chimique») dans le but de réfréner l'hyperactivité: neuroleptiques, benzodiazépines, par exemple.

Les médicaments prescrits dans le traitement des délires, des hallucinations, de l'anxiété et des insomnies ne sont pas à considérer comme étant des MEL.

4.3 Indications des MEL

Les MEL peuvent être indiquées dans différentes circonstances.

- Prévention d'accidents et de traumatismes.
- Prévention d'automutilations et autres conduites de mise en danger de soi.
- Prévention de dommages au matériel de soins (pansements, cathéters, perfusions, etc.).
- Prévention de conduites agressives, délibérées ou non, envers autrui.
- Prévention de conduites importunant autrui.

Remarques importantes

Les MEL ne devraient être envisagées qu'en dernier recours pour écarter un danger menaçant sérieusement la vie ou l'intégrité physique d'une personne ou d'autrui ou lorsque la vie des autres pensionnaires est gravement perturbée. Elles doivent toujours respecter le principe de la proportionnalité, être limitées dans le temps et prises uniquement si des mesures moins radicales s'avèrent – ou paraissent a priori – insuffisantes.

Les pathologies démentielles représentent une situation particulièrement délicate. La prescription de MEL est alors souvent légitimée par le risque de chute, l'agitation, l'activité incessante ou un comportement agressif envers soi-même ou envers autrui; mais aucun de ces éléments ne peut justifier, à lui seul, des interventions aussi radicales que les MEL. Les causes des troubles doivent être recherchées et, si possible, traitées. Par ailleurs, l'application d'autres mesures, non ou moins coercitives, doivent être évaluées, en prenant en considération les aspects éthiques et légaux.

Une autre situation délicate est le délire, parfois difficile à reconnaître, surtout sous une forme insidieuse ou atypique. La recherche des facteurs déclenchants (phénomènes douloureux, infections, déshydratation, pathologies cardiovasculaires, médicaments, affections aiguës concomitantes, etc.) est absolument indispensable et demande de grandes compétences profes-

sionnelles et des soins personnalisés.

4.4 Risques des MEL

Les MEL peuvent initier un cercle vicieux. L'entrave à la liberté de mouvement peut, en effet, accroître l'agitation, tandis que les psychotropes sont susceptibles de provoquer d'autres conséquences indésirables: aggravation de la confusion et de l'incapacité de discernement, avec augmentation du risque de chute, refus de boire ou de manger, déshydratation, problèmes de déglutition, accidents thromboemboliques, hématomes, risque de pneumonie et de décubitus. Les contentions physiques et/ou leur équivalent pharmacologique réduisent en outre la faculté de se déplacer, ce qui accroît particulièrement le risque de chute.

Les MEL peuvent susciter de l'anxiété ou un comportement agressif. De manière générale, la qualité de vie ainsi que les capacités de ces personnes sont compromises. Une apathie, avec repli sur soi, peut en résulter.

Des MEL appliquées de manière inadéquate peuvent, quant à elles, occasionner de graves lésions physiques et le risque d'accident mortel, notamment par strangulation, n'est pas exclu.

Aucune étude scientifique ne démontre que les MEL peuvent diminuer les chutes.

5. Autres mesures préventives et d'accompagnement

Il existe des mesures qui apportent la sécurité, réduisent l'anxiété, le comportement agressif et l'agitation et qui peuvent protéger d'un danger sans attenter à la liberté. Les bénéficiaires parviennent à mieux apprécier la situation et à s'orienter, leur mobilité est préservée et les périodes d'agitation régressent. Des exemples concrets de mesures de ce genre sont donnés dans le protocole décisionnel (*lire chapitre 8.3*). Un milieu idéalement sécurisé facilite beaucoup la prise en charge réfléchie de personnes désorientées, sans avoir à prendre de mesures coercitives.

Il existe dans de nombreuses circonstances une marge de manœuvre permettant d'éviter d'avoir recours aux MEL. Cette marge existe également pour les mesures d'accompagnement lorsque les MEL sont inévitables, mais tout doit être fait pour limiter les contraintes imposées.

Voici, dans différents domaines, quelques mesures qui peuvent, au quotidien, améliorer la sécurité et le bien-être des personnes prises en charge.

