

Programme de formation



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

Programme de formation

Partie 3 Référentiels

Partie 3.1 Modules essentiels



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été publié en quantité limitée et est diffusé uniquement dans le cadre de la formation.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN-13 : 978-2-550-48031-0 (version imprimée)

ISBN-10 : 2-550-48031-7 (version imprimée)

ISBN-13 : 978-2-550-48032-7 (version PDF)

ISBN-10 : 2-550-48032-5 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

REMERCIEMENTS

La Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec tient à remercier les membres du COMITÉ DIRECTEUR SCIENTIFIQUE et tous les partenaires qui ont accepté d'investir tant leurs compétences que leur précieux temps dans ce projet.

COORDINATION DU PROJET

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

Michel Tanguay, MSSS

Hôpital Maisonneuve Rosemont (HMR) et autres établissements

Odette Roy, HMR

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

CONCEPTION

Odette Roy, HMR

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

Denyse Gilbert, consultante en formation

France Gilbert, consultante en formation

COMITÉ SCIENTIFIQUE RÉDACTEURS

Coprésidents

Odette Roy, Ph. D., infirmière clinicienne spécialisée – HMR

Michel Fréchette, md., psychiatre – Centre hospitalier universitaire de Québec – Pavillon CHUL

Chargés de projet

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

Robin Gagnon, M. Sc. Inf., clinicien en soins spécialisés – CSSS du Nord de Lanaudière

Sylvie Garon, B. Sc., physiothérapeute - Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Silvana Mauro, BSc., ergothérapeute – Centre gériatrique Maimonides

Marcelle Monette, Ph. D., conseillère en éthique – HMR

Suzanne Plante, coordonnatrice clinico-administrative – Centre de réadaptation

Marie-Enfant – CHU Ste-Justine

Élaine Pruneau, médecin – Hôpital de Verdun

Catherine Sarrazin, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR

Anne-Marie Savard, LL.B., LL.M., juriste

AUTRES RÉDACTEURS

Louis Bolduc, M. Sc. Inf., conseiller spécialisé à l'amélioration continue de la qualité en soins infirmiers – HMR

Monique Bourque, M.A., conseillère clinicienne en soins infirmiers – CSSS - IUGS

Céline Carrier, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Josée Lamoureux, BSc., infirmière monitrice – HMR
Hélène Loiselle, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Olivette Soucy, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – consultante
Nicole Soulard, BSc., infirmière monitrice – HMR
Lise St-Pierre, M. Sc. Inf.(c), infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Stéphanie Therrien, Ph.D., conseillère en éthique

COLLABORATION À LA GESTION DU PROJET

Serge Hamel, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

PARTENAIRES

Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre de la physiothérapie du Québec
Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des travailleurs sociaux du Québec
Fédération québécoise des sociétés Alzheimer du Québec
Fédération québécoise des centres en déficience intellectuelle du Québec
Association des centres jeunesse du Québec
Conseil pour la protection des malades du Québec
Le Curateur public
Le Protecteur des citoyens du Québec et des usagers en matière de santé et de services sociaux
Office des personnes handicapées du Québec
Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec

Directions du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
 Direction des services communautaires et des personnes handicapées
 Direction des personnes âgées
 Direction de la santé mentale

SECRÉTARIAT

Kathy Lafontaine, HMR
Lynda Blais, MSSS
Renée Vincent, MSSS
Louise Carignan, MSSS
Sylvie Boutin, MSSS

SUPERVISION DU PROJET

André Garon, MSSS

Nous tenons à souligner ici la contribution des nombreuses autres personnes qui ont participé entre autres au processus de validation du contenu scientifique des modules ainsi qu'au pilotage de la formation destinée aux formateurs régionaux. Dans un esprit d'équité et de reconnaissance, ces remerciements vous sont adressés.

INTRODUCTION

Depuis longtemps, l'utilisation des mesures de contrôle est un sujet de préoccupation dans nos milieux de soins. Au cours des dernières années, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Association des Hôpitaux du Québec, les établissements de santé, les corporations professionnelles, les groupes de défense des droits et bien d'autres encore se sont impliqués afin d'en arriver à ce que les mesures de contrôle soient des mesures exceptionnelles et de dernier recours.

La contention et l'isolement sont des entraves à la liberté. Plus nous avons de respect pour les personnes hébergées ou hospitalisées, moins nous sommes enclins à utiliser ces mesures de contrôle et plus nous explorons et appliquons des mesures de remplacement.

Le *Programme national de formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle* que nous proposons maintenant s'adresse au personnel qui donne des soins et des services ainsi qu'aux gestionnaires du réseau québécois des établissements de santé.

Nous souhaitons que ce programme contribue substantiellement à une utilisation judicieuse et appropriée des mesures de contrôle.

Odette Roy, Ph. D.

Coprésidente

Michel Fréchette, MD
Coprésident

Août 2006

3 Référentiels



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

PARTIE 3 RÉFÉRENTIELS

3.1 Modules essentiels

Module 1 - Le changement de pratique

Module 2 - Le cadre théorique Kayser-Jones

Module 3 - Le processus de prise de décision

Module 4 - Les mesures de remplacement

Module 5 - La communication

Module 6 - Le consentement

Module 7 - Les soins et la surveillance

Module 8 - La documentation

3.2 Module évaluation

3.3 Problématiques cliniques

Problématique clinique sur l'agressivité

Problématique clinique sur les chutes

Problématique clinique sur le delirium

Problématique clinique sur l'errance

Problématique clinique sur l'interférence aux traitements

Problématique clinique sur les comportements perturbateurs

3.1 Modules essentiels



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

3.1 MODULES ESSENTIELS

Dans cette section, vous disposez des huit modules essentiels pour comprendre la démarche de prise de décision et ses composantes. Ces modules vous feront cheminer à travers la problématique du changement de pratique et le cadre théorique qui permet de supporter le processus de prise de décision. Vous découvrirez des stratégies et des mesures de remplacement pour réduire la contention et l'isolement. Vous comprendrez toute l'importance de la communication, du consentement, des soins et de la surveillance ainsi que de la documentation.



**Le changement de pratique en matière d'application
de mesures de contrôle : l'argumentation en faveur
d'un changement de pratique**

Odette Roy
et Marie Authier
juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	3
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	5
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	11
LE SAVIEZ-VOUS?	12
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	16
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	21
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	25
NOTE DU FORMATEUR	26
RÉFÉRENCES	27



INTRODUCTION

BUT

Ce module est le premier du *Programme national de formation sur l'application de la contention et de l'isolement*.

Le but de ce programme de formation est de modifier les habitudes de contention qui prévalent dans certains établissements.

Pour ce faire, le présent module met d'abord en perspective le contexte et les motifs invoqués pour recourir à la contention pour ensuite exposer les facteurs humanitaires, médicaux et juridiques qui agissent en faveur d'une réduction des pratiques de contention.

Enfin, des stratégies de changement utilisées dans ce programme sont présentées.

MODULE CHANGEMENT DE PRATIQUE EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Le recours à la contention et l'isolement :
 - Définitions;
 - Clientèle vulnérable;
 - Prévalence;
 - Motifs du recours à la contention et l'isolement;
 - Durée de la contention;
 - Croyances relatives à l'efficacité de la contention.
- Les conséquences reliées à l'application des mesures de contrôle.
- Les stratégies gagnantes pour un changement de pratique.



DÉFINITIONS

MESURES DE CONTRÔLE

Tout moyen mécanique, mesure pour confiner une personne ou substance chimique administrée dans le but de limiter la liberté de mouvement d'une personne ou de limiter sa capacité d'action.

CONTENTION

Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (MSSS, 2002).

Les contentions les plus communes sont les attaches aux poignets ou à la taille, les gilets, les ceintures abdominales, les tablettes des fauteuils roulants et gériatriques et les ridelles de lit.

ISOLEMENT

Mesure de contrôle qui consiste à confiner, pour un temps déterminé, une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement (MSSS, 2002). Cette chambre d'isolement doit correspondre à des normes de sécurité définies dans le document *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle* (MSSS, 2005).

D'après l'avis donné par le MSSS (juillet 2006), les deux aspects suivants doivent être pris en considération :

- En ce qui concerne la demi-porte, son usage ne doit pas être encouragé et doit se limiter aux situations où il n'y a pas de mesures de remplacement valables et raisonnablement accessibles;
- En ce qui concerne la porte barrée, il est recommandé de ne pas recourir à cette pratique qui ne constitue pas une alternative à la contention.

La mise en isolement de personnes en raison de conditions médicales, notamment des infections, ne doit pas être considérée comme une mesure de contrôle telle que définie ici, car l'accès à la chambre demeure libre et les communications avec le personnel et avec l'extérieur restent possibles en tout temps.

SUBSTANCE CHIMIQUE

Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament (MSSS, 2002).

PRÉVALENCE

Proportion de personnes affectées par une maladie à un moment précis dans une population sans distinction entre les nouveaux cas et les anciens cas (Beaucage et Bonnier Viger, 1996).



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

PARCE QUE LES PRÉVALENCES D'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE SONT ÉLEVÉES.

- Il est difficile de comparer les prévalences d'utilisation des contentions et de l'isolement, car les méthodes pour les estimer (par exemple les observations directes, les questionnaires ou les révisions de dossiers) et les définitions retenues (par exemple incluant ou non les ridelles de lit) varient selon les études recensées et les pays où elles ont été menées. Malgré cette imprécision, il ressort que cette pratique demeure encore répandue dans les établissements de santé de courte et de longue durée.

Dans les établissements de longue durée

- Les études menées à l'étranger montrent que la prévalence des personnes sous contention en centre d'hébergement s'établit entre 4 et 40 % (Sullivan-Marx, Strumpf, Evans, *et alii*, 1999; Ljunggren, Philipps et Sgadari, 1997).
- Au Québec, même si peu d'études ont été menées afin d'établir la prévalence d'utilisation des mesures de contention, il ressort que celles-ci sont couramment utilisées dans les établissements de longue durée.
- Une étude par questionnaire menée auprès d'infirmières de 28 centres de soins de longue durée (2332 patients) dans la région de Québec a montré que près d'un résident sur trois (32 %) avait subi l'application d'une contention (excluant les ridelles de lit) durant la période de 24 heures visée par l'étude (Bernard, 1999).
- L'utilisation des ridelles de lit est aussi une pratique très courante dans ces milieux. Ainsi, au cours de la période de 24 heures visée par l'étude, Bernard (1999) a observé que les ridelles avaient été utilisées auprès de 60 % de l'ensemble des résidents à au moins une occasion.

- Durand (1993), ayant mené des observations directes auprès de 377 personnes vivant dans huit centres d'hébergement, a obtenu une prévalence de 34 % en ce qui concerne la contention (excluant les ridelles de lit). Les ridelles de lit étaient utilisées chez 62 % des personnes hébergées.
- Roberge et Beauséjour (1988) ont effectué une enquête par questionnaire afin d'établir la prévalence dans 9 centres d'hébergement et 26 centres d'accueil et d'hébergement de la région du centre du Québec (2372 patients au total). La prévalence de la contention excluant les ridelles de lits était de 40 % pour les centres d'hébergement et de 13 % pour les centres d'accueil et d'hébergement. Par ailleurs, lorsque les ridelles de lit étaient incluses, les prévalences de personnes sous contention s'élevaient respectivement à 88 % et 31 %.
- Bernard (1999) et Durand (1993) ont observé que le type de contention le plus répandu est le fauteuil avec tablette (de 21 à 24 %), suivi des ceintures (12,7 %) et des gilets (4 %).

Dans les établissements de courte durée

- Dans les hôpitaux de courte durée, la prévalence d'utilisation des mesures de contrôle est moins bien documentée. Des études réalisées dans des unités de soins spécifiques, notamment des unités de médecine, de chirurgie et de soins intensifs, situent les prévalences entre 7 et 50,1 % (Frengley et Mion, 1986; Mion, Frengley, Jakovcic, *et alii*, 1989; Stratmann, Vinson, Magee, *et alii*, 1997; Minnick, Mion, Leipzig, *et alii*, 1998; Tutuarima, Semin-Goossens, Hart, *et alii*, 2003).
- Au Québec, une seule étude de prévalence d'utilisation de contention hospitalière dans un établissement de courte durée a été recensée (Roy et Authier, 2006). Cette étude a été menée à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont en 2002 auprès des patients hospitalisés dans les programmes clientèles de médecine, chirurgie, première ligne, personnes âgées et santé mentale. Elle a permis d'établir, à partir de 10 478 observations directes menées au cours d'une période de 4 semaines (5 observations par jour), la prévalence d'utilisation des contentions physiques à 3,5 % (excluant les ridelles de lit). La prévalence des ridelles de lit, beaucoup plus élevée, se situe à 42 %. Il importe de souligner que cette étude a été réalisée 18 mois après

l'implantation un programme de formation visant une utilisation réfléchie de la contention.

- Dans les milieux de courte durée, les attaches aux poignets ou à la taille et le gilet sont les contentions les plus courantes (Joanna Briggs Institute, 2002).
- Peu d'études ont porté sur la prévalence de l'isolement dans les milieux de courte durée. On retrouve deux études américaines faites il y a une vingtaine d'années qui rapportent qu'entre 7,2 et 58 % des « adultes soignés dans des unités psychiatriques » sont placés en isolement (Schwab et Lahmeyer, 1979; Mattson et Sacks, 1978). En Australie, une étude de dossiers menée rétrospectivement sur une période de 12 mois dans un milieu psychiatrique adulte a montré que 31 % des patients étaient placés en isolement au cours de leur admission et que 39 % des patients placés en isolement l'avaient été à au moins deux occasions (Tunde-Ayinmode et Little, 2004).
- À notre connaissance, une seule étude a été menée au Canada pour connaître la prévalence de l'isolement (Guirguis et Durost, 1978). Cette étude, réalisée par questionnaire dans 370 unités psychiatriques, montre que la prévalence de l'isolement était de 55 % dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux et de 69 % dans les hôpitaux psychiatriques. Des données plus récentes seraient indispensables pour établir la prévalence de l'isolement actuellement.
- L'isolement est une mesure de contrôle qui est aussi utilisée dans les urgences. Récemment, une étude par questionnaire menée dans 442 urgences aux États-Unis a révélé un taux d'utilisation de 25,6 % (Zun et Downey, 2005).

PARCE QUE LES MESURES DE CONTRÔLE SONT SOUVENT APPLIQUÉES POUR DE LONGUES PÉRIODES.

- La durée totale (continue ou non) durant laquelle les mesures de contrôle sont appliquées est peu rapportée dans les études. Toutefois, les données actuelles suggèrent que certaines personnes pourraient être mises sous contention pour de longues périodes.
- Dans l'étude menée dans les centres d'hébergement de la région de Québec, Bernard (1999) a observé que la durée totale moyenne (continue ou non)

durant laquelle les personnes hébergées avaient été mises sous contention (excluant les ridelles de lit) durant la période de 24 heures visée par l'étude était de 9,8 heures. Par ailleurs, 16,8 % des résidents avaient été placés sous contention pendant 20 heures ou plus au cours de cette période.

- Evans, Wood et Lambert (2003) ont revu plusieurs études menées à l'étranger portant sur la contention. Leur étude suggère que les personnes mises sous contention dans les milieux de soins aigus l'avaient été pour des durées qui variaient entre 2,4 et 4,5 jours en moyenne.
- Une étude australienne menée rétroactivement dans une unité de soins psychiatrique a montré que les personnes hospitalisées placées en isolement l'étaient pour des durées moyennes de 9 heures (variation de une à 49 heures) (Tunde-Ayinmode et Little, 2004).

PARCE QUE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE COMPORTE DES RISQUES GRAVES.

- Les faits et les renseignements extraits des rapports du Coroner du Québec (2003) relativement à l'application des contentions montrent que :
 - 48 décès accidentels de personnes sous contention sont survenus au cours des 16 dernières années;
 - les personnes décédées avaient 67 ans en moyenne;
 - dans 73 % des cas, les décès sont survenus dans des centres d'hébergement alors que 13 % des décès sont survenus dans des centres hospitaliers;
 - 35 des 48 personnes décédées étaient sous contention dans un lit au moment du décès (la personne est alors retrouvée suspendue au lit, partiellement ou totalement, et elle est compressée ou non par des ridelles);
 - dans les 13 autres cas de décès, il s'agit de personnes assises dans un fauteuil roulant ou un fauteuil gériatrique qui ont glissé dans leur fauteuil et ont été compressées par leur contention;
 - dans la presque totalité des cas, le décès résulte d'une asphyxie par compression thoraco-abdominale ou au niveau du cou.

- Santé Canada (2001) rapporte que l'utilisation des ridelles de lit peut occasionner des blessures et des décès :
 - Santé Canada a enregistré 25 décès et 35 blessures liés aux ridelles de lit entre 1980 et 2000 (Medical Devices Bureau, 2001).
 - Les risques associés à l'utilisation de ridelles sont :
 - un risque de blessure attribuable à une chute si la personne essaie d'enjamber le côté du lit;
 - un risque de strangulation, suffocation, blessure ou décès lorsque le patient se coince dans l'espace entre les ridelles ou entre les ridelles et le matelas.
- Les recherches scientifiques font également état des nombreuses conséquences physiques, psychologiques et familiales associées à l'utilisation des contentions (voir plus loin la section sur les données probantes).
- L'isolement peut aussi entraîner des complications. À cet égard, une étude menée dans des urgences américaines a enregistré un taux mensuel de complication associée à l'utilisation de chambres d'isolement de 37,5 % (39 sur 104). Les complications observées étaient des blessures de patients, des blessures aux intervenants et des évasions de la chambre d'isolement (Zun et Downey, 2005).

PARCE QUE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DOIT ÊTRE RECONNUE COMME ÉTANT UNE MESURE EXCEPTIONNELLE, MINIMALE ET TEMPORAIRE.

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux exprime clairement, à travers les *Orientations ministérielles*, sa volonté que l'application de la contention ou l'isolement soit une mesure exceptionnelle, minimale et temporaire.
- Les principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle à l'intention des établissements dans l'élaboration de leurs protocoles d'application (MSSS, 2002) sont les suivants :
 - 1) Les mesures de contrôle sont utilisées uniquement dans un contexte de risque imminent;
 - 2) Les mesures de contrôle ne sont envisagées qu'en dernier recours;

- 3) Les mesures appliquées sont les moins contraignantes pour la personne;
- 4) L'application des mesures doit se faire dans le respect de la dignité et de la sécurité tout en assurant le confort de la personne et elle doit faire l'objet d'une supervision attentive;
- 5) L'utilisation des mesures de contrôle doit être balisée et contrôlée par un protocole et des procédures;
- 6) L'utilisation des mesures doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi au conseil d'administration de chaque établissement.



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

- Certains établissements de soins de longue durée continuent à entretenir une philosophie de soins qui encourage l'application de la contention, c'est-à-dire une philosophie basée sur la primauté de la protection des résidents contre les risques de chute et de blessure. Or, cette philosophie de soins s'oppose à deux valeurs très importantes dans le domaine de la santé : la préservation de l'autonomie fonctionnelle et la possibilité de faire des choix.
- Des établissements de soins de courte et de longue durée, des professionnels, des gestionnaires et des équipes veulent changer leur pratique en matière de mesures de contrôle et ils ont besoin de soutien pour le faire.
- L'application de mesures de contrôle se limite trop souvent à un protocole et à des procédures qui ne respectent que certaines exigences juridiques. Des pratiques courantes se limitent à des procédures de consentement. Cette vision réductrice en matière d'utilisation des mesures de contrôle ne met pas suffisamment l'accent sur l'importance de remettre en question cette pratique et de soutenir les équipes dans le développement d'une approche plus respectueuse de la personne vulnérable ou en perte d'autonomie.

— LE SAVIEZ-VOUS? —

Plusieurs intervenants entretiennent de fausses croyances concernant l'efficacité des mesures de contrôle pour prévenir les chutes ou pour contrôler l'errance, l'agitation, l'agressivité ou l'interférence aux traitements. Ces fausses croyances représentent de véritables « freins » à une remise en question de l'utilisation des mesures de contrôle. Pouvoir les ébranler par des preuves scientifiques représente un pas important vers le changement de pratique proposé. Voici quelques exemples de mythes et de fausses croyances :

MYTHE : L'application d'une contention assure la sécurité de la personne. Les personnes âgées devraient être attachées parce qu'elles risquent de tomber et de se blesser.

Faux.

L'application de la contention n'empêchera pas la personne de chuter. De plus, il est démontré que la gravité des blessures des personnes sous contention ou reposant dans un lit dont les 2 ridelles sont remontées est plus sévère. De même, il ne faut pas négliger les effets dévastateurs liés à l'application de la contention, comme l'immobilité qui entraîne toute une panoplie d'effets néfastes tels que l'atrophie musculaire, l'augmentation du risque de plaie de pression, la perte de la masse osseuse, etc.

MYTHE : L'utilisation des contentions est un moyen efficace de contrôler les comportements perturbateurs.

Faux.

L'application de la contention entraîne, dans la majorité des cas, une exacerbation de ces comportements. Aux dires de Goldsmith (1996), si on prenait autant de temps pour comprendre un comportement que pour le contrôler, on pourrait mieux saisir le message ou le besoin non satisfait que la personne essaie de nous communiquer.

MYTHE : Le programme visant à réduire l'utilisation de la contention entraîne une augmentation des chutes et des blessures sévères.

Faux.

Plusieurs études montrent plutôt que la mise en place d'un programme diminue les blessures sévères. Il est vrai que l'implantation d'un programme de réduction de la contention peut entraîner, dans les premiers mois, une légère augmentation du nombre de chutes, mais les conséquences de celles-ci sont moins sévères (Neufeld, Libow, Foley, *et alii*, 1999 ; Ejaz, Jones et Rose, 1994).

MYTHE : L'implantation d'un programme de réduction de l'utilisation des contentions peut amener une augmentation de l'utilisation de médicaments.

Faux.

L'implantation d'un tel programme n'entraîne pas une augmentation de l'utilisation de médicaments (Siegler, Capezuti, Maislin, *et alii*, 1997).

MYTHE : Si l'application d'une contention à des fins de positionnement est justifiée et pertinente, ce n'est pas une contention.

Vrai.

Selon l'avis du MSSS (juillet 2006), les mesures à des fins de positionnement ne sont pas des mesures de contention, à moins d'être indûment contraignantes et limitatives pour les mouvements de la personne. Apporter une adaptation pour le positionnement ne constitue donc pas une contention. De l'avis du comité d'experts, les établissements, les cliniciens et les équipes sont conviés à une grande vigilance à cet égard afin d'éviter une interprétation trop générale du « positionnement » dans leur pratique quotidienne.

MYTHE : L'application de la contention empêche les poursuites judiciaires.

Faux.

Au contraire, la plupart des poursuites judiciaires ont lieu dans des cas où il y a application de la contention.

MYTHE : Pour diminuer l'utilisation de la contention, on a besoin de plus de personnel.

Faux.

Prendre soin d'une personne sous contention prend plus de temps. Une personne sous contention n'est pas en « sécurité » et nécessite des soins et une surveillance très étroits.

MYTHE : L'utilisation des ridelles de lit ne présente aucun risque pour la personne.

Faux.

L'utilisation des ridelles est souvent perçue comme étant un geste banal, même essentiel, qui permet d'assurer la sécurité de la personne. Pourtant, plusieurs études montrent qu'il en est tout autrement. Les ridelles de lit augmentent la hauteur à partir de laquelle une personne peut chuter, ce qui, conséquemment, augmente le risque de blessure sérieuse. De plus, les ridelles réduisent l'indépendance et la mobilité de la personne. À cet égard, plusieurs personnes se blessent lorsqu'elles essaient de grimper par-dessus les ridelles pour sortir du lit (ex. : pour aller à la toilette). Par ailleurs, l'utilisation des ridelles de lit peut entraîner l'augmentation de comportements d'agitation, de peur et de delirium (Oliver, 2002). L'utilisation des ridelles peut aussi occasionner de l'incontinence et des plaies de pression.

MYTHE : La réduction de l'utilisation des ridelles de lit occasionnera une augmentation des chutes chez les personnes.

Faux.

Des études ont montré que la réduction de l'utilisation des ridelles de lit n'occasionne pas une augmentation significative des chutes. De plus, les blessures graves, notamment les blessures à la tête, sont moins nombreuses (Hanger, Ball et Wood, 1999). Plusieurs mesures de remplacement existent pour prévenir les chutes chez les personnes jugées à risque : l'utilisation de lits pouvant être abaissés près du sol, l'utilisation de planchers plus mous, la présence d'une alarme pour avertir les intervenants des mouvements de la personne, les mesures fréquentes de surveillance permettant d'anticiper les motifs pour lesquels la personne pourrait vouloir sortir de son lit, etc. (Santé Canada, 2001).

MYTHE : La demi-porte fermée représente un moyen alternatif aux mesures de contrôle.

Faux.

Une demi-porte fermée est un dispositif qui transforme une chambre en une sorte de chambre d'isolement. En effet, lorsqu'une personne hébergée se retrouve seule dans un endroit qu'elle ne peut quitter de son propre gré, elle se trouve en situation d'isolement. De plus, ce dispositif ne fait pas de la chambre une salle d'isolement sécuritaire à tout point de vue, ce qui ne répond pas aux normes promulguées à cet égard (MSSS, 2005).

L'utilisation de la demi-porte ne doit pas être encouragée et doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'alternatives valables et raisonnablement accessibles (Avis du MSSS, juillet 2006).

MYTHE : La chambre fermée à clé est un moyen alternatif efficace aux mesures de contrôle.

Faux.

Selon un avis du MSSS (juillet 2006), il est recommandé de ne pas employer cette pratique, qui n'est pas une alternative à la contention. Une chambre fermée à clé dont la personne ne peut sortir librement devient une forme d'isolement. De plus, cette pratique ne fait pas de la chambre une salle d'isolement sécuritaire à tout point de vue et ne répond pas aux normes émises à cet égard (MSSS, 2005).

MYTHE : L'isolement est une mesure efficace pour éliminer les assauts, les blessures ou les comportements autodestructeurs.

Faux.

Des études ont montré que l'isolement ne permet pas dans tous les cas d'éliminer ces comportements.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

La décision de recourir aux mesures de contrôle varie selon les cultures et les pays. Par exemple, les mesures de contrôle sont souvent utilisées au Canada, en Australie et aux États-Unis. L'utilisation de la contention est répandue et est généralement admise dans la pratique des soins comme une solution efficace aux risques de chute et aux comportements perturbateurs. Le recours aux mesures de contrôle est nettement moins fréquent au Danemark, en Écosse, en Suède et en Grande-Bretagne même si l'âge des personnes hospitalisées ou hébergées et le personnel sont semblables (Bower, McCullough, et Timmons, 2003). Ainsi, en Grande-Bretagne, les contentions chez les personnes âgées sont une pratique moins utilisée, réservée aux situations exceptionnelles non contrôlées par des mesures alternatives.

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Des études ont permis d'établir le profil des personnes les plus sujettes à une mesure de contrôle :

- Dans les hôpitaux de courte ou de longue durée, les personnes les plus susceptibles d'être mises sous contention sont les personnes très âgées, celles ayant un déficit cognitif, une maladie sévère ou une maladie psychiatrique, celles présentant un plus grand risque de chute et celles qui dépendent d'autrui dans les activités de la vie quotidienne (Bower, McCullough, et Timmons, 2003);
- Les personnes placées en isolement sont le plus souvent des personnes souffrant d'une maladie mentale. Les personnes agitées, violentes ou ayant une histoire de violence contre le personnel ou les autres personnes sont plus susceptibles que les autres d'être mises en isolement. De plus, les personnes plus jeunes sont plus susceptibles d'être placées en isolement que celles plus âgées (Holmes, Kennedy et Perron, 2004; Bower, McCullough, et Timmons, 2003).

MOTIFS INVOQUÉS POUR RECOURIR À UNE MESURE DE CONTRÔLE

Les motifs invoqués pour recourir à une mesure de contrôle ont le plus souvent trait à la personne, mais peuvent aussi être d'ordre organisationnel.

- Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer le recours à la contention ou à l'isolement sont :
 - Prévenir les chutes;
 - Gérer des comportements d'agitation;
 - Gérer des comportements d'agressivité;
 - Gérer l'errance;
 - Assurer le positionnement physique;
 - Prévenir l'interférence aux traitements.
- Permettre au personnel d'accomplir le travail et maintenir un environnement agréable (par exemple empêcher les personnes errantes de déranger les autres) sont aussi des motifs qui peuvent conduire à l'utilisation de la contention.
- Le recours à l'isolement est le plus souvent expliqué par quatre raisons (Mason, 1994; Holmes, Kennedy et Perron, 2004; Mattson et Sacks, 1978) :
 - 1) Les fins thérapeutiques (par exemple isoler une personne qui est trop stimulée dans son environnement);
 - 2) Les raisons de sécurité (par exemple empêcher une personne de commettre des actes de violence contre elle-même ou autrui);
 - 3) Les fins punitives;
 - 4) Le maintien d'un environnement thérapeutique.

Conséquences reliées à l'application d'une contention (Santé Canada, 2001; Evans, Wood et Lambert, 2003; Bower et McCullough, 2000; Varone, Tappen, Dixon-Antonio, *et alii*, 1992; Frengley et Mion, 1986)

Les conséquences dévastatrices reliées à l'application de la contention, incluant les ridelles de lit, sont largement documentées au niveau de la personne, la famille, les intervenants et l'établissement.

