

La contention nocturne en gériatrie, faut-il toujours l'éviter? Comment, au contraire, se poser la question au cas par cas

Elodie Malbois^a et Nicolas Foureur^b

^a Université de Fribourg

^b Centre d'éthique clinique, Assistance Publique, Hôpitaux de Paris

Résumé

La littérature scientifique et les recommandations de bonnes pratiques suggèrent que l'usage de la contention sur le sujet âgé dément devrait être réservé aux cas d'extrême nécessité et en dernier recours. L'idée générale est de n'utiliser une contention, *a priori* malfaisante, que lorsqu'elle évite une malfaisance encore plus grande. Alors que le cas de M. R. n'est pas un cas d'extrême nécessité, la réflexion éthique suggère que dans cette situation particulière la contention pourrait être non-malfaisante, voire même potentiellement bienfaisante. Ce cas montre l'importance d'une réflexion éthique au cas par cas plutôt que de s'en tenir aux positions de principes.

Introduction

Le Centre d'éthique clinique de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (Cec) a été sollicité par une équipe d'EHPAD¹ pour discuter la contention nocturne d'un patient. Alors que la littérature scientifique et éthique conclut que la contention est malfaisante en gériatrie et ne doit être utilisée qu'en dernier recours dans des cas extrêmes, la consultation d'éthique clinique du cas de Monsieur R. invite à interroger l'équilibre habituel des principes de non-malfaisance et de bienfaisance. Dans la première section, nous définissons la contention et décrivons les positions éthiques et cliniques qui ressortent majoritairement de la littérature sur le sujet. Dans la section suivante, nous décrivons le cas de M. R., puis en proposons l'analyse éthique dans la dernière section. Nous concluons par quelques propositions quant à la manière d'envisager l'usage de la contention en institution.

La contention du sujet âgé est reconnue comme une malfaisance

Par contention physique il est entendu tout «dispositif, matériel ou équipement attaché ou proche du corps d'une personne qui ne peut pas être contrôlé ou enlevé

facilement par cette personne et qui l'empêche ou entend l'empêcher volontairement de se mouvoir librement et/ou qui l'empêche d'avoir un accès normal à son corps» [1]. Des dispositifs tels que des ceintures abdominales, des barrières de lit ou des gérichairs (des chaises avec des tablettes qui empêchent la personne de se mouvoir) sont couramment utilisés chez les personnes âgées. En 2000, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) estimait que 19% à 84,6% des personnes âgées en établissement de long séjour étaient contentionnées [2]. Le principal motif de contention des sujets âgés est le risque de chute [3-5], suivi de l'agitation et de la déambulation [2].

Pourtant, les données empiriques suggèrent que la contention est inefficace pour éviter les chutes. Certaines études ont même montré que la contention augmente le risque de chutes graves [6-8] et de chutes à répétition [9]. Il semble également que les patients contentionnés ne sont pas moins agités [10]. La contention est également très mal vécue par certains patients qui en ressentent «de la honte, une perte de dignité et de respect, de l'anxiété, le sentiment d'avoir été agressé, une isolation sociale et une désillusion» [11]. Il faut encore compter de possibles répercussions psychologiques et physiques négatives importantes telles que la dépression [10], la confusion et l'agitation [7, 12], le déclin cognitif [13, 14] et différents troubles liés à l'immobilisation prolongée au-delà de quatre jours (escarres, contractures, déconditionnement musculaire, etc.) [15, 16] et même un risque de décès par strangulation et asphyxie [17].

La littérature décrie donc unanimement l'usage de la contention tant du point de vue clinique qu'éthique [18-20, 11, 21, 22]. La contention porte atteinte à l'autonomie des patients, mais comme bien souvent en psychogériatrie les patients ne sont plus autonomes, l'analyse éthique se concentre autour du principe de non-malfaisance. La contention est considérée comme malfaisante pour les raisons données ci-dessus et doit être évitée. Son usage peut néanmoins être parfois justifié s'il permet d'éviter une plus grande malfaisance, lorsqu'il y a un risque imminent pour l'intégrité ou la santé du patient qui ne peut être évité par d'autres moyens. De plus, la contention enfreint la liberté d'aller et venir des patients, considérée comme un droit fondamental

1 Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

[23, 24]. Certains considèrent également que la contention est une atteinte à la dignité des personnes [11]. Des patients attachés ont d'ailleurs témoigné s'être sentis traités «comme des chiens» [20]. Par conséquent, la contention doit être évitée autant que possible et n'être posée qu'en dernier recours dans des cas extrêmes [25-28]. Les recommandations nationales françaises, belges et suisses défendent également cette position [2, 29, 30].