Aménagement des locaux

Eclairage, couleurs, ameublement fonctionnel, mesures architectoniques, protection contre les nuisances environnementales, etc.

Vie des pensionnaires

Personnaliser l'organisation de la vie quotidienne et des horaires (heure des repas, par exemple), activités individuelles ou de

groupe (sans excès), moyens auxiliaires appropriés, rééducation fonctionnelle, promenades, activités quotidiennes d'intégration, etc.

Soins et prise en charge

Soins personnalisés, traitement tant préventif que curatif des phénomènes douloureux, meilleure oxygénothérapie, surveillance de l'alimentation, des apports hydriques, de la miction et de la défécation, vérification des lunettes, prothèses auditives et autres, validation, action sur le milieu immédiat, récits de vie, participation de l'entourage et des proches, formations continues (démences, délires et autres pathologies), discussions interdisciplinaires des cas, supervision, bénévolat...

Nous renvoyons également au chapitre 9 et aux mesures d'assurance qualité préalables à toute prise de décision.

6. Aspects légaux

Les données et les directives d'application des MEL fournies par cette brochure sont conformes au nouveau droit de la protection de l'adulte qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2013, l'art. 383 CC réglant les mesures de restriction de la liberté de mouvement.

Le droit de la protection de l'adulte règle exclusivement la limitation de la liberté de mouvement des personnes incapables de discernement résidant dans un EMS ou des logements avec encadrement médico-social. Les MEL s'opposant à la volonté de personnes capables de discernement ne sont pas autorisées en dehors des législations cantonales. Des solutions contractuelles avec des personnes capables de discernement sont possibles.

La personne responsable des soins ou de la prise en charge évalue, au cas par cas, si une personne visée par une MEL est capable de discernement⁵⁾. Un médecin spécialiste doit être consulté pour les décisions importantes. La capacité de discernement est évaluée pour un acte défini et au moment de la prise de décision. Des zones d'ombre subsistent effectivement, lorsqu'on ne peut se prononcer avec certitude sur la capacité de discernement de quelqu'un face à une décision ou à une situation définie.

La décision de prendre une mesure de restriction de la liberté dépend de l'établissement ou du logement médicalisé. Lorsqu'une personne est incapable de discernement, son représentant⁶⁾ et/ou un proche prennent part à la décision. Les

éventuels désaccords entre les parties (personne soignante, personne concernée, représentant ou proche) seront débattus de concert. En l'absence d'unanimité, la décision revient à l'institution. Cette décision peut être contestée au moyen d'un recours devant l'autorité de protection de l'adulte. L'institution est tenue de transmettre à cette autorité les plaintes qui lui sont adressées concernant les MEL.

La prescription de médicaments est placée sous la responsabilité du médecin et réglée par l'art. 377 CC. Toute décision médicale ne pourra être exécutée qu'après information et avec le consentement de la personne concernée ou de son représentant en cas d'incapacité de discernement. Le type et le but (réduction de l'hyperactivité, par exemple) du traitement médicamenteux doivent notamment être expliqués à cette occasion. Toute modification du plan de traitement requiert l'accord de cette personne concernée ou de son représentant. Il n'est toutefois pas obligatoire d'obtenir un consentement éclairé pour chaque prescription de médicaments.

L'institution est responsable des manquements au devoir de diligence.

Principe de base

Le recours aux mesures d'entrave à la liberté (MEL) pour protéger quelqu'un d'un danger constitue une atteinte aux droits fondamentaux de la personne humaine. Toute mesure d'entrave à la liberté doit toujours rester l'exception.

Préalable

Quelques préceptes sont à respecter dans l'appréciation du bien-fondé d'une MEL:

- L'autonomie de la personne doit être respectée et préservée.
- La volonté (présumée) de la personne doit être suivie.
- Sa liberté doit être garantie autant que possible.
- Il faut lui assurer protection et sécurité.
- Les effets indésirables directs et indirects des MEL doivent être évités.

