

La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention

Introduction

Les mesures de contraintes physiques sur la personne du patient peuvent donner lieu à des difficultés pratiques dans la mesure où c'est un acte qui prive le patient de sa liberté garantie par diverses dispositions légales ou réglementaires.

C'est malheureusement d'une mesure parfois indispensable dans l'intérêt du patient et ce, pour garantir sa propre sécurité et celle des autres.

Cette mesure est également prise dans le cadre de la thérapie souvent postopératoire.

La jurisprudence a eu l'occasion d'aborder à diverses reprises les incidents qui peuvent survenir lors de la mise en place d'une contention.

Diverses questions doivent être examinées préalablement, notamment les dispositions légales qui régissent cette mesure.

Nous examinerons également comment la jurisprudence aborde la problématique des accidents malheureusement inévitables.

a. Rappel des dispositions légales en rapport avec la liberté du patient

La loi du 22 août 2002 relative au droit des patients rappelle en son article 5 :

« Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite ».

Des textes internationaux consacrent également le droit à la liberté.

Ainsi, l'article 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme précise que nul ne peut être privé de sa liberté sauf dans certains cas particuliers (détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, aliéné, alcoolique, toxicomane, vagabond).

L'article 12 de la Constitution stipule :

« La liberté individuelle est garantie. Nul ne peut être poursuivi que dans les cas prévus par la loi, et dans la forme qu'elle prescrit ».

Les mesures de prévention de lésions corporelles, dont notamment les moyens de contentions et de prévention de chute, sont prévus dans la liste des prestations techniques de soins infirmiers stipulés à l'annexe de l'Arrêté Royal du 18 juin 1990.

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux prévoit en son article 2 :

« Les mesures de protection ne peuvent être prises, à défaut de tout autre traitement approprié, à l'égard d'un malade mental, que si son état le requière, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ».

L'article 3 de la même loi stipule :

« La personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment ».

La loi du 18 juillet 1991 relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental aborde également ce sujet.

Enfin, une circulaire ministérielle de la Communauté Flamande du 24 octobre 1990 relative à l'isolement des patients admis en hôpital psychiatrique et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux précise :

« La responsabilité de prendre ou non une mesure de contrainte incombe en premier lieu au médecin en charge du traitement. »

Les droits du patient sont garantis par des mesures de procédure. Chaque service devant disposer d'une chambre d'isolement doit établir un code de conduite interne en ce qui concerne la prise de mesures de contraintes.

Ce code de conduite doit définir en détail les circonstances qui autorisent la prise de ces mesures ainsi que les règles à respecter en matière de chambre d'isolement.

Un formulaire d'enregistrement est complété pour chaque mesure d'isolement ».

b. Examen de la jurisprudence

Il échet de rappeler que les mesures de sécurité et/ou de contention dans le chef du patient relèvent de la surveillance du personnel infirmier.

Il s'agit d'ailleurs d'une compétence reconnue expressément dans le cadre de la législation qui fixe les prestations techniques des soins infirmiers.

Il s'agit donc d'une mesure de prévention de lésions corporelles qui ne nécessite pas une prescription du médecin puisqu'il s'agit d'un acte d'infirmier B1.

Toutefois, la pratique médicale permet de considérer qu'elle intervient après consultation pluridisciplinaire au sein de l'hôpital.

On peut d'ailleurs considérer qu'il ne s'agit pas seulement d'une mesure de contrainte physique mais également d'une initiative qui peut avoir un but thérapeutique dans le cadre d'un suivi postopératoire après une intervention lourde avec un patient agité.

Il s'agit essentiellement de prévenir des lésions corporelles chez le patient.

La mesure de contention doit avoir un caractère exceptionnel et constitue l'application d'une mesure de précaution.

Le but doit toujours être d'améliorer la sécurité du patient.

La contention accroît généralement la surveillance.

Dans certains cas, elle peut cependant provoquer une agitation chez le patient et augmenter sa volonté de se libérer.

Il y a donc un risque aggravé de lésions corporelles, ce qui justifie la surveillance particulière.

Elle nécessite également une consignation dans le dossier infirmier.

En vertu de l'article 8 de la loi du 22 août 2002, le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.

En principe, une mesure de contention impliquera donc le consentement du patient.

Toutefois, l'urgence sera fréquemment invoquée comme stipulé à l'article 8 §5 de la loi du 22 août 2002.

Dans cette hypothèse et en cas d'urgence, c'est l'intérêt du patient qui prévaut.