Le cas présenté ci-dessous n'est pas un cas d'extrême nécessité. Pourtant, il n'est pas aussi évident que la contention était malfaisante dans ce cas particulier.

Description du cas: bienfaisance, non-malfaisance et contention

Monsieur R. était un homme de 87 ans, ancien scientifique, institutionnalisé quelques mois auparavant à la suite du décès de sa femme qui s'en était occupé à domicile jusqu'alors. Le patient souffrait d'une démence de type Alzheimer avancée à l'origine de ses troubles du sommeil. Son rythme nyctéméral était perturbé et il déambulait la nuit, dérangeant son voisin de chambre et les autres résidents. M. R. était épuisé la journée et s'assoupissait très souvent, ce qui l'empêchait régulièrement de se nourrir, de se promener accompagné et de suivre les animations de l'EHPAD et la messe. Il avait également chuté à plusieurs reprises, sans conséquences graves jusque-là. Les autres causes de chute potentielles (iatrogènes, hypotension orthostatique, anémie, démence à corps de Lewy) ayant été écartées, les chutes avaient été attribuées à son épuisement dû à sa déambulation nocturne. M. R. ne présentait pas d'autres troubles du comportement; il n'était pas agressif ou désinhibé, par exemple.

L'équipe de l'EHPAD avait déjà utilisé la contention pour rétablir le rythme nyctéméral de patients déments avec succès et souhaitait la mettre en place pour M. R. Du fait de son expérience, le médecin pensait que la déambulation de M. R. était due à de l'anxiété et qu'il pourrait être apaisé par une contention nocturne. Moins anxieux et reposé, le patient pourrait ainsi mieux profiter de ses journées et surtout être moins à risque de chutes. La contention avait en ce sens une visée uniquement thérapeutique. Le médecin avait contacté les enfants du patient pour leur expliquer la démarche et leur demander leur accord. Devant leur avis défavorable et du fait des questions éthiques que l'équipe se posait quant à l'utilisation de la contention, le médecin avait décidé de faire appel au Cec pour y réfléchir.

Un «binôme» médecin – non-médecin (un sociologue et un philosophe en la circonstance) a d'abord rencontré deux des cinq enfants de M. R. Les deux enfants ont expliqué avoir dû institutionnaliser leur père après le décès de leur mère. Ils avaient soigneusement choisi l'EHPAD pour sa proximité, sa réputation et sa ma-

nière de travailler, notamment car ils laissaient déambuler les patients librement. En effet, M. R. déambulait la nuit depuis plusieurs années, bien que cela semblait s'être aggravé depuis l'entrée en EHPAD. L'institutionnalisation s'était très bien passée, d'autant que la personne de compagnie du patient avait pu continuer de lui rendre visite et de faire les mêmes sorties avec lui, puisqu'il était resté dans le même quartier. La première réaction des deux fils face à la proposition d'utiliser la contention n'avait pas été négative, car ils avaient totalement confiance dans la prise en charge de l'EHPAD. Cependant, certains de leurs frères et sœurs s'y étaient opposés, arguant que la contention était par principe inacceptable si elle n'était pas absolument nécessaire, ce qui n'était pas le cas. En approfondissant la réflexion, les deux fils avaient aussi conclu qu'il ne fallait pas poser de contention, mais pour des raisons propres à leur père. M. R. était un chercheur qui avait un grand besoin de compréhension et de rationalité. Même gravement atteint, il refusait de coopérer tant qu'il ne comprenait pas ce qui se passait. La contention aurait été d'autant plus violente qu'il aurait été incapable de comprendre ce qui lui arrivait, puisqu'il aurait oublié les explications rapidement. Leur père aurait paniqué de se réveiller la nuit, attaché, sans comprendre pourquoi. De plus, une année auparavant, M. R. avait dû être hospitalisé pour des problèmes cardiaques et une contention avait été posée pour qu'il n'arrache pas sa perfusion. L'hospitalisation l'avait profondément déprimé et angoissé. Les deux fils ne voulaient pas réitérer cette mauvaise expérience. Ils n'étaient donc pas contre la contention par principe, mais pensaient qu'elle ne serait pas bénéfique à leur père et au contraire pourrait être malfaisante, du fait de son extrême besoin de rationalité. M. R. ne pouvait pas donner son avis à ce stade et n'avait pas écrit de directives anticipées.