Conditions

Les MEL ne peuvent s'appliquer que sous certaines conditions:

- Le comportement de la personne perturbe fortement la tranquillité et le bien-être d'autrui ou représente une menace importante pour la sécurité ou la santé de la personne elle-même ou d'autrui.
- Le comportement observé ne résulte pas d'un facteur sur lequel on a prise (phénomène douloureux, anxiété, effets secondaires de médicaments, par exemple).
- Impossibilité d'appliquer ou échec d'autres mesures non – ou moins – coercitives (*voir aussi ASSM 2004*).

Approche interdisciplinaire

La prise en charge adéquate et l'application responsable des MEL impliquent délibérations et décisions interdisciplinaires, en veillant tout particulièrement à respecter certains points:

- Recherche conjointe et traitement des facteurs étiologiques du comportement compromettant la sécurité.
- Identification conjointe des risques inhérents à la prise en charge et aux soins.
- Analyse conjointe des solutions possibles
- Prise conjointe de décisions avec détermination en commun de la démarche et des périodes d'évaluation.
- Consensus sur les responsabilités de toutes les parties.

Personne capable de discernement

Lorsqu'une personne capable de discernement est visée par une MEL, il convient d'en parler avec elle. Avant qu'elle-même ne décide de l'accepter ou de la rejeter, le type, le but et la durée de la mesure envisagée ainsi que les conséquences possibles de son application ou d'une abstention lui seront expliqués en termes appropriés et compréhensibles et elle devra savoir qui l'a ordonnée (consentement éclairé). Les proches seront informés et consultés avec son accord. Par principe, toute mesure de restriction de liberté ne peut être appliquée qu'avec le consentement de la personne elle-même, si elle est capable de discernement.

Personne incapable de discernement

Lorsqu'une personne n'est plus capable de discernement, l'établissement, c'est-à-dire l'équipe qui en a la charge, doit se prononcer pour ou contre une MEL, dans le respect des conditions données ci-dessus, de la volonté présumée et des intérêts bien compris de cette personne.

La personne incapable de discernement doit, dans la mesure du possible, participer au processus de décision, tout comme son représentant ou, le cas échéant, un proche. Les mesures d'accompagnement, le type, le but et la durée de la mesure envisagée ainsi que les conséquences possibles de son exécution ou d'une abstention leur seront expliqués en termes appropriés et compréhensibles et ils devront savoir qui les a ordonnées.

En cas de désaccord important sur l'application d'une MEL entre l'équipe soignante et la personne habilitée à la représenter ou les proches, l'établissement prend la décision. La personne ou ses proches peuvent par la suite contester cette décision auprès de l'autorité de protection de l'adulte par voie de recours. Il en va de même lorsque l'équipe soignante ne veut pas appliquer une mesure d'entrave à la liberté, alors que son représentant ou un proche l'exige.

A relever, dans ce genre de situation, l'importance de constituer un dossier et une argumentation minutieuse et sans faille (*lire aussi chapitre 6*).

Cas urgents

En cas d'urgence, l'équipe soignante prendra seule la décision dans l'intérêt bien compris du patient et avec circonspection, ce qui signifie qu'il faut choisir une mesure ciblée et aussi légère que possible permettant d'écarter le danger. Les décisions prises dans l'urgence seront, par la suite, soumises au processus de décision interdisciplinaire, réexaminées et ajustées conformément aux directives formulées ici.

Mesures d'accompagnement et évaluation

Une surveillance avisée et régulière de la personne durant la période d'application des MEL permettra de déceler et d'éviter leurs inconvénients. Toute mesure d'entrave à la liberté doit être limitée dans le temps et régulièrement réexaminée pour en déterminer les effets et l'utilité.

Constitution du dossier

Chaque mesure d'entrave à la liberté doit être documentée. Le dossier mentionnera le motif, le but, le type et la durée de la mesure, les dates d'évaluation, le nom de l'ensemble des membres de l'équipe chargée de la personne (personnel soignant, celui ou celle ayant ordonné la mesure, etc.), le nom des proches du patient qui ont été informés et la date de cette information (*voir protocole d'aide à la décision*).

On consignera également tout renoncement à une mesure au cours du processus de décision interdisciplinaire ou son rejet par une personne capable de discernement.

On mentionnera en outre les effets indésirables résultant de l'application ou du rejet d'une MEL.