- **Personne :**

- **Plan physiologique**

- Atrophie musculaire, réduction de la masse osseuse, constipation, incontinence, infection, déprivation sensorielle, déshydratation, œdème.

- **Plan psychologique**

- Sentiment d'isolement, perte de liberté, de dignité et d'autonomie, diminution de l'estime de soi, peur, colère, ressentiment, résignation, désorientation accrue, augmentation de l'agitation.

- **Plan fonctionnel**

- Inconfort, immobilité, perte de mobilité, diminution de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, trouble du sommeil.

- **Plan mécanique**

- Augmentation de la sévérité des blessures lors des chutes;
Strangulation, suffocation, lésions corporelles ou décès lorsque le patient se piège ou coince une partie de son corps dans l'espace entre les ridelles ou entre les ridelles et le matelas.

- **Famille**

- Inconfort, colère, incompréhension;
 - Image négative du parent, désintéressement, diminution des rapports affectifs.

Par ailleurs, les rares études portant sur l'impact des mesures de contrôle sur les familles révèlent que ces dernières demandent de plus en plus souvent à être informées sur les conséquences de l'utilisation des mesures de contrôle.

- **Intervenants**

- Conflit de valeurs : protection de la personne OU respect de la dignité et de l'autonomie;
 - Sentiment de culpabilité;
 - Réduction des communications;
 - Sentiment de pouvoir ou de contrôle;
 - Sentiment d'abus de pouvoir.

- **Établissement**

- Prolongation possible de la durée de séjour;
- Augmentation de la morbidité et de la mortalité;
- Mauvaise réputation;
- Problèmes juridiques.

Les personnes qui sont attachées continuellement et sur des périodes prolongées présentent un plus grand risque de subir des effets dévastateurs que celles qui sont sous contention de façon intermittente.

Être attaché représente une expérience généralement troublante pour la personne. La plupart du temps, cette expérience se traduit par des sentiments de perte de liberté, de contrôle. Le fait de ne pas pouvoir bouger ou se mobiliser librement ajoute au sentiment d'être emprisonné. Le sentiment d'inconfort est aussi présent. Il s'explique par l'immobilité, par le fait de ne plus pouvoir assurer seul ses besoins fondamentaux comme se rendre à la toilette, se gratter, bouger et aussi par la douleur.

Bon nombre de familles décrivent l'expérience de la contention ou de l'isolement d'un proche comme néfaste. La colère et l'inconfort sont les deux sentiments exprimés. Les gens sont fâchés de la situation et éprouvent un vif inconfort.

Conséquences reliées à la mise en isolement

Les conséquences néfastes reliées à l'isolement sont beaucoup moins documentées. Toutefois, les quelques études ayant porté sur le sujet montrent que les personnes mises en isolement présentent les effets suivants:

- Plan psychologique
 - Une étude portant sur les perceptions des personnes ayant vécu une expérience d'isolement montre que ces dernières ressentent l'isolement comme une mesure punitive et une modalité de contrôle social. Cet isolement a occasionné chez elles une intensification de sentiments déjà existants tels l'exclusion, le rejet et l'abandon. Le manque de communication entre la personne et l'infirmier/l'infirmière est vécu très difficilement.
 - Les émotions ressenties par les personnes sont variables : colère, tristesse, peur, abandon, anxiété, ennui, culpabilité, humiliation. Pour

certain, l'isolement peut cependant apporter calme et paix (Holmes, Kennedy et Perron, 2004).

- Meehan, Vermeer et Windsor (2000) suggèrent que l'expérience de l'isolement a un impact néfaste profond qui persiste même après l'événement.
- Durée d'hospitalisation
 - Une étude menée au Canada afin d'évaluer l'impact de l'isolement sur le devenir de 85 personnes psychotiques a montré que l'isolement était associé avec une augmentation de la durée d'hospitalisation équivalente à 12 jours (Legris, Walters et Browne, 1999).



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Pour parvenir à réduire le recours aux mesures de contrôle, le Joanna Briggs Institute (2002) fait une série de recommandations qui touchent à la fois les établissements et la pratique.

POUR LES ÉTABLISSEMENTS, IL EST RECOMMANDÉ DE :

- Réduire l'utilisation des mesures de contrôle :
 - Tous les établissements de courte et de longue durée devraient avoir un programme de formation qui soutienne la réduction des mesures de contrôle;
 - Tous les établissements de courte et de longue durée devraient identifier les moyens, les interventions et les activités visant à réduire le recours aux mesures de contrôle;
 - Tous les établissements devraient développer des mesures de remplacement pour les groupes de personnes chez lesquelles les mesures de contrôle sont plus utilisées. Ces groupes sont les personnes présentant des problèmes cognitifs, les personnes à risque de chute, les personnes errantes, agitées, violentes ou les personnes avec des problèmes de mobilité.
- Diminuer les risques d'accident pour la personne mise sous mesures de contrôle :
 - S'assurer de l'application du matériel de contention conformément aux directives du manufacturier;
 - Maintenir les soins et la surveillance de la personne sous contention ou en isolement;
 - Fournir l'orientation et la formation sur l'utilisation adéquate du matériel de contention et de la chambre d'isolement.

POUR LA PRATIQUE, IL EST RECOMMANDÉ DE :

- Réduire le risque d'accident :
 - L'utilisation des mesures de contrôle doit se faire en dernier recours;

- Si une mesure de contrôle doit être utilisée, il est recommandé qu'elle soit minimale;
 - Réviser la pertinence de la contention ou de l'isolement régulièrement.
- Utiliser des mesures de remplacement :
 - La formation avec la consultation clinique ou la formation seule peuvent réduire de façon importante le recours aux mesures de contrôle, et ce, de façon sécuritaire;
 - Les établissements et les intervenants doivent adopter une approche standardisée sur les moyens d'utiliser les mesures de contrôle;
 - Les mesures de remplacement doivent être mises en place pour les personnes.

De plus, selon le Joanna Briggs Institute (2002), un programme de réduction des mesures de contrôle doit non seulement comporter une formation qui aide au changement de culture dans toute l'organisation, mais il doit également prévoir la mise en œuvre de stratégies et de moyens gagnants. En effet, les écrits scientifiques et les expériences des équipes insistent sur le fait qu'il est nécessaire de jumeler à la formation d'autres activités qui concourent à créer une synergie vers un changement de pratique.

LE VOLET FORMATION :

Le contenu d'un programme de formation doit inclure :

- Les conséquences des mesures de contrôle;
- Les mythes et les fausses croyances sur l'efficacité des mesures de contrôle;
- Les aspects éthiques et juridiques;
- Les problèmes de comportements particuliers (raisons et gestion) :
 - Personne présentant de l'agitation;
 - Personne présentant de l'errance;
 - Personne présentant de l'agressivité ou de la violence;
 - Personne présentant un risque d'interférence aux traitements;
 - Personne à risque de chute ;
 - Personne présentant un problème de positionnement.
- Les mesures de remplacement aux mesures de contrôle ayant trait :
 - aux changements dans l'environnement;
 - aux soins d'élimination;
 - aux activités et programmes d'activités quotidiennes, sociales et occupationnelles;

- au positionnement et au confort;
- aux mesures correctrices des problèmes physiques (par exemple infection, douleur, etc);
- à la révision des médicaments;
- à la sécurité au lit;
- à l'utilisation des alarmes.

LES AUTRES MOYENS OU STRATÉGIES GAGNANTES :

D'autres moyens doivent accompagner la formation :

- Approche organisationnelle :
 - Par exemple, certains établissements ont formé un comité interdisciplinaire sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle dans tout l'établissement pour mobiliser les équipes au changement.
- Réduction d'utilisation plutôt qu'abolition :
 - Par exemple, certains établissements ont opté pour une réduction des mesures de contrôle plutôt qu'une abolition afin de mieux accompagner les équipes dans le changement et assurer une prestation de soins sécuritaires aux personnes.
- Changement dans la façon de prescrire la contention et l'isolement :
 - Par exemple, certains établissements encadrent les procédures entourant l'application de la contention ou de l'isolement et recommandent que le médecin soit avisé rapidement, qu'une réunion d'équipe soit tenue, etc.
- Processus de changement graduel :
 - Par exemple, des équipes des établissements de soins en longue durée sélectionnent d'abord les personnes pour lesquelles le retrait de la contention a plus de chance de succès.
- Développement d'un plan d'interventions interdisciplinaire :
 - Par exemple, certains établissements développent des plans d'interventions « guides » ou des protocoles interdisciplinaires pour les problématiques les plus courantes (chutes, interférence aux traitements, etc.).

- Expert en matière de contention :
 - Par exemple, certains établissements confient à un infirmier clinicien spécialisé ou à une équipe interdisciplinaire le rôle d'évaluer les personnes les plus à risque sur les unités de soins et de suggérer les interventions appropriées.
- Évaluation continue des personnes :
 - Par exemple, certains milieux développent une liste de mesures de remplacement à la contention ou à l'isolement en lien avec l'évaluation continue (chute, agitation, etc.). Ainsi, les équipes ont accès à un outil « aide-mémoire » facile et applicable rapidement sur le terrain.
- Participation des familles :
 - Par exemple, certaines équipes mettent en place des interventions éducatives auprès des familles afin de les rassurer sur les effets de la réduction des contentions et les informer des effets bénéfiques reliés à l'application des mesures de remplacement. D'autres équipes ont conçu des dépliants d'information destinés à la famille pour les renseigner sur le sujet.
- Protocoles types (plans de soins types) pour les patients avec problèmes particuliers :
 - Par exemple, des équipes ont mis en application des protocoles visant la mobilisation, la gestion de comportements difficiles, etc.
- Apprendre de l'expérience des autres :
 - Par exemple, des professionnels et des équipes mettent en commun leurs « bons coups » ou discutent des difficultés lors de conférences-midi, de journées d'étude ou tout simplement lors des réunions d'équipe. Le partage des expériences constitue un important levier pour le changement!



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- Les conséquences liées à l'application de la contention ou la mise en isolement sont suffisamment graves et fréquentes pour justifier une remise en question et un changement de pratique.
- Les fausses croyances en l'efficacité des mesures de contrôle pour prévenir les risques de chute ou les comportements comme l'agressivité et l'agitation, entre autres, sont à détruire.
- Les mesures de remplacement à l'application des contentions ou à la mise en isolement représentent la pierre angulaire d'un changement de pratique dans le respect de la personne.
- La formation du personnel est une activité essentielle pour un changement de pratique; à cette formation, doivent se greffer un ensemble d'autres moyens visant à encourager la remise en question de la pratique ainsi que la découverte et la mise à l'essai des mesures de remplacement efficaces.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module traite de la nécessité d'introduire un changement de pratique à l'égard des mesures de contrôle parce que ces dernières sont non seulement inefficaces, mais aussi dangereuses en raison des effets néfastes qu'elles sont susceptibles de provoquer. Ces notions sont reprises dans l'ensemble de la documentation, dans le programme de formation, dans les défis cliniques et dans les vignettes.

RÉFÉRENCES

BEAUCAGE, C., Y. BONNIER VIGER et R. D'AMOURS, *Épidémiologie appliquée. Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 1996.

BERNARD, S., *Étude descriptive de l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées hébergées en centres d'hébergement et de soins de longue durée*, Mémoire de maîtrise présenté à l'Université Laval, Québec, 1999, 99 p.

BOWER, F. L., C. S. McCULLOUGH et M. E. TIMMONS, « A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraints and Seclusion With Patients in Psychiatric and Acute Care Settings : 2003 Updates », dans *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, vol. X, (2003), document 1.

BOWER, F. L. et C. S. McCULLOUGH, « Restraint Use in Acute Care Settings. Can It Be Reduced? », dans *Journal of Nursing Administration*, vol. XXX, n° 12 (2000), p. 592-598.

DURAND, Pierre J., *Concordance entre la déclaration et l'observation de la contention physique en soins de longue durée*, Thèse inédite, Québec, Université Laval, 1993.

EJAZ, F. K., J. A. JONES et M. S. ROSE, « Falls Among Nursing Home Residents : An Examination of Incident Reports Before and After Restraint Reduction Programs », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XLII, n° 9 (1994), p. 960-964.

EVANS, D., J. WOOD et L. LAMBERT, « Patient Injury and Physical Restraint Devices : Systematic Reviews », dans *Journal of Advanced Nursing*, vol. XL, n° III (2003), p. 274-282.

FRENGLEY, J. D. et L. C. MION, « Incidence of Physical Restraints on Acute General Medical Wards », dans *Journal of American Geriatrics Society*, vol. XXXIV, n° 8 (1986), p. 565-568.

- GUIRGUIS, E. F. et H. B. DUROST, « The Role of Mechanical Restraints in the Management of Disturbed Behaviour », dans *Canadian Psychiatry Association Journal*, vol. XXIII, n° 4 (1978), p. 209-219.
- GOLDSMITH, J., « Freeing the Ties That Bind », dans *Reflections*, vol. XXII, n° 3 (1996), p. 8-10.
- HANGER, H. C., M. C. BALL et L. A. WOOD, « An Analysis of Falls in the Hospital : Can We Do Without Bedrails? », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XLVII, n° 5 (1999), p. 529-531.
- HOLMES, D., S. KENNEDY et A. PERRON, « The Mentally Ill and Social Exclusion : A Critical Examination of the Use of Seclusion From the Patient's Perspective », dans *Issues in Mental Health Nursing*, vol. XXV, (2004), p. 559-578.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE, « Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities », dans *Best Practice : Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*, vol. VI, n° 3 (2002), 6 p. [en ligne]. <http://www.joannabriggs.edu.au> [page consultée le 23 août].
- LEGRIS, J., M. WALTERS et G. BROWNE, « The Impact of Seclusion on the Treatment Outcomes of Psychotic In-patients », dans *Journal of Advanced Nursing*, vol. XXX, n° 2 (août 1999), p.448-459.
- LJUNGGREN, G., C. D. PHILIPPS et A. SGADARI, « Comparisons of Restraint Use in Nursing Homes in Eight Countries », dans *Age and Aging*, vol. XXVI, n° 2 (1997), p. 43-47.
- MALOUIN, M^e Luc, rapports d'enquête du coroner, Bureau du coroner du Québec, 2003, 61 p.
- MASON, T., « Seclusion : An International Comparison », dans *Medicine Science Law*, vol. XXXIV, n° 1 (1994), p. 54-60.
- MATTSON, M. R. et M. H. SACKS, « Seclusion : Uses and Complications », dans *American Journal of Psychiatry*, vol. CXXXV, n° 10 (1978), p. 1210-1213.
- MEDICAL DEVICES BUREAU (SANTÉ CANADA), *Hospital Bed Hazards*, Ottawa, Therapeutic Products Directorate, mai 2001.

- MEEHAN, T., C. VERMEER et C. WINDSOR, « Patient's Perceptions of Seclusion : A Qualitative Investigation », dans *Journal of Advanced Nursing*, vol. XXXI, n° 2 (2000), p. 370-377.
- MINNICK, A. F., L. C. MION, R. LEIPZIG, *et alii*, « Prevalence and Patterns of Physical Restraint Use in the Acute Care Setting », dans *The Journal of Nursing Administration*, vol. XXVIII, n° 11 (novembre 1998), p. 19-24.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*, [en ligne]. <http://www.msss.gouv.qc.ca> [page consultée le 23 août 2006].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, [en ligne]. <http://www.msss.gouv.qc.ca> [page consultée le 23 août 2006].
- MION, L. C., J. D. FRENGLEY, C. A. JAKOVIC, *et alii*, « A Further Exploration of the Use of Physical Restraints in Hospitalized Patients », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XXXVII, n° 10 (1989), p. 949-956.
- NEUFELD, R. R., L. S. LIBOW, W. J. FOLEY, *et alii*, « Restraint Reduction Reduces Serious Injuries Among Nursing Home Residents », dans *Journal of American Geriatrics Society*, vol. XLVII, n° 10 (1999), p. 1202-1207.
- OLIVER, D., « Bed Falls and Bedrails - What Should We Do? », dans *Age and Aging*, vol. XXXI, (2002), p. 415-418.
- ROBERGE, R. et R. BEAUSÉJOUR, « L'usage des contentions en milieu d'hébergement pour les personnes âgées », dans *Canadian Journal on Aging*, vol. VII, n° 4 (1988), p. 372-376.
- ROY, O. et M. AUTHIER, « Utilisation de la contention physique », dans *La Gérontoise*, vol. XVII, n° 2 (2006), p. 4-13.
- SANTÉ CANADA, *L'utilisation des côtés de lit à l'hôpital, dans les foyers de soins et dans le cadre des soins à domicile*, [en ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca> [page consultée le 23 août 2006].

- SCHWAB, P. J. et C. B. LAHMEYER, « The Uses of Seclusion on a General Hospital Psychiatric Unit », dans *Journal clinical Psychiatry*, vol. XL, n° 5 (1979), p. 228-231.
- SIEGLER, E. L., E. CAPEZUTI, G. MAISLIN, *et alii*, « Effects of a Restraint Reduction Intervention and OBRA 87 Regulations on Psychoactive Drug Use in Nursing Homes », dans *Journal of American Geriatrics Society*, vol. XLV, n° 7 (1997), p. 791-796.
- STRATMANN, D., M. H. VINSON, R. MAGEE, *et alii*, « The Effects of Research on Clinical Practice: The Use of Restraints », dans *Applied Nursing Research*, vol. X, n° 1 (1997), p. 39-43.
- SULLIVAN-MARX, E. N., N. E. STRUMPF, L. K. EVANS, *et alii*, « Initiation of Physical Restraint in Nursing Home Residents Following Restraint Reduction Efforts », dans *Research in Nursing & Health*, vol. XXII, (1999), p. 369-379.
- TUNDE-AYINMODE, Mosunmola et John LITTLE, « Use of Seclusion in a Psychiatric Acute Inpatient Unit », dans *Australasian Psychiatry*, vol. XII, n° 4 (décembre 2004), p. 347-351.
- TUTUARIMA, J. A., A. SEMIN-GOOSSENS, A. A. HART, *et alii*, « The Prevalence of Use of Restraints in a Dutch Teaching Hospital : Exploration in Two Wards », dans *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, vol. XXXIV, n° 3 (juin 2003), p. 113-117.
- VARONE, L., D. TAPPEN, E. DIXON-ANTONIO, *et alii*, « To Restrain or Not Restrain? The Decision Making Dilemma For Nursing Staff », dans *Geriatric Nursing*, vol. XIII, n° 5 (1992), p. 269-272.
- ZUN, L. et L. DOWNEY, « The Use of Seclusion in Emergency Medicine », dans *General Hospital Psychiatry*, vol. XXVII, (2005), p. 365-371.

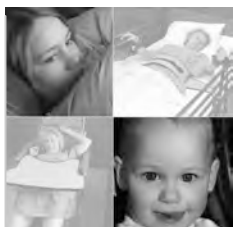


Module Kayser-Jones : Un cadre de référence pour guider le changement de pratique

Robin Gagnon
Odette Roy
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	3
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	4
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	5
LE SAVIEZ-VOUS?	7
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	9
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	10
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	14
NOTE DU FORMATEUR	15
RÉFÉRENCES	16



INTRODUCTION

BUT

Le présent module permet au formateur de se familiariser avec le modèle qui sert de cadre de référence pour l'ensemble du programme.

Nous devons à Kayser-Jones (1992)¹ d'avoir développé un modèle basé sur les travaux de Lawton (1975) pour faciliter la prise de décision relative aux mesures de contrôle. Ce modèle, traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006), permet au formateur de comprendre que les interventions directes auprès de la personne ne peuvent se faire sans prendre en considération les différentes composantes de l'environnement global.

Ce module présente donc les cinq composantes du modèle Kayser-Jones, à savoir la personne, l'aménagement physique, les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel ainsi que l'environnement humain, et situe chacune d'elles dans le processus de prise de décision concernant le recours aux mesures de contrôle.

MODULE KAYSER-JONES EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Les cinq composantes du modèle :
 - La personne;
 - L'aménagement physique;
 - Les structures organisationnelles;
 - L'aspect psychosocial et culturel;
 - L'environnement humain.

¹ Malgré le fait que le modèle original développé par Kayser-Jones s'intéressait spécifiquement à l'utilisation de la contention physique, nous avons décidé d'élargir son application à toutes les mesures de contrôle parce qu'elles font toutes appel aux mêmes composantes du modèle.

- La résultante de l'interaction entre ces cinq composantes :
 - sur les comportements et les réactions de la personne;
 - sur les comportements, les réactions et la prise de décision des intervenants.



DÉFINITIONS

ENVIRONNEMENT :

Dans le modèle développé par Kayser-Jones (1992), l'environnement ne se limite pas uniquement à l'aménagement physique des lieux, mais comprend aussi les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel et l'environnement humain.

MESURES DE CONTRÔLE :

Tout moyen mécanique, mesure pour confiner une personne ou substance chimique administrée dans le but de limiter la liberté de mouvement d'une personne ou de limiter sa capacité d'action.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

La réduction de l'application des mesures de contrôle représente un défi majeur qui demande un véritable changement de pratique. Ce changement complexe ne pourra s'opérer qu'en comprenant la dynamique des différents facteurs en cause.

Les gestionnaires et les intervenants des établissements qui adoptent une vision commune des différents facteurs en présence sont davantage « outillés » pour choisir et mettre en place des stratégies gagnantes et des mesures de remplacement dans le but de réduire l'utilisation des mesures de contrôle.



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

Pour parvenir à instaurer des changements de pratique en matière de mesures de contrôle, il est souhaitable d'avoir une vision globale de la question, vision qui ne peut être complète que si elle inclut la personne, l'aspect psychosocial et culturel, l'aménagement physique, les structures organisationnelles et l'environnement humain.

Pour illustrer la pertinence d'adopter le modèle Kayser-Jones, il suffit de se demander ce que font la plupart des établissements lorsqu'ils souhaitent instaurer un changement de pratique; ils commenceront fréquemment en élaborant une politique et des procédures visant à encadrer l'utilisation des mesures de contrôle. Bien que pertinent et nécessaire, ce moyen ne touche cependant que la composante « structures organisationnelles » du modèle Kayser-Jones; les quatre autres volets ne sont pas inclus, de sorte que le changement de pratique connaîtra vraisemblablement un échec si seule cette mesure est mise en place.

Pour optimiser le changement de pratique souhaité, il faut agir sur tous les éléments faisant partie des « structures organisationnelles » tels que les connaissances et les habiletés des intervenants, l'achat d'équipement adapté aux besoins véritables, l'élaboration et la diffusion d'un code d'éthique, la formation du personnel ainsi que sur la révision des ratios professionnels et non professionnels, car chacun de ces moyens a une incidence sur la prise de décision de recourir ou non aux mesures de contrôle. Mais il faudra aussi tenir compte de quatre autres composantes du modèle, à savoir la personne, l'aménagement physique, l'aspect culturel et social et l'environnement humain.

Il n'y a pas que l'administration qui ait tendance à privilégier l'une des composantes au détriment des autres; il en va de même pour le personnel soignant qui a tendance à centrer davantage les interventions sur la personne, sous-estimant souvent l'importance des autres composantes dans la décision de recourir ou non aux mesures de contrôle. Ainsi, un préposé aux bénéficiaires pourra songer à recourir à la contention afin de parvenir à donner le bain à une résidente atteinte de démence qui a tendance à cracher, égratigner et mordre lors des soins. En examinant autrement cette situation, on pourrait se demander si la réaction violente de cette résidente n'est pas le résultat d'un refus d'être lavée par un homme, auquel cas la

solution du problème ne serait pas la contention, mais la désignation d'une femme comme préposée aux soins intimes.

En prenant en considération les aspects psychosociaux et culturels et en faisant preuve de souplesse dans la répartition des tâches (structures organisationnelles), notamment en considérant le sexe du préposé aux bénéficiaires (environnement humain), le recours à la contention perd ici de sa pertinence.

LE SAVIEZ-VOUS? ---

Plusieurs préjugés existent à l'égard du changement de pratique relié aux mesures de contrôle. En voici des exemples :

MYTHE : Pour prendre une décision adéquate en ce qui concerne le recours aux mesures de contrôle, il faut se centrer UNIQUEMENT sur la personne.

Faux.

Comme il est suggéré par Kayser-Jones, pour prendre une décision éclairée, il faut examiner également l'aménagement physique, les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel ainsi que l'environnement humain.

MYTHE : Pour diminuer le recours aux mesures de contrôle, il suffit de rédiger une politique et des procédures et de les diffuser auprès du personnel.

Faux.

Comme Kayser-Jones le propose, l'implication des structures organisationnelles ne peut se résumer à l'élaboration d'une politique et de procédures écrites. Pour implanter un changement de pratique, il faut se préoccuper de la formation de tous les intervenants, de la composition des équipes de travail, du ratio de personnel, des ressources financières et ainsi de suite. De plus, il faut prendre en considération les autres composantes du modèle (aspect psychosocial et culturel, aménagement physique et environnement humain).

MYTHE : Avec un équipement et du matériel adéquats, il est possible de réduire presque complètement le recours aux mesures de contrôle.

Faux.

Bien qu'il soit essentiel de disposer de matériel et d'équipements adéquats pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle, il est aussi souhaitable que d'autres éléments de l'aménagement physique soient pris en considération,

notamment l'éclairage, le bruit, la disposition du mobilier, la couleur des murs, l'aération et la propreté, tout en ne négligeant pas les autres composantes de l'environnement stipulées dans le modèle Kayser-Jones.

MYTHE : L'aspect psychosocial et culturel relatif à la personne n'influence pas la prise de décision en matière de mesures de contrôle.

Faux.

Au contraire, tenir compte de l'aspect psychosocial et culturel, notamment des préférences, des valeurs, des croyances et des attitudes de la personne, de ses proches ou des intervenants qui gravitent autour de la personne, influence la décision de recourir ou non aux mesures de contrôle.

Par exemple, le fait d'ébranler la fausse croyance des proches à l'égard de l'efficacité de la contention pour prévenir les chutes peut influencer la prise de décision puisque cela permet d'explorer d'autres stratégies adaptées à la personne en cause (mesures de remplacement) plutôt que de recourir à la contention. Le même exemple peut s'appliquer aux intervenants qui croient à tort que l'isolement est la seule mesure efficace pour contrer l'agressivité.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Une démarche de réduction du recours aux mesures de contrôle passe nécessairement par une approche globale qui se traduit par la combinaison d'un ensemble d'actions et d'interventions impliquant à la fois la personne et son environnement.

Gagnon et Roy (2006) ont répertorié les principales interventions mentionnées dans les études scientifiques. Ce sont :

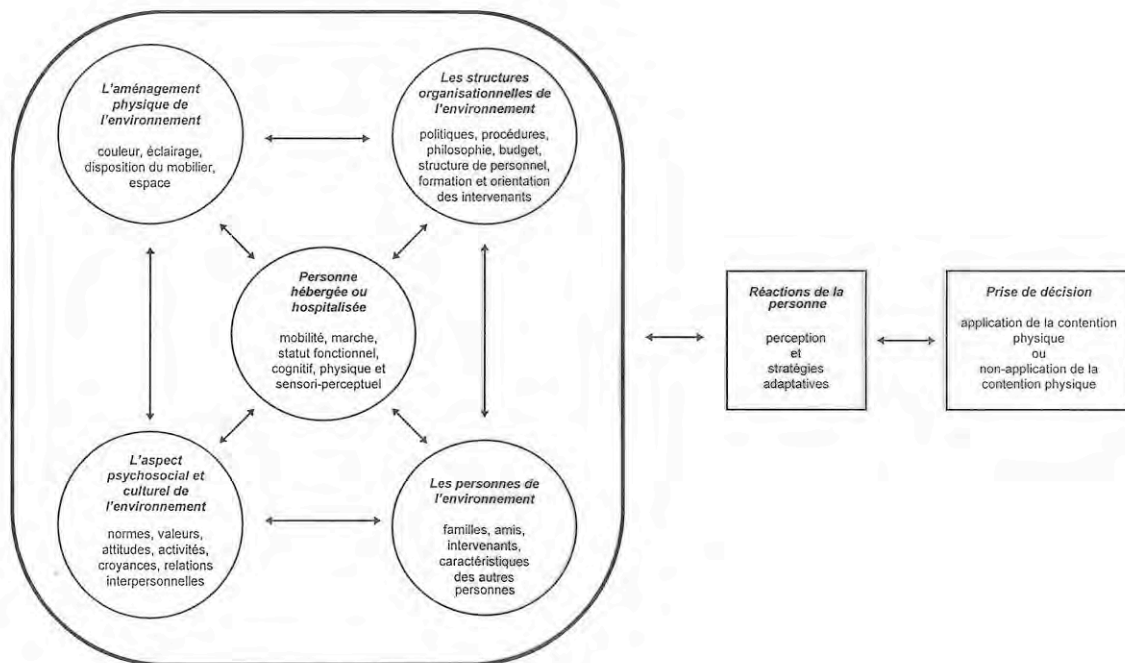
- a) l'adoption d'une politique organisationnelle;
- b) la mise en place d'une approche interdisciplinaire;
- c) la formation des intervenants, des médecins, des résidents et des proches;
- d) le respect et la reconnaissance du travail accompli par les intervenants;
- e) la disponibilité des professionnels à titre de consultants et de modèles;
- f) la stabilité du personnel d'encadrement et du personnel soignant;
- g) l'acquisition de matériel et d'équipements;
- h) l'adéquation entre les ressources professionnelles et non professionnelles;
- i) le partenariat avec les proches.



