

CONTENTION CHIMIQUE

QUAND S'ARRÊTE LE TRAITEMENT ET OÙ COMMENCE LE CONTRÔLE ?

Énoncé de position du Collège des médecins du Québec
sur l'article 118.1 (LSSSS) et les principes directeurs



MAI 2004



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

Publication du

Collège des médecins du Québec

2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone : (514) 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur : (514) 933-3112

Courriel : *info@cmq.org*
collegedesmedecins.qc.ca

Coordination

Direction des affaires publiques et des communications

**Révision linguistique et
correction d'épreuves**

Sylvie Massariol

Graphisme

Eykel Design

Illustration

Olivier Lasser

Impression

Imprimerie L'Empreinte

Dépôt légal : 2^e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-920548-13-1

© Collège des médecins du Québec, 2004

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

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

Dans la foulée de l'entrée en vigueur de l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* (LSSSS), le ministère de la Santé et des Services sociaux a élaboré des orientations relatives à l'utilisation des mesures de contrôle, tant physiques que chimiques, et à l'isolement (MSSS, 2000).

Tout en souscrivant à la philosophie préconisée dans les orientations ministérielles quant à la contention physique et à l'isolement, le Collège des médecins du Québec émet des réserves en ce qui a trait à certains principes généraux et au mode de surveillance proposé relativement à la « contention chimique ».

Contention et isolement

Des mesures de contrôle de dernier recours

Dans la mise à jour de son guide de pratique sur la contention et l'isolement (CMQ, 1999), le Collège des médecins du Québec préconise une philosophie et des principes généraux qui concordent avec les orientations émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2002) ainsi qu'avec ceux présentés dans le cadre de référence de l'Association des hôpitaux du Québec sur le sujet (AHQ, 2000). Le Collège souscrit pleinement à l'orientation visant à considérer les mesures de contrôle comme une intervention exceptionnelle de dernier recours et qui doit être utilisée de façon minimale, dans le respect de la dignité des patients.

Cependant, le Collège croit que certaines difficultés pourraient être soulevées par l'application littérale de ces principes généraux à des situations aussi variées qu'un comportement violent dans une salle d'urgence, une agitation consécutive à un *delirium*, un comportement perturbateur en milieu psychiatrique ou dans un centre d'hébergement pour personnes âgées, une activité mutilante d'un déficient mental, ou encore, un comportement violent chez un adolescent en centre d'accueil.

Pour ce qui est de la force, de la contention physique et de l'isolement, il n'y a pas d'ambiguïté : ce sont des mesures de contrôle concrètes, facilement observables, et dont l'utilisation peut être décidée par plusieurs types d'intervenants. Le Collège maintient que de telles mesures doivent être utilisées exceptionnellement et réservées aux situations d'urgence dans lesquelles la sécurité du patient ou de son entourage est menacée.

Par contre, l'inclusion des substances chimiques dans la catégorie des mesures de contrôle requiert plus de nuances, l'utilisation des médicaments reposant d'abord sur un ou plusieurs objectifs thérapeutiques. Associer sans distinction l'utilisation de substances chimiques à la contention physique et à l'isolement comme mesure de contrôle engendre non seulement des difficultés, mais aussi un malaise certain, voire

de la résistance. Les médecins ont toujours eu une grande réticence à utiliser l'expression « contention chimique » ; les écrits scientifiques recensés sous les mentions « contention chimique » ou « *chemical restraints* » sont d'ailleurs quasi absents. Pour certains, la notion même de « contention chimique » n'existe pas.

Quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle ?

La réponse relève du jugement clinique.

Pour le médecin, l'objectif premier est le traitement de la maladie, physique ou mentale. L'utilisation qu'il fait des médicaments a donc une visée thérapeutique, ce qui inclut aussi le contrôle des symptômes. Lorsque ces symptômes se traduisent par des comportements dangereux pour le patient ou pour autrui, l'administration de substances psychoactives peut être indiquée et faire partie intégrante des soins. Mais ce geste peut être interprété comme une restriction de l'autonomie de la personne et peut être perçu par le patient ou ses proches comme un contrôle abusif, même si le médecin vise le soulagement des symptômes à défaut de pouvoir traiter la maladie. Ces situations se compliquent lorsqu'il y a incompréhension et confrontation entre les parties.

Quand le traitement s'arrête-t-il et où le contrôle commence-t-il ? La question demeure entière. Ni l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)*, ni le texte sur les orientations ministérielles, ni aucun autre document ne peuvent répondre à cette question. La réponse relève du jugement clinique. Le Collège maintient que l'utilisation de médicaments à des fins thérapeutiques ne peut être assimilée à une mesure de contrôle.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

Article 118.1

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

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent

notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. 1997, c. 75, a.49.

