

Programme de formation



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

Programme de formation

Parties 1 et 2



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

**Santé
et Services sociaux**

Québec 

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 Loiseau, 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

SECRETARIAT

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

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE 1 INFORMATION

1.1 Introduction

1.2 Outils de formation

1.3 Préparation

PARTIE 2 GUIDES DE FORMATION

2.1 Programme national

2.2 Guide andragogique

2.3 Formations complémentaires

- Gabarit de formation aux problématiques cliniques
- Vignettes cliniques
 - Vignette clinique sur l'agressivité en santé mentale
 - Vignette clinique sur l'agressivité aux urgences
 - Vignette clinique sur les chutes
 - Vignette clinique sur le delirium
 - Vignette clinique sur l'interférence aux traitements
 - Vignette clinique sur l'interférence aux traitements chez le jeune enfant

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

PARTIE 4 CAHIER DU PARTICIPANT

1 Information



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

1.1 Introduction



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

PARTIE **1** INFORMATION

1.1 INTRODUCTION

But du programme

Ce programme vise à instaurer, dans les établissements publics de soins de santé du Québec, un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention physique et à l'isolement et, le cas échéant, d'en abréger la durée.

Clientèle visée

Cette formation s'adresse principalement aux intervenants du domaine de la santé et des services sociaux.

Objectifs généraux

- 1 Réfléchir à l'utilisation, à l'efficacité et aux effets véritables de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle.
- 2 Dans une perspective de changement de pratique, se familiariser avec une grille d'analyse conçue pour faciliter la prise de décision lorsque se pose la question du contrôle d'une personne.

Formule pédagogique

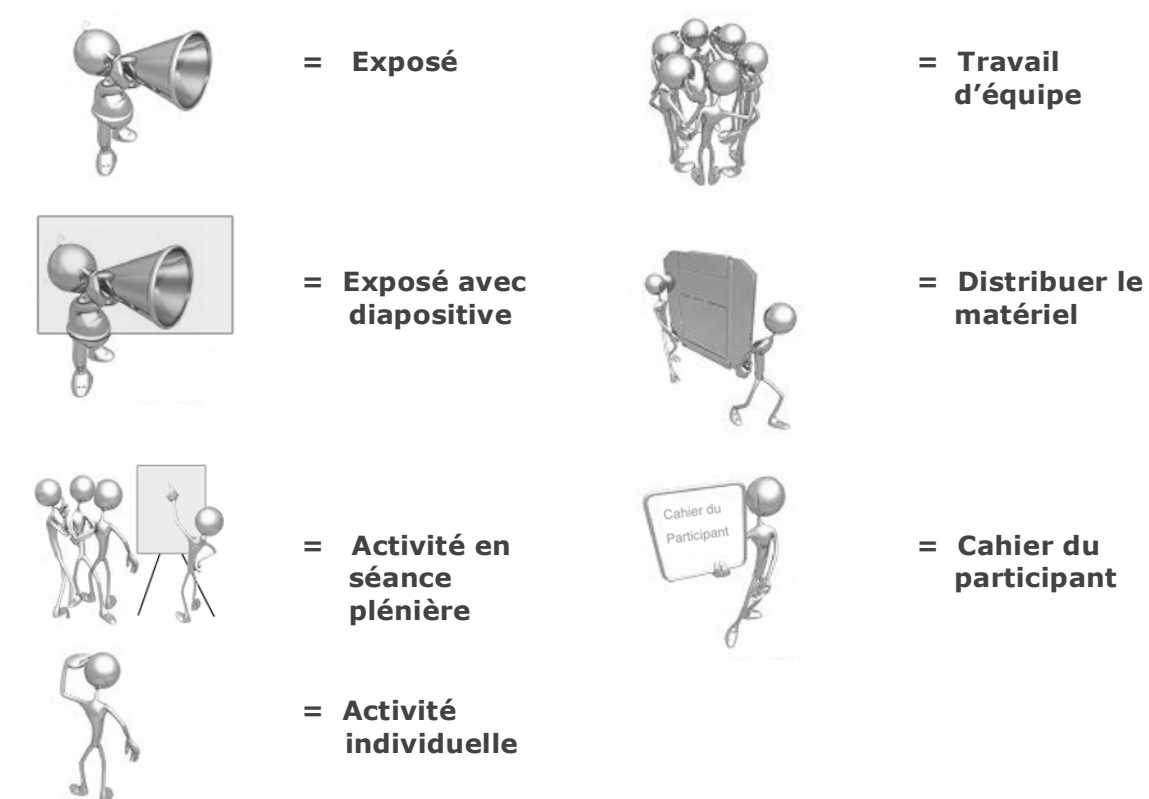
Ce programme est interactif : il suppose une participation et une implication des participants pour chaque activité. La structure de ce programme est double : elle vise une sensibilisation et une mobilisation des intervenants à l'égard de la problématique du contrôle. Pour atteindre les buts visés, la dimension cognitive et la dimension affective cohabitent dans de nombreuses activités.