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Le cadre de référence présenté ici s'appuie sur le modèle développé par Kayser-Jones (1992), modèle qui inclut la personne, l'aménagement physique, les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel ainsi que l'environnement humain dans le processus de prise de décision concernant le recours aux mesures de contrôle.

Différentes stratégies d'interventions et une grande variété de mesures de remplacement découlent des multiples aspects constituant ce modèle.



Modèle Kayser-Jones (1992), traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006), visant à expliquer ce qui motive le recours ou non à la contention et à l'isolement.

INTERACTION ENTRE LA PERSONNE ET LES COMPOSANTES DE SON ENVIRONNEMENT

Dans le modèle illustré ci-haut, Kayser-Jones indique les liens (interactions) qui existent entre la personne et les différentes composantes de son environnement. De ces interactions, il résulte des comportements et des réactions de la personne qui influencent à leur tour directement la prise de décision des intervenants concernant le recours aux mesures de contrôle.

VOICI LES CINQ COMPOSANTES DE CE MODÈLE :

1. La personne

La personne est au centre de ce modèle; elle doit être respectée dans son intégralité, quels que soient son âge, son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive, ses capacités à effectuer les activités de vie (s'alimenter, se mobiliser, se rendre à la toilette, etc.), sa dignité et sa sécurité.

Il faut certes prendre en considération son niveau d'autonomie, sa vision et son agilité à se mouvoir, mais ces aspects doivent être évalués globalement avant de décider de recourir aux mesures de contrôle. Par exemple, une personne dont la démarche est instable incite à croire, au premier abord, que le risque de chute est élevé. Toutefois, il se peut que cette personne ait développé des stratégies compensatrices (précautions, utilisation des objets qui l'entourent comme support, vérification de solidité et de stabilité avant chaque mouvement, etc.) qui réduisent considérablement le risque de chute; il faut donc observer adéquatement chaque personne avant de prendre une décision de contention.

2. Structures organisationnelles

Cette composante regroupe l'ensemble des moyens mis en place par l'établissement pour atteindre les objectifs visés dont ceux qui contribuent à une utilisation judicieuse des mesures de contrôle. Il s'agit, entre autres, des politiques et des procédures qui viennent encadrer l'application de la contention et de l'isolement, mais aussi de la philosophie de soins dont l'élément central doit être l'intégrité et l'autonomie de la personne.

La disponibilité du personnel en place pour satisfaire les besoins des personnes, les ratios relatifs aux clientèles plus à risque ainsi que les ressources financières disponibles sont aussi des éléments qui font partie des structures organisationnelles

et qui interfèrent directement avec la décision de recourir aux mesures de contrôle. Ainsi, les moyens financiers alloués à la formation du personnel influent directement sur le changement de pratique; un nombre plus ou moins grand d'intervenants seront conviés à réfléchir sur la pertinence de recourir ou non aux mesures de contrôle selon les ressources financières disponibles.

La philosophie de soins fait aussi partie des structures organisationnelles et influence grandement le recours ou non aux mesures de contrôle. Un établissement qui adopte une philosophie privilégiant l'autonomie et l'autodétermination des personnes et qui incite le personnel ainsi que les résidents et leurs familles à y adhérer est plus susceptible de voir se produire des changements de pratique. En effet, dans ce contexte, le professionnel se sent « moins seul » parce qu'il est soutenu par l'établissement dans ses décisions et il est appuyé par ses collègues ainsi que par la famille et les proches dans le cadre de son travail.

Le leadership exercé par les gestionnaires et les cliniciens est un autre volet important des structures organisationnelles. Ainsi, un chef d'unité sensibilisé aux effets délétères de la contention remettra en question plus rapidement l'application d'une contention chez une personne jugée à risque de chute. Il s'assurera qu'une évaluation complète soit faite et qu'un plan d'interventions soit élaboré afin de proposer des mesures de remplacement pour amoindrir le risque de chute tout en respectant l'autonomie et l'intégrité de la personne. De même, le médecin qui exerce un leadership en matière de prévention des chutes se sentira davantage à l'aise pour expliquer à la personne concernée et à ses proches les inconvénients liés à l'application de la contention tout en proposant d'autres interventions adaptées. Enfin, le travail en équipe interdisciplinaire assurera la participation et l'implication de tous les professionnels œuvrant auprès de la personne.

3. Aménagement physique

Cette composante de l'environnement joue un rôle majeur dans la décision de recourir ou non aux mesures de contrôle. Il s'agit ici de la disponibilité du matériel et des équipements, de la couleur des murs, de l'éclairage, de l'aménagement de l'espace commun, des aires d'errance et de la disposition du mobilier. Ainsi, la disponibilité du matériel et des équipements tels que les lits électriques, les demi-ridelles, les matelas pouvant être disposés directement sur le sol, les protecteurs de hanche et les alarmes de positionnement inadéquat multiplie les alternatives à la contention ou à l'isolement.

4. Aspect psychosocial et culturel

Cette composante du modèle fait référence aux normes, préférences, valeurs, croyances et attitudes de la personne, de ses proches et des intervenants qui composent l'environnement humain. L'adoption d'un code d'éthique qui traduit les valeurs de respect, d'autonomie et de dignité influence le processus de décision en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle.

5. Environnement humain

Cette dernière composante concerne à la fois les membres de la famille, les amis, les autres résidents et les intervenants gravitant autour de la personne. Cet environnement humain influe sur les décisions qui sont prises quotidiennement.

En résumé

En résumé, le modèle présenté dans ce module démontre l'importance déterminante que joue l'environnement de la personne dans la prise de décision des intervenants. Il illustre également à quel point la réduction des mesures de contrôle dépend de la mise en place de stratégies visant à modifier les composantes environnementales, tout autant que les interventions directes auprès de la personne.

Parce qu'il tient compte de tous les aspects importants de la prise de décision relativement aux mesures de contrôle, nous avons fait de ce modèle le fil conducteur de chacun des modules du *Programme national de formation sur l'utilisation des mesures de contrôle*.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- Pour réduire le recours aux mesures de contrôle, il faut tenir compte de l'interaction étroite qui existe entre la personne et les composantes de son environnement.
- Les interventions qui prennent en considération les diverses composantes impliquées dans la prise de décision augmentent la probabilité de ne recourir qu'exceptionnellement à la contention ou à l'isolement.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module traite du modèle développé par Kayser-Jones (1992), modèle qui inclut la personne, l'aménagement physique, les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel ainsi que l'environnement humain. Ces cinq composantes doivent être prises en considération dans le processus de prise de décision concernant le recours aux mesures de contrôle. Les formateurs et les intervenants retrouveront ce modèle en filigrane dans tous les autres modules du programme de formation ainsi que dans les défis cliniques et les vignettes.

RÉFÉRENCES

- GAGNON, R. et O. ROY, « La contention physique », dans P. VOYER [dir.], *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 311-324.
- KAYSER-JONES, J., « Culture, Environment, and Restraints : A Conceptual Model for Research and Practice », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XVIII, n° 11 (1992), p. 13-20.
- LAWTON, M. P., « Competence, Environmental Press, and Adaptation », dans P. G. WINDLEY, T. O. BYERTS et G. ERNST [éd.], *Theory Development in Environment and Aging*, Washington (DC), Gerontological Society, 1975.



PRISE DE DÉCISION

Le processus de prise de décision

Odette Roy et Catherine Sarrazin
avec la collaboration de
Marie Authier, France Gilbert
Marcelle Monette et Stéphanie Therrien
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	4
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	5
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	7
LE SAVIEZ-VOUS?	9
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	11
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	14
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	20
NOTE DU FORMATEUR	21
RÉFÉRENCES	22



INTRODUCTION

BUT

Ce module concerne le processus de prise de décision tant collectif qu'individuel. Ce processus, qui s'inscrit dans les valeurs d'autonomie, d'intégrité, de respect des droits et de qualité de vie de la personne permet de guider le professionnel ou l'équipe tout au long de la démarche qui pourra conduire à l'application d'une mesure de contrôle si les mesures de remplacement ne sont pas suffisantes pour remédier au problème qui demande une solution de contrôle.

La démarche proposée tient compte des différents éléments de l'environnement global devant être pris en considération lors de la prise de décision : la personne, l'aménagement physique, l'environnement humain, la structure organisationnelle et l'aspect psychosocial et culturel (voir le module Kayser-Jones).

Le processus de prise de décision proposé repose sur le questionnement du comportement et de l'environnement global et comprend 5 étapes :

- 1) l'évaluation de la situation;
- 2) l'analyse et l'interprétation des informations dans un contexte de soins;
- 3) la planification des interventions;
- 4) la communication du plan d'interventions;
- 5) la réévaluation.

Ce module contient deux messages clés :

- 1) Il est essentiel de réexaminer constamment les raisons d'une décision et de se repositionner sur la pertinence ou non d'utiliser une contention ou de mettre la personne en isolement;
- 2) Il est indispensable de maintenir la communication avec la personne et ses proches ainsi qu'entre les intervenants.

MODULE PRISE DE DÉCISION EN BREF

Dans ce module, le processus de prise de décision est abordé sous les dimensions suivantes :

- Les motifs qui expliquent un certain automatisme dans la décision d'appliquer la contention ou de mettre la personne en isolement.
- Les résultats des recherches récentes concernant la prise de décision.
- Les valeurs qui sous-tendent le changement de pratique.
- Les cinq étapes qui conduisent à la décision, à savoir :
 - 1) l'évaluation de la situation;
 - 2) l'analyse et l'interprétation des informations dans un contexte de soins;
 - 3) la planification des interventions;
 - 4) la communication du plan d'interventions;
 - 5) la réévaluation.
- Des repères pour aider à la prise de décision et des exemples de questions à se poser pour chacune des cinq étapes.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

PARCE QUE LA PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE DE CONTENTION EST DU RESSORT DU PROFESSIONNEL OU DE L'ÉQUIPE.

- Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* en 2003, le pouvoir de décider du recours à la contention a été accordé à d'autres professionnels que les médecins, à savoir aux ergothérapeutes, aux infirmiers et infirmières et aux physiothérapeutes. Ces professionnels, selon le règlement de leur établissement, peuvent décider d'appliquer une contention en conformité avec leurs champs de compétence respectifs. Toutefois, la décision de la mise en isolement demeure une décision réservée aux médecins.
- Dans ce contexte d'évolution des pratiques, il est nécessaire de soutenir les professionnels concernés et les équipes afin qu'ils exercent le mieux possible cette nouvelle responsabilité; il ne faut pas oublier que l'application de la contention constitue une mesure exceptionnelle, minimale et temporaire.

PARCE QU'UNE DÉCISION CONCERNANT UNE MESURE DE CONTRÔLE N'EST PAS ANODINE.

- L'application d'une mesure de contrôle restreint la liberté de la personne. Pour cette raison, une communication constante entre la personne, les proches et les membres de l'équipe est nécessaire. Cette discussion permet d'avaliser les actes posés.
- La décision est une démarche complète de soins qui débute avec l'évaluation et l'analyse de la situation, ce qui conduit à la mise en place d'un plan d'interventions proposant des mesures de remplacement efficaces. La démarche se poursuit avec la réévaluation constante de la situation afin d'empêcher ou de réduire au maximum la durée de l'application des mesures de contrôle.

PARCE QU'UNE DÉCISION EN MATIÈRE DE CONTENTION EST COMPLEXE.

Des entretiens en profondeur (Roy, 2005) réalisés auprès de huit infirmières expertes qui travaillent dans un hôpital prodiguant des soins de courte durée et qui ont été confrontées fréquemment aux décisions relatives à la contention ont révélé qu'elles considèrent ces situations difficiles, car le comportement des patients est généralement spontané et imprédictible, ce qui oblige les infirmières à anticiper et à jauger le risque pour la personne ou pour autrui.

Ces infirmières croient que la mise sous contention est une mesure exceptionnelle, temporaire et de courte durée qui exacerbe la vulnérabilité de la personne de sorte que les soins et la surveillance deviennent une priorité.

La famille doit être informée et rassurée; son avis et sa collaboration doivent être sollicités.

Ces infirmières considèrent que le travail d'équipe est essentiel afin de prendre les bonnes décisions, de pouvoir bénéficier des avis et conseils pertinents et d'être soutenues par tous les membres de l'équipe.

Enfin, de l'avis de ces infirmières, l'établissement a un important rôle à jouer dans le processus de décision, car il est ultimement responsable de la formation adéquate de l'ensemble du personnel ainsi que de l'achat du matériel et des équipements qui faciliteront les mesures de remplacement. L'établissement doit veiller à la création d'un environnement qui soit favorable à la promotion et au recours à des mesures de remplacement.



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

Certains chercheurs et cliniciens ont observé les causes qui conduisent à un certain automatisme dans la décision d'appliquer la contention ou de mettre en isolement une personne. Ce sont :

- le réflexe de contrôler un comportement plutôt que d'en comprendre les causes;
- une évaluation sommaire de l'état clinique de la personne;
- une décision qui se fonde souvent sur l'impression « qu'il existe un risque » plutôt que sur une évaluation précise de ce risque;
- une méconnaissance des effets réels des mesures de contrôle sur la personne, sur ses proches, sur tous les intervenants et sur l'établissement;
- une difficulté à identifier d'autres mesures de remplacement aux mesures de contrôle;
- des lacunes au niveau de la communication entre les membres de l'équipe au moment de décider et de planifier les interventions ainsi qu'au moment où il y a lieu de demander une consultation aux autres professionnels;
- un problème de délai dans les réponses aux demandes adressées aux autres professionnels;
- une faible préoccupation de la durée d'application des mesures de contrôle et de la pertinence de retirer ou de maintenir la contention ou l'isolement;
- la croyance de nombreux intervenants voulant que la décision repose exclusivement sur leur jugement professionnel, sans aucun égard pour la volonté de la personne ni pour celle de ses proches;

- une compréhension lacunaire de la notion de consentement et, par conséquent, une certaine difficulté à rencontrer toutes les obligations relatives au consentement et à son renouvellement;
- le fait que c'est une décision souvent teintée par la peur des représailles si, par exemple, une chute ou une fracture se produisent;
- une absence de plan d'interventions pour témoigner des étapes suivies au cours du processus de prise de décision ayant conduit à l'application des mesures de contrôle.

— LE SAVIEZ-VOUS? —

Ébranler les croyances erronées est la première étape d'un changement de pratique. En matière de prise de décision sur la contention et l'isolement, plusieurs mythes sont coriaces. Les reconnaître et les ébranler augmente la probabilité de se questionner davantage avant de prendre une décision, de faire preuve d'une plus grande créativité pour trouver des mesures de remplacement et, ainsi, d'offrir d'autres choix à la personne et à ses proches.

MYTHE : Confier la responsabilité de la prise de décision relative à la contention à d'autres professionnels que les médecins va entraîner une augmentation de l'utilisation de la contention auprès des clientèles à risque.

Faux.

Aucune donnée ne supporte cette affirmation. Au contraire, tout porte à croire que les professionnels concernés devront plus que jamais se concerter. Leur expertise, dans leur champ disciplinaire respectif, va bonifier l'évaluation et enrichir l'éventail des mesures de remplacement. Les personnes et leurs proches bénéficieront de cet apport professionnel en recevant davantage d'informations sur les options de traitements, ce qui leur permettra de mieux comprendre et de participer davantage au processus de soins.

MYTHE : Le processus de décision lié à l'application de la contention et de l'isolement est compliqué et il risque d'alourdir le travail des professionnels.

Faux.

Le processus de décision est souvent associé à une étape supplémentaire alors que la plupart des professionnels et des équipes d'intervenants y ont recours fréquemment dans leur pratique journalière. Ce processus est cependant souvent incomplet et il est peu systématique.

MYTHE : La décision concernant les mesures de contrôle doit toujours être prise en équipe.

Vrai et Faux.

On sait que les décisions en matière de mesures de contrôle sont souvent complexes et requièrent, de ce fait, la contribution des membres de l'équipe. Toutefois, certaines situations particulières exigent une prise de décision immédiate de la part du professionnel. Celui-ci doit alors agir, mais il doit s'assurer de communiquer les informations complètes ayant conduit à la décision aux autres membres de l'équipe et solliciter leur avis sur la situation. Rappelons qu'une décision est dynamique et, conséquemment, qu'il faut sans cesse la remettre en question. Chaque contexte de soins est unique; il faut éviter de fixer des règles immuables qui nuiraient au jugement du professionnel et des membres de l'équipe et qui les désengageraient de la responsabilité inhérente à leur rôle.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Le modèle Kayser-Jones, présenté dans le module précédent, nous proposait une structure d'analyse de 5 pôles : la personne au centre du processus, l'aménagement physique, l'aspect psychosocial et culturel, l'environnement humain et les structures organisationnelles. Ce modèle est inscrit en filigrane dans la présente démarche de prise de décision.

Par ailleurs, la littérature scientifique nous fournit d'autres éléments pour alimenter notre réflexion sur ces aspects. Examinons-en quelques-uns :

L'IMPORTANCE DU TRAVAIL D'ÉQUIPE DANS LA PRISE DE DÉCISION :

- L'étude de Cohen, Neufeld et Dunbar (1996) met en évidence que la réduction de la contention dans un établissement passe par l'évaluation et la discussion de l'équipe interdisciplinaire.
- L'étude de Hancock, Buster, Oliver, *et alii* (2001) illustre les retombées bénéfiques d'une approche interdisciplinaire sur la prise de décision. En mettant en place un ensemble d'activités telles que des discussions de cas, des tournées cliniques et des réunions interdisciplinaires, l'équipe a réussi à réduire de 83 % l'utilisation de la contention sans que le taux de chute n'augmente.
- Lajeunesse (2000) présente la démarche interdisciplinaire mise de l'avant à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal en matière de contention et d'isolement. Cette démarche rigoureuse qui encadre le processus de décision se fonde sur l'identification du problème, l'évaluation globale, les recommandations conduisant aux décisions et le suivi.

L'IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION :

- Kanski, Janelli, Jones et Kennedy (1996) déplorent le fait que la participation de la famille et des intimes se limite le plus souvent à une autorisation de recourir à la contention. Les personnes et leurs proches ne sont pas suffisamment informés sur le sujet et ne connaissent pas suffisamment leurs droits. Pour corriger la situation, les auteures recommandent un dialogue ouvert avec les membres de la famille et la remise de matériel de soutien écrit ou audiovisuel (dépliant ou vidéocassette) sur le sujet.

L'IMPORTANCE DE LA FORMATION :

- Matthiesen, Lamb, McCann, *et alii* (1996) expliquent l'importance de donner une formation aux infirmiers et infirmières concernant le processus de prise de décision relativement à la contention en insistant sur l'identification des mesures de remplacement afin que ces derniers soient en mesure d'atteindre les standards de soins gériatriques.

LA NÉCESSITÉ D'ÉTABLIR DES LIGNES DIRECTRICES :

- Plusieurs chercheurs dans le domaine, dont Mion, Minnick et Palmer (1996), estiment que la décision d'utiliser la contention est basée, la plupart du temps, sur le jugement individuel plutôt que sur des lignes directrices ou des protocoles. Ainsi, l'absence de lignes directrices sur la gestion du delirium, des risques de chute, de l'agressivité, de l'interférence aux soins ou aux traitements et de l'agitation explique la grande variabilité des décisions entre les professionnels ou entre les unités de soins.
- L'étude de Zigman (1994) confirme les retombées bénéfiques de l'adoption de règles et de procédures concernant la prise de décision au sujet de la contention dans les milieux de soins de longue durée. Parce que ces règles et procédures contiennent des précisions sur le rôle de chacun des membres de l'équipe dans l'évaluation, sur la mise en place des interventions de remplacement à la contention, sur les soins et la surveillance et sur la nécessaire réévaluation, les chercheurs ont observé une réduction du recours à la contention, celle-ci étant passée de 25 % à 2 %.

LA MISE EN PLACE D'UN PLAN D'INTERVENTIONS INDIVIDUALISÉ :

- L'évaluation de chaque situation, l'application du plan d'interventions individualisé pour chaque personne hébergée et le soutien adéquat de l'administration sont, aux dires de Godkin et Onyskiw (1999), les éléments gagnants du processus de prise de décision visant la réduction de l'utilisation de la contention dans un établissement de soins de longue durée.
- L'expérience dans un centre d'hébergement relatée par Dunbar, Neufeld, Libow, *et alii* (1997) confirme que la réduction de la contention passe par le soin individualisé qui requiert une connaissance de la personne hébergée et un plan d'interventions élaboré en tenant compte des besoins et des attentes de cette dernière. Ce plan, rappelle-t-on, découle de l'évaluation faite par l'équipe à la suite de la consultation de la personne et de sa famille.



DÉFINITIONS

PRISE DE DÉCISION (PROCESSUS DE DÉCISION) :

La prise de décision est une démarche rationnelle qui débouche sur le choix d'une option parmi d'autres pour réaliser un objectif (Bergeron, 2001).

JUGEMENT CLINIQUE FONDÉ :

La capacité du professionnel à justifier ses décisions en se basant sur les données probantes disponibles et sur l'expérience clinique tout en tenant compte des préférences de la personne (adapté de Craig et Smyth, 2002).

DÉCISION :

La décision est la résultante de l'évaluation qui amène une personne ou une équipe à faire un choix entre plusieurs alternatives dans un contexte teinté d'incertitude (Dowie, 1993).



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Pour parvenir à un changement de pratique, il faut d'abord admettre que certaines pratiques sont désuètes, inadaptées ou inadéquates. Il faut ensuite consentir à modifier sa façon de faire au niveau individuel et au niveau collectif.

Le travail de renouvellement que doivent enclencher les professionnels et les membres de l'équipe interdisciplinaire débute avec une remise en question des pratiques quotidiennes et se poursuit avec l'examen attentif des gestes cliniques qui, avec le temps, ont pu s'enliser dans des automatismes.

Les valeurs et principes qui doivent soutenir la démarche de changement sont (Bouchard, 2004; Fortin et Parent, 2004; Legault, 2004; Malherbe, 1999; Monette, 2000; Monette, 2004) :

- LE RESPECT DE LA PERSONNE, CE QUI SIGNIFIE CONCRÈTEMENT QU'IL FAUT TENIR COMPTE :

- 1) de son autonomie dans ses choix et de ses valeurs lors de la prise de décision (si la personne est inapte, il faut tenir compte des choix et des valeurs de son représentant légal ou de sa famille ou de ses proches);
- 2) de son intégrité physique et psychologique et de la qualité de sa vie;
- 3) de sa singularité personnelle (un être unique avec une histoire unique);
- 4) de son degré de vulnérabilité (un être sensible aux personnes incapables de se défendre elles-mêmes);
- 5) de sa compréhension de la situation en communiquant avec elle dans un langage adapté.

- LA RECHERCHE DU MEILLEUR INTÉRÊT DE LA PERSONNE ET DE SA FAMILLE.

Ce principe doit guider la démarche tout au long du processus de décision et particulièrement dans l'évaluation des conséquences d'une action. Devant deux options, il faut choisir l'action qui procure le plus de bénéfices du point de vue de la personne ou de la famille ou celle qui est la moins contraignante.

- LA RÉDUCTION DES IMPACTS NÉFASTES.

Lorsque l'équipe n'a d'autre choix que l'application d'une mesure de contrôle, il faut assurer à la personne une protection physique et psychologique afin d'éviter l'aggravation des conséquences que pourrait entraîner la situation.

Processus de décision : une démarche fondée sur des questionnements (Roy, 2005; Gagnon et Roy, 2006)

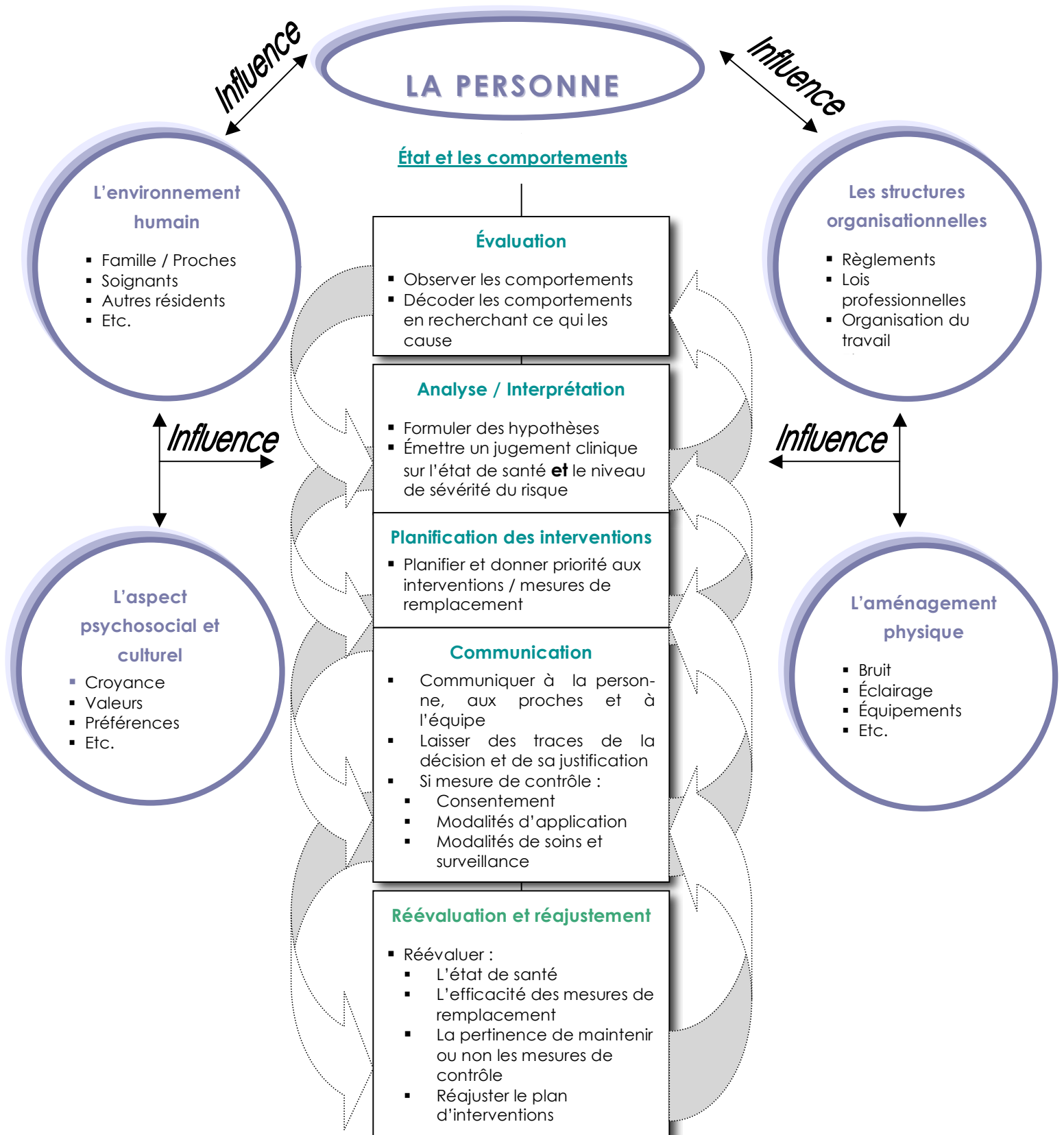
Prendre une décision concernant des mesures de contrôle n'est jamais facile parce que les décisions en ce domaine sont souvent complexes. Chaque situation est unique et demande une évaluation, une analyse et une planification des interventions ainsi que la communication du plan d'interventions et sa réévaluation.

Le contexte de soins particuliers et la condition clinique des personnes que l'on soigne ou à qui on donne des services sont autant de raisons qui obligent le professionnel et l'équipe à réexaminer constamment leur décision et à se repositionner sur la pertinence ou non d'avoir recours à une contention ou à l'isolement (Roy et Authier, 2006). La volonté de la personne doit aussi être prise en considération.

Le processus de décision proposé ici comporte cinq étapes, soit :

- 1) l'évaluation de la situation;
- 2) l'analyse et l'interprétation des informations dans un contexte de soins;
- 3) la planification des interventions;
- 4) la communication du plan d'interventions;
- 5) la réévaluation.

Ce processus n'est pas linéaire; il existe une boucle de rétroaction à chacune des étapes, accordant ainsi toute la souplesse nécessaire pour tenir compte de la singularité des situations.



LES CINQ ÉTAPES DU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION

1. Évaluation de la situation

L'évaluation vise à identifier les causes des comportements observés. Puisque les causes sont la plupart du temps multifactorielles, l'évaluation doit être globale et tenir compte à la fois de la personne, des structures organisationnelles, de l'aménagement physique, de l'aspect psychosocial et culturel ainsi que des autres personnes. L'évaluation est plus ou moins exhaustive selon la situation clinique.

Il faut considérer toutes les causes sur lesquelles il est possible d'agir, notamment en réduisant ou en contrôlant certains facteurs de risque, ce qui pourrait ultimement permettre d'éviter la contention et l'isolement.

2. Analyse et interprétation des informations dans un contexte de soins

Cette étape repose sur la formulation et la validation d'hypothèses. Pour ce faire, le professionnel ou l'équipe doit poser un jugement clinique à partir de l'analyse et de l'interprétation des données.

Dans un premier temps, l'analyse des différentes données collectées permet d'examiner, d'organiser et de synthétiser les données. Par la suite, l'interprétation des données permet au professionnel ou à l'équipe de porter un jugement sur la situation et d'identifier les écarts entre cette situation et les réactions ou les comportements typiques. De plus, cette étape permet au professionnel ou à l'équipe d'établir les priorités.