Les trois consultants ont ensuite rencontré l'équipe soignante de l'EHPAD (aides-soignant(e)s, infirmier(e)s, cadre de santé, ergothérapeute, médecin référent et chef(fe) de service). Les professionnels ont expliqué que leur approche était de maintenir les «forces de vie» des patients et qu'ils évitaient les traitements anxiolytiques afin de ne pas «droguer les résidents». Aussi avaient-ils régulièrement recours à une contention nocturne temporaire pour aider les patients à dormir et rétablir leur rythme nyctéméral. La contention se présentait sous forme de ceinture abdominale, posée le soir, au coucher, et enlevée tôt le matin avant le réveil du patient. Ils n'utilisaient pas la contention pour d'autres indications. Le personnel soignant était formé à la contention et maîtrisait la technique. De plus, si le patient réagissait mal, les soignants ne la maintenaient pas. Cependant, ils savaient que l'usage de la contention dans ces cas-là était décrié et ils restaient prudents avec le procédé: la contention n'était pas utilisée à la légère et les décisions se prenaient avec tous les soignants, avant de demander l'accord de la famille. Selon l'équipe, la contention pouvait avoir des effets positifs sur les pa-

tients: ils étaient plus reposés, profitaient mieux des activités et risquaient moins de chuter. Par conséquent, même s'ils ne prônaient pas un usage généralisé de la contention, ils étaient convaincus qu'elle pouvait avoir de réels bienfaits et ne pas être malfaisante dans des cas tels que celui de M. R. D'après l'équipe, la fatigue se voyait sur son visage. De plus, il avait fait trois chutes, sans complication, en deux jours et de nouvelles chutes plus graves étaient à craindre si rien n'était entrepris. Ils avaient déjà tenté les traitements médicamenteux d'usage dans ce contexte, sans efficacité. Par ailleurs, les déambulations de M. R. dérangent les autres résidents, surtout son voisin de chambre qui en était extrêmement affaibli. En réveillant d'autres patients qui se mettaient à leur tour à déambuler, M. R. compliquait aussi le travail de l'aide-soignant(e) de nuit. Une contention aurait donc également bénéficié aux autres résidents et aux soignant(e)s. Enfin, malgré leur discours en faveur de la contention, les soignant(e)s restaient mal à l'aise avec le procédé. Ils l'utilisaient le moins possible et avec prudence. Une aide-soignante a même expliqué l'avoir essayé sur elle-même et avoir paniqué.

Discussion éthique: le cas par cas afin de ne pas passer à côté d'une contention éventuellement bienfaisante

Les consultants ont ensuite présenté le cas en staff au «groupe d'éthique clinique» composé de médecins, soignants et sociologues, philosophes, psychologues, juristes, assistants sociaux, citoyens, etc., formés à l'exercice. La discussion a mis en évidence des avis différents synthétisés ici à travers une analyse éthique de la situation suivant les quatre principes d'éthique biomédicale développés par Beauchamp et Childress (respect de l'autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice) [31].