La jurisprudence ci-après illustre ces propos.

Le Tribunal de Première Instance d'Anvers (jugement du 8 novembre 2006, Bull. Ass, 2008, n°363) eut à examiner le cas du décès d'un patient muni d'une ceinture de contention ventrale.

L'héritier avait mis en cause la responsabilité de l'hôpital.

Le patient avait reçu la visite de son épouse qui avait quitté l'hôpital vers 16h15'.

Il avait subi une intervention abdominale.

Dans la mesure où le patient devenait agité, le personnel infirmier a mis en place une ceinture de contention.

Le médecin avait donné l'ordre d'administrer 10 gouttes d'haldol.

Vers 19h45', des visiteurs ont remarqué que les jambes du patient sortaient du lit.

Le patient s'était donc déplacé et nonobstant l'intervention du médecin d'urgence et une réanimation, le décès fut constaté vers 20h.

Le parquet avait classé l'information pénale sans suite.

Le tribunal a refusé la désignation d'un médecin-expert et a considéré qu'il disposait des éléments suffisants pour apprécier la problématique de la responsabilité.

Le tribunal rappelle d'abord que l'obligation de surveillance est une obligation de moyen et qu'il appartient donc aux parties demanderesse, soit les héritiers, de démontrer que le personnel infirmier a commis une faute en relation causale avec le décès.

Le tribunal relève :

« De la simple constatation que Monsieur S. est resté coincé dans la ceinture de contention et décéda, ne peut être retenue d'emblée une faute dans le chef des parties défenderesses ou de leurs préposés » (le médecin avait également été cité dans le cas d'espèce).

Les héritiers considéraient notamment que le personnel infirmier avait manqué de surveillance et aurait dû utiliser un système de fixation à 5 points.

Le tribunal considère que le patient a fait l'objet de soins adéquats et se base notamment sur le dossier infirmier de la gériatrie.

Le tribunal considère que le personnel infirmier n'avait pas d'obligation de prendre des mesures complémentaires de sécurité dans la mesure où une médication avait été administrée (haldol) et qu'il fallait, au préalable, évaluer l'effet sur le comportement du patient.

Le tribunal motive notamment sa décision comme suit :

« Le tribunal est d'avis qu'il n'y avait pas d'élément objectif présent dont il apparait que le personnel infirmier devait, à ce moment, s'attendre à la tentative de Monsieur S. de sortir de son lit et qu'il pouvait être asphyxié dans la ceinture ».

Le tribunal rejette également la mauvaise organisation du service de gériatrie.

Enfin, les héritiers avaient également invoqué une mauvaise fixation de la ceinture de contention et avaient invoqué l'article 1384 alinéa 1^{er} du Code Civil qui rappelle le principe de la responsabilité qui pèse sur le gardien d'une chose.

Les héritiers avaient en effet considéré que la mise en place de la ceinture de contention comportait un vice qui a provoqué le dommage et qu'il y avait un lien causal entre le vice et le décès.

Rappelons qu'en vertu de la jurisprudence de la Cour de Cassation, une chose est affectée d'un vice si elle présente une caractéristique anormale de nature à causer un préjudice.

Le demandeur qui établit l'existence du vice de la chose ne doit pas, en outre, prouver l'existence d'une faute dans le chef du gardien.

Dans cette hypothèse, il appartient au défendeur qui veut s'exonérer de la responsabilité de prouver le cas fortuit, la force majeure ou la faute de la victime.

Ici aussi, le tribunal considère qu'il ne s'agit pas d'un vice au motif suivant :

« Le tribunal considère que la ceinture de contention a comme but de limiter partiellement la liberté de mouvement du patient sans toutefois exclure complètement les possibilités de mouvement ».

Le tribunal considère enfin que la circonstance que le patient ait été trouvé avec les genoux au sol, la ceinture ayant glissé à hauteur de l'aisselle, n'était pas un motif suffisant pour considérer qu'il y avait une caractéristique anormale.

L'action sur base de l'article 1384 alinéa 1^{er} du Code Civil fut déclarée non fondée.

Dans un arrêt inédit de la Cour d'Appel de Liège du 23 juin 2011 (20^{ème} chambre RG 2010/709), il fut statué sur la chute d'un patient psychiatrique qui était parvenu à forcer le châssis d'une fenêtre qui autorisait une ouverture limitée par oscillo-battant.

Le vice de la chose avait été invoqué dans le cas d'espèce et la Cour avait considéré :

« Le vice ne peut être confondu avec l'usage ou l'emploi défectueux d'une chose parfaite en soi.