3. Planification des interventions

Cette étape est cruciale, car elle permet au professionnel ou à l'équipe, de concert avec la personne et ses proches, de formuler un but et d'identifier la ou les meilleures mesures de remplacement pour y parvenir.

Ce but visé ne peut passer outre la sécurité de la personne et celle de l'entourage, mais il doit aussi refléter les valeurs et principes d'intégrité, de dignité, de liberté, d'autonomie et de qualité de vie.

La personne et ses proches doivent participer aux choix des interventions. Leur droit fondamental d'être informés et de décider doit être respecté par les membres de l'équipe. Ce principe doit se refléter dans le choix des interventions et devra apparaître dans la documentation consignée au dossier.

On aura compris que la décision n'appartient pas exclusivement au professionnel ou à l'équipe. La personne ou la personne légalement habilitée à consentir à sa place doit approuver l'intervention.

Il est essentiel que la personne ou son mandataire soient informés en tout temps du processus de réflexion et de prise de décision. Cette communication est indispensable et elle doit être complète. La personne et ses proches doivent connaître toutes les options possibles et le but poursuivi afin que la décision soit prise avec leur consentement.

4. Communication du plan d'interventions

Le succès de l'application du plan d'interventions par l'équipe est directement lié à sa diffusion auprès de tous les intervenants concernés ainsi qu'au maintien d'une communication efficace entre eux et avec la personne soignée et ses proches.

Pour que le plan d'interventions soit respecté, il va de soi que la communication verbale et écrite doit être maintenue de façon à assurer la continuité des soins. Il est nécessaire de mettre en place des moyens efficaces de communication (ex. : rapport interservice, réunion d'équipe, rencontre avec la personne et ses proches, plan de travail, etc.) pour faire circuler la « bonne » information et la rendre accessible à chacun afin de mieux intervenir. De plus, il faut impérativement consigner par écrit toutes les décisions de traitements et de soins afin que tous les intervenants y aient accès en temps opportun.

Il faut aussi comprendre que, parfois, le comportement de la personne est une façon de communiquer sa douleur, sa détresse ou ses besoins; il faut donc essayer de décrypter ce langage même s'il est inadapté.

Il faut prendre le temps d'expliquer la démarche à la personne et à ses proches, d'apprendre à connaître leurs valeurs et leurs préférences et d'entendre leur point de vue afin que leur consentement soit éclairé.

5. Réévaluation

La réévaluation est primordiale. Cette réévaluation porte sur l'évolution de l'état de santé de la personne, sur l'efficacité du plan d'interventions mis de l'avant et, le cas échéant, sur la réévaluation de la décision relative à la contention et à l'isolement. Les conséquences physiques et psychologiques

des mesures de contrôle doivent aussi être considérées au cours du processus de réévaluation.

Nous avons utilisé le terme « processus de prise de décision » tout au long de ce module afin d'indiquer clairement qu'il s'agit d'un processus en mouvement. Il va donc de soi qu'aucune décision ne peut être considérée comme finale et irréversible. Au contraire, elle doit constamment être remise en question.

La réévaluation de la situation clinique, le réexamen de l'efficacité des mesures de remplacement ou le questionnement sur la pertinence de maintenir ou non une mesure de contrôle permettent de s'assurer que le plan d'interventions convient toujours à la personne et à sa situation spécifique.

La réévaluation oblige le professionnel et les membres de l'équipe, de concert avec la personne et ses proches, à s'assurer continuellement du maintien de la dignité, de l'autonomie, de l'intégrité, de la qualité de vie et de la sécurité de la personne.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

Le processus de prise de décision peut aider au changement de pratique. Pour ce faire, il faut respecter les étapes de la démarche.

1) L'évaluation de la situation :

Le questionnement méticuleux est la clé de voûte du processus de prise de décision. Il faut chercher les causes de l'état actuel de la personne, état qui nous incite à croire qu'elle requiert une intervention.

2) L'analyse et l'interprétation des informations recueillies :

Ce sont l'analyse et l'interprétation des informations recueillies par le biais du questionnement qui permettent d'établir un plan d'interventions adéquat.

3) La planification des interventions dans un contexte de soins :

Cette étape permet au professionnel ou à l'équipe, de concert avec la personne et ses proches, de formuler un but et d'identifier la ou les meilleures mesures de remplacement pour y parvenir.

4) La communication du plan d'interventions :

Le succès de l'application du plan d'interventions par l'équipe découle de sa diffusion auprès de tous les intervenants concernés et du maintien d'une communication efficace entre eux ainsi qu'avec la personne et ses proches.

5) La réévaluation :

Il faut réévaluer tous les supports de la décision et ne pas craindre de changer de direction si cela semble être la meilleure décision.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module concerne le processus de prise de décision tant collectif qu'individuel. Ce processus permet de guider le professionnel ou l'équipe tout au long de la démarche qui pourra conduire à l'application d'une mesure de contrôle si les mesures de remplacement ne sont pas suffisantes pour remédier au problème qui demande une solution de contrôle.

La démarche proposée tient compte des différents éléments de l'environnement global devant être pris en considération lors de la prise de décision : la personne, l'aménagement physique, l'environnement humain, la structure organisationnelle et l'aspect psychosocial et culturel. Elle est appliquée de manière intégrale dans le programme de formation et elle est présente également dans les modules ayant trait aux problématiques cliniques ainsi que dans les vignettes.

RÉFÉRENCES

- BERGERON, P. G., *La gestion dynamique : Concepts, méthodes et applications*, 3^e édition, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2001.
- BOUCHARD, N. et R. LAPRÉE, *Éduquer le sujet éthique par des pratiques novatrices en enseignement et en animation*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2004, 176 p.
- COHEN, C., R. NEUFELD et J. DUNBAR, « Old Problem, Different Approach : Alternatives to Physical Restraints », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XXII, n° 2 (1996), p. 23-29.
- CRAIG, J. et R. SMYTH, *The Evidence-Based Practice Manual for Nurses*, Churchill Livingstone ed., 2002.
- DOWIE, J., « Clinical Decision Analysis : Background and Introduction », dans H. LLEWELYN et A. HOPKINS [éd.], *Analysis How We Reach Clinical Decisions*, Londres, Royal College of Physicians, 1993.
- DUNBAR, J. M., R. NEUFELD, L. LIBOW, et alii, « Taking Charge : The Role of Nursing Administrators in Removing Restraints », dans *The Journal of Nursing Administration*, vol. XXVII, n° 3 (1997), p. 42-48.
- GAGNON, R. et O. ROY, « La contention physique », dans P. VOYER [dir.], *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 311-324.
- FORTIN, P. et P. PARENT [dir.], *Le souci éthique dans les pratiques professionnelles. Guide de formation*, Paris, l'Harmattan (Coll. Éthique en contextes), 2004, 284 p.
- GODKIN, D. et J. ONYSKIW, « A Systematic Overview of Interventions to Reduce Physical Restraint Use in Long-Term Care Settings », dans *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, vol. VI, n° 6 (1999).

- HANCOCK, C., P. BUSTER, M. OLIVER, *et alii*, « Restraint Reduction in Acute Care : An Interdisciplinary Approach », dans *The Journal of Nursing Administration*, vol. XXXI, (2001), p. 274-277.
- KANSKI, G., L. JANELLI, H. JONES, *et alii*, « Family Reactions to Restraints in an Acute Care Setting », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XXII, n° 6 (1996), p. 17-22.
- LAJEUNESSE, Y., « Entre théorie et pratique : une démarche d'utilisation des contentions physiques », dans *La revue de gériatrie*, tome 25, n° 9 (2000), p. 655-662.
- LEGAULT, G. A., *Professionalisme et délibération éthique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2004, 290 p.
- MALHERBE, J.-F., *Qu'est-ce que l'éthique appliquée?*, Leçon inaugurale, Chaire d'éthique appliquée, Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 1999, 19 p.
- MATTHIESEN, V., K. LAMB, J. McCANN, *et alii*, « Hospital Nurses' Views About Physical Restraint Use With Older Patients », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XXII, n° 6 (1996), p. 8-16.
- MION, L., A. MINNICK et R. PALMER, « Physical Restraint Use in the Hospital Settings : Unresolved Issues and Directions for Research », dans *The Milbank Quarterly*, vol. LXXIV, n° 3 (1996), p. 411-433.
- MONETTE, M., *Analyse du concept de dignité humaine en bioéthique entre 1996 et 1999 et construction d'une définition*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade Ph. D. en théologie, 2000, 146 p.
- MONETTE, M., *La prise de décision en éthique clinique, Document de réflexion du Comité d'éthique*, Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, 2004, 36 p.
- ROY, O., *Le processus de décision de l'infirmière en matière de contention physique : résultats préliminaires d'une étude exploratoire, communication scientifique par affichage*, Congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec au Palais des congrès de Québec, OIIQ, 1^{er} novembre 2005.

ROY, O. et M. AUTHIER, « Utilisation de la contention physique », dans *La Gérontoise*, vol. XVII, n° 2 (2006), p. 4-13.

ZIGMAN, M., « How Staff Used Decision and Process Analysis Techniques to Reduce Restraint Use », dans *The Journal of Long-term Care Administration Falls*, (1994), p. 36-39.

AIDE-MÉMOIRE POUR LE PROCESSUS DE DÉCISION À L'INTENTION DES PROFESSIONNELS ET DES ÉQUIPES

AIDE-MÉMOIRE

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
OBSERVER LES COMPORTEMENTS DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE	Comportement : Quels sont les comportements de la personne? LA PERSONNE État physique : Quelles sont les causes physiques pouvant expliquer les comportements observés? N.B. Ne pas oublier les médicaments. État psychologique : Quelles sont les causes psychologiques pouvant expliquer les comportements observés? L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE : Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés? L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL : Les croyances ou valeurs peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez la personne? L'ENVIRONNEMENT HUMAIN Intervenants : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants qui peuvent expliquer certains des comportements de la personne? Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence/absence de la famille ou des proches sur la personne?

ÉTAPE 2 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES OBSERVÉES
DANS UN CONTEXTE DE SOINS

Repères	Les questions à se poser
FORMULER DES HYPOTHÈSES LIÉES À LA PERSONNE OU À L'ENVIRONNEMENT	Selon toute évidence, à quelles causes peut-on attribuer les comportements observés? _____
ÉMETTRE UN JUGEMENT CLINIQUE	État de santé : La condition clinique de la personne nécessite-t-elle une intervention rapide? Niveau de sévérité du risque de lésion : Le comportement de la personne présente-t-il pour cette dernière et/ou pour les autres un risque nécessitant le recours à une mesure de contrôle?

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
PLANIFIER LES INTERVENTIONS	Les buts : Quels sont les buts recherchés par les interventions? Les mesures de remplacement : Pour atteindre les buts visés, quelles seraient les meilleures mesures de remplacement possible? La personne et ses proches ont-ils été mis à contribution dans la planification des interventions? A-t-on leur accord? _____
DONNER PRIORITÉ AUX INTERVENTIONS	Le plan d'interventions : Les actions à faire et les ordres de priorité. ACTIONS PRIORITAIRES : ACTIONS RAPPROCHÉES: ACTIONS À COURT TERME :

ÉTAPE 4 : COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
COMMUNIQUER LE PLAN À LA PERSONNE, À SES PROCHES ET À L'ÉQUIPE LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION	Communication : Qui doit connaître le plan d'interventions? Comment s'assurer que le plan d'interventions sera connu et appliqué par l'ensemble des intervenants (compte tenu de l'accès limité au dossier pour les non-professionnels, la personne et les proches)? TENUE DE DOSSIER : MESURES DE REMPLACEMENT : Le dossier doit contenir des traces claires du processus de décision. La décision doit être clairement énoncée et être suffisamment explicite pour en comprendre le bien-fondé (description des comportements et résultats de l'évaluation clinique, plan d'interventions individualisé et/ou ordonnance médicale, communication avec la personne, ses proches et l'équipe). MESURE DE CONTRÔLE : Si, en dernier recours, une mesure de contrôle est employée, le dossier doit alors contenir, en plus de l'information clinique : 1. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ 2. LES MODALITÉS D'APPLICATION RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE 3. LES MODALITÉS DE SOINS ET DE SURVEILLANCE RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE EMPLOYÉE

ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

Repères	Les questions à se poser
RÉÉVALUER ET RÉAJUSTER	RÉÉVALUATION État de santé : Que doit-on réévaluer en ce qui a trait à la condition clinique? Efficacité du plan d'interventions : Les mesures de remplacement ont-elles été efficaces? Si non, y a-t-il d'autres mesures envisageables? Décision relative à la contention et à l'isolement : L'application de la mesure de contrôle est-elle toujours pertinente? RÉAJUSTEMENT DU PLAN D'INTERVENTIONS : Y a-t-il des interventions qui doivent être ajustées ou complétées en fonction des besoins évolutifs de la personne?



Mesures de remplacement ¹

Robin Gagnon

Silvana Mauro

Sylvie Garon

avec la collaboration de Anne-Marie Savard

Juin 2006

¹ Les termes « mesures de remplacement » sont aussi synonymes des termes « mesures alternatives », « solutions de remplacement », « stratégies d'interventions », etc.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	3
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	5
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	6
LE SAVIEZ-VOUS?	8
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	10
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	11
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	15
NOTE DU FORMATEUR	16
RÉFÉRENCES	17



INTRODUCTION

BUT

Le but de ce module est d'amener les formateurs, les gestionnaires et les cliniciens à mieux comprendre et à identifier, en interdisciplinarité, les différentes stratégies à privilégier pour intervenir auprès de différentes clientèles afin de favoriser la réduction, voire l'élimination du recours à la contention ou à la mise en isolement.

Une compréhension étendue des cibles d'interventions préconisées par le modèle de Kayser-Jones (la personne, l'aménagement physique, les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel et l'environnement humain) permettra aux intervenants d'identifier, de choisir et d'utiliser judicieusement les diverses mesures de remplacement auprès des personnes à risque ainsi qu'auprès de celles qui ont fait l'objet d'une application d'une mesure de contention ou d'une mise en isolement.

MODULE MESURES DE REMPLACEMENT EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- La définition des mesures de remplacement.
- Les principales stratégies d'interventions.
- L'interrelation entre les motifs de recours à la contention et à l'isolement et les mesures de remplacement.
- La démarche clinique sous-jacente au choix des mesures de remplacement pour diminuer le recours à la contention et à l'isolement.



DÉFINITIONS

MESURES DE REMPLACEMENT :

Il n'existe pas de définition unique des mesures de remplacement dans la littérature, mais, à la lecture de documents provenant de diverses instances (AHQ, 2004; OEQ, 2004; OIIQ, 2003; ANAES, 2000), il est possible de faire ressortir une définition intégrant les différents éléments déterminants qui s'y rattachent plutôt que d'associer les mesures de remplacement à la simple utilisation d'équipements et de matériel technique.

Les mesures de remplacement sont en réalité des stratégies d'interventions simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement. Ces mesures peuvent viser à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui.

En ce qui a trait aux mesures de remplacement, la contribution des gestionnaires se situe à un niveau différent de celle du personnel soignant ou non. En effet, les actions des gestionnaires visent le soutien de l'ensemble du personnel dans le développement et l'actualisation des mesures de remplacement dans les unités de soins. Par exemple, les gestionnaires peuvent promouvoir et soutenir les mesures de remplacement en faisant preuve de souplesse dans l'aménagement des horaires de travail des intervenants de jour, de soir et de nuit afin de favoriser leur participation aux rencontres interdisciplinaires ainsi qu'aux sessions de formation. De même, initier des démarches d'ordre administratif pour effectuer des achats d'équipements et de matériel, pour entreprendre des rénovations ou pour effectuer des modifications de l'aménagement physique ou encore obtenir un budget pour la formation du personnel sont des marques de soutien et d'implication dans une politique de réduction des mesures de contrôle.

En s'inspirant du modèle de Kayser-Jones, les intervenants et les gestionnaires doivent privilégier cinq cibles, soit :

- la personne hospitalisée (ex. : habitudes de vie, autonomie fonctionnelle et cognitive, capacités à effectuer les activités, etc.);

- l'environnement humain (ex. : intervenants, autres résidents, membres de la famille, proches, bénévoles, visiteurs, etc.);
- les structures organisationnelles (ex. : politiques et procédures, philosophie de soins humains, structure de personnel, ressources financières, formation du personnel, etc.);
- l'aménagement physique (ex. : achat et disponibilité d'équipements et de matériel, éclairage, disposition du mobilier, etc.);
- l'aspect psychosocial et culturel (ex. : préférences, valeurs, croyances et attitudes).

INTERDISCIPLINARITÉ :

Ce concept fait référence au travail d'équipe auquel se livrent les intervenants de différentes disciplines. Il s'agit d'une unité fonctionnelle qui se situe dans un espace commun et se compose de professionnels aux compétences variées, collaborant à la poursuite d'un but commun pouvant être atteint par la contribution de tous les membres de l'équipe. Les décisions s'obtiennent par consensus et les activités sont coordonnées selon une approche multidimensionnelle s'adaptant aux besoins de la personne (Thouin et Voyer, 2006).

MULTIDISCIPLINARITÉ :

Travail de l'équipe où les différents savoirs se juxtaposent et où les diverses disciplines agissent en parallèle, sans véritables relations entre elles (Thouin et Voyer, 2006).



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

Plusieurs chercheurs remarquent que le personnel a recours à la contention et à l'isolement à défaut de connaître d'autres moyens d'intervenir (Durand, 1999; Braun et Lipson, 1993; Wykle, 1993). À cet égard, l'étude de Sundel, Garrett et Horn (1994) a démontré que les intervenants sur le terrain réclamaient de la formation sur les mesures de remplacement, car une meilleure connaissance des mesures de remplacement par le personnel, mais également par les décideurs et le personnel d'encadrement, peut contribuer à limiter l'application des mesures de contrôle. Par conséquent, les mesures de remplacement représentent une avenue incontournable dans une démarche de réduction des contentions et de l'isolement puisqu'elles permettent d'assurer la sécurité des personnes et celle d'autrui en plus de maintenir leur autonomie et leur dignité. La réduction des contentions physiques ne se résume donc pas au retrait de ces dispositifs; elle doit nécessairement s'accompagner de la mise en place d'une grande variété de mesures de remplacement basées sur les connaissances scientifiques récentes et sur la créativité des intervenants. L'étude clinique de Werner, Koroknay, Braun et Cohen-Mansfield (1994) corrobore cette affirmation puisqu'elle a démontré qu'il a fallu utiliser trois différentes mesures de remplacement en moyenne pour chaque personne afin de retirer efficacement les contentions chez 92.1 % des sujets de leur étude.

Ainsi, contrairement à ce que l'on observe encore trop souvent dans certains milieux, la réduction, voire l'élimination des contentions doit dépasser le recours à des adjuvants techniques; il faut passer par une meilleure connaissance des motifs qui incitent à la mise sous contention et par l'identification d'une variété de mesures de remplacement qui découle d'une évaluation globale et individualisée de la personne hospitalisée ainsi que des quatre autres composantes de l'environnement global tel que le propose Kayser-Jones.



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

L'utilisation des mesures de contention dans les établissements est souvent reliée à une croyance erronée en l'efficacité de la contention, ce qui entrave le développement des mesures de remplacement.

Depuis une quinzaine d'années, de nombreux établissements de santé du Québec ont commencé à développer des programmes de réduction des contentions en raison de préoccupations croissantes concernant les effets néfastes des mesures de contrôle. Il est vrai cependant qu'un plus grand nombre de milieux de soins gériatriques, particulièrement en longue durée, ont exploré la question des mesures de remplacement. Certains milieux de soins de courte durée ont eux aussi amorcé la réflexion quant à la possibilité et la faisabilité de recourir à des mesures de remplacement.

Les programmes qui se sont avérés efficaces dans la réduction des contentions comportent toujours un volet qui traite spécifiquement des mesures de remplacement en lien avec les défis cliniques (chutes, errance, agitation, agressivité, interférence aux traitements, etc.). D'ailleurs, beaucoup d'intervenants du réseau de la santé consultent régulièrement les experts de ces milieux dans le but d'augmenter leurs connaissances dans ce domaine.

Afin de développer des mesures de remplacement adaptées, souples et capables de répondre à différents aspects des problématiques, ces programmes misent sur l'interdisciplinarité plutôt que sur la multidisciplinarité. Toutefois, en raison des structures actuelles dans les divers établissements, on remarque que les rencontres interdisciplinaires formelles sont plus fréquentes dans les milieux de soins de longue durée (par exemple dans les centres d'hébergement, les unités de soins de longue durée, etc.) et dans les centres de réadaptation alors que le fonctionnement par consultation (multidisciplinarité) est davantage utilisé en soins de courte durée.

QU'EN EST-IL DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT?

Les questions qui suivent visent à amorcer une réflexion sur les actions entreprises par votre établissement en regard du développement des mesures de remplacement.

Elles permettent, entre autres, d'apprécier l'écart qui existe entre la situation actuelle et une situation idéale.

- Existe-t-il un programme de réduction des contentions dans votre établissement? Si oui, comporte-t-il un volet spécifique sur les mesures de remplacement en lien avec les principaux défis cliniques tels que l'agitation, l'agressivité, les chutes et l'interférence aux soins, entre autres?
- Valorise-t-on l'utilisation des mesures de remplacement dans votre établissement ou privilégie-t-on la sécurité à tout prix?
- Valorise-t-on l'approche interdisciplinaire ou l'approche multidisciplinaire?
- La créativité dans le développement des mesures de remplacement est-elle valorisée?
- Est-ce que l'organisation soutient les intervenants dans le développement de mesures de remplacement (appui de la haute direction, budget pour les équipements, formation des intervenants, etc.)?
- Est-ce que les mesures de remplacement sont développées en interdisciplinarité?
- Existe-t-il un gestionnaire de risque dans votre établissement? Si oui, est-il impliqué dans le programme de réduction des mesures de contrôle?
- Est-ce que les mesures de remplacement sont connues et documentées dans les plans d'interventions individualisés?
- Assure-t-on un suivi adéquat et rigoureux des mesures de remplacement (par exemple faire le remplacement des piles dans les moniteurs de mobilité)?
- Les mesures de remplacement couvrent-elles les différents volets de l'environnement global (les composantes du modèle de Kayser-Jones)?

MYTHE : La seule vraie mesure de remplacement à la contention et à l'isolement consiste à ajouter du personnel.

Faux.

Il existe une grande variété de mesures de remplacement qui ne demandent pas d'ajout de personnel (Cohen, Neufeld, Dunbar, *et alii*, 1996), mais à l'occasion, dans certaines situations cliniques complexes, il faut parfois ajouter du personnel pour éviter de recourir à la contention ou à l'isolement.

Par ailleurs, lors de l'application de la contention, la littérature confirme que les soins et la surveillance (voir le module *Soins et surveillance*) qui en découlent exigent plus de temps d'intervention de la part de l'équipe interdisciplinaire (Phillips, Hawes et Fries, 1993).

MYTHE : Le développement des mesures de remplacement est sous la responsabilité des soins infirmiers.

Faux.

L'approche interdisciplinaire favorise une meilleure compréhension des besoins de la personne et permet le développement de mesures de remplacement variées et adaptées aux besoins multiples des personnes en fonction des champs de pratique des disciplines (OEQ, 2004; OIIQ, 2003).

MYTHE: L'utilisation de mesures de remplacement n'est pas aussi efficace que l'utilisation de la contention et de l'isolement pour régler des situations problématiques à risque.

Faux.

Les mesures de remplacement sont plus efficaces puisqu'en plus d'assurer la sécurité des personnes hospitalisées et d'autrui, elles permettent d'éviter les effets néfastes liés à l'utilisation des contentions physiques et de l'isolement (voir le module *Changement de pratique*).

MYTHE: Les membres de la famille et les proches n'ont pas à être impliqués dans le développement des mesures de remplacement.

Faux.

L'approche interdisciplinaire favorise, autant que faire se peut, la participation des membres de la famille et des proches dans la recherche des mesures de remplacement à la contention et à l'isolement puisqu'ils détiennent des informations pertinentes concernant la personne hospitalisée.

MYTHE : Les mesures de remplacement ne concernent que les intervenants qui œuvrent au chevet de la personne hospitalisée.

Faux.

Les programmes efficaces de réduction des contentions et de l'isolement ont démontré l'importance d'impliquer systématiquement plusieurs paliers d'une organisation (conseil d'administration, comité de direction, gestion des risques, CII, CM, comité des usagers, etc.) dans le soutien et le développement des mesures de remplacement.

MYTHE : La réduction des contentions et de l'isolement coûte cher puisqu'elle consiste uniquement à faire l'acquisition de matériel technique (moniteurs de mobilité, protecteurs de hanche, alarmes de positionnement, etc.).

Faux.

Selon le modèle de Kayser-Jones, le matériel technique est relié à une seule des composantes, à savoir l'aménagement physique, alors que le développement des mesures de remplacement doit également tenir compte des autres composantes du modèle puisque chaque situation clinique est complexe et multifactorielle. De plus, plusieurs mesures de remplacement impliquent des changements de pratique sans pour autant occasionner de frais supplémentaires.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

La littérature de recherche montre que des mesures de remplacement sont efficaces pour prévenir et réduire les situations problématiques qui incitent souvent à recourir à la contention et à l'isolement.

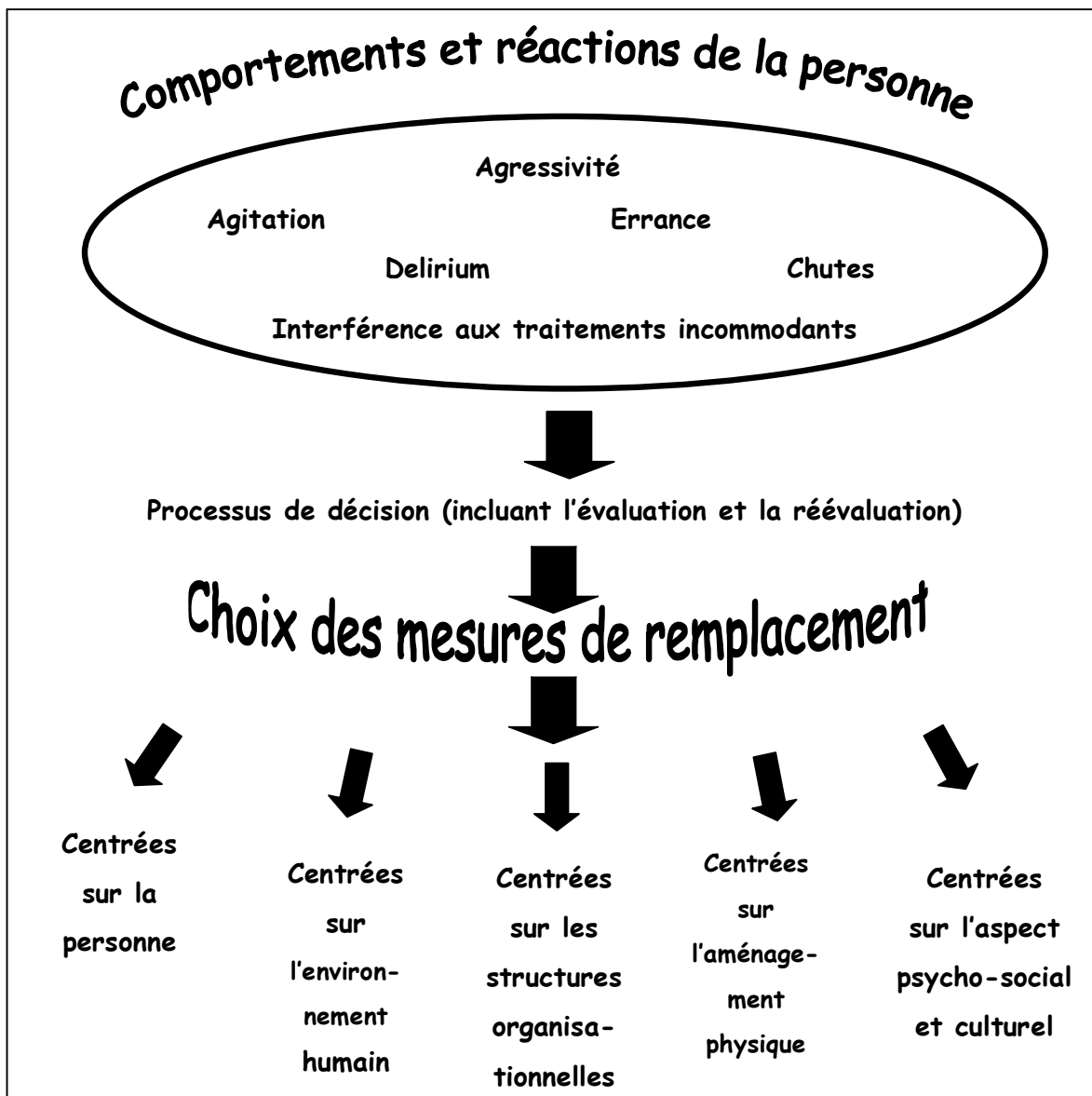
Les défis cliniques (delirium, agressivité, chutes, interférence aux traitements incommodants, agitation, errance) reliés à l'utilisation des contentions et de l'isolement présentent diverses mesures de remplacement. Par exemple, l'évaluation du profil médicamenteux permet de diminuer le risque de chute relié aux effets hypotenseurs de certains médicaments. Agir sur les causes physiologiques de l'agitation (douleur, constipation, infection, etc.) représente également une mesure de remplacement à la contention. Dans d'autres situations, telle la prévention du delirium, la mesure de remplacement concerne souvent des soins reliés à la vie quotidienne comme la mobilité, le confort, la sécurité, l'hydratation et l'oxygénation (Milisen, Lemiengre, Braes, *et alii*, 2005).