Justice

Au nom du principe de justice, furent discutés les liens et tensions entre ce qui relevait du patient et du collectif (les autres résidents, l'équipe soignante, l'EHPAD et ses règles, la loi, les recommandations de bonnes pratiques). Ce principe est ici abordé en premier, car il a entraîné peu de discussion en staff d'éthique clinique. Il est vite apparu au groupe qu'une contention ne pouvait pas se justifier par un bénéfice apporté à d'autres que le patient, du fait 1) que le dérangement que causait M. R. était modéré et gérable et 2) qu'il existait d'autres moyens de résoudre ces problèmes, soit spécifiques à ce patient (chambre simple, personne de compagnie la nuit, transfert en UCC²) ou institutionnels (poignées de porte électroniques, plus de personnel de nuit). De plus,

les enfants de M. R. avaient choisi cet EHPAD, notamment car on leur avait expliqué qu'on laissait les résidents déambuler. Attacher M. R. pour faciliter le travail des soignant(e)s serait revenu à les tromper.

Autonomie

M. R. n'était plus compétent et il n'était pas possible de lui expliquer le projet de contention et d'attendre de lui un choix éclairé. Cependant, il semblait encore capable d'exprimer un potentiel refus de la contention par des gestes et des paroles. M. R. bénéficiait donc encore d'une forme d'autonomie qui pouvait guider la décision. Cela suggérait que l'on pouvait tenter la contention et l'abandonner en cas de réaction de refus, au nom du respect de son «autonomie résiduelle» [32].

Si les enfants de M. R. avançaient l'argument de la rationalité pour faire respecter la personne de leur père dans ce qu'elle avait de plus authentique, et non pour préserver l'image qu'ils avaient de lui, alors l'argument concernait le respect de l'autonomie. Cependant, en admettant que la contention ait été bénéfique pour M. R. et qu'il ne s'y soit pas opposé, il aurait alors fallu choisir entre agir au mieux pour M. R. devenu malade et le respecter tel qu'il était avant. La question de l'opposition entre la personne d'avant et la personne présente est très délicate et jamais consensuelle.

Non-malfaisance

Sans danger imminent pour M. R., on pouvait arguer que le risque de malfaisance était beaucoup trop élevé et que la contention ne devait pas être utilisée. Cependant, l'expérience de la contention qu'avait l'EHPAD était particulière et suggérait que le patient pouvait être apaisé grâce à elle, au point que parfois certains patients la réclamaient. La contention pouvait donc ne pas être malfaisante.

Bienfaisance

D'après le personnel de l'EHPAD, la contention pour M. R. aurait eu de nombreux effets bénéfiques (repos, calmer son anxiété, dynamisme diurne, meilleure nutrition, éviter les chutes et leurs complications) et aurait augmenté son confort. Cependant, le staff s'est demandé quel aurait été le sens de cette prise en charge, car le bénéfice restait mince. Les journées de M. R. auraient été plus agréables, mais il n'en serait pas moins resté une personne à la fin de sa vie, souffrant d'une maladie d'Alzheimer avancée, institutionnalisé et veuf. Certains pensaient même que la contention n'aurait pas du tout été bénéfique. M. R. ayant mené une vie riche et comblée et s'étant beaucoup dégradé sur le plan cognitif, on pouvait penser que le mieux pour lui n'était pas de pouvoir profiter des animations, mais d'avoir une fin de vie paisible, sans qu'elle ne soit prolongée à dessein. Ce dernier argument invitait à se détacher de la réflexion sur la seule question de la contention pour réfléchir à la prise en charge globale de M. R. Fallait-il lutter à tout prix contre la maladie ou opter

2 Unité cognitivo-comportementale. Ces unités sont développées spécifiquement pour les personnes souffrant de démence et visent à stabiliser ou réduire les troubles du comportement.

Tableau 1: récapitulatif des arguments en faveur et en défaveur de l'usage de la contention pour M. R.