Le représentant du patient a accès au dossier sur demande.

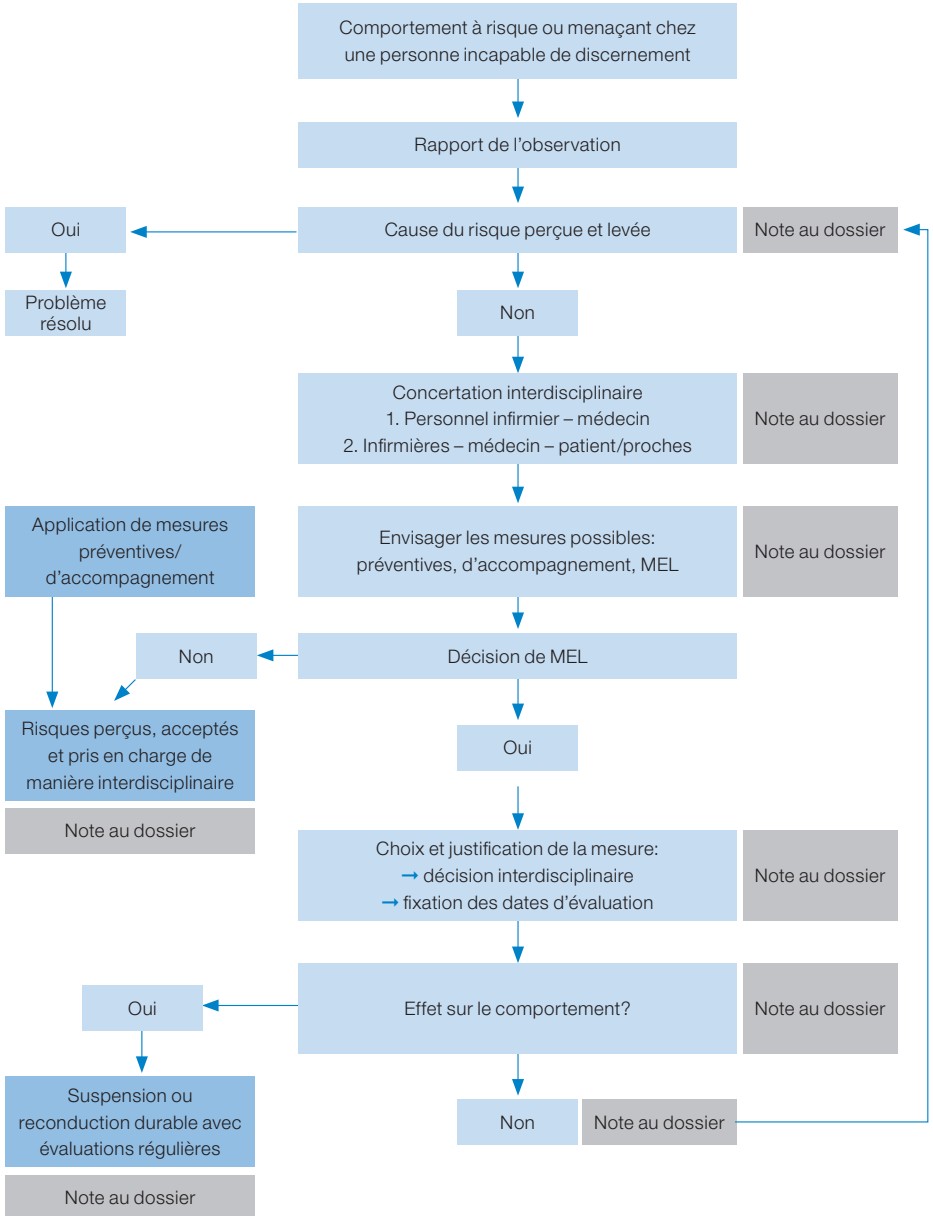
Les directives et les explications données plus loin permettent de se poser les questions essentielles lorsqu'il s'agit de se prononcer pour ou contre des mesures d'en-trave à la liberté (MEL) et d'y apporter les réponses qui conviennent dans une situa-tion pratique particulière. Un banal mode d'emploi ne saurait satisfaire à cette tâche complexe. Les étapes successives ty-piques présentées sous forme d'un arbre de décision (protocole d'aide à la décision) aideront néanmoins à se déterminer et à appliquer ces directives (*voir tableau 8.1*).