Pour chaque contenu, les apprenants sont amenés, en équipe ou individuellement, à réfléchir et à se prononcer sur le sujet. Par la suite, le formateur complète l'information par un bref exposé et il est soutenu, dans cette tâche, par un support visuel de type PowerPoint. Les stratégies pédagogiques ont été choisies de manière à permettre aux participants d'être très actifs, de partager entre eux des expériences et du vécu ainsi que d'explorer des propositions de mesures de remplacement.

La séquence de réalisation des activités vise la consolidation des apprentissages antérieurs. Il est donc important de respecter le déroulement prévu afin de tirer de ce programme le maximum de bénéfices.

Les durées des activités apparaissent à titre indicatif. Toutefois, nous suggérons de respecter l'horaire proposé afin d'éviter une course contre la montre en fin de journée.

Une série d'icônes illustre de façon visuelle les différents types de stratégies de formation :



Conditions gagnantes

- S'assurer d'avoir un environnement adéquat pour le travail d'équipe dans la salle de formation (assez d'espace pour permettre aux équipes de se disperser dans le local).
- Nombre de participants : 12 à 15 personnes par formation.
- Dès le début de la formation, conscientisation au rôle actif que devront jouer les participants tout au long de la formation.
- Respect de la démarche pédagogique afin de favoriser l'atteinte des objectifs et le changement de pratique.
- Inciter les groupes à identifier une personne-ressource qui pourra maintenir un contact avec le formateur au besoin.
- Inciter les participants à mettre sur pied un forum de discussion pour les échanges et favoriser ainsi le changement de pratique au sein de leur unité.

1.2 Outils de formation



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

1.2 OUTILS DE FORMATION

L'ensemble du matériel didactique relié à ce programme constitue un support complet pour l'atteinte des objectifs visés. Nous présentons les différentes composantes de ce programme et leur apport pédagogique.

GUIDES DE FORMATION

Le programme national

Il s'adresse aux formateurs et aux formatrices désignés pour chacune des régions. Il présente de façon structurée les objectifs, le contenu à couvrir lors de la formation, la démarche pédagogique, les activités d'apprentissage, les corrigés ou feuilles-support qui les complètent ainsi que le déroulement précis de chaque activité. On retrouve également dans le programme un aide-mémoire conçu pour supporter un changement de pratique et les diapositives électroniques de la présentation qui sont accessibles en version PowerPoint sur le cédérom inclus dans ce matériel.

Le guide andragogique

L'art de l'animation est une compétence qui doit s'adapter à la démarche pédagogique proposée. Ce guide permet de se familiariser avec les concepts relatifs à l'apprentissage, de comprendre comment on peut favoriser l'ancrage des messages livrés lorsqu'on travaille avec des participants adultes et d