Principe éthique	Arguments «en faveur» de la contention pour M. R.	Arguments «contre» la contention pour M. R.
Autonomie	– M. R. pouvait exprimer un refus (de la contention) – M. R. n'était plus capable de faire un choix éclairé	– M. R. était une personne extrêmement rationnelle qui avait besoin de tout comprendre
Bienfaisance	– La contention pouvait donner un sentiment de sécurité au patient et réduire son anxiété – La contention pouvait aider le patient à dormir et diminuer le risque de chute, augmenter son confort et lui permettre de mieux profiter de ses journées	– Si la déambulation de M. R. était due à l'anxiété, d'autres moyens pouvaient encore être essayés pour la soulager – M. R. avait mené une vie comblée et aujourd'hui il ne s'agissait plus de prolonger sa vie avec une mauvaise qualité de vie
Non-Malfaisance	– La contention aurait été abandonnée face à tout signe de violence ou de malfaisance pour M. R.	– La probabilité que la contention soit malfaisante est haute – La contention comporte des risques
Justice	– L'EHPAD avait un savoir-faire en matière de contention – La déambulation de M. R. dérangeait les autres résidents et compliquait le travail du personnel de nuit	– Il existait des alternatives pour que la déambulation de M. R. ne dérange personne – Les enfants de M. R. n'étaient pas en faveur de la contention

pour une prise en charge plus palliative par un accompagnement dans sa maladie? Même si la deuxième option était choisie, la contention pouvait être utilisée pour augmenter son confort.

L'analyse éthique du cas de M. R. nous montre qu'il y avait des arguments en faveur tout comme en défaveur de la contention (voir tableau 1 ci-dessous), que la contention pouvait donc être une alternative à envisager et qu'il aurait été dommage de l'éliminer par principe, sans évaluer les bénéfices qu'elle aurait pu avoir dans le cas en question. Cette analyse nous montre donc l'importance de réfléchir au cas par cas, plutôt que d'adopter des positions de manière dogmatique.

Conclusion

L'objectif de la démarche n'était pas de dire à l'équipe de l'EHPAD ce qu'elle devait faire, mais de l'aider à affiner son raisonnement éthique à l'aide d'une consultation d'éthique clinique et de l'accompagner dans sa prise de décision. La réflexion éthique centrée sur les particularités du cas de M. R. a montré qu'il ne s'agissait pas de se demander si une contention *a priori* malfaisante permettait d'éviter une malfaisance encore plus grande (une chute grave, par exemple), mais si la contention pouvait avoir des conséquences positives pour le patient. Cela a ouvert la réflexion sur le but de la prise en charge. Le staff d'éthique clinique s'est demandé s'il ne valait pas mieux préserver la qualité de vie de M. R., même au prix de sa longévité, voire s'il fallait ne rien faire qui prolonge sa situation déjà difficile, plutôt que d'éviter les dangers de chutes et de complications.

Cependant, il ne s'ensuit pas que la contention est non-malfaisante pour tous les patients de ce type. Elle peut être violente et malfaisante pour certains. Nous publions ce cas car il met en avant l'importance de la réflexion éthique au cas par cas. Les conclusions de la réflexion ne sont donc ni générales ni prescriptives pour les autres cas de contention du sujet âgé dément.

Au contraire, ce cas suggère qu'il faut voir dans chaque situation si l'usage de la contention peut être bénéfique et avoir un sens. Une réflexion générale faite à partir de positions de principes restera forcément en porte-à-faux. De plus, la décision d'utiliser une contention devrait aboutir sur une réflexion sur la manière dont elle est utilisée. Peut-être, par exemple, qu'il est envisageable d'avoir une personne auprès du patient qui l'aiderait à rester couché la nuit plutôt qu'une ceinture abdominale.

Enfin, puisqu'un doute quant à la malfaisance de la contention peut toujours exister, les efforts déployés par l'équipe pour pratiquer une contention sûre et la moins malfaisante possible gagneraient à être associés non seulement à une réflexion approfondie et partagée, mais également à des décisions institutionnelles, afin de limiter au maximum le recours à la contention.