Par ailleurs, dans les milieux où il existe un programme de réduction des contentions et que le nombre de professionnels (infirmière/infirmier, ergothérapeute, physiothérapeute, technicienne/technicien en réadaptation physique, psychologue, travailleuse/travailleur social, etc.) est plus élevé, on remarque que le taux de prévalence des contentions a diminué davantage puisque les mesures de remplacement individualisées sont plus développées et plus utilisées (Markwell, 2003).



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Comme il est présenté dans le schéma ci-dessous, le choix des mesures de remplacement pertinentes en lien avec les principaux comportements et réactions de la personne motivant l'application des contentions (errance, risque de chute, delirium, interférence aux traitements incommodes, agressivité et agitation) exige une évaluation/réévaluation continue de la personne.



Cette étape cruciale du processus décisionnel permet aux intervenants d'identifier les causes des comportements et réactions qui incitent à appliquer des contentions. Elle permet aussi d'identifier les besoins de la personne dans le but de faciliter le choix des mesures de remplacement qui sont regroupées selon les cinq composantes du modèle de Kayser-Jones, soit :

- la personne;
- l'environnement humain;
- les structures organisationnelles;
- l'aménagement physique;
- l'aspect psychosocial et culturel.

Afin de faciliter la réflexion concernant le choix des mesures de remplacement, des exemples de questions pertinentes sont présentés dans le tableau suivant. Ces questions sont en lien avec les principaux comportements et réactions de la personne qui incitent à appliquer des contentions.

Composantes du modèle de Kayser-Jones	Exemples de questions pouvant guider la recherche de mesures de remplacement
Personne	• Est-ce qu'on a tenu compte des informations concernant les habitudes de vie antérieures de la personne, informations recueillies lors de l'évaluation? (Agitation, agressivité, errance.) • Assure-t-on un horaire d'élimination régulier? (Risque de chute, agitation.) • Les besoins de base (ex. : faim, soif, douleur, température, etc.) de la personne sont-ils satisfaits? (Agitation, agressivité, errance, risque de chute, interférence aux traitements incommodants.) • Peut-on impliquer la personne dans des activités à caractère répétitif (par exemple plier des serviettes)? (Errance, agitation.) • Est-ce que la personne a besoin de faire une sieste au lit ou au fauteuil? (Agressivité, agitation.)

Aménagement physique	• Est-ce que l'éclairage est adéquat? (Risque de chute, delirium, errance.) • La disposition du mobilier est-elle sécuritaire? (Risque de chute, errance.) • Les aides techniques sont-elles accessibles? (Risque de chute.) • A-t-on besoin d'installer des barres d'appui dans les corridors ou les toilettes? (Risque de chute.) • Les aires d'errance sont-elles sécuritaires? (Errance, risque de chute.) • Le fauteuil a-t-il besoin d'être adapté? (Risque de chute.) • L'environnement est-il trop bruyant? Empêche-t-il le sommeil de la personne? (Delirium, agressivité, agitation, errance.)
Environnement humain	• Est-ce que la famille a été impliquée dans la recherche des mesures de remplacement adaptées à la personne? (Delirium, risque de chute, errance, interférence aux traitements incommodants, agressivité, agitation.) • L'environnement humain de la personne hospitalisée a-t-il une influence néfaste sur elle? (Delirium, agitation, agressivité.) • Peut-on recourir aux services des bénévoles dans l'application des mesures de remplacement? (Errance, risque de chute.)
Structures organisationnelles	• L'organisation des soins tient-elle compte des besoins de la personne hospitalisée? (Risque de chute, errance, agitation, agressivité, delirium, interférence aux traitements incommodants.) • Assure-t-on la présence optimale d'intervenants sur l'unité en tout temps? (Risque de chute, errance, agitation.) • Le personnel est-il assez nombreux pour permettre de répondre aux besoins de la

	clientèle 24 heures sur 24? (Risque de chute, errance.) • A-t-on fait appel aux autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire pour la recherche de mesures de remplacement? (Errance, risque de chute, delirium, interférence aux traitements incommodants, agressivité, agitation.)
Aspect psychosocial et culturel	• Le plan de soins tient-il compte des croyances et de la culture de la personne (par exemple l'importance pour la personne du sexe de l'intervenant pour les soins d'hygiène)? (Agitation, agressivité.) • Quelles sont les préférences de la personne en ce qui a trait aux relations interpersonnelles (par exemple les activités solitaires ou en groupe)? (Agitation, agressivité.) • Le code d'éthique de l'établissement favorise-t-il les valeurs de respect, d'autonomie et de dignité qui influencent la réduction de la contention et de l'isolement? • La sécurité représente-t-elle une valeur préconisée par l'ensemble du personnel? (Risque de chute, errance.)



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- La réduction de l'utilisation des contentions passe nécessairement par une augmentation des connaissances du personnel soignant ou non en matière de mesures de remplacement. Quant à eux, les gestionnaires favorisent l'application de ces mesures par la mise en place d'un environnement favorable (ressources humaines, matérielles, financières).
- L'approche interdisciplinaire facilite l'identification, le développement et l'application des mesures de remplacement. Elle fait appel à la créativité des intervenants et doit favoriser l'intégration de la personne hospitalisée et de sa famille.
- L'identification des mesures de remplacement requiert une évaluation rigoureuse des besoins de la personne et des causes des comportements qui incitent à recourir à la contention (voir le module *Processus de décision*).
- Les mesures de remplacement doivent être connues de la famille, des proches et de tous les intervenants et doivent être consignées au plan d'interventions.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module traite des mesures de remplacement sous un angle global afin de permettre aux formateurs, aux gestionnaires et aux intervenants de mieux comprendre cette notion qui est reprise de manière beaucoup plus détaillée et approfondie dans les modules sur les problématiques cliniques ainsi que dans les vignettes.

RÉFÉRENCES

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, *Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée*, Paris, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2000.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Cadre de référence - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, édition révisée, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 2004.

BRAUN, J. V. et S. LIPSON, *Toward a Restraint-Free Environment : Reducing the Use of Physical and Chemical Restraints in Long-Term and Acute Care Settings*, Baltimore, Health Professions Press Inc., 1993.

COHEN, C., R. NEUFELD, J. DUNBAR, et alii, « Old Problem, Different Approach : Alternatives to Physical Restraints », dans *Journal of Gerontological Nursing*, vol. XXII, n° 2 (1996), p. 23-29.

DURAND, P. J., R. VERREAULT, L. LÉVESQUE, et alii, *Programme de réduction des contentions physiques en CHSLD*, Québec, Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, 1999.

MARKWELL, Sherry K., « Long-term Restraint Reduction One Hospital's Experience With Restraint Alternatives », dans *Journal of Nursing Care Quality*, vol. XX, n° 3 (2005), p. 253-260.

MILISEN, K., J. LEMIENGRE, T. BRAES, et alii, « Multicomponent Intervention Strategies for Managing Delirium in Hospitalized Older People : Systematic Review », dans *Journal of Advanced Nursing*, vol. LII, n° 1 (2005), p. 79-90.

ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OEQ, 2004.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant Le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ, 2003.

- PHILLIPS, C. D., C. HAWES et B. E. FRIES, « Reducing the Use of Physical Restraints in Nursing Homes : Will It Increase Costs? », dans *American Journal of Public Health*, vol. LXXXIII, (1993), p. 342-348.
- SUNDEL, M., R. M. GARRETT et R. D. HORN, « Restraint Reduction in a Nursing Home and its Impact on Employee Attitudes », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, (1994), p. 381-387.
- THOUIN, L. et P. VOYER, « L'interdisciplinarité », dans P. VOYER, *et alii*, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 559-565.
- WERNER, P., V. KOROKNAY, J. BRAUN, *et alii*, « Individualized Care Alternatives Used in the Process of Removing Physical Restraints in the Nursing Home », dans *Journal of the American Geriatrics society*, vol. XLII, (1994), p. 321-325.



Communication

Sylvie Garon
Élaine Pruneau
Louis Bolduc
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	3
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	5
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	9
LE SAVIEZ-VOUS?	13
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	16
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	17
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	23
NOTE DU FORMATEUR	24
RÉFÉRENCES	25



INTRODUCTION

BUT

Le but de ce module est d'amener le formateur, le gestionnaire et les intervenants à saisir la nature et l'importance de la communication pour assurer une prestation de soins de qualité à la population, particulièrement dans un contexte d'application de mesures de contrôle.

Il permettra également au formateur de saisir l'importance de la communication à toutes les étapes du processus de décision lors de l'application d'une mesure de contrôle (l'évaluation de la problématique, la recherche de mesures de remplacement, l'accompagnement de la personne et de ses proches durant l'expérience vécue dans le cas de l'application d'une mesure de contrôle, etc.).

MODULE *COMMUNICATION* EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Les définitions relatives à la communication.
- L'importance d'une communication efficace avec la personne et ses proches tout au long du processus de décision et de suivi entourant les mesures de contrôle.
- La situation actuelle sur le terrain ainsi que les mythes véhiculés au sein du système de santé relativement à la qualité et à l'efficacité de la communication.
- Les principes de communication efficace dans un contexte de prise de décisions en ce qui a trait aux mesures de contrôle.
- Les informations à transmettre à la personne et à ses proches durant les différentes étapes du processus décisionnel.



DÉFINITIONS

COMMUNICATION :

La communication est le processus par lequel les gens s'influencent mutuellement en échangeant de l'information, des idées et des émotions. Il y a communication lorsqu'on émet ou reçoit des messages et lorsqu'on donne une signification aux signaux d'une autre personne.

La communication est un processus continu, dynamique et multidimensionnel. Elle comporte un ensemble de signaux verbaux ou non verbaux ainsi que des signaux visuels, auditifs et olfactifs. La communication peut aussi se faire grâce à l'écriture.

Communication verbale : La communication verbale relève du code parlé.

Communication non verbale : La communication non verbale est la transmission d'un message par le langage du corps, sans le support des mots. Les expressions faciales, les signes vocaux, le contact visuel, les gestes, les postures, le toucher, l'apparence physique, la tenue vestimentaire, le silence et l'utilisation de l'espace, du temps et des objets sont autant de caractéristiques de la communication non verbale.

ÉCOUTE ACTIVE :

Procédé par lequel un auditeur organise en un tout significatif ce qu'il comprend de l'ensemble du message d'un locuteur, c'est-à-dire de ses signaux verbaux et non verbaux ainsi que de ses pensées et de ses émotions.

PHILOSOPHIE DU CARING :

Philosophie de soins qui préconise l'humanisation des soins, qui voit la personne comme une personne unique avec du potentiel et ayant des expériences propres que l'on doit prendre en considération lors des soins (Boykin et Schoenhofer, 2001).

Approche empreinte du souci de soutenir les gens, de compatir avec eux, dans le respect de leurs besoins, de leurs problèmes et de leurs valeurs. Cette philosophie préserve la dignité humaine dans un système de soins de santé dominé par les tâches.

EMPATHIE :

Habileté à percevoir, à identifier et à comprendre les sentiments ou les émotions d'une autre personne tout en maintenant une distance affective par rapport à cette dernière.

En psychologie sociale, le terme « empathie », dans un sens élargi, désigne aussi la capacité d'acquérir une certaine connaissance d'autrui, de se mettre à sa place, pour mieux le comprendre et mieux percevoir ses attentes.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

PARCE QUE DE TOUTES LES CONNAISSANCES ET LES TECHNIQUES, CELLES RELIÉES À LA COMMUNICATION COMPTENT PARMI LES PLUS IMPORTANTES POUR LES PROFESSIONNELS ŒUVRANT DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET PLUS PARTICULIÈREMENT ENCORE DANS LE CONTEXTE D'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE.

- La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* précise la nécessité d'informer la personne sur son état de santé et de bien-être de manière à lui faire connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à elle ainsi que les risques et les conséquences généralement associées à chacune de ces options avant qu'elle ne consente à des soins la concernant. Cette même loi reconnaît ainsi le droit de la personne de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.
- Ces dispositions législatives reconnaissent donc clairement la place centrale de la personne au cœur du processus décisionnel relativement aux choix des soins qui lui seront administrés, particulièrement lors de l'application d'une mesure de contrôle, qui comporte intrinsèquement une atteinte importante au droit à l'intégrité et à la liberté physiques. Cette participation active de la personne aux soins la concernant n'est rendue possible que par une communication efficace et aidante entre le personnel soignant et la personne et sa famille. Ainsi, la communication est le fondement même de l'interaction avec les personnes dans le cadre de la prestation des soins et plus particulièrement dans le cas de l'application de mesures de contrôle. Elle est essentielle et s'inscrit dans un processus continu.

PARCE QUE L'UTILISATION DE LA CONTENTION OU DE L'ISOLEMENT DOIT ÊTRE BASÉE SUR UNE APPROCHE INDIVIDUALISÉE ÉLABORÉE DANS UN CONTEXTE D'INTERDISCIPLINARITÉ ET EXIGE LE MAINTIEN DE LA COMMUNICATION ET DES CONTACTS HUMAINS (RECOMMANDATION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC).

- Une évaluation interdisciplinaire est essentielle à une évaluation approfondie de la situation. Cette évaluation doit être globale et tenir compte à la fois de la personne, de la famille ainsi que de l'environnement physique et

psychosocial. Elle ne peut être réalisée que par une bonne communication entre les différents acteurs impliqués dans le processus de décision.

- Cette décision suit une démarche complète de soins qui comprend l'évaluation et l'analyse de la situation, la planification des interventions et l'application de mesures de remplacement efficaces ainsi que la réévaluation constante de la situation.

PARCE QUE LE MANQUE DE COMMUNICATION AVEC LA PERSONNE ET SA FAMILLE NE NOUS PERMET PAS D'ÉVALUER DE FAÇON EXHAUSTIVE LA SITUATION POUR LAQUELLE UNE MESURE DE CONTRÔLE EST ENVISAGÉE.

- Une excellente communication permet une meilleure compréhension de l'état de la personne et de ses besoins et peut avoir comme résultat d'éviter le recours à une mesure de contrôle par la contribution de la famille à la recherche de mesures de remplacement.
- La communication est essentielle à la compréhension de la problématique, car le comportement manifesté par la personne est souvent l'expression d'un malaise et exige de bonnes compétences de communication afin d'offrir une écoute active nous permettant d'identifier le problème sous-jacent.

PARCE QUE LA COMMUNICATION AVEC LA PERSONNE ET SES PROCHES PEUT ÉVITER LE RECOURS À UNE MESURE DE CONTRÔLE.

- En plus de nous permettre d'évaluer adéquatement la situation, une communication efficace avec la famille favorise sa participation dans la recherche des mesures de remplacement à la contention et à l'isolement puisqu'elle détient des informations pertinentes concernant la personne.
- De plus, la communication continue avec la personne et ses proches permet la participation de ceux-ci à la réalisation des mesures de remplacement élaborées au plan d'interventions de la personne (ex. : visite de la famille à des moments précis pour contrer le problème d'errance ou pour diminuer l'agitation).

PARCE QUE LA PERSONNE ET SA FAMILLE DOIVENT DONNER LEUR CONSENTEMENT À L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE.

- Les articles 10 et 11 du *Code civil du Québec* et l'article 9 de la *Loi sur la santé et les services sociaux* reconnaissent l'inviolabilité de la personne et donnent à la personne le droit de consentir ou de refuser des soins la concernant, notamment les mesures de contrôle (voir le module *Consentement*).

PARCE QUE LE MAINTIEN D'UNE RELATION AVEC LA PERSONNE DOIT ÊTRE UNE PRÉOCCUPATION CONSTANTE TOUT AU LONG DE LA PÉRIODE D'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE QUI EST UN ÉVÉNEMENT AYANT DES CONSÉQUENCES NÉFASTES TANT SUR LE PLAN PHYSIQUE QUE PSYCHOLOGIQUE.

- Les intervenants doivent se préoccuper de la personne dans sa globalité, répondre à ses différents besoins et maintenir la communication afin de diminuer la peur, l'anxiété, la détresse ou l'humiliation qui peuvent être ressenties par la personne faisant l'objet de mesures de contrôle.
- Ils doivent offrir du soutien à la famille lors d'une prise de décision aussi importante que la contention ou l'isolement.
- Ils doivent rassurer la personne et ses proches en leur communiquant toutes les modalités d'application ainsi que les mesures de suivi et le protocole de soins et de surveillance qui ont été planifiés pour la période d'application.
- Toutes ces relations avec la personne et sa famille doivent être empreintes d'empathie étant donné l'état de vulnérabilité des personnes mises sous contention ou isolées.

PARCE QUE LA MESURE DE CONTRÔLE DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE RÉÉVALUATION CONTINUE DE LA SITUATION ET QUE CELA N'EST RENDU POSSIBLE QUE GRÂCE AU PROCESSUS CONTINU DE COMMUNICATION AVEC LA PERSONNE ET LA FAMILLE.

- La décision ne doit jamais être considérée comme fixe et irréversible. Elle doit être constamment remise en question (voir le module *Processus de décision*). La personne et la famille sont au cœur de ce processus de réévaluation qui permet de juger de l'efficacité des mesures de remplacement ou de la pertinence de maintenir une mesure de contrôle. Ainsi, la réévaluation permet d'ajuster et de personnaliser le plan d'interventions en ayant toujours comme

but de préserver la dignité, l'autonomie, l'intégrité, la qualité de vie et la sécurité de la personne.

PARCE QUE LA COMMUNICATION ÉCRITE AU DOSSIER DE LA PERSONNE CONTRIBUE À LA QUALITÉ DES SOINS.

- En effet, la documentation au dossier de la personne est essentielle à la continuité des soins parce qu'elle permet une communication efficace entre les différents intervenants qui œuvrent auprès de la clientèle sur une période de 24 heures. En plus de contribuer à une qualité de soins auprès de la personne, la communication écrite permet d'assurer la sécurité en prévenant les risques d'accident inhérents à l'utilisation de ce type de mesures, risques qui peuvent parfois résulter d'un manque de communication entre les intervenants (voir le module *Documentation*).



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

CERTAINS CONSTATS CONCERNANT L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE :

- La décision de recourir à une contention est encore trop souvent unidisciplinaire. Cette situation nuit à la mise en commun des données permettant une évaluation exhaustive de la problématique et ne favorise pas la recherche et la mise en place de mesures de remplacement créatives répondant aux besoins et aux particularités de la personne ainsi qu'aux attentes de la famille.
- L'organisation du travail est parfois responsable de la mise sous contention sans justification valable. Ainsi, une personne peut être gardée sous contention à partir de son admission jusqu'à ce que les intervenants de l'équipe interdisciplinaire fassent la mise en commun des informations nécessaires à la justification de l'application d'une telle mesure.
- Plusieurs intervenants pensent encore que la décision d'appliquer une contention repose uniquement sur leur jugement clinique, excluant ainsi la participation de la personne et de sa famille dans une décision aussi importante. Faute de communication avec la personne et sa famille, ses besoins et ses particularités ne sont pas pris en compte. Ainsi, une mauvaise connaissance des différentes composantes reliées à la personne (l'environnement humain, les aspects psychosociaux et culturels, les structures organisationnelles, l'environnement physique) ne favorise pas la recherche des mesures de remplacement pour laquelle l'apport de la famille est très important (voir le module *Kayser-Jones*).
- Trop souvent encore, les intervenants réalisent une évaluation sommaire de la situation nécessitant le recours à une mesure de contrôle plutôt qu'une évaluation approfondie qui débute par une communication efficace (collecte de données) auprès de la personne et de sa famille (voir le module *Processus de décision*).

- Un manque de communication avec la personne placée sous contention ou en isolement qui se retrouve ainsi mise à l'écart provoque souvent des conséquences désastreuses sur le plan psychologique.
- Les intervenants n'ont pas tous une bonne connaissance de la nature et de l'importance du consentement ainsi que des obligations légales inhérentes à ce processus (voir le module *Consentement*); à cette étape, la communication avec la personne et sa famille doit leur permettre d'avoir toutes les informations pertinentes à une prise de décision éclairée. On rencontre encore des situations où le consentement se résume à une signature au bas d'un formulaire avec des explications très sommaires.
- Il peut y avoir un manque de réévaluation de la situation concernant la pertinence de retirer ou de maintenir la contention ou l'isolement. Cette réévaluation passe inévitablement par une communication efficace entre tous les acteurs concernés (personne, famille et intervenants de l'équipe interdisciplinaire).

QU'EN EST-IL DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT?

Les questions qui suivent sont formulées afin de stimuler la réflexion sur la situation vécue dans votre établissement en regard du protocole d'application des mesures de contrôle en lien avec la qualité et l'efficacité de la communication avec la personne et sa famille ainsi qu'au sein de l'équipe interdisciplinaire. Elles permettent, entre autres, d'apprécier l'écart qui existe entre la situation actuelle et la situation souhaitée.

- Quel est le processus menant à une décision d'application de mesures de contrôle auprès des personnes dans votre établissement?
- Ce processus est-il bien connu par les professionnels concernés?
- Est-ce que la structure organisationnelle de l'établissement permet et favorise la participation réelle de la personne à son plan d'interventions?
- Est-ce que les valeurs prônées par l'organisation sont vraiment respectées dans la prestation des soins au quotidien auprès des personnes?
- Y a-t-il un plan d'interventions individualisé pour chaque personne?

- Est-ce que l'organisation du travail facilite le travail interdisciplinaire essentiel à une prise de décision aussi importante que l'application d'une mesure de contrôle?
- Est-ce que la personne et ses proches sont réellement impliquées dans toutes les étapes du processus décisionnel : évaluation de la situation, planification des interventions, application du plan d'interventions et réévaluation?
- Est-ce que la collecte de données permet d'apprécier toutes les composantes de la personne : son environnement, ses valeurs, ses croyances, sa culture, ses besoins, ses attentes, les autres personnes, etc.?
- Est-ce que la communication avec la personne et sa famille est aidante et empreinte d'empathie?
- Communique-t-on à la personne et à sa famille les modalités d'application de la mesure de contrôle ainsi que le suivi et les soins de surveillance envisagés?
- Donne-t-on du support à la famille dans le cas de l'application d'une mesure de contrôle?
- Est-ce que la communication est maintenue avec la personne placée sous contention ou en isolement et est-ce que ses besoins fondamentaux sont respectés?
- Est-ce que la communication écrite au dossier de la personne permet d'apprécier l'évolution de la condition si elle est placée sous contention ou en isolement afin d'assurer une continuité de soins dans un contexte de qualité et de sécurité?
- Est-ce qu'une réévaluation de la situation est faite régulièrement en considérant l'opinion de la personne et de sa famille?
- Vos établissements se sont-ils dotés de stratégies efficaces à l'égard de problématiques pour lesquelles le recours à des mesures de contrôle est fréquent? (Ex : programme de prévention des chutes, protocole de gestion des troubles graves du comportement, etc.)
- Est-ce que l'établissement met à la disposition des familles des dépliants explicatifs concernant les mesures de contrôle?

LE SAVIEZ-VOUS?

MYTHE : Donner des informations concernant leur condition de santé aux personnes qui ont peu d'instruction constitue une perte de temps.

Faux.

L'adhésion au traitement augmente avec une bonne communication, même pour la clientèle peu scolarisée (Veilleux, 2000). Il en revient aux intervenants d'adapter leur communication en vulgarisant toutes les informations pertinentes à une prise de décision éclairée sur les choix d'interventions proposés.

MYTHE : La communication n'est pas perçue par les personnes confuses.

Faux.

La communication non verbale est souvent la seule composante de la communication perçue par la personne atteinte de démence, agitée, en delirium, etc. (Kurtz, Silverman, Benson, *et alii*, 2003; Richard et Lussier, 2005; Colorado Foundation for Medical Care, 1998). Les personnes sont plus sensibles au non verbal qu'au verbal, et ce, encore plus lorsqu'elles sont très malades ou confuses. Une discordance entre les deux messages peut augmenter la confusion et rendre la personne incapable de bien interpréter les messages verbaux.

MYTHE : La famille dérange plus qu'elle n'est utile; on devrait revenir aux heures de visite strictes.

Faux.

La famille doit être incluse tout au long de la durée du suivi, notamment pour la clientèle pédiatrique et gériatrique. Elle est intimement liée à la personne que l'on soigne (modèle Kayser-Jones) et elle influence la participation et la collaboration aux interventions. La communication avec la famille est donc un élément clé pour obtenir la collaboration de la personne. La famille demeure la principale source d'informations pour la personne avec une barrière quelconque et elle représente également un

élément de sécurité pour celle-ci.

La réduction de la contention et de l'isolement passe souvent par la famille et par les informations reçues lors de la période de soins (Tremblay, 2004; Beaudoin, 2005; L'Association des Hôpitaux du Québec, 2004; Colorado Foundation for Medical Care, 1998).

MYTHE : L'écoute active ne sert à rien.

Faux.

L'écoute active fait partie des stratégies de base de la communication (Richard et Lussier, 2005). Le silence peut être une forme puissante d'encouragement à continuer à parler s'il est accompagné de signes non verbaux adéquats.

MYTHE : La communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire n'est pas un élément essentiel dans la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.

Faux.

Beaucoup d'études démontrent que la communication entre les intervenants, particulièrement lors des changements de quart de travail, de même que la mise en place d'un plan d'interventions individualisé sont garantes d'une réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (Tremblay, 2004; Beaudoin, 2005).

MYTHE : On ne doit jamais ébranler les idées et les croyances de la personne ou de sa famille.

Faux.

Bien que plusieurs personnes se soient déjà renseignées sur quelques questions de santé, elles ne possèdent pas toujours les bonnes informations. Une famille qui croit fermement que son proche doit être mis sous contention en tout temps pour éviter les chutes doit être « confrontée » aux conséquences néfastes de l'utilisation de la contention. Notre communication devient alors « thérapeutique » (Giordan, Golay, Jacquemet, *et alii*, 1996). La façon d'intégrer les

croyances et les attentes de la famille avec les besoins de la personne grâce à une écoute active nous permet de renseigner la famille sur la contention ainsi que sur les risques et les conséquences qui y sont associés afin qu'elle puisse prendre une décision éclairée.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les données probantes et les résultats de recherche sont mentionnés dans les différentes rubriques du module. La donnée suivante s'ajoute aux autres :

Une des stratégies gagnantes dans un processus de réduction des mesures de contrôle repose sur des interventions personnalisées, sur une évaluation interdisciplinaire en accord avec une philosophie et une approche de soins sans contention, et sur la communication de l'ensemble de ses interventions à tous les intervenants, à la personne et à sa famille (Association des Hôpitaux du Québec, 2004).



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Dans le contexte d'un programme visant la réduction des mesures de contrôle, la communication est l'élément clé permettant une réflexion approfondie de la situation d'une personne pour laquelle un processus de décision doit être amorcé en lien avec l'utilisation ou non d'une mesure de contrôle.

La communication s'établit à différents niveaux : tout d'abord avec la personne et sa famille, ensuite entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire.

Les intervenants œuvrant dans le réseau de la santé doivent mettre en pratique des habiletés spécifiques pour la communication à toutes les étapes du processus de décision (voir le module *Processus de décision*) de façon à bien saisir le message transmis par la personne et sa famille afin de répondre adéquatement à leurs besoins. Dans le cas particulier d'une personne dont l'état mental ne lui permet pas de fournir toutes les informations nécessaires au processus de décision ni de donner un consentement éclairé sur le choix des interventions (voir le module *Consentement*), la collaboration de la famille s'avère essentielle.

COMMUNICATION AVEC LA PERSONNE ET SA FAMILLE

La relation d'aide est le fondement même de la pratique des intervenants en santé et cette relation ne revêt un caractère thérapeutique que dans la mesure où la communication assure une présence de qualité, favorise l'écoute active avec la personne et sa famille et permet la reconnaissance de la personne en tant que personne unique, avec des besoins, une culture, des valeurs, des croyances et possédant une capacité d'autodétermination. Cette relation d'aide prend toute sa valeur lorsque la personne et sa famille traversent une situation de stress majeur incluant un processus de décision au sujet du recours ou non à une mesure de contrôle.

ÉCOUTE ACTIVE ET DISPONIBILITÉ :

L'écoute active est l'habileté fondamentale de la communication aidante qui permet à l'intervenant de mieux comprendre, dans son intégralité, le message

communiqué. Ainsi, pour bien saisir le message, l'intervenant doit tenir compte tant des idées exprimées par la personne que de la tonalité affective qui les accompagne. L'écoute active n'est pas la simple répétition des mots exacts employés par la personne, mais elle est plutôt l'organisation, en un tout significatif, de la compréhension que l'on a du message de la personne. En pratiquant l'écoute active, l'intervenant se préoccupe de la personne et tente de percevoir les sentiments vécus par elle dans une situation donnée.

La disponibilité réfère à la volonté d'écouter, de parler et d'être présent avec une personne. La disponibilité et l'écoute active assurent ainsi une présence de qualité, une rencontre lors de laquelle l'intervenant accueille la personne comme un être humain unique dans une situation unique.

POUR UNE COMMUNICATION EFFICACE (OU AIDANTE) :

- Se concentrer sur les messages verbaux et non verbaux de la personne, sur ce qui est dit et sur ce qui n'est pas dit.