Une aide supplémentaire pour leur per-mettre de prendre une décision adéquate est également mise à la disposition des res-ponsables sous la forme d'un protocole décisionnel (*voir le tableau 8.3*) accompagné d'instructions d'utilisation (*lire chapitre 8.2*). Ces deux outils se sont avérés utiles dans la pratique. La recherche et l'évaluation de mesures non coercitives, l'adoption ou le rejet de MEL ainsi que la gestion diligente et responsable des mesures adoptées deman-dent une remise en question incessante et un encadrement approprié.

L'arbre et le protocole de décision ont été expressément adaptés à l'application des MEL, mais ils peuvent aussi servir à d'autres mesures (disciplinaires, par exemple), en complétant à chaque fois la rubrique «Autre».

8.1 Arbre décisionnel:

décision pour ou contre une mesure d'entrave à la liberté (MEL)



8.2 Comment utiliser le protocole d'aide à la décision (8.3)?

Le recours aux mesures d'entrave à la liberté (MEL) constitue une atteinte aux droits fondamentaux de la personne. Toute mesure d'entrave à la liberté doit donc rester l'exception. La volonté (présumée) de la personne doit être respectée. Il faut lui assurer simultanément le plus de liberté possible ainsi que protection et sécurité.

L'adoption ou le rejet des MEL doit tenir compte des points suivants:

- Les MEL ne peuvent être envisagées qu'en cas de mise en danger d'autrui ou de la personne elle-même ou lorsque des tiers sont gravement importunés.
- Lorsque la personne est capable de discernement, l'application des MEL requiert toujours son consentement.
- Lorsque la personne est incapable de discernement, son représentant doit en être informé. La volonté présumée de la personne visée devra être élucidée et respectée; elle prendra part à la décision dans la mesure du possible.
- En cas d'urgence, une MEL est autorisée avant d'en informer et de recevoir le consentement de la personne elle-même ou de son représentant légal.
- Toute mesure d'entrave à la liberté doit être consignée dans le dossier de soins et régulièrement réévaluée selon le cas. La période d'évaluation dépend toujours de la cause du comportement problématique à l'origine des mesures tranquillisantes ou d'entrave à la liberté sous revue.
- L'examen d'une situation, l'adoption, puis

l'application, des mesures prises exigent une large concertation entre le personnel infirmier, les médecins, la personne elle-même et ses proches.

- Rechercher les facteurs responsables du comportement préjudiciable à la sécurité.
- Avant d'opter pour des MEL, évaluer et essayer des mesures qui n'entravent pas la liberté de mouvement.
- Après l'application d'une mesure, l'évolution de la situation doit être consignée dans le dossier de soins, conformément aux indications du protocole d'aide à la décision.
- Prévoir des évaluations périodiques qui pourront amener à reconsidérer la situation.
- Certaines MEL sont susceptibles d'aggraver ou de déclencher une agitation motrice, un comportement agressif, de l'anxiété ou des phénomènes dépressifs chez la personne.

8.3 Protocole d'aide à la décision: pour ou contre une mesure d'entrave à la liberté (MEL), page 2

Type de MEL adoptée

	Date	Visa médical	Visa infirmier	Information patient/ représentant assurée par
<input type="checkbox"/> Barrières de lit (à gauche, à droite, des deux côtés, de jour, de nuit, en permanence)				
<input type="checkbox"/> Gilet de maintien au lit (de jour, de nuit, en permanence)				
<input type="checkbox"/> Sangle de maintien au lit/au fauteuil				
<input type="checkbox"/> Blocage du fauteuil roulant avec une table (mesure non thérapeutique)				
<input type="checkbox"/> Retrait de la sonnette (en cas d'usage intempestif)				
<input type="checkbox"/> Médicament (avec but MEL)				
<input type="checkbox"/> Tapis de détection				
<input type="checkbox"/> Système de surveillance électronique				
<input type="checkbox"/> Autre				

Motifs

Rapports dans le dossier de soins depuis le	MEL appliquée depuis le	Date
Evaluations à réaliser le (à consigner au dossier): 1.	2.	3.
	4.	5.
	6.	6.