Correspondance

Nicolas Foureur
27, rue du faubourg Saint Jacques
F-75014 Paris

E-mail: [ethique.clinique\[at\]aphp.fr](mailto:ethique.clinique[at]aphp.fr)

Références

1. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Studies*. 1998;35(3):184-91.
2. ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé: Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000.
3. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2005; 38(1):19-25.
4. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman P-O. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49(12):1722-8.
5. Karlsson S, Bucht G, Sandman P-O. Physical restraints in geriatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1998;12(1): 48-56.
6. Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Luna-Rodriguez ME de, Vazquez-Blanco MJ, Morilla-Herrera JC, Rivas-Ruiz F, et al. Characteristics, consequences and prevention of falls in institutionalised older adults in the province of Malaga (Spain): a prospective, cohort, multicentre study. *BMJ Open*. 2018;8(2):e020039.
7. Tinetti ME. Mechanical restraint use and fall-related injuries

- among residents of skilled nursing facilities. *Annals of Internal Medicine*. 1992;116(5):369.
8. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *The Journals of Gerontology: Series A*. 1998;53A(1):M47-52.
9. Capezuti E, Evans LK, Strumpf NE, Maislin G. Physical restraint use and falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44(6):627-33.
10. Moss RJ, Puma JL. The ethics of mechanical restraints. *Hastings Center Report*. 1991;21(1):22-5.
11. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*. 2006;32(3):148-52.
12. Evans LK, Strumpf NE. Myths about elder restraint. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1990;22(2):124-8.
13. Freeman S, Spirgiene L, Martin-Khan M, Hirdes JP. Relationship between restraint use, engagement in social activity, and decline in cognitive status among residents newly admitted to long-term care facilities. *Geriatrics & Gerontology International*. 2017;17(2):246-55.
14. Foebel AD, Onder G, Finne-Soveri H, Lukas A, Denking MD, Carfi A, et al. Physical restraint and antipsychotic medication use among nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016;17(2):184.e9-184.e14.
15. Covert AB, Rodrigues T, Solomon K. The use of mechanical and chemical restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1977;25(2):85-9.
16. Lofgren RP, MacPherson DS, Granieri R, Myllenbeck S, Sprafka JM. Mechanical restraints on the medical wards: are protective devices safe? *American Journal of Public Health*. 1989;79(6):735-8.
17. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist*. 1992;32(6):762-6.
18. O'Keeffe ST. Physical restraints and nursing home residents: dying to be safe? Oxford: Oxford University Press; 2017.
19. Cheung PPY, Yam BMC. Patient autonomy in physical restraint. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(s1):34-40.
20. Dodds S. Exercising restraint: autonomy, welfare and elderly patients. *Journal of Medical Ethics*. 1996;22(3):160-3.
21. Hine K. The use of physical restraint in critical care. *Nursing in Critical Care*. 2007;12(1):6-11.
22. McBrien B. Exercising restraint: clinical, legal, and ethical considerations for the patient with Alzheimer's disease. *Accident and Emergency Nursing*. 2007;15(2):94-100.
23. Thomas S, Hazif-Thomas C. Liberté d'aller et venir en EHPAD: sommes-nous des hors la loi? *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*. 2014;14(83):275-84.
24. Conseil de l'Europe. Convention Européenne des Droits de l'Homme. 2010.
25. Shanahan DJ. Bedrails and vulnerable older adults: how should nurses make «safe and sound» decisions surrounding their use? *International Journal of Older People Nursing*. 2012;7(4):272-81.
26. Bonin-Guillaume S, Trochet C. La contention en gériatrie, état des lieux. *La revue de l'infirmière*. 2018;67(244):16-8.
27. Greffard S, Verny M. Contention en gériatrie, approches médicamenteuse et non médicamenteuse. *La revue de l'infirmière*. 2018;67(244):19-22.
28. Zulfiqar A-A, Doucet J, Kadri N. Contention physique en gériatrie, usages et répercussions. *La revue de l'infirmière*. 2018;67(244):23-4.
29. ASSM. Prise en charge des personnes atteintes de démence, Directives Médico-éthiques. 2017.
30. Conseil supérieur de la santé. Démence: Diagnostic, gestion du comportement et questions éthiques. 2016.
31. Beauchamp TL, Childress JF. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris: Les Belles Lettres; 2008.
32. Foureux N. Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées. *Gérontologie et société*. 2016;38(150/2):141-54.