Le fait de la chose doit en effet être distingué du fait de l'homme ».

La mesure de contention doit rester une mesure exceptionnelle.

C'est particulièrement le cas dans le cadre des établissements pénitenciers.

Dans un arrêt relativement ancien puisqu'il date du 21 novembre 96 (JLMB, 1997, 88), l'Etat Belge fut condamné à des dommages et intérêts.

Il échet de rappeler que lorsque le directeur de la prison demande une hospitalisation sur base de l'article 107 de l'Arrêté Royal du 21 mai 65 portant sur le règlement général des établissements pénitenciers, l'hôpital devient la succursale de la prison.

Les conditions pour l'usage de menottes ou entraves sont les suivantes :

1. Les autres modes de contrainte doivent être un échec ;
2. Le détenu malade doit être en danger pour lui-même ou pour autrui ;
3. Il doit y avoir un risque de provoquer des dommages matériels.

Dans le cas d'espèce, le détenu avait été hospitalisé et enchaîné à son lit d'hôpital par deux attaches d'environ 1 m de long fixées l'une au poignet gauche et l'autre à la cheville gauche.

La Cour a rappelé qu'il s'agit d'une mesure exceptionnelle qui ne peut être utilisée que dans les conditions strictement énumérées à l'article 107 ci-dessus.

C'est à l'occasion de la pose de barrières que la jurisprudence a abordé à diverses reprises la sécurité physique du patient.

Dans un jugement inédit du Tribunal de Première Instance de Bruxelles (jugement du 11 septembre 2009, RG 2002/9636/A), le Tribunal statue à l'encontre de l'avis du Collège d'experts qui avait considéré qu'il n'y avait pas de faute commise lors de la chute d'un patient.

Dans le cas d'espèce, il s'agissait d'un patient qui avait subi une intervention lourde avec coma.

Il paraissait cependant que l'état du patient s'améliorait sans toutefois avoir une mobilité importante.

Il n'était pas agité.

Il était presque capable de passer du lit au fauteuil sans être aidé.

Toutefois, le patient était paralysé du côté gauche et pouvait bouger le côté droit.

Le dossier infirmier indiquait une bonne orientation du patient et les paramètres semblaient stables.

Le patient reposait sur un matelas anti-escarres, plus ou moins épais.

Les barreaux avaient été relevés du côté gauche.

Le poignet droit du patient n'étant pas attaché.

Le patient est tombé du lit et le tribunal a considéré :

« Le placement des barreaux s'imposait donc, non pas tant en raison de son comportement qu'en raison des conséquences, exceptionnellement graves vu son état, que pouvait avoir une chute.

Il s'agissait d'une mesure de prudence élémentaire et justifiée qui garantissait sa sécurité sans

entraîner des contraintes disproportionnées.

Elle peut être comparée à l'usage de la ceinture de sécurité dans le cadre de la circulation automobile.

Les contre-indications à cette mesure invoquées par la clinique ne peuvent être retenues ».

Dans le cas d'espèce, le tribunal a considéré qu'il fallait relever les barreaux des deux côtés du lit.

Il faut cependant préciser que dans le cas d'espèce, le tribunal avait également retenu une faute dans la mesure où une négligence avait été établie selon la juridiction dans la prise en charge du patient après la chute.

Le tribunal désigne cependant pour le surplus un expert pour évaluer le dommage.

Le Tribunal de Première Instance de Nivelles, première chambre dans un jugement du 24 janvier 2007 (Bull. Ass., 2008, n° 362) a statué sur un cas un peu différent puisqu'il s'agit de la position d'un patient qui a fait une chute de la table mécanisée sur laquelle il se trouvait lors d'un examen de radiologie.

L'infirmière avait déclenché la procédure automatique de descente de la table et avait retiré les repose-bras avant la descente.

Le tribunal a retenu la responsabilité au motif ci-après :

« A cet égard, dans les circonstances concrètes, l'infirmière a manqué à son obligation de prudence et de prévoyance inhérente à son rôle précis en ne prenant pas les mesures de précaution nécessaires, notamment en s'éloignant de la patiente à un moment potentiellement plus risqué, et en ne lui enjoignant pas de rester couchée et en ne l'informant pas du risque éventuel de malaise ou de chute, ce qu'une infirmière normalement prudente et diligente,

placée dans les mêmes circonstances n'aurait pas manqué de faire ».