Suspension ou reconduction des MEL

Motifs

Date

Signature personne soignante

La mise en œuvre des présentes directives présuppose des mesures d'assurance qualité à plusieurs niveaux.

Structure de soins

Les structures de soins doivent être évaluées et améliorées régulièrement. En particulier:

- Aménagement des lieux: bâtiment, éclairage, couleurs, etc.
- Personnel employé: nombre de personnes, qualification, sensibilisation et formation continue (modalités d'application des MEL avec leurs risques et leurs effets, prévention des comportements à risque, délires, syndromes démentiels, éthique médicale, syndromes gériatriques).
- Organisation, protocoles d'aide à la décision compris. C'est ainsi que l'adoption – ou le rejet – des MEL doit résulter d'un processus décisionnel fixé par l'établissement dans le respect des critères légaux et des qualifications professionnelles (*voir protocole d'aide à la décision, chapitre 8*). Ces protocoles d'aide à la décision doivent être périodiquement évalués et revus, si nécessaire.
- Matériel: fauteuils roulants, type de lit (surbaissé, par exemple), tapis de détection, systèmes de surveillance électronique⁷⁾, etc.
- Connaissances actualisées des psychotropes et de leurs conditions d'utilisation.
- Connaissances actualisées des dispositions légales et des principes éthiques.
- Constitution du dossier.

Processus de soins

Plusieurs processus sont à évaluer régulièrement:

- Décision individuelle de chaque membre de l'équipe.
- Analyse interdisciplinaire, processus de décision et évaluation au sein de l'équipe.
- Information et implication de la personne et de ses proches dans le processus de décision.
- Motivation des décisions (principes éthiques, arguments particuliers).
- Dossier avec comptes rendus complets, soigneux et minutieux des motifs, du type, du but et de la durée des décisions prises ainsi que de l'information à l'égard de la personne et de ses proches.
- Evaluation et optimisation des MEL ainsi que des comptes rendus, sans omettre de mentionner les complications consécutives à leur adoption ou à leur rejet.

Résultat

Les résultats obtenus doivent être régulièrement évalués selon des standards de qualité bien définis. Il faut pour cela que les MEL physiques et pharmacologiques ainsi que leurs effets favorables et/ou indésirables soient documentés:

- Dommages physiques
- Conflits
- Résignation
- Comportement plus calme ou plus agité.
- Autre.

Les résultats de l'application de ces directives doivent être régulièrement reconsidérés et évalués, afin d'en tirer les conséquences: formation, modification des structures, etc.

- 1) CC (Code civil suisse, RS 210). Les numéros d'article mentionnés dans cette brochure correspondent à ceux de la loi qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Avant cette date, le texte peut être consulté dans le projet de loi.
- 2) Le personnel responsable de la prise en charge comprend l'ensemble des professionnels de la santé: personnel infirmier, médecins et autres thérapeutes.
- 3) Mesures de contrainte en médecine. Directives médicoéthiques de l'ASSM, 2005, p. 4.
- 4) L'art. 377 CC s'applique à l'administration des médicaments.
- 5) Voir directives 2004 de l'ASSM, p.9: traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance: «Les critères suivants aident à déterminer la capacité de discernement (source: H.B. Staehelin, Ther. Umschau 1997; 54: 356 – 358): la capacité de comprendre les informations relatives aux décisions à prendre; la capacité d'évaluer correctement une situation et les conséquences découlant des différentes options envisageables; la capacité d'évaluer rationnellement une information dans le contexte d'un système de valeur cohérent; la capacité de faire librement ses propres choix.

Le professionnel de la santé compétent a le devoir d'évaluer en tous les cas le discernement de la personne âgée. Lorsque la décision à prendre peut avoir de graves conséquences, il fait appel à un spécialiste (par ex. un psychiatre, un gériatre). Le discernement s'apprécie par rapport à un acte déterminé (en fonction de la nature et de la complexité de cet acte). Il doit exister au moment où la décision est prise. La personne a – ou n'a pas – le discernement par rapport à un acte déterminé. D'un point de vue juridique, la capacité de discernement est définie comme la capacité de la personne qui n'est pas dépourvue de la faculté d'agir raisonnablement à cause de son jeune âge ou qui n'en est pas privée par suite de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'ivresse ou d'autres causes semblables (Art. 16 du code civil).»