Le non verbal exprime nos attitudes, nos émotions et notre affect de façon beaucoup plus parlante que nos mots. Les messages verbaux et non verbaux se renforcent habituellement les uns les autres ou se corroborent. Cependant, lorsque ces signaux s'opposent, le message non verbal sera davantage retenu et cette contradiction peut nuire à l'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et la personne.

Plusieurs études montrent également que les personnes expriment plus de satisfaction de leurs contacts avec les intervenants de la santé lorsque la communication non verbale est positive (expression orale, contacts visuels, gestes de réconfort, etc.) (Kurtz, Silverman, Benson, *et alii*, 2003; Richard et Lussier, 2005; Bolduc, 2004; Waltzkin, 1984; Fredriksson, 1999).

- Se concentrer sur la personne plutôt que sur ce qu'on dira ensuite.
- S'en tenir au rôle d'auditeur en évitant d'interrompre la personne avant qu'elle n'ait fini de parler.
- Utiliser un langage adapté à la personne.

- Éviter d'interpréter les messages de la personne avant d'avoir bien compris ce qu'elle voulait dire.
- Considérer les messages de la personne selon son point de vue à elle.
- Poser des questions pour mieux comprendre.
- Reformuler les idées au besoin.
- Utiliser de préférence des questions ouvertes plutôt que des questions fermées :

Les questions ouvertes génèrent souvent plus d'informations et permettent une plus grande participation de la personne; ainsi, l'histoire est souvent plus complète. Il faut éviter les questions fermées qui fournissent peu d'informations.

- Adapter les modes de communication pour les personnes présentant des difficultés de communication.

PROCESSUS DE DÉCISION

Évaluation de la situation

La communication réalisée à l'étape de la collecte de données vise à recueillir directement auprès de la personne et de sa famille les informations pertinentes permettant de mieux connaître la personne et d'évaluer adéquatement sa condition de santé. Pour que l'évaluation soit globale, elle doit impliquer tous les acteurs concernés (personne, famille, équipe interdisciplinaire) et tenir compte à la fois de la personne, de la famille, de l'environnement physique, ainsi que de l'environnement psychosocial.

La qualité de la communication est cruciale à cette étape puisqu'elle vise à élucider toutes les causes sur lesquelles il est possible d'agir ou encore à réduire certains facteurs de vulnérabilité permettant ainsi d'éviter l'utilisation d'une mesure de contrôle. Les intervenants doivent faire preuve d'empathie de façon à fournir un soutien psychologique à la personne et sa famille.

Éléments de communication :

- Expliquer à la personne et sa famille la problématique actuelle à la lumière des éléments relevés par les évaluations des membres de l'équipe interdisciplinaire.
- Écouter les opinions et les sentiments de la personne et de sa famille à l'égard de la situation.
- Dans le cas d'une problématique comportementale, explorer avec la famille les raisons possibles de la manifestation de ce comportement.
- Explorer avec la personne et la famille les mesures de remplacement proposées par l'équipe interdisciplinaire et solliciter leur participation à la recherche d'autres solutions.

Planification et application du plan d'interventions

La communication avec la personne et sa famille vise à respecter leur droit fondamental d'être informé et de choisir une option parmi les interventions proposées. Le succès de l'application du plan d'interventions est directement relié à sa diffusion entre les intervenants et à une communication efficace entre eux, la personne et sa famille. Cette étape est incontournable, car elle permet à l'équipe, de concert avec la personne et sa famille, de sélectionner la mesure de remplacement répondant le mieux aux besoins et aux particularités de la personne. Elle permet également à la famille de s'impliquer concrètement dans l'application des mesures de remplacement.

Éléments de communication :

- Solliciter la participation de la famille dans le choix et l'application des mesures de remplacement; expliquer les avantages et les inconvénients de chacune de ces mesures.
- Dans le cas où les mesures de remplacement n'ont pas donné les résultats escomptés et que, en dernier recours, on doit envisager l'utilisation d'une mesure de contrôle, le consentement doit être obtenu (voir le module *Consentement*).

Consentement

Éléments de communication :

- Expliquer pourquoi on a besoin d'un consentement différent du consentement de soins donné à l'arrivée dans l'établissement.
- Expliquer la durée de validité du consentement : le consentement qui devient non valide dès que les contentions ne sont plus nécessaires.

- Expliquer que le consentement est valide seulement pour la situation actuelle et qu'un nouveau consentement sera sollicité advenant un changement par rapport à la situation initiale.

Période d'application de la contention

Éléments de communication :

- Une fois le consentement obtenu pour l'application d'une mesure de contention, expliquer tous les aspects techniques concernant le type de contention utilisé ainsi que les lieux physiques où ces moyens seront utilisés.
- Transmettre toutes les informations suivantes : la durée d'application prévue au plan d'interventions, l'horaire journalier d'application, les activités planifiées entre les périodes d'application, les soins et la surveillance donnés pendant les périodes d'application et en dehors de celles-ci.
- Préciser l'accompagnement psychologique qui sera effectué auprès de la personne lors des périodes de contention.
- Écouter les craintes de la personne et de sa famille et les rassurer.
- Assurer la famille de la disponibilité des intervenants pour leur apporter un soutien en tout temps.

Réévaluation

La réévaluation de la situation clinique permet de juger de l'efficacité des mesures de remplacement ou de la pertinence de maintenir une mesure de contrôle.

L'ajustement du plan d'interventions individualisé se fait de façon continue par une communication efficace avec la personne, sa famille et les membres de l'équipe interdisciplinaire.

Cette réévaluation est indispensable à la préservation de la dignité, de l'autonomie, de l'intégrité, de la qualité de vie et de la sécurité de la personne.

Communication au sein de l'équipe interdisciplinaire

La communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire est démontrée comme essentielle lors de la mise en place d'un programme de réduction des mesures de contrôle (Tremblay, 2004; Beaudoin, 2005).

Une bonne communication entre les intervenants assure une meilleure continuité et qualité de soins auprès de la personne. Le but de cette communication est d'avoir une vision globale de la personne, de répondre adéquatement à ses besoins et de suivre son évolution en partageant l'information avec les autres intervenants. Les

réunions interdisciplinaires favorisent également la recherche de mesures de remplacement innovatrices pour ainsi éviter le recours à une mesure de contrôle.

La communication au sein de l'équipe comprend tout autant la communication verbale que la documentation au dossier de la personne (voir le module *Documentation*).

La communication écrite à transmettre aux personnes

Certains établissements possèdent déjà des dépliants explicatifs sur la contention, ce qui peut être utile lorsque la famille est sous le choc parce que l'un des siens expérimente la contention. Une communication écrite peut alors permettre à la famille d'intégrer l'information à son rythme et dans un contexte choisi.

L'information transmise par ce moyen doit inclure les éléments suivants : une définition de la contention, une précision sur la notion de dernier recours après l'essai de plusieurs mesures de remplacement, la nécessité du consentement et l'assurance d'un suivi de qualité sur le plan humain et d'une surveillance étroite lors des périodes d'application de la contention.

En résumé

En résumé dans un contexte de prise de décision à l'égard des mesures de contrôle, la communication tient compte :

1. de la personne en tant que personne unique :

- avec son expérience, son vécu et ses compétences;
- avec ses besoins et ses attentes;
- avec ses éléments culturels et ses croyances;
- avec sa capacité d'autodétermination.

2. de la famille :

- en l'impliquant dans toutes les étapes du processus de décision incluant la recherche de mesures de remplacement;
- en tentant de connaître ses perceptions à l'égard de la contention ainsi que sa perception de la personne;
- en lui donnant du support pendant la période d'application d'une mesure de contrôle.

3. de l'équipe :

- en permettant l'élaboration d'un plan d'interventions individualisé pour chaque personne à partir de l'évaluation de chaque discipline.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- La communication est essentielle à une prestation de soins de qualité axée sur les besoins de la personne et sur le respect de ses droits fondamentaux.
- La communication aidante avec la personne et sa famille favorise une meilleure collaboration de la personne aux interventions.
- La communication est essentielle à la mise en œuvre des mesures de remplacement dont le but premier est d'assurer une bonne qualité de vie aux personnes.
- La communication est l'élément clé qui assure compréhension, cohésion et humanisation, surtout dans un contexte de décision à l'égard d'une mesure de contrôle.
- La communication (verbale et écrite) est essentielle au travail en interdisciplinarité.

Le présent module traite de l'importance d'une communication efficace avec la personne et sa famille tout au long du processus de décision et de suivi entourant les mesures de contrôle. Les formateurs et les intervenants pourront approfondir l'importance de la communication dans tous les autres modules, dans le programme de formation ainsi que dans les modules des problématiques cliniques et dans les vignettes.

RÉFÉRENCES

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ), *Cadre de référence - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contentions et isolement*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 2004.

BEAUDOIN, C., « Des personnes âgées enfin libérées », dans *Objectif Prévention*, vol. XXVIII, n° 5 (2005), p. 30-31.

BOLDUC, L., *La signification d'être soigné en tant que personne : Perspective de patients vivant un premier infarctus du myocarde*, Mémoire de maîtrise non publié, Montréal, Université de Montréal, 2004.

BOYKIN, A. et S. SCHOENHOFER, *Nursing as Caring. A Model for Transforming Practice*, New York, National League for Nursing, 2001.

Code civil du Québec, L.Q. 1994, c. 64.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ), *Lignes directrices : recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement*, Montréal, Collège des Médecins du Québec, 1999, 7 p.

COLORADO FOUNDATION FOR MEDICAL CARE, *Restraint Reduction. Assessment and Alternatives Help Guide. Evaluation Trees. Assessment log/Intervention Care Plan*, Englewood, Colorado Foundation for Medical Care, 1998, 69 p.

DE VITO, Joseph A., *Les fondements de la communication humaine*, Montréal, Gaétan Morin Éditeur Ltée, 1993.

FREDRIKSSON, L., « Modes of Relating in a Caring Conversation : A Research Synthesis on Presence, Touch and Listening », dans *Journal of Advanced Nursing*, vol. XXX, n° 5 (1999), p. 1167-1176.

GIORDAN, A., A. GOLAY, S. JACQUEMET, et alii, « Communication thérapeutique : L'impact d'un message dans le processus d'apprendre », dans *Psychothérapies*, vol. XVI, n° 4 (1996), p. 189-193.

KURTZ, S. M., J. D. SILVERMAN, J. BENSON, *et alii*, *Calgary-Cambridge Guide to Communication : Process Skills*, Calgary, 2003.

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

PTOTER, Patricia A. et G. A. PERRY, *Soins infirmiers tome 1*, Laval, Éditions Études Vivantes, 2002.

RICHARD, C. et M. T. LUSSIER, *La communication professionnelle en santé*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2005.

TREMBLAY, L., « Réduire les contentions, c'est positif », dans *Objectif Prévention*, vol. XXVII, n° 3 (2004), p. 4-7.

VEILLEUX, P. C., *Facteurs psychologiques d'adhérences aux traitements*, Journée de formation continue, Montréal, Centre Hospitalier Universitaire de Montréal, 2000.

WALTZKIN, H., « Patient Communication : Clinical Implication of Social Scientific Research », dans *The Journal of American Medical Association*, vol. CCLII, n° 17 (1984), p. 2441-2446.



Consentement

Anne-Marie Savard
Sylvie Garon
Élaine Pruneau
Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	3
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	6
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	7
LE SAVIEZ-VOUS?	9
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	13
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	19
NOTE DU FORMATEUR	20
RÉFÉRENCES	21



INTRODUCTION

BUT

Le but de ce module est de permettre au formateur de saisir l'importance du consentement libre et éclairé comme principe fondamental dans la prestation des soins et a *fortiori* lors de l'application d'une mesure de contrôle. Il permettra également de saisir la nature du consentement comme étant un processus continu de communication avec la personne et sa famille et d'identifier les différentes étapes qui sont inhérentes à ce processus.

MODULE CONSENTEMENT EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Les définitions relatives au processus du consentement libre et éclairé.
- La situation actuelle sur le terrain ainsi que les mythes véhiculés au sein du système de santé qui entourent la notion de consentement.
- Les aspects cliniques et juridiques relatifs à l'aptitude ou à l'inaptitude à consentir.
- Les informations à transmettre à la personne et sa famille pour obtenir un consentement véritablement éclairé.



DÉFINITIONS

CONSENTEMENT LIBRE :

Pour être valide, le consentement à des soins médicaux incluant les mesures de contrôle doit être libre de toute contrainte ou menace (art. 10 et 11 du *Code civil du Québec*; art. 9 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*). Cela signifie que la personne qui consent ou celle consentant à sa place ne doivent pas subir, dans le cadre de leur prise de décision, une influence indue de la part d'autres personnes, que ce soit de la part de l'équipe ou encore des membres de l'entourage de la personne.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ :

Le consentement doit également être éclairé (art. 10 et 11 du *C.c.Q.*; art. 9 de la *LSSS*), c'est-à-dire donné en toute connaissance de cause. En d'autres termes, avant de prendre une décision quant à l'application de mesures de contrôle, la personne qui consent (si elle est apte) ou celle légalement habilitée à consentir pour elle (si elle est inapte) doit avoir obtenu, de la part de l'équipe traitante, toutes les informations nécessaires à la prise d'une décision réfléchie. Ces informations comprennent, notamment, les raisons justifiant l'application des mesures, le type de contentions, la durée prévue des mesures ainsi que les mesures de suivi et de surveillance envisagées (voir la section « Pour un changement de pratique » de ce module).

APTITUDE À CONSENTIR :

L'aptitude d'une personne à consentir à des soins médicaux implique qu'elle soit à même de recevoir et de comprendre les informations relatives à un soin ou une intervention proposée, qu'elle soit capable de raisonner, d'évaluer les conséquences de ses choix dans une situation donnée et qu'elle soit capable de les exprimer (*Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A)*; Deleury et Goubau, p. 108-109). Il s'agit d'une donnée factuelle qui s'apprécie indépendamment de la situation juridique d'une personne, notamment comme le fait qu'elle soit sous régime de protection. L'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude de la personne à consentir ou refuser des soins médicaux relève d'un jugement clinique. Pour plus d'informations, voir la partie II de la section « Pour un changement de pratique » du présent module.

SITUATION D'URGENCE JURIDIQUE :

L'urgence juridique est différente de l'urgence médicale. En effet, l'urgence juridique requiert le cumul de **deux** conditions. Elle se définit comme une situation où « la vie de la personne est en danger ou son intégrité est menacée et où son consentement ne peut être obtenu en temps utile » (art. 13 du C.c.Q.). Pour parler d'urgence juridique, il est donc nécessaire non seulement d'être devant une situation qui demande une rapidité à réagir, mais il doit également être impossible d'obtenir le consentement de la personne ou de son représentant pour pouvoir procéder.

Dans le cas particulier de la contention ou de l'isolement, les mesures d'urgence visent à protéger autant la personne elle-même, qui pourrait subir des lésions à cause de sa condition clinique, que les tiers, par exemple les membres du personnel, qui risqueraient de subir des lésions causées par les faits et gestes de la personne. Chaque situation est un cas d'espèce à évaluer indépendamment de l'unité de soins au sein de laquelle survient la situation.

RISQUE DE LÉSIONS:

L'article 118.1 de la LSSS établit clairement que les mesures de contrôle ne peuvent être appliquées que dans un objectif de protection de la vie ou de l'intégrité physique.

Le premier alinéa se lit de la façon suivante :

«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.»

Il est à noter que le texte des « Orientations ministérielles » utilise le terme « danger » dans les définitions relatives aux contextes d'intervention planifiée et non planifiée (voir « Orientations ministérielles », p. 18). Ce terme n'est toutefois pas celui retenu par la loi ni par le présent guide; nous avons préféré parler de « risque de lésion ».

LÉSION :

Modification de la structure normale d'une partie de l'organisme, à la suite d'une affectation, d'un accident (*Le Petit Robert*, 2006). Une lésion, dans le cadre de cette

loi, est un préjudice corporel ou un dommage physique causé par une personne à elle-même ou à une autre.

PRÉJUDICE CORPOREL :

Atteinte à l'intégrité physique d'une personne (*Office de la langue française*, 2002).

Note : « préjudice » et « dommage » sont synonymes dans l'usage actuel. Cependant, le *Code civil du Québec* emploie généralement « préjudice » lorsqu'il fait référence à une personne et « dommage » lorsqu'il fait référence à un bien.

SITUATION PLANIFIÉE ET SITUATION NON PLANIFIÉE :

Les « Orientations ministérielles » distinguent deux contextes pouvant prévaloir lors de l'utilisation des mesures de contrôle :

1. Le premier contexte est le contexte d'intervention planifiée et réfère aux situations où il est possible de prévoir, de manière non précipitée par une situation d'urgence, l'utilisation éventuelle d'une mesure de contrôle. Dans ce contexte, le risque de lésion pour la personne elle-même ou pour autrui doit être réel. Dans ce cas, tous les acteurs impliqués dans la situation, c'est-à-dire la personne, l'équipe et les proches de la personne, ont le temps de passer à travers les différentes étapes du processus décisionnel qui incluent bien sûr le consentement.

2. Le contexte d'intervention non planifiée réfère à une situation non prévue, où le risque de lésion pour la personne elle-même ou pour autrui est imminent et requiert l'application de mesures de manière urgente. Voir ci-dessous pour plus de détails sur les situations d'urgence.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

L'IMPORTANCE DU CONSENTEMENT

Les mesures de contrôle que constituent la contention et l'isolement comportent intrinsèquement des atteintes importantes aux droits de la personne, notamment les droits à l'intégrité physique, à la sûreté, à la liberté, à l'autonomie ainsi qu'à la sauvegarde de sa dignité. Ces droits fondamentaux sont reconnus, entre autres, au sein de la *Charte des droits et libertés de la personne* (art. 1 et 4), au *Code civil du Québec* (art. 3 et 10) ainsi que dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Dans un tel contexte d'affirmation des droits de la personne, il est évident que le principe du consentement libre et éclairé occupe une place déterminante au sein du système de santé. En effet, ce consentement constitue un moyen de rendre licite une atteinte portée au corps humain, atteinte qui serait, autrement, illicite.

De plus, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* précise la nécessité d'informer la personne sur son état de santé et de bien-être de manière à lui faire connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à elle ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins la concernant. Cette même loi reconnaît le droit à la personne de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Ces dispositions législatives reconnaissent donc clairement la place centrale de la personne au cœur du processus décisionnel relativement au choix des soins qui lui seront administrés, particulièrement lors de l'application d'une mesure de contrôle, qui comporte intrinsèquement une atteinte importante à plusieurs droits fondamentaux. Légalement, sans le consentement de la personne elle-même, si elle est apte, ou d'une personne légalement autorisée à consentir à sa place, si elle est inapte, il est impossible d'appliquer des mesures de contention ou de placer une personne en isolement.



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

Bien que plusieurs établissements aient défini un protocole d'application des mesures de contrôle, il est important de saisir la nature du consentement qui se veut ici un processus continu de communication avec la personne et ses proches (voir le module *Communication*).

Ainsi, le consentement ne doit pas se résumer à une simple signature au bas d'un formulaire, comme c'est malheureusement encore trop souvent le cas dans le réseau. Il doit être le reflet d'un échange constant avec la personne et sa famille sur l'évolution de la condition de la personne ainsi que sur les interventions nécessitées par son état. Tout cela s'inscrit dans le but premier de respecter les droits et les choix de la personne et de sa famille.

Actuellement, tous les acteurs concernés lors de l'application d'une mesure de contrôle vivent des difficultés relativement au consentement, qui n'est pas toujours considéré à sa juste valeur et appliqué de manière à respecter la législation en vigueur. Voici quelques illustrations montrant comment est généralement perçue, en ce moment, cette nécessité légale que constitue le consentement.

POUR LA PERSONNE :

- Le consentement est souvent perçu comme une simple formalité administrative, une autorisation à donner pour que les intervenants du système de santé se protègent contre d'éventuelles poursuites judiciaires.
- Le consentement ne s'inscrit pas toujours dans un processus de communication et de transmission des informations et n'est pas perçu comme un outil favorisant le respect des volontés et des choix de la personne.

POUR LA FAMILLE :

- Consentir à l'application d'une mesure de contrôle est une décision difficile et représente un stress majeur pour la famille qui ne possède pas toujours l'information complète et nécessaire à une prise de décision éclairée.

POUR LE SOIGNANT :

- Il s'agit souvent d'une formalité comme une autre, si bien que certaines étapes essentielles du processus décisionnel sont escamotées, sans considérer l'importance que revêt l'application d'une mesure de contrôle pour la personne et son entourage ni l'importance du consentement qui y est lié.

MYTHE : Un consentement **écrit** est nécessaire pour l'application d'une mesure de contrôle.

Faux.

Un consentement verbal (incluant téléphonique) peut être suffisant. L'écrit n'est pas exigé par le *Code civil du Québec* en ce qui concerne les mesures de contrôle. Toutefois, pour des raisons pratiques et éventuellement judiciaires (en cas de poursuite par exemple, la preuve du consentement sera plus facile à établir s'il y a eu écrit au préalable), l'écrit demeure nettement préférable.

Notons aussi qu'il en est de même dans le cas d'un refus de soins. En effet, il n'existe **aucune exigence légale** selon laquelle le refus d'une mesure de contrôle doit être fait par écrit. Une personne possède le droit incontestable de refuser, de manière verbale ou même implicite (par exemple si la personne enlevait ses vêtements d'hôpital ou contactait son avocat), l'application d'une mesure de contrôle. Elle peut non seulement refuser **avant** l'application de la mesure, mais aussi **en tout temps pendant celle-ci**.

MYTHE : La personne ou sa famille n'a qu'à signer le consentement pour la mise en place des contentions ou de l'isolement. C'est tout ce qu'il y a à faire pour que le consentement soit légal.

Faux.

Le consentement est central dans l'application de toute mesure de contrôle. Le consentement doit se concevoir bien autrement que comme une simple signature au bas d'un formulaire. Au contraire, il est essentiel de retenir que le consentement constitue un processus (Lesage-Jarjoura, p. 11) qui implique plusieurs acteurs, telles la personne elle-même, sa famille et l'équipe, et qui requiert plusieurs étapes, comme l'évaluation de l'aptitude à consentir, la transmission de nombreuses informations afin que le consentement soit éclairé et, enfin, un suivi étroit de la condition clinique de la personne afin de s'assurer que le consentement

est toujours valable (Est-ce que la personne elle-même ou la personne consentant à sa place a changé d'idée et refuse désormais la mesure de contrôle? Ou est-ce que la situation a évolué au point où le consentement ne peut plus être valide?).

MYTHE : Un consentement spécifique n'est pas requis pour la contention ou l'isolement puisque la personne a déjà signé un consentement général aux soins lors de son arrivée à l'établissement de santé.

Faux.

Il est primordial de distinguer le contrat médical, qui se forme normalement entre une personne et un établissement de santé lorsqu'une personne franchit les portes de l'établissement et requiert des soins ou des services, de celui requérant un consentement supplémentaire en cas d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques durant la prestation de soins. Le premier vise un accord de volontés général entre la personne et l'établissement quant à la demande et la prestation de soins, mais ne donne pas carte blanche à l'équipe interdisciplinaire. En effet, pour toute intervention ou décision de quelque importance, comme l'application de mesures de contrôle, un consentement particulier sera requis (Lesage-Jarjoura).

MYTHE : Si la famille a déjà signé un consentement pour l'application d'une mesure de contrôle, aucun consentement supplémentaire ne saurait être requis ultérieurement.

Faux.

Au contraire, comme le consentement est un moyen de protéger l'autonomie et l'intégrité de la personne, le droit reconnaît que sa portée doit se limiter à l'accord préalablement établi. En d'autres termes, le consentement ne couvrira que la procédure à laquelle la personne ou sa famille a acquiescé et ne constitue en aucun cas un chèque en blanc pour les futures interventions. Ainsi, en cas d'application de mesures de contrôle, le médecin et l'équipe devront repasser à travers tout le processus de consentement chaque fois que la situation clinique de la personne changera et que l'équipe souhaitera modifier le type de contentions (par exemple de manière à ce qu'il réponde mieux au

nouveau contexte).

En termes cliniques, cela signifie que lorsque la situation de la personne est conforme à ce qui a été prévu dans le plan d'interventions (« situation planifiée »), il n'y a pas lieu de requérir un consentement supplémentaire pour l'application d'une mesure de contrôle. Toutefois, lorsque cette situation s'éloigne de ce qui a été prévu initialement dans le plan d'interventions, cela ne signifie pas automatiquement que le contexte devient « non planifié », même si ce peut être le cas, mais le nouvel état clinique ou le nouveau comportement de la personne devront être rediscutés par l'équipe interdisciplinaire et, souvent, nécessiteront un nouveau plan d'interventions ainsi qu'un nouveau consentement de la part de la personne ou de sa famille.

MYTHE : Le médecin est le seul intervenant qui peut ou doit obtenir le consentement et il est le seul responsable de la décision.

Faux.

Avec le projet de loi 90, quatre groupes de professionnels de la santé, soit les ergothérapeutes, les infirmiers/infirmières, les physiothérapeutes et les médecins peuvent légalement prendre la décision, en accord avec les politiques des établissements, et ce, dans les limites de leurs champs de compétence respectifs. Il s'agit donc d'une nouvelle activité réservée à ces quatre groupes de professionnels. Toutefois, les nouvelles dispositions législatives ne modifient en rien la responsabilité civile et les devoirs déontologiques des professionnels. De plus, cette loi reconnaît l'importance de l'interdisciplinarité dans le processus décisionnel relatif à l'application des mesures de contrôle.



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

PRINCIPES GÉNÉRAUX RELATIFS AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DU PROCESSUS DE CONSENTEMENT

Évaluation de l'aptitude à consentir :

Lorsque les professionnels concernés concluent que l'application d'une mesure de contrôle est nécessaire, c'est-à-dire lorsqu'il y a un risque de lésion (voir l'article 118.1 de la *LSSS*), la personne elle-même, si elle est apte, ou une personne de son entourage, si elle est inapte, doit consentir avant l'application d'une telle mesure. C'est pourquoi l'évaluation de l'aptitude à consentir de la personne constitue une étape très importante puisqu'elle déterminera quelle personne devra fournir le consentement.

Cette évaluation de l'aptitude est une démarche d'ordre clinique et il revient généralement au médecin de la réaliser (Ménard, 1998; Lesage-Jarjoura; *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A)*). Toutefois, le *Code civil du Québec* (voir l'article 4 du *C.c.Q.*) a établi une présomption d'aptitude, de sorte que toute personne est présumée apte à consentir jusqu'à preuve du contraire. Il incombe donc au médecin, qui prétend que telle personne est inapte, d'en faire la démonstration.

Il faut également retenir que l'aptitude à consentir est une aptitude de fait et non de droit. En d'autres termes, le médecin qui l'évalue doit tenir compte de la situation particulière de la personne à un moment précis et décider en conséquence, peu importe, par exemple, que la personne soit sous un régime de protection, tel un mandat en cas d'inaptitude. Une personne peut très bien avoir besoin d'assistance pour certains actes à poser dans sa vie (par exemple administrer ses biens), mais demeurer tout à fait apte à prendre une décision concernant des soins ou des traitements qui lui seront octroyés. Une personne peut aussi très bien être inapte un jour et être tout à fait apte à consentir à l'application de mesures de contrôle le lendemain.

Les balises à considérer dans l'évaluation de l'aptitude à consentir :

Le médecin n'est tout de même pas seul dans l'accomplissement de cette tâche parfois délicate. La Cour d'appel du Québec a rendu un jugement, en 1994 (*Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A)*), dans lequel elle a élaboré un test en cinq volets (basé principalement sur une législation de la Nouvelle-Écosse) afin de guider le médecin lors de l'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude à consentir. Les cinq questions à se poser lors de l'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude d'une personne à consentir ou refuser des soins médicaux ou autres interventions sont les suivantes :

- 1) La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?
- 2) La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?
- 3) La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?
- 4) La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement?
- 5) La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

Notons qu'un récent jugement de la Cour suprême du Canada (*Starson c. Swayze*, 2003) est venu tempérer légèrement le test élaboré dans l'arrêt *Pinel*, surtout en ce qui trait au déni de la maladie (5^e critère). Dans l'affaire *Pinel*, la Cour d'appel avait fait du déni un élément central dans son jugement, faisant un lien assez direct entre le déni de la maladie de M. Pinel et son inaptitude à consentir. En d'autres termes, elle avait rapidement conclu à l'inaptitude de M. Pinel, étant donné qu'il niait sa maladie. Dans l'arrêt *Starson*, la Cour suprême considère plutôt que la situation où un patient nie sa maladie doit être analysée avec prudence. En somme, il faudra que le diagnostic psychiatrique soit établi sur des bases aussi objectives que possible pour que son déni puisse faire partie des critères d'inaptitude (Ménard, 2005).

Remarques additionnelles :

La personne qui est connue pour une maladie psychiatrique (dépression, trouble bipolaire, schizophrénie bien traitée, etc.) n'est pas nécessairement inapte à consentir ou à refuser des soins médicaux.

De même, il est fondamental de préciser que lorsqu'une personne est sous garde en établissement, en vertu de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*, **ce statut ne constitue en aucun cas un consentement implicite de sa part à des soins médicaux incluant les mesures de contrôle** (voir

Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A)), En d'autres termes, cette loi ne permet que de garder une personne contre son gré dans un établissement de santé, mais ne permet pas aux cliniciens, sauf en situation d'urgence, l'application d'une mesure de contrôle sans l'autorisation de la personne ou de son représentant. Son consentement ou celui de son représentant est donc requis.