Le Tribunal de Première Instance de Bruxelles, dans un jugement inédit (RG 08/577/A) du 11 septembre 2012 a eu l'occasion de statuer sur le malaise d'un patient après une intervention de colonoscopie sous sédation.

Le patient avait signalé un malaise en salle de réveil.

Il avait d'abord été installé sur un brancard « *confortable équipé de barrières, placé sous monitoring et muni d'un ceinturomètre et d'un enregistrement électrocardiographique* ».

Dans un deuxième temps, le patient a été autorisé à quitter l'hôpital et fit malheureusement une chute après avoir commencé à s'habiller.

Le tribunal n'a pas retenu de défaut de surveillance dans le chef du personnel, considérant que la surveillance avait été conforme aux règles de l'art.

La Cour d'Appel de Liège, dans un arrêt du 5 janvier 2012 (RGAR 2012, 14868), réforma un jugement en retenant la responsabilité de l'hôpital pour son personnel infirmier.

Dans le cas d'espèce, il s'agissait d'un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Le patient avait été retrouvé sur le sol, sous le lit et était décédé.

Le patient était devenu agressif dans l'après-midi et désorienté.

La Cour d'Appel retient la responsabilité de l'hôpital pour faute de ses préposés comme suit :

« La faute reprochée au personnel infirmier, consistant à n'avoir pas pris les mesures nécessaires visant à éviter une chute du lit par cette patiente âgée et désorientée, est dès à

présent avérée.

Il n'est pas nécessaire que le corps infirmier ait été avisé par la maison de repos de la nécessité d'utiliser des moyens de contention particuliers.

Il est de la compétence du personnel hospitalier de décider, en fonction de l'état du patient, des mesures de surveillance et de sécurité dont il doit être entouré.

Le risque de chute était bien prévisible vu l'état agité, agressif et désorienté... »

La Cour retient donc la responsabilité et ajoute encore :

« En ne veillant pas à installer D. dans un lit muni de barres de protection relevées, le corps infirmier a bien commis une faute à l'origine de la chute du 4 janvier 2008 susceptible d'engager la responsabilité de l'ASBL... »

L'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire de Produits de Santé) rappelle que les accidents qui surviennent avec les barrières de lit sont malheureusement inévitables.

Outre les blessures, il y a le problème des chutes au-dessus de la barrière ou dans les espaces libres par la barrière.

Un patient peut être piégé par ses membres et par le thorax ou la tête.

Certains accidents ont parfois des conséquences mortelles.

En Belgique, l'acquisition récente de nouveaux lits électriques dans certains hôpitaux a également posé des difficultés au niveau des barrières.

Les normes européennes invitent actuellement les fabricants à réaliser des barrières plus basses.

Il apparaît en effet que les chutes continuent de se produire même avec des barrières

plus hautes.

La commission technique de l'art infirmier, organe d'avis du Service Public Fédéral de Santé Publique souligne qu'il est indispensable que l'hôpital dispose d'une procédure détaillant la politique à suivre dans le cadre des mesures privatives de liberté.

La concertation pluridisciplinaire est de nature à améliorer le dispositif.

Il est évident que la contention implique une surveillance accrue, ce qui pose d'ailleurs des problèmes supplémentaires dans la mesure où les moyens sont souvent limités en ressources humaines.

Il n'est pas rare de voir une infirmière de nuit veiller seule sur une unité de 25 à 30 lits.

c. Conclusion

La contention physique fait partie de la liste B1 (de l'annexe à l'AR du 18 juin 90), c'est-à-dire des prestations qui n'exigent pas de prescription médicale.

Nonobstant les efforts du personnel infirmier et la consultation pluridisciplinaire, les accidents sont malheureusement inévitables.

Il appartient au tribunal d'apprécier dans chaque cas d'espèce si une faute peut être retenue dans le chef du personnel infirmier en relation causale avec le dommage.

Il n'y a pas de règle générale puisque chaque patient constitue un cas distinct.

La concertation pluridisciplinaire est cependant de nature à améliorer la qualité des soins médicaux et à fixer des critères d'évaluation.

La mesure doit être appliquée par le praticien infirmier mais la concertation s'impose également dans un deuxième temps.

Certains hôpitaux ont mis au point des procédures d'évaluation de contention et les protocoles sont parfois validés par le corps médical.

Ceci permet notamment d'étudier les mesures alternatives à la contention.

Il apparaît de l'examen de la jurisprudence que la sécurité absolue n'existe pas nonobstant toutes les mesures de précaution prises.