6) Lorsqu'une personne est incapable de discerner pour ce qui est des soins médicaux et infirmiers, la décision revient à la personne légalement habilitée à la représenter (tuteur, curateur). Le nouveau droit de protection de l'adulte précise la réglementation des personnes habilités à intervenir:

1^{er} rang: personne désignée antérieurement par le patient dans le cadre de directives anticipées

2^o rang: curateur

3^o rang: conjoint (fournissant une assistance personnelle)

4^o rang: personne proche (fournissant une assistance personnelle)

5^o rang: enfant (fournissant une assistance personnelle)

6^o rang: parents (fournissant une assistance personnelle)

7^o rang: sœur/frère (fournissant une assistance personnelle)

L'objectif systématique est de répondre à la volonté présumée de la personne représentée et non à celle des différentes instances énumérées. Il faut en appeler à l'autorité de représentation de l'adulte en cas de désaccord ou de doute sur les conditions de la représentation. On parle d'assistance personnelle lorsque la personne désignée a directement aidé la personne incapable, des enfants n'ayant plus aucun contact avec leurs parents depuis des années n'étant, par exemple, plus dans ce cas.

Source: Peter Mösch, 1^{er} décembre 2009, communication personnelle (notes de cours).

7) Les tapis de détection et autres systèmes d'alarme peuvent, selon leur utilisation et l'objectif recherché, être considérés comme des mesures préventives ou des MEL.

11.1 Références

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2004). *Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance*. Bâle: ASSM.

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2005). *Mesures de contrainte en médecine*. Bâle: ASSM.

Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2006). *Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Massnahmen in der Pflege*. Leitfaden des Bayrischen Landespflegeausschusses. Verfügbar unter: www.verwaltung.bayern.de/Broschuerenbestellen-196-1628684.3361589/index.htm

CC (Code civil suisse, RS 210).

Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse, RS 101)

Hantikainen, V. (1998). *Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Pflege betagter Personen*. Verfügbar unter: www.pflegeforschung-psy.ch/

Hantikainen, V. (1998). Physical restraint: a descriptive study in swiss nursing homes. *Nursing Ethics*, 5, 330–346.

Hantikainen, V & Käppeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: a qualitativ study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), 1196–1205.

Held, C. & Ermini-Fünfschilling, D. (2004). *Das demenzgerechte Heim*. Basel: Karger.

Hirsch, R. D. (2001). *Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen*. Verfügbar unter: www.humanrights.ch/home/upload/pdf/050825hirsch_praevention.pdf

Huber, E. & Ruedger, H. (2010) *Umsetzung Erwachsenenschutzrecht in Wohn- und Pflegeeinrichtungen für alte Menschen und Erwachsene mit einer Behinderung*. Dossier online am 28.2.2011 unter: upload.sitesystem.ch/131D5358A8/4BFEA0B204/7822639944.pdf

Köpke, S., Meyer, G., Haut, A. & Gerlach, A. (2008). *Methodenpapier zur Entwicklung einer Praxisleitlinie zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Massnahmen in der beruflichen Altenpflege*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 102 (1), 45–53.

Redufix Projektgruppe (2007). *Redufix – Alternativen zu Fixierungsmassnahmen oder: Mit Recht fixiert?* Hannover: Vincentz.

Société Suisse de Gérontologie SGG SSG (1996). *Liberté et sécurité. Lignes directives pour l'application des mesures limitatives de liberté dans le traitement et les soins aux personnes âgées*. Berne: SGG SSG.

Van Wesenbeek, A., De Becker, I., Man, B. & Milisen K. (2004). *Der Einsatz von Fixierungen bei älteren Menschen*. In: Milisen, K. et al. (Hrsg.): *Die Pflege alter Menschen in speziellen Lebenssituationen*. Berlin: Springer.