Ce n'est pas parce que la personne refuse des soins médicaux, ici la contention ou l'isolement, qu'elle doit automatiquement être considérée inapte par le médecin. En d'autres termes, l'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude doit être indépendante du jugement relatif à la « sagesse » de la décision prise par la personne. Ce n'est pas parce que le médecin considère déraisonnable la décision de la personne qu'il doit juger cette dernière inapte à consentir. À l'inverse, ce n'est pas parce que la personne consent qu'elle doit automatiquement être considérée apte.

QUI CONSENT À L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE?

- **Si la personne majeure est considérée apte à consentir à des soins médicaux :**

Elle consent ou refuse elle-même l'application de ces mesures (art. 10 et 11 du C.c.Q.; art. 9 de la LSSS). Il importe de préciser que le **refus** de la personne apte doit être **respecté en tout temps**, sauf en cas d'urgence.

En cas d'urgence, le consentement à la contention ne sera pas nécessaire, à deux conditions précises : 1) lorsque la vie ou l'intégrité de la personne que l'on désire mettre sous contention est menacée (cette condition vaut également dans le cas où la vie ou l'intégrité d'une tierce personne, par exemple un membre du personnel, serait menacée) et 2) lorsque que son consentement ne peut être obtenu en temps utile (art. 13 du C.c.Q.).

Toutefois, lorsque la situation redevient « normale », c'est-à-dire non urgente, et que l'on souhaite maintenir la personne sous contention, son consentement (ou un consentement substitué) redevient obligatoire.

- **Si la personne majeure est considérée inapte à consentir à des soins médicaux :**

Le consentement se fera par ce qu'on appelle le « consentement substitué », c'est-à-dire par une personne consentant en lieu et place de la

personne. L'article 15 du *Code civil du Québec* établit, par ordre de priorité, une liste de personnes pouvant consentir à la place de la personne inapte :

- C'est le mandataire, le tuteur ou le curateur (privé ou public), si la personne inapte en est pourvue, qui doit consentir.
- À défaut d'un mandataire, le consentement est donné par le conjoint de la personne inapte (le C.c.Q. précise que sont visés autant les conjoints mariés que ceux en union civile ou encore les conjoints de fait).
- À défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, le consentement doit être donné par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier, ce qui peut inclure un voisin ou un collègue de travail, par exemple.

- **Si la personne a moins de 14 ans :**

Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur (art. 14 du C.c.Q.).

- **Si la personne a entre 14 et 17 ans :**

Elle peut consentir seule, mais si elle est hospitalisée plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait (art. 14 du C.c.Q.). Si elle refuse des soins requis par son état de santé, l'autorisation du tribunal est nécessaire, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou que son intégrité ne soit menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit (art. 16 du C.c.Q.).

EXISTE-T-IL DES BALISES POUR GUIDER CELUI QUI CONSENT OU REFUSE POUR AUTRUI?

La personne qui consent ou refuse l'application de mesures de contrôle pour autrui doit le faire en se laissant guider par des balises établies par le *Code civil du Québec* à l'article 12. En somme, elle doit agir dans le seul intérêt de la personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière aurait pu manifester, par exemple dans un « testament de vie » ou encore dans un mandat en cas d'incapacité.

De plus, si elle exprime un consentement, elle doit s'assurer que les soins seront bénéfiques malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques ne sont pas hors de proportion par rapport aux bienfaits qu'on en espère.

QUELS SONT LES CAS OÙ L'AUTORISATION DU TRIBUNAL SERA REQUISE POUR PROCÉDER À L'APPLICATION DE MESURES DE CONTRÔLE?

Si la personne consentant pour autrui refuse de manière injustifiée (par exemple lorsque sa décision n'est pas dans l'intérêt de la personne inapte), le médecin pourrait décider de demander l'autorisation du tribunal pour passer outre le refus de cette personne (voir l'article 16 du C.c.Q.) et procéder à l'application des mesures de contrôle.

Cette autorisation judiciaire sera nécessaire également dans le cas où, malgré un consentement de la part de la personne consentant à sa place, la personne inapte **refuse catégoriquement** l'application de mesures de contrôle (voir l'article 16 du C.c.Q.), sauf s'il s'agit de soins d'hygiène ou d'une urgence (voir les critères de l'urgence établis ci-dessus), auxquels cas l'autorisation du tribunal ne sera pas nécessaire. Il va sans dire que le refus de soins est très protégé, même dans le cas de la personne inapte.

LA PERSONNE CONSENTANT POUR AUTRUI PEUT-ELLE EXIGER À TOUT PRIX L'APPLICATION DE MESURES DE CONTRÔLE?

Afin de respecter le droit à l'intégrité physique d'une personne, autant une personne apte qu'une personne inapte ou que la personne consentant pour une personne inapte ont le droit de refuser toute intervention médicale incluant l'application de mesures de contrôle, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas d'urgence. Ce fait est bien établi par la loi ainsi que par la jurisprudence des tribunaux.

Ce refus de traitement est toutefois à distinguer nettement d'un cas où une personne ou un membre de sa famille qui devrait consentir à sa place exigerait, par exemple, le recours aux mesures de contrôle. En aucun cas la loi ne leur reconnaît le pouvoir d'exiger le recours à des mesures de contrôle. Bien sûr, la collaboration et la bonne communication entre les différentes personnes impliquées sont à privilégier lors du processus décisionnel (voir les modules *Processus de décision* et *Communication*), mais il est essentiel de préciser que le jugement établissant la nécessité ou non d'appliquer des mesures de contrôle relève, en dernier ressort, d'un jugement clinique.

LES INFORMATIONS À AVOIR EN SA POSSESSION AFIN DE POUVOIR DONNER UN CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Ce point est fondamental. Après avoir exposé les principes généraux et les rouages juridiques relatifs au consentement en matière de mesures de contrôle, il est essentiel de voir comment la personne elle-même ou la personne consentant à sa place peuvent consentir en toute connaissance de cause, c'est-à-dire offrir un consentement libre et éclairé, tel que requis par la loi (art. 10 et 11 du C.c.Q.; art. 8 et 9 de la LSSS). Pour ce faire, elles doivent avoir en leur possession une multitude d'informations très importantes.

Voici la liste des explications à donner à la personne ou sa famille :

- 1) Expliquer la raison nécessitant le recours à une mesure de contrôle.
- 2) Expliquer les mesures de remplacement qui ont été tentées et qui n'ont pas donné les résultats escomptés, de sorte que le risque de lésion est toujours présent.
- 3) Préciser quelle est la mesure de contrôle proposée, que ce soit une contention physique ou l'isolement.
- 4) Préciser les risques associés au choix de la mesure de contrôle ainsi que leur prévalence.
- 5) Préciser les avantages et les inconvénients.
- 6) Expliquer les conséquences probables d'un refus de la mesure de contrôle.
- 7) Préciser la durée potentielle d'application de la mesure ainsi que les modalités d'application.
- 8) Expliquer les soins et la surveillance reliés à la contention physique ou à l'isolement.
- 9) Présenter le formulaire de consentement.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- Le consentement est bien plus qu'une signature au bas d'une feuille : il est avant tout un processus.
- L'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude à consentir à des soins par le médecin constitue une étape clé dans ce processus puisqu'elle détermine qui devra consentir à l'application des mesures de contrôle, le cas échéant : la personne elle-même ou une personne consentant à sa place (mandataire, conjoint, ami, etc.).
- Le consentement doit être libre et éclairé, ce qui implique que l'équipe devra fournir de nombreuses informations à la personne et sa famille avant de faire signer le consentement.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module traite du processus qui mène au consentement libre et éclairé et des conditions qui entourent son obtention dans le contexte de l'application des mesures de contrôle. Les aspects juridiques relatifs au consentement sont aussi abordés. Ces notions sont reprises dans l'ensemble de la documentation ainsi que dans les modules ayant trait aux problématiques cliniques et dans les vignettes.

RÉFÉRENCES

Législation

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12.

Code civil du Québec, L.Q. 1991, c. 64.

Code de déontologie des médecins, R.Q, c. M-9, r. 4.1.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38.001.

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

Jurisprudence

Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A) (1994) R.J.Q. 2523 (C.A.).

Lavolette c. Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, 700-05-011567-025, C.S., 2003.

Starson c. Swayze (2003) C.S.C. 32.

Références utiles

DELEURY, É. et D. GOUBAU, *Le droit des personnes physiques*, 3^e éd., Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2002, 769 p.

LESAGE-JARJOURA, P., et alii, *Éléments de responsabilité civile médicale. Le droit dans le quotidien de la médecine*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1995, 376 p.

MÉNARD, J.-P., « L'impact de la Loi sur la protection dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui sur le consentement aux soins », dans *Développements récents en droit de la santé mentale*, Service de la formation

permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1998, p. 237.

MÉNARD, J.P., « Le refus catégorique de soins revu et corrigé. L'aptitude à consentir aux soins médicaux : la Cour suprême redéfinit les propositions de la Cour d'appel du Québec », dans *Famille et protection*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, vol. CCXIX, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 2005, p. 295.



Soins et surveillance

Josée Lamoureux

Suzanne Plante

et Nicole Soulard

Juin 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITIONS	4
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	5
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	7
LE SAVIEZ-VOUS?	9
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	11
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	13
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	19
NOTE DU FORMATEUR	20
RÉFÉRENCES	21



INTRODUCTION

BUT

Ce module livre un message clair en ce qui a trait à l'importance d'assurer des soins et une surveillance adéquats lorsqu'une personne est mise en isolement ou sous contention.

Ces soins et cette surveillance, qui comportent plusieurs paramètres physiques et psychologiques, font partie intégrante du plan d'interventions et doivent être basés sur la condition clinique de la personne. De fait, une surveillance assidue assure une utilisation minimale des mesures de contrôle.

Dans ce module, des balises sont suggérées afin de prodiguer des soins sécuritaires et d'une qualité optimale pour assurer le bien-être de la personne en respectant son intégrité et sa dignité.

MODULE SOINS ET SURVEILLANCE EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- Une définition des « soins et surveillance » dans un contexte critique où la personne est sous contention ou en isolement.
- Les raisons pour lesquelles il est pertinent, voire essentiel, de prodiguer des soins et une surveillance lors de l'application d'une mesure de contrôle.
- Une réflexion critique concernant les pratiques observées sur le terrain.
- Une prise de conscience de certains préjugés qui empêchent de prodiguer des soins et une surveillance adéquats et de certaines croyances qui freinent le recours à des mesures de remplacement.
- Des résultats de recherche qui ouvrent la porte non seulement à une pratique sécuritaire, mais également à une pratique qui promeut l'excellence des soins.

- Des paramètres qui font partie des soins et de la surveillance.
- Des balises pour faciliter la planification et les interventions en fonction des besoins évolutifs de la personne.



DÉFINITIONS

SOINS ET SURVEILLANCE

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec définit le soin (qui inclut la surveillance) «comme étant un processus dynamique [...] qui englobe l'évaluation et la surveillance de l'état de santé physique et mentale, la détermination et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, les activités liées aux soins et aux traitements infirmiers et médicaux ainsi que l'information [...]». Ces activités sont effectuées dans une relation de partenariat avec la personne et dans le respect de ses capacités.» (OIIQ, 2004).

Pour la population en général, les soins et la surveillance, tels que définis par les dictionnaires, réfèrent aux aspects suivants :

- Les soins consistent à s'occuper du bien-être de quelqu'un, du bon état de quelque chose (*Petit Robert, 2005*). On parle aussi d'attention, d'application portée à quelque chose ou de veille sur quelqu'un ou quelque chose.
- La surveillance est l'ensemble des actes par lesquels on exerce un contrôle, un suivi; c'est observer attentivement pour contrôler, être attentif à quelque chose, prendre soin de quelqu'un (*Petit Robert, 2005*).



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

PARCE QU'UNE PERSONNE MISE SOUS CONTENTION OU EN ISOLEMENT VIT UN ÉTAT DE GRANDE VULNÉRABILITÉ.

Les mesures de contrôle ne doivent être utilisées que dans des situations critiques et exceptionnelles et seulement en dernier recours. L'application d'une mesure de contrôle rend la personne très vulnérable tant physiquement que psychologiquement et juridiquement (Varcarolis, 2006; Carlson et Alvarez, 2006).

La mise sous contention ou l'isolement représentent, pour la personne, une réduction de son autonomie et de sa liberté. Le fait d'être mis sous contention ou en isolement rend la personne complètement dépendante de l'autre pour l'assouvissement de l'ensemble de ses besoins fondamentaux. Elle est incapable de satisfaire le moindre besoin relié à la vie (boire, manger, éliminer, se mobiliser, se protéger contre les dangers, communiquer, etc.).

L'application d'une mesure de contrôle est souvent vécue comme une mauvaise expérience, voire une punition, une agression ou une réelle perte de contrôle (Hamolia, 2001). Pour s'en convaincre, il suffit d'observer les efforts désespérés que déploient certaines personnes mises sous contention pour s'en dégager.

PARCE QU'UNE PERSONNE MISE SOUS CONTENTION OU EN ISOLEMENT REQUIERT DES SOINS ET UNE SURVEILLANCE SPÉCIFIQUES ADAPTÉS À SA CONDITION.

- Une personne dont la condition de santé physique ou mentale ou les comportements justifient le recours à une mesure de contrôle nécessite toujours des soins et une surveillance particuliers.
- Chaque professionnel, en conformité avec son champ d'exercices propre, doit détenir les compétences nécessaires pour bien évaluer l'état de la situation, poser un jugement clinique, planifier les soins et la surveillance et assurer la continuité des soins. Tous les membres de l'équipe doivent comprendre le rôle qui découle de la prise de décision relative aux mesures de contrôle.

PARCE QUE LES CONSÉQUENCES NÉFASTES LIÉES À DES SOINS ET UNE SURVEILLANCE INADÉQUATS SONT DE RÉELLES MENACES À L'INTÉGRITÉ DE LA PERSONNE.

- Des soins et une surveillance inadéquats, incomplets ou inappropriés peuvent avoir des effets néfastes. Que l'on songe aux conséquences physiques (perte de mobilité, infection, escarre, déshydratation, dénutrition, etc.), psychologiques (perte d'estime de soi, dépression, sentiment d'impuissance et d'abandon, etc.) ou mécaniques, les effets nuisibles peuvent aller jusqu'à la mort. En effet, le Bureau du coronier du Québec rapporte chaque année des décès survenus en raison de défaillances au niveau des soins et de la surveillance de personnes hospitalisées ou hébergées.



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

- Les personnes sous contention ou en isolement ne font pas toujours l'objet d'une évaluation complète et globale. Il arrive fréquemment que le seul motif qui soit vraiment réévalué soit celui qui a conduit à l'utilisation de la contention ou à l'isolement. C'est alors la présence ou l'absence de ce motif de départ qui détermine le retrait ou le maintien de la mesure de contrôle.
- Dans certaines unités de soins, des personnes mises sous contention ou placées en isolement ne reçoivent pas toujours les soins et la surveillance requis par leur état. De plus, ces soins ne sont pas toujours planifiés ni considérés prioritaires comme ils devraient l'être, notamment parce que les intervenants méconnaissent la nature des soins et de la surveillance requis pour la personne sous contention ou isolée. De plus, il arrive fréquemment que les intervenants surestiment les effets bénéfiques des mesures de contrôle, ce qui crée un écart entre la pratique clinique souhaitée et celle qui est observée sur le terrain.
- Il arrive que les notions de soins et de surveillance ne soient pas perçues de la même façon chez tous les intervenants. De plus, les soins et la surveillance requis ne sont pas toujours clairement décrits dans le plan d'interventions ou ne sont pas distinctement communiqués aux autres membres de l'équipe. Ces manquements et lacunes compromettent alors directement la prestation de soins sécuritaires.
- Dans d'autres cas, on observe que les personnes sous contention ou en isolement reçoivent des soins et une surveillance adéquats, mais qu'elles ne bénéficient pas d'une réévaluation systématique de la pertinence du maintien de ces mesures de contrôle.
- Dans plusieurs milieux, on continue de penser que les soins et la surveillance reliés à la contention ou à l'isolement doivent être réalisés entièrement par l'infirmier et que celui-ci ne peut pas les confier à d'autres membres de l'équipe, tels les infirmiers auxiliaires ou les préposés aux bénéficiaires. Dans d'autres milieux, les soins et la surveillance sont confiés exclusivement aux préposés aux bénéficiaires sans encadrement de la part d'un professionnel.

- En travaillant en équipe interdisciplinaire, les intervenants sont davantage en mesure de fournir, à l'intérieur de leur champ de compétence respectif, les soins et la surveillance requis par les personnes mises sous contention ou en isolement.
- On observe que, lorsque les établissements assurent une formation continue en matière de soins et de surveillance aux équipes et qu'ils fournissent des lignes de conduite claires pour tous les intervenants, ceux-ci sont davantage en mesure d'assurer pleinement leur rôle et de fournir des soins de qualité lors de tels épisodes.
- Bien que ce soit inexcusable, il peut arriver que les soins et la surveillance soient négligés à cause de la surcharge de travail dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.
- Les soins et la surveillance sont très peu documentés dans les dossiers des personnes même s'ils sont effectués par les intervenants.

LE SAVIEZ-VOUS?

MYTHE : Une personne en isolement et/ou mise sous contention est en sécurité. La surveillance peut donc être diminuée.

Faux.

Au contraire, il faut augmenter la surveillance puisqu'en recourant à l'isolement ou à la contention, des risques supplémentaires (risques de traumatismes physique, psychologique et émotionnel) s'ajoutent aux risques déjà présents chez la personne. Par conséquent, il est important de maintenir une surveillance appropriée pendant toute la période où la personne est sous contention ou en isolement (Kaltiala-Heino, Tuohimäki, Korkeila, *et alii*, 2003). Selon la Kendal Corporation (2000), une personne sous contention 24 heures sur 24 doit recevoir 265 minutes de soins et surveillance par période de 24 heures.

MYTHE : La personne sous contention ou en isolement requiert les mêmes soins que les autres personnes.

Faux.

Les soins requis pour une personne sous contention ou en isolement sont exigeants parce qu'ils sont les mêmes que ceux requis par une personne en situation de totale dépendance. Outre la surveillance des signes vitaux, il faut considérer les soins requis pour pallier les risques intrinsèques du recours à la contention ou à l'isolement (ex. : amener la personne à la toilette et la mobiliser, détacher les contentions régulièrement, rassurer la personne sur la procédure et sur la durée de l'application, donner de l'information à la famille, etc.).

MYTHE : La personne en isolement ou sous contention doit seulement être visitée pour prodiguer les soins et effectuer les surveillances liés aux mesures de contrôle.

Faux.

La personne doit être visitée régulièrement pour s'assurer de sa sécurité

physique et psychologique, pour prendre la décision de poursuivre ou cesser l'utilisation de l'isolement ou de la contention et pour vérifier qu'un niveau de restriction minimale soit appliqué afin d'assurer la sécurité de la personne ou de faciliter le traitement (Evans, Wood et Lambert, 2002).

MYTHE : La surveillance se limite uniquement à la vérification du matériel.

Faux.

Les soins et la surveillance doivent inclure obligatoirement l'évaluation de l'état de la personne (incluant la pertinence de poursuivre ou non l'application de la mesure) et de l'état du matériel pour un maximum de sécurité et de qualité pour la personne sous contention ou en isolement.

MYTHE : La personne sous contention ou en isolement qui est calme nécessite la même surveillance habituelle qu'une autre personne.

Faux.

Même si la personne est calme, elle requiert les soins et la surveillance exigés par une mesure de contrôle puisqu'on reconnaît une dangerosité associée à l'utilisation de ces mesures et aussi parce que l'état de la personne peut rapidement se détériorer et qu'il faut toujours considérer la situation dans sa globalité (ex. : une mauvaise utilisation du matériel multiplie les risques de complication reliés à la contention) (Giroux, Maheux et Chevalier, 2005).



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Les écrits récents et les résultats de recherche mettent en évidence les faits suivants qui concernent les soins et la surveillance inhérents aux mesures de contrôle :

- Les principes directeurs émis dans les *Orientations ministérielles* (MSSS, 2002) viennent préciser le contexte dans lequel la décision de l'application des mesures de contrôle doit se prendre :
 - Les mesures de contrôle sont utilisées uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent;
 - Les mesures de contrôle sont envisagées à titre de mesures de contrôle en dernier recours seulement;
 - Il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne;
 - L'application d'une mesure de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité en assurant le confort de la personne et elle doit faire l'objet d'une supervision attentive;
 - Chaque établissement doit baliser la décision et l'application d'une mesure par des procédures contrôlées afin d'assurer le respect des protocoles;
 - L'application d'une mesure de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.
- Offrir une formation sur l'usage adéquat des moyens de contrôle réduit la fréquence et la durée d'utilisation et augmente la qualité des soins (Evans, Wood et Lambert, 2002).
- L'application des contentions doit s'effectuer selon les recommandations du fabricant (Evans, Wood et Lambert, 2002) et les chambres d'isolement doivent respecter les standards émis par le MSSS (2005).
- Une surveillance doit être maintenue durant toute la période où la personne est mise sous contention (Evans, Wood et Lambert, 2002).

- Le niveau minimal de restriction doit être appliqué pour assurer la sécurité de la personne ou faciliter le traitement. La mesure ne doit pas se prolonger et elle doit se terminer aussitôt que possible (Evans, Wood et Lambert, 2002; National Institute for Clinical Excellence, 2005).
- Les motifs spécifiques pour lesquels une personne peut être mise sous contention doivent être établis (ex. : le potentiel suicidaire, le potentiel de violence, le besoin de traitements pour maintenir la vie, l'errance, l'agitation, le delirium). Malgré l'existence d'un de ces motifs spécifiques, il faut toujours s'assurer qu'une évaluation exhaustive de la personne soit effectuée.
- La pertinence de poursuivre l'utilisation de la contention doit être réévaluée régulièrement (Evans, Wood et Lambert, 2002) et doit demeurer une préoccupation constante pour l'équipe afin d'en réduire la durée.
- Le recours à l'isolement doit l'être pour la durée la plus courte possible et la réévaluation de la pertinence de poursuivre l'isolement doit être faite à toutes les 2 heures (National Institute for Clinical Excellence, 2005).
- Du matériel d'urgence doit être disponible dans un délai ne dépassant pas 3 minutes dans les milieux où il peut y avoir une utilisation de la contention (National Institute for Clinical Excellence, 2005).



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Les soins et la surveillance associés aux mesures de contrôle relèvent de plusieurs corps professionnels et l'implication de tous les membres de l'équipe est un gage de succès. À cet égard, il est possible, dans le cadre du plan d'interventions, de déléguer certains éléments de surveillance à d'autres membres du personnel tels les préposés aux bénéficiaires, les infirmiers auxiliaires, etc.

Il est de la responsabilité de l'établissement d'établir des protocoles, des politiques et des procédures balisant les modalités d'application des mesures de contrôle.

Les établissements doivent se doter, en ce qui a trait aux soins et à la surveillance, de standards de pratique qui reflètent les spécificités de leur clientèle. Il revient à chaque établissement (article 118.1 de la *LSSS*) de baliser les soins et de déterminer la surveillance minimale requise lors de l'application de mesures de contrôle. Ces balises varieront en fonction des risques inhérents à la clientèle impliquée. À cet égard, l'élaboration d'outils cliniques peut faciliter le travail des intervenants en plus de répondre aux exigences de la documentation et de la tenue des dossiers.

Étant donné que chaque situation clinique est unique, nous ne retrouvons pas, dans la littérature, de données sur la fréquence et le type de soins et de surveillance pouvant s'appliquer uniformément à toutes les clientèles.

Une réévaluation de la personne est nécessaire lorsque survient un changement de comportement ou une modification de l'état de santé de la personne. De même, une réévaluation s'impose lorsque la décision d'interrompre, de modifier ou d'augmenter une mesure de contrôle est prise. Ces situations nécessitent alors un ajustement de la fréquence de la surveillance à la suite d'une évaluation clinique.

L'application d'une contention ou la mise en isolement nécessitent des soins et une surveillance correspondant à l'état clinique de la personne. Ces soins et cette surveillance sont consignés au plan de soins et leur fréquence est clairement indiquée. De plus, les mesures nécessaires sont prises de manière à ce que tous les membres de l'équipe puissent exercer les soins et la surveillance en respectant leur rôle et leur champ de compétence respectifs.

SOINS ET SURVEILLANCE : DIMENSION PHYSIQUE

Les soins physiques se rapportent à la surveillance des paramètres vitaux, de l'intégrité de la peau et de la circulation ainsi qu'à la vérification de l'assouvissement des besoins fondamentaux. La personne doit recevoir l'assistance nécessaire pour les besoins essentiels à la vie comme l'hydratation, la nutrition, le besoin d'aller à la toilette, les soins de la peau et les soins de la bouche. Elle doit aussi être libérée de ses contentions régulièrement afin de pouvoir bouger et se mobiliser.

Paramètres vitaux

- Les paramètres vitaux doivent être évalués régulièrement (Hamolia, 2001; ISPN, 2001) et à des intervalles assez rapprochés (Masters, Bellonci, Bernet, *et alii*, 2001). La fréquence de la vérification sera établie selon le jugement des intervenants et de l'équipe et en fonction de la situation clinique.
- Une prise des paramètres vitaux doit être effectuée au moment de l'application de la contention pour une première évaluation et un contrôle minimal devra être effectué chaque heure par la suite. Une donnée antérieure au dossier de la personne concernant ses paramètres vitaux va servir de repère pour l'interprétation des paramètres actuels.
- S'il y a administration de substances antipsychotiques, ce qui est fréquent chez les personnes agitées ou agressives, les signes vitaux devraient être mesurés fréquemment, soit chaque heure ou, à la limite, aux deux heures (Varcarolis, 2006; Carson et Alvarez, 2006).

Intégrité physique

- Il faut s'assurer que les contentions sont fixées à la structure de la base du lit et jamais aux ridelles de lit.
- Lors de l'installation d'une contention, il faut s'assurer d'utiliser un matériel adéquat et conforme aux normes du fabricant, et ce, afin de :
 - ne pas entraîner d'altération de l'intégrité de la peau (Varcarolis, 2006; Carson et Alvarez, 2006; Hamolia, 2001; Bernard, Boulé, Larrouture, *et alii*, 2001; Julien, 1987);
 - ne pas nuire à la circulation sanguine (Varcarolis, 2006; Carson et Alvarez, 2006; Bernard, Boulé, Larrouture, *et alii*, 2001; Julien, 1987);
 - ne pas nuire à la respiration (Masters, Bellonci, Bernet, *et alii*, 2001; Bernard, Boulé, Larrouture, *et alii*, 2001; Julien, 1987).
- Il faut effectuer une évaluation initiale de la peau et des téguments (chaleur, coloration, sensibilité, œdème, protubérance osseuse et abrasion) afin d'avoir des données de référence sur l'intégrité de la peau lors des évaluations subséquentes.

- Toutes les deux heures, il faut retirer la contention pour 5 minutes ou plus, selon le type de contention (Varcarolis, 2006; Carson et Alvarez, 2006; Hamolia, 2001; Julien, 1987).
- Il faut profiter du retrait de la contention pour vérifier l'intégrité de la peau et des téguments et favoriser la circulation sanguine aux points de pression (ex. : la mauvaise coloration et l'œdème sont des signes de mauvaise circulation sanguine). Si la personne est trop agitée ou présente un risque trop élevé de violence pour être détachée, il faut lui faire exécuter des exercices passifs ou lui donner des massages, selon le cas.
- Il faut observer fréquemment la couleur, la température et la sensibilité de la peau aux extrémités des membres sous contention (Hamolia, 2001). Un changement dans la condition de la peau signifie qu'une intervention doit être effectuée et que l'utilisation de la contention à ce site doit être réévaluée afin de l'ajuster ou de la retirer.
- Il faut retirer les contentions au moindre signe d'entrave à la circulation sanguine ou à la respiration (Masters, Bellonci, Bernet, *et alii*, 2001).

Mobilité

- Il faut laisser le maximum d'amplitude de mouvement au fur et à mesure que la personne est moins à risque pour elle-même ou pour les autres ou que l'interférence aux traitements diminue, ce qui lui permet une plus grande autonomie de mouvement et favorise une meilleure circulation sanguine (Hamolia, 2001; Julien, 1987).
- Si plus d'une contention est utilisée, il faut enlever les contentions en alternance pour permettre la mobilisation de chacun des membres toutes les 2 heures (Varcarolis, 2006; Carson et Alvarez, 2006; Julien, 1987).

Hygiène

- Il faut s'assurer que la literie, la jaquette et la contention sont propres et sèches pour préserver l'intégrité de la peau et la dignité de la personne.
- Les soins d'hygiène seront prodigués dans un environnement sécuritaire.

Hydratation

- Il importe d'assurer une hydratation adéquate (1,5 à 2 litres par jour), à moins d'une limite liquidienne, car c'est un besoin de base (Varcarolis, 2006; Carson et Alvarez, 2006) qui, s'il n'est pas assouvi, peut entraîner un changement de comportement telles la désorientation ou l'agitation (Kaltiala-Heino, Tuohimäki, Korkeila, *et alii*, 2003).
- Selon l'état clinique de la personne et selon le type de contention choisi, il faut offrir à boire toutes les 30 à 60 minutes (Varcarolis, 2006; Carson et

Alvarez, 2006) ou, si la personne peut se servir elle-même, lui laisser un verre d'eau à portée de main.