Une application stricte et sans nuances des principes énoncés dans les orientations ministérielles pourrait semer la controverse.

Encore plus, dans certains contextes cliniques, l'utilisation de ce type de médicaments s'avère la solution la plus adéquate, même si elle n'est pas associée au traitement d'une maladie sous-jacente ou de ses symptômes. La sédation de certains patients aux soins intensifs, par exemple, ne vise pas à traiter la maladie en cause ni les symptômes qui y sont associés. Elle vise plutôt à empêcher le patient de combattre le respirateur, ou d'arracher les tubulures ou tout autre instrument qui lui permettent de respirer ou qui assurent le maintien de ses fonctions vitales. Cette sédation est effectivement une mesure de contrôle, mais elle est justifiée.

Or l'application littérale du texte de loi et des principes énoncés dans les orientations ministérielles exigerait, même dans ces cas, de faire de la sédation une mesure de dernier recours, à n'utiliser que lorsque tous les autres moyens ont échoué. Cette mesure serait soumise à un protocole d'application adopté par l'établissement. De plus, elle ferait l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de l'établissement. Cette approche correspond à la notion de règle de soins prévue à l'article 190-2° de la *LSSSS*. Au quotidien, cette sédation est plutôt une mesure courante, décidée par les médecins, essentielle à la survie et au bien-être du malade et faisant partie intégrante des plans de soins.

Cela illustre l'ampleur et la complexité des difficultés que soulève l'article 118.1 de la *LSSSS* relativement à la contention chimique. Une application stricte et sans nuances des principes énoncés dans les orientations ministérielles pourrait semer la controverse.

Principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle à l'intention des établissements dans l'élaboration de leurs protocoles d'application

1. Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.
2. Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.
3. Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne.
4. L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
5. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.
6. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées : Contention, isolement et substances chimiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 15-16.

Prévenir les abus

Le Collège n'a pas l'intention de nier l'utilisation de ces médicaments comme stricte mesure de contrôle et la possibilité d'un usage abusif. Une médication psychoactive prescrite à des doses ou pour une durée injustifiées, dans un but punitif ou d'abus de pouvoir, ou utilisée comme mesure substitutive à un manque de personnel ou de surveillance, ou encore, comme moyen de contrôle social constituerait une contention chimique au sens de la *LSSSS* et devrait être considérée comme un manquement au devoir professionnel.

La prescription de médicaments est un acte professionnel faisant déjà l'objet d'une réglementation précise. Les médecins sont particulièrement concernés puisque ce sont eux qui prescrivent les médicaments utilisés à cette fin. Chaque médecin est déjà soumis à son code de déontologie, qui l'oblige à exercer sa profession selon les normes médicales les plus élevées possible. En établissement, sa pratique est aussi régie par un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), dont la première responsabilité est la surveillance de la qualité et de la pertinence de l'acte médical.

Le Collège préconise de laisser aux CMDP de chaque établissement de santé la responsabilité d'établir des protocoles adaptés aux diverses situations, de pair avec les médecins qui sont susceptibles d'intervenir dans des situations où l'administration de médicaments à des fins de contrôle est indiquée. Cette avenue semble mieux adaptée à celles proposées dans les orientations ministérielles.

Certaines réserves quant à la contention chimique

Le Collège est en accord avec la philosophie générale et les principes énoncés dans les orientations ministérielles en ce qui a trait à l'utilisation de la force, de la contention physique et de l'isolement comme mesures de contrôle. Toutefois, la prise de position concernant l'utilisation de substances chimiques comme mesure de contrôle devrait être nuancée.

L'utilisation de médicaments psychoactifs pour traiter non seulement la cause d'une maladie, mais aussi pour en contrôler les symptômes ou comme élément inhérent à un plan de soins, ne devrait pas être considérée comme une contention chimique au sens strict de l'article 118.1 de la *LSSSS*.

Enfin, pour éviter les abus possibles, l'utilisation de cette médication comme mesure de contrôle devrait être l'objet de protocoles approuvés par le CMDP de l'établissement et vérifiés périodiquement par son comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique ou par son comité de pharmacologie. Le CMDP en informe périodiquement le conseil d'administration, dans le rapport annuel par exemple.

Bibliographie

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence: utilisation de la contention et de l'isolement: une approche intégrée*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 2000, 65 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement: lignes directrices*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1999, 7 p.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, art. 118.1.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 27 p.