11.2 Lectures complémentaires

Alter ego. Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées.
www.alter-ego.ch

Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) (2010). Maltraitance envers des patients ou résidents par des infirmiers ou infirmières. Berne.

Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) (2007). Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers. Berne.

Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) (2003). L'éthique dans la pratique des soins 2003. Berne.

Benaroyo, L. (2006). Ethique et responsabilité en médecine. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène (Ed.).

Hirsch, E. (2006). L'éthique au cœur des soins – Un itinéraire philosophique. Collection Espace éthique, Ed. Vuibert.

Malherbe, J.-F. (2001). Déjouer l'interdit de penser: essais d'éthique critique. Montréal: Ed. Liber.

Sanimédia (2010). L'essentiel sur les droits des patients dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud. La brochure peut être obtenue auprès de tous les services de santé publique ou sur www.sanimedia.ch

Unité de recherche et d'intervention en gérontologie UNIGER, Université de Lausanne (2004). Prévention de la maltraitance des personnes âgées. Recherche-action réalisée dans quelques établissements médico-sociaux vaudois. Rapport rédigé pour le Service de la santé publique du canton de Vaud (CH). Lausanne.

Worms, F., Benaroyo, L., Mino, J.-C., Lefève, C. (2010). La philosophie du soin – Ethique, médecine et société. Presses Universitaires de France – PUF.

8.3 Protocole d'aide à la décision: pour ou contre une mesure d'entrave à la liberté (MEL)

Institution

Résident-e:

Date:

Visa infirmier:

Comportement problématique

(plusieurs choix possibles)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agitation motrice | <input type="checkbox"/> Risque de fugue | <input type="checkbox"/> Risque pour soi-même |
| <input type="checkbox"/> Comportement agressif | <input type="checkbox"/> Risque pour autrui | |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |

Causes du comportement problématique

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Infection | <input type="checkbox"/> Nouveau médicament | <input type="checkbox"/> Nouvel environnement |
| <input type="checkbox"/> Autre | | | |

**Type de mesures préventives
ou d'accompagnement**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prise en charge individuelle (proches, personnel supplémentaire) | <input type="checkbox"/> Eclairage adapté |
| <input type="checkbox"/> Individualisation du planning quotidien | <input type="checkbox"/> Tapis de détection, etc. |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic et traitement des phénomènes douloureux | <input type="checkbox"/> Lit surbaissé, revêtement de sol adapté |
| <input type="checkbox"/> Réexamen du traitement pharmacologique | <input type="checkbox"/> Surveillance visuelle |
| <input type="checkbox"/> Validation | <input type="checkbox"/> Café de nuit |
| <input type="checkbox"/> Bilan hydrique | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Contrôle de la vue et de l'audition | |
| <input type="checkbox"/> Rééducation fonctionnelle | |

Rejet de MEL

Motifs

Date

**Visa
médical**

**Visa
infirmier**

**Information patient/
représentant assurée par:**

Rapports dans le dossier de soins depuis le

8.3 Protocole d'aide à la décision: pour ou contre une mesure d'entrave à la liberté (MEL), page 2

Type de MEL adoptée	Date	Visa médical	Visa infirmier	Information patient/ représentant assurée par
<input type="checkbox"/> Barrières de lit (à gauche, à droite, des deux côtés, de jour, de nuit, en permanence)				
<input type="checkbox"/> Gilet de maintien au lit (de jour, de nuit, en permanence)				
<input type="checkbox"/> Sangle de maintien au lit/au fauteuil				
<input type="checkbox"/> Blocage du fauteuil roulant avec une table (mesure non thérapeutique)				
<input type="checkbox"/> Retrait de la sonnette (en cas d'usage intempestif)				
<input type="checkbox"/> Médicament (avec but MEL)				
<input type="checkbox"/> Tapis de détection				
<input type="checkbox"/> Système de surveillance électronique				
<input type="checkbox"/> Autre				

Motifs

Rapports dans le dossier de soins depuis le	MEL appliquée depuis le	Date
---	-------------------------	------

Evaluations à réaliser le (à consigner au dossier): 1. 2. 3. 4. 5. 6.

Suspension ou reconduction des MEL

Motifs

Date

Signature personne soignante