- Une attention accrue à l'hydratation est requise lors de certaines conditions particulières (ex. : les périodes de canicule, les patients sous O2, l'agitation, etc.).

Élimination

- Un besoin d'éliminer non satisfait peut engendrer de l'agitation; il est donc important d'y répondre promptement (Masters, Bellonci, Bernet, *et alii*, 2001).
- Il est important de répondre aux besoins d'élimination de la personne en fonction de la mobilité déterminée au plan d'interventions interdisciplinaire. Il faut généralement offrir à la personne la possibilité d'aller à la toilette chaque heure ou aux deux heures (Varcarolis, 2006; Carson et Alvarez, 2006).
- Il faut accompagner la personne à la toilette si son état lui permet d'y aller, car cela favorise sa mobilité et préserve son autonomie tout en diminuant les risques d'incontinence.

Confort

- Il importe de s'assurer que le mobilier est adapté à la condition clinique de la personne.
- Il faut s'assurer que l'environnement est paisible et thérapeutique (Masters, Bellonci, Bernet, *et alii*, 2001; Hamolia, 2001) en surveillant notamment la chaleur ambiante, le niveau de bruit et la luminosité, car ces éléments peuvent engendrer de l'inconfort et provoquer de l'agitation (Horsburgh, 2004).
- Il faut changer la position du corps toutes les deux heures et s'assurer d'un bon alignement corporel (Hamolia, 2001).

SOINS ET SURVEILLANCE : DIMENSION PSYCHOLOGIQUE

État mental

- Il importe d'évaluer l'état mental de la personne lors de la mise sous contention et lors de chaque réévaluation de l'état général.
- Les dimensions les plus importantes sont : l'orientation dans les trois sphères, l'altération de la pensée (contenu et cours de la pensée), l'altération perceptive (perception par les 5 sens) et les manifestations comportementales (agitation, agressivité, changement de comportement) (Hamolia, 2001; Julien, 1987).

Maintien de la relation

- Il faut demeurer à l'écoute de la personne en la laissant exprimer ses sentiments, ses peurs, ses perceptions et son anxiété, ce qui lui permettra de percevoir la situation avec plus d'optimisme (Masters, Bellonci, Bernet, *et alii*, 2001; Hamolia, 2001).
- Il faut s'assurer que les stimuli sont adaptés à la condition de la personne (attention à la privation sensorielle (isolement) ou à une surstimulation) (Waughfield, 2002; Bernard, Boulé, Larrouture, *et alii*, 2001).
- Il est essentiel de reparler avec la personne du but de la mesure de contrôle afin d'éviter que celle-ci ne soit perçue comme une mesure punitive (Varcarolis, 2006; Carson et Alvarez, 2006).
- Il faut tenir la famille informée des soins et de la surveillance requis par la mise sous contention ou la mise en isolement afin de développer un partenariat avec elle et de l'impliquer au maximum dans le plan d'interventions (Hamolia, 2001; Bernard, Boulé, Larrouture, *et alii*, 2001).

Niveau de surveillance

- Le début de la période de la mise sous contention ou en isolement constitue une période charnière durant laquelle le niveau de sévérité du risque de lésion est élevé en raison de la situation clinique et de la réaction potentielle de la personne. Il faut donc instaurer une surveillance aux 15 minutes afin de mesurer les réactions de la personne.
- Il importe de fixer le seuil de surveillance en fonction du type de mesure de contrôle employé, de la restriction de la mobilité imposée et de la condition clinique de la personne (Horsburgh, 2004). Il faut surveiller l'évolution de sa condition clinique et les variations du degré d'agitation, le cas échéant.
- Il faut réévaluer le niveau de surveillance requis chaque fois qu'un changement de type de contention est effectué, et ce, tout au long du processus.

Diminution/retrait/maintien de la mesure de contrôle

- À chaque évaluation de l'état global de la personne, il faut vérifier s'il est possible de retirer ou de diminuer la mesure en place. (Voir le module *Mesures de remplacement* et les modules des problématiques cliniques.)

Matériel et équipement utilisés

- Lors du retrait de la mesure, un examen attentif du matériel et de l'équipement utilisés doit être fait afin de s'assurer qu'ils sont encore en bon état.
- Il faut s'assurer que le dispositif de contention peut être retiré rapidement advenant une situation d'urgence.

- Il faut installer les contentions conformément aux normes du fabricant et selon les indications données dans le cadre des formations de l'établissement.
- Il ne faut pas oublier que la ridelle de lit est considérée comme une mesure de contrôle; il faudra se référer aux politiques de l'établissement pour ce qui est des soins et de la surveillance à apporter lors de l'utilisation de cette mesure de contrôle.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- Il est essentiel de sensibiliser les intervenants, la personne en cause et sa famille au fait que le recours aux mesures de contrôle entraîne des risques importants.
- La rigueur est de mise tout au long du processus, car la personne sous contention est très vulnérable en raison de son état et de sa dépendance à l'égard du personnel soignant en plus de voir sa liberté fondamentale et son droit à l'intégrité être brimés.
- La formation des intervenants est indispensable à la prestation de soins de qualité à la personne lors du recours à une mesure de contrôle.
- L'établissement doit veiller au développement et à la diffusion de protocoles afin de baliser les soins et la surveillance.
- Toute l'équipe interdisciplinaire doit s'impliquer dans l'application des divers protocoles, politiques et procédures afin que tous les membres aient la même perception de ce que sont un soin et une surveillance et qu'ils soient tous responsables du bien-être et de la sécurité de la personne.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module traite des soins et de la surveillance à appliquer aux personnes sous contention ou en isolement. Les formateurs et les intervenants pourront approfondir ces aspects dans le programme de formation ainsi que dans les modules ayant trait aux problématiques cliniques et dans les vignettes.

RÉFÉRENCES

BERNARD, M. F., F. BOULÉ, A. LARROUTURE, *et alii*, « Exercice professionnel : contention et non contention, mesurer les risques potentiels », dans *Soins*, n° 657 (2001), p. 21-23.

CARSON, Verna Benner et Carrol ALVAREZ, « Anger and Aggression », dans Elizabeth M. VARCAROLIS, Verna Benner CARSON et Nancy Christine SHOEMAKER, *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*, 5^e édition, St. Louis, Saunders/Elsevier, 2006, p. 495-498.

EVANS, D., J. WOOD et L. LAMBERT, « Physical Restraint - Part 1 : Use in Acute and Residential Care Facilities », dans THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, *Best practice : Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*, vol. VI, n° 3 (2002), p. 1-6.

EVANS, D., J. WOOD et L. LAMBERT, « Physical Restraint – Part 2 : Minimisation in Acute and Residential Care Facilities », dans THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, *Best practice : Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*, vol. VI, n° 4 (2002), p. 1-6.

GIROUX, M., C. MAHEUX et M. CHEVALIER, « Pour une approche bienfaisante de la contention », dans *Le médecin du Québec*, vol. XL, n° 1 (janvier 2005).

HAMOLIA, C. D., « Preventing and Managing Aggressive Behavior », dans G. W. STUART et M. T. LARAIA, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 7^e édition, St-Louis, Mosby, 2001, p. 650-653.

HORSBURGH, D., « How, and When, Can I Restraint a Patient? », dans *Postgrad Med J*, vol. LXXX, (2004), p. 7-12.

INTERNATIONAL SOCIETY OF PSYCHIATRIC - MENTAL HEALTH NURSES (ISPN), « Position Statement on the Use of Restraint and Seclusion », dans *JPAPN*, vol. XIV, n° 3 (2001), p. 100-102.

KALTIALA-HEINO, R., C. TUOHIMÄKI, J. KORKEILA, *et alii*, « Reasons for Using Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care », dans *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. XXVI, (2003), p. 139-149.

KENDAL CORPORATION, « Steps to Restraint Reduction », dans *Untie the Elderly* [en ligne]. <http://www.parri.kendaloutreach.org> [page consultée le 30 août 2006].

Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (1998), L.R.Q., c.S-4-2, art. 118.1

MASTERS, K. J., C. BELLONCI, W. BERNET, *et alii*, « Summary of the Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behaviour in Child and Adolescent Psychiatric Institutions with Special Reference to Seclusion and Restraint », dans *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. XL, n° 11 (novembre 2001), p. 1356-1358.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, [en ligne]. <http://www.msss.gouv.qc.ca> [page consultée le 23 août 2006].

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE), « Violence : The Short-Term Management of Disturbed/Violent Behaviour in In-patient Psychiatric Settings and Emergency Departments », *Clinical Guideline 25*, Londres, NICE, 2005, p. 43-47.

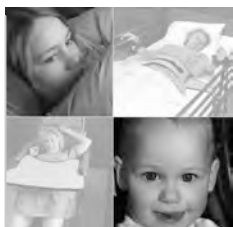
ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant Le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ, 2003.

VARCAROLIS, E. M., « Mood Disorders : Bipolar », dans Elizabeth M. VARCAROLIS, Verna Benner CARSON et Nancy Christine SHOEMAKER, *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*, 5^e édition, St. Louis, Saunders/Elsevier, 2006, p. 374-375.

WAUGHFIELD, C. G., *Mental health concepts*, 5^e édition, New York, Delmar, 2002, p. 249-253.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
DÉFINITION	3
POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?	6
LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN	7
LE SAVIEZ-VOUS?	9
CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	11
POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE	12
POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE	14
NOTE DU FORMATEUR	15
RÉFÉRENCES	16



INTRODUCTION

BUT

Le but de ce module est de permettre au formateur de prendre conscience de l'importance que revêt la documentation dans la tenue du dossier de la personne, que celle-ci se soit vu appliquer ou non une mesure de contrôle. Le module permet également de fournir des balises claires au formateur en regard d'une tenue de dossiers impeccable qui tient compte des dimensions éthique, clinique et juridique rattachées à l'application des mesures de contrôle.

MODULE *DOCUMENTATION* EN BREF

Dans ce module, les points suivants sont abordés :

- La définition de la documentation.
- L'importance de la documentation pour la prestation de soins sécuritaires et de qualité envers la population.
- L'importance de refléter dans la documentation tout le travail interdisciplinaire qu'implique le processus décisionnel entourant le développement de mesures de remplacement ainsi que le choix et l'application des mesures de contrôle.
- Le reflet du caractère exceptionnel, temporaire et de dernier recours de l'application d'une mesure de contrôle à travers la documentation consignée au dossier de la personne.
- L'importance pour les établissements de développer des outils dans le but de guider le processus de décision et de faciliter la tenue des dossiers en termes d'évaluation initiale et continue, de mesures de remplacement, de consentement, de soins et surveillance et d'obligation de réévaluation en équipe.



DÉFINITIONS

DOCUMENTATION :

La documentation désigne l'ensemble des documents relatifs à une question (*Petit Larousse*, 2000).

En s'inspirant de la définition établie par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en 2002, la documentation est une activité essentielle consistant à consigner dans son dossier l'ensemble de l'information relative aux soins et services offerts à la personne, que le dossier soit informatisé ou non. Que ce soit sous forme de notes évolutives, de plan d'interventions ou de formulaire d'évaluation, la tenue des dossiers est déterminante pour la qualité des soins que reçoivent les personnes.

Plus spécifiquement, la documentation liée à l'utilisation de la contention et de l'isolement fait référence à l'ensemble des documents et rapports (ex. : formulaire de plan d'interventions, notes évolutives, informations données à la famille, formulaire de consentement, grille de surveillance, etc.) complétés par les intervenants des établissements dans le but de laisser des traces, dans le dossier de la personne, du processus décisionnel relatif à l'application ou non d'une mesure de contrôle. Elle doit ainsi refléter le caractère exceptionnel et de dernier recours de l'application d'une mesure de contrôle. Plus précisément, elle doit refléter les dimensions clinique, éthique et juridique prises en compte lors de la décision.

DIMENSION CLINIQUE :

La dimension clinique fait référence à la pertinence de l'utilisation des mesures de contrôle. Elle nous ramène à l'importance de l'évaluation et de la réévaluation de la situation, au choix et à l'efficacité des mesures de remplacement, à la description du motif principal expliquant le recours à la contention ou à l'isolement ainsi qu'aux soins et à la surveillance qui y sont reliés. Dans les situations où le recours aux mesures de contrôle est exceptionnel, le plan d'interventions individualisé détaillé incluant l'évaluation des interventions ainsi que la description des paramètres de surveillance et du suivi fait partie des documents à conserver (ou à consigner) au dossier de la personne.

DIMENSION ÉTHIQUE :

La dimension éthique fait, quant à elle, référence aux éléments tels que la franchise dans la relation avec la clientèle, la confidentialité, la protection de la vie biologique, la qualité de vie, le respect de l'autonomie individuelle, la justice et l'équité dans la prestation des services. Elle fait aussi référence aux valeurs, aux dilemmes et aux choix opérés par la personne ou par son représentant, entre autres (AHQ, 2000 et 2004) (voir le module *Processus de décision*).

DIMENSION JURIDIQUE :

De son côté, la dimension juridique nous ramène à l'obligation générale qu'ont tous les professionnels, conformément aux règles de pratique de leur ordre professionnel, de tenir soigneusement les dossiers évolutifs des personnes à qui ils prodiguent des soins. Les établissements de santé ont, eux aussi, l'obligation juridique de tenir un dossier sur chacun des bénéficiaires qui en obtiennent des services (voir l'article 50 et suiv. du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* et, plus spécifiquement, l'article 53 qui indique tout ce que le dossier de la personne doit contenir).

Dans le contexte présent, la dimension juridique réfère à l'obligation légale de « documenter » toute décision relative à l'application d'une mesure de contrôle. En effet, le second alinéa de l'article 118.1 de *la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux* mentionne expressément qu'une telle mesure « doit faire l'objet d'une mention détaillée dans le 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 ».

La dimension juridique, lorsqu'il est question de la documentation, réfère également à l'aspect « preuve », c'est-à-dire qu'en cas de litige judiciaire, la preuve sera beaucoup plus aisée à faire si la tenue du dossier a été faite de manière rigoureuse et que la documentation reflète la réalité de la situation vécue par la personne.



POURQUOI S'EN PRÉOCCUPER?

La pertinence de la documentation réside dans le fait qu'elle favorise une meilleure qualité et continuité des soins tout en s'acquittant des obligations des professionnels impliqués dans le processus de décision à l'égard des mesures de contrôle.

LA QUALITÉ DES SOINS

La documentation favorise la qualité des soins en encadrant la démarche des professionnels dans leur décision à l'égard des mesures de contrôle. Ainsi, le fait de compléter les notes d'évaluation en considérant les éléments reliés aux dimensions clinique, éthique et juridique permet aux professionnels de faire une meilleure analyse de la situation globale avant de prendre une décision. En effet, ces notes deviennent alors un outil qui sert à la fois d'aide-mémoire et de documentation, ce qui contribue à améliorer la qualité des soins dispensés par les professionnels. De plus, la documentation qui reflète les décisions prises en équipe interdisciplinaire est un bon indicateur de la qualité des soins.

LA CONTINUITÉ DES SOINS

La documentation au dossier de la personne favorise également la continuité des soins puisqu'elle permet une meilleure communication entre les différents intervenants qui œuvrent auprès de la clientèle sur une période de 24 heures. En effet, des outils tels que les grilles de surveillance, les plans d'interventions et autres documents servant à noter des informations permettent aux intervenants de retrouver les informations pertinentes à la prestation des soins.

Enfin, il est permis de croire que la documentation aura un impact bénéfique sur la sécurité de la clientèle.

UNE RESPONSABILITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

La documentation au dossier de la personne fait partie intégrante des activités du professionnel de la santé au même titre que les interventions directes auprès de la clientèle. Comme il est mentionné précédemment, en plus de constituer une obligation générale pour les établissements, la documentation en matière de

mesures de contrôle représente un devoir précis envers la personne au sens de la loi (art. 118.1 de la *LSSS*).

REFLET DE LA CONDUITE D'UN DOSSIER ET DES DÉCISIONS

Au plan juridique, il est de première importance de documenter tous les aspects relatifs au processus décisionnel ainsi qu'aux modalités d'application et de suivi d'une mesure de contrôle parce que cette mesure a un caractère exceptionnel et que c'est une mesure de dernier recours qui doit être soumise à une réévaluation continue selon l'évolution de la situation.

Cet aspect est d'autant plus important depuis l'entrée en vigueur du projet de loi 90, en 2003, qui autorise désormais les infirmières et infirmiers, les ergothérapeutes ainsi que les physiothérapeutes à décider de l'utilisation des mesures de contention sans ordonnance médicale individuelle. Cette nouvelle réalité s'applique uniquement dans les milieux où le protocole d'utilisation de la contention l'autorise selon certaines conditions. Par exemple, certains établissements exigeront une formation spécifique pour les intervenants appelés à décider de l'application des mesures de contrôle.

D'un point de vue juridique et en cas de litige, l'information consignée au dossier du client constitue, dès lors, un élément de preuve très important.

À cet égard, les professionnels de la santé doivent prendre conscience que, lors de procédures judiciaires, l'absence de traces au dossier en ce qui a trait à la surveillance et aux soins dispensés à la personne mise sous contention ou en isolement est considérée par la justice comme une présomption d'absence d'actes posés même lorsque les procédures de suivi et de sécurité ont été respectées rigoureusement. La preuve légale de soins dispensés selon la règle de l'art sera difficile à établir étant donné l'absence d'écrits ou la présence d'écrits incomplets.

Il faut préciser également que l'application de mesures de contrôle comporte d'importants risques de préjudice (durée d'application plus longue que requise, abus, blessure, etc.); c'est pourquoi la documentation se doit de refléter rigoureusement toutes les interventions visant à assurer la sécurité de la personne, notamment les modalités de surveillance.



LA SITUATION ACTUELLE SUR LE TERRAIN

Actuellement, dans le réseau québécois de la santé, on constate que les politiques et les protocoles d'application visant à baliser le recours à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle reconnaissent toute l'importance de bien documenter au dossier de la personne toute la démarche entourant l'utilisation de ces mesures.

Cependant, dans les faits, la documentation relative à l'application des mesures de contention est peu présente ou quasi absente des dossiers dans les milieux de soins de longue durée et de courte durée. Ce constat fut d'ailleurs corroboré par une étude réalisée dans un centre hospitalier universitaire en mars 2003 au cours de laquelle les chercheurs ont constaté que la documentation ne reflétait pas toujours le processus décisionnel ni les interventions de surveillance et de suivi auprès de la personne mise sous contention (HMR, 2003). À l'opposé, dans le secteur de la psychiatrie, on constate que les procédures entourant la mise en isolement sont bien documentées au dossier de la personne et constituent un modèle à suivre pour les établissements.

De façon plus détaillée, on remarque qu'il y a encore trop peu de plans d'interventions qui décrivent les interventions, les mesures de remplacement ou encore le contexte où l'indication d'une mesure de contrôle était nécessaire auprès d'une personne.

Ceci s'explique par le fait que la documentation relative aux mesures de contrôle :

- est souvent perçue comme une activité qui prend du temps et qui est complexe;
- est encore plus difficile et compliquée lorsque le nombre de clients par intervenant est particulièrement élevé (par exemple la nuit);
- ne passe pas en priorité contrairement aux soins directs à la personne;
- est un exercice peu valorisé dans le quotidien;
- est particulièrement difficile dans les cas où la durée d'application de la contention est prolongée;
- est particulièrement difficile dans le secteur des soins de longue durée compte tenu que les notes sont souvent rédigées mensuellement;

- est souvent assurée par les infirmières et infirmiers qui doivent traduire dans le dossier les soins et la surveillance qui sont souvent effectués en partie par du personnel auxiliaire (préposés aux bénéficiaires);
- est étroitement liée au type de dossier (ex. : le dossier par exception peut amener les professionnels à seulement « cocher » sans autre commentaire le comportement de la personne);
- représente un réel défi dans le cas de la gestion des ridelles de lit (particulièrement en milieu de courte durée) puisque le dossier doit refléter la prise de décision, indiquer les mesures de remplacement utilisées ainsi que les résultats, le consentement, les soins et la surveillance, et que les ridelles de lit peuvent être utilisées fréquemment pour de courtes périodes.

Par ailleurs, les notions de consentement et d'information donnée à la famille sont également souvent absentes des dossiers médicaux des personnes qui ont subi des mesures de contrôle. (Ferland, 2003; Malouin, 2003).

LE SAVIEZ-VOUS?

MYTHE : La documentation sert uniquement à protéger le personnel en cas d'éventuelles poursuites judiciaires.

Faux.

Bien qu'elle puisse protéger le personnel en cas d'éventuelles poursuites judiciaires, le but premier de la documentation est de permettre une meilleure continuité de soins en favorisant une bonne communication entre les professionnels qui dispenseront alors des soins de meilleure qualité. Elle favorise le développement de mesures de remplacement et permet une prise de décision éclairée s'inscrivant dans un processus décisionnel structuré (voir le module *Processus de décision*).

MYTHE : Le dossier de la personne ne constitue pas une source d'information majeure dans le processus d'évaluation de la qualité de l'acte professionnel.

Faux.

L'étude des dossiers est un des moyens utilisés par les différents ordres professionnels lors des visites d'inspection professionnelle.

MYTHE : Le temps consacré à la documentation au dossier de la personne est du temps perdu.

Faux.

Au contraire, le temps consacré à la documentation favorise une meilleure communication et continuité entre les professionnels qui dispenseront alors des soins de qualité supérieure. De plus, la tenue des dossiers fait partie intégrante des activités des professionnels de la santé et des services sociaux et constitue une responsabilité des établissements telle que décrite dans le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*. La documentation rend compte d'une prestation de soins de qualité et est essentielle au travail interdisciplinaire.

MYTHE : Le manque de documentation en lien avec la contention ne peut pas causer de préjudice à la personne.

Faux.

Une enquête du coroner effectuée en 2003 a permis d'établir que le manque de communication des informations entre les intervenants peut représenter un élément contribuant à un décès par accident lors de l'utilisation d'une mesure de contention.



CE QUE DISENT LES DONNÉES PROBANTES ET LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

Une étude réalisée par Durand en 1993 dans des établissements de la région métropolitaine de Québec révèle que la documentation relative à l'application des mesures de contention dans les milieux de soins de longue durée est peu présente, voire quasi absente des dossiers.

En effet, les résultats ont démontré que la prévalence réelle de l'application de mesures de contrôle, telle qu'observée auprès de la clientèle, ne correspondait pas à celle documentée au dossier de la personne. C'est d'ailleurs cette étude qui a permis à l'équipe de chercheurs de recommander aux établissements de ne pas se servir uniquement du dossier de la personne pour établir la prévalence d'utilisation des mesures de contention puisque cette méthode est peu fiable pour établir le portrait réel de la situation sur le terrain.

Ce même constat fut d'ailleurs corroboré par une étude réalisée en mars 2003 à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont qui portait sur l'évaluation de la documentation entourant l'application de la contention (Roy et Authier, 2003). En effet, les résultats de cette étude ont révélé un manque d'informations au dossier des personnes relativement à la justification de la décision, au consentement de la personne ou de sa famille ainsi qu'aux éléments de surveillance et de réévaluation de la personne, entre autres.

Des enquêtes de coroners (Ferland, 2003; Malouin 2003) viennent également corroborer ces faits quant au manque d'informations transmises à la personne ou à sa famille, au consentement inexistant et à l'absence de données relatives aux soins et à la surveillance ainsi qu'à la réévaluation lors de l'utilisation des mesures de contention.

Ces enquêtes renforcent ainsi l'importance de faire ressortir, par le biais de la documentation au dossier de la personne, tout le processus décisionnel structuré de l'équipe interdisciplinaire qui permet d'établir le plan de soins individualisé de la personne. De plus, la documentation doit aussi refléter la régularité du processus de

réévaluation du plan d'interventions qui permet de s'assurer d'une bonne qualité de vie pour la personne tout en respectant ses droits fondamentaux.



POUR UN CHANGEMENT DE PRATIQUE

Afin de favoriser un changement de pratique, les établissements de santé devront développer des outils (formulaires, notes d'évolution, etc.) qui serviront à la tenue des dossiers. Ces outils devront respecter certaines balises dans le but de faciliter la tâche des professionnels de la santé en regard de la documentation dans les dossiers lors de l'utilisation des mesures de contrôle. Ces outils devront notamment s'inscrire dans le cadre de la rédaction d'un plan d'interventions interdisciplinaire. Il n'existe pas de modèles précis à suivre, mais ces plans doivent s'inspirer des éléments décrits dans les prochains paragraphes.

Tout d'abord, ces outils doivent faciliter la documentation associée à la tenue des rencontres interdisciplinaires et à l'élaboration des plans d'interventions. Les outils élaborés doivent notamment inclure les points suivants :

- Une description détaillée de la situation nécessitant le recours à une mesure de contrôle;
- La dénomination des mesures de remplacement tentées et les résultats obtenus pour chacune d'elles;
- La période d'application des mesures de remplacement;
- L'analyse des résultats de l'évaluation motivant l'application, le maintien ou le retrait de la mesure de contrôle;
- Les étapes entourant la prise de décision de recourir ou non à la mesure de contrôle;
- Le moyen de contention retenu (la ceinture, le gilet, les mitaines, les attaches aux poignets, etc.);
- La grandeur de la contention;
- Les parties du corps ou les endroits (chaise, lit, etc.) où la contention est utilisée;
- Les informations données à la personne, à ses proches ou à son mandataire;
- L'obtention du consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant (avec l'heure et la date);
- Les indications d'arrêt et de reprise de la mesure de contrôle retenue;
- La durée maximale d'application continue de la contention;
- Les éléments à surveiller et la fréquence des visites de surveillance;

- Les interventions de soutien à la personne et l'accompagnement requis (maintien de la communication et de la relation, changements de position, besoins physiologiques et psychologiques à satisfaire);
- Les périodes de repos sans contention;
- Les réactions physiques et psychologiques de la personne;
- Les dates de réévaluation de la situation.

De plus, les établissements doivent s'assurer que le dossier de la personne reflète et respecte intégralement et rigoureusement la philosophie d'intervention, les normes de pratique, les règles éthiques ainsi que le sens de la loi.

Comme il est décrit dans les guides d'application du projet de loi 90 des ordres professionnels concernés (OEQ, 2004; OPQ, 2004; OIIQ, 2003), la décision d'utiliser des mesures de contrôle signifie que l'intervenant doit, entre autres :

- déterminer et indiquer dans le plan d'interventions toutes les données pertinentes relatives à l'utilisation des mesures de remplacement ou, en cas d'échec, des mesures de contrôle;
- consigner au dossier toutes les données pertinentes relatives au consentement et à l'utilisation des mesures de remplacement et des mesures de contrôle;
- indiquer dans le plan d'interventions toutes les modifications qui y sont apportées par la suite.

Il serait ainsi souhaitable de réduire l'écart entre la réalisation des interventions dans le cadre de l'application d'une mesure de contrôle et la rédaction des notes au dossier de la personne. Les établissements ne doivent donc pas se limiter uniquement au développement d'outils pour faciliter la rédaction de la documentation au dossier; ils doivent également assurer le leadership nécessaire pour que l'ensemble du personnel comprenne l'importance et la valeur de la documentation dans la perspective d'une prestation de soins de qualité pour la population.



POINTS CLEFS À RETENIR POUR ASSURER LE SUCCÈS DE VOTRE CHANGEMENT DE PRATIQUE

- La documentation est essentielle pour assurer la sécurité et la qualité des soins à la personne.
- La documentation est un outil de communication interdisciplinaire qui favorise la cohérence et la continuité des interventions auprès de la personne et qui soutient les décisions cliniques.
- Dans un contexte d'application d'une mesure de contrôle, il est primordial de développer des outils pour guider la prise de décision et le travail en équipe interdisciplinaire ainsi que pour faciliter la tenue des dossiers par les intervenants.
- D'un point de vue juridique et en cas de litige, l'information consignée au dossier de la personne constitue un élément de preuve très important.

NOTE AU FORMATEUR

Le présent module traite de la documentation sous les angles clinique, juridique et éthique. Ces notions sont reprises de manière beaucoup plus détaillée et approfondie dans les modules ayant trait aux problématiques cliniques ainsi que dans les vignettes.

RÉFÉRENCES

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.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Cadre de référence - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, édition révisée, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 2004.

DURAND, Pierre J., *Concordance entre la déclaration et l'observation de la contention physique en soins de longue durée*, Mémoire de maîtrise, Québec: Université Laval, 63 f.

FERLAND, Michel, *Rapport d'enquête du coroner Michel Ferland sur les causes et les circonstances du décès de Jonathan Dubé survenu au centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle à l'Annonciation le 23 janvier 2000*, Québec, Bureau du coroner en chef, avril 2003.

LÉVESQUE BARBÈS, H., J. BEAUSÉJOUR et J. LEPROHON, *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*, Montréal, OIIQ, 2002.

Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.R.Q., c.C-29, art. 39.6 à 39.10 (projet de loi 90).

Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (1998), L.R.Q., c.S-4-2, art. 118.1.

MALOUIN, M^e Luc, *Rapport d'enquête de M^e Luc Malouin sur les causes et les circonstances du décès de Madame Marie-Louise Brunard*, Québec, Bureau du coroner en chef, mai 2003.

ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OEQ, 2004.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant Le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ, 2003.

ORDRE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives*, 30 janvier 2004.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, C. S-5, r. 3.01.

ROY, O. et M. AUTHIER, *Étude de la documentation infirmière en lien avec les mesures de contrôle*, Étude non publiée, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mars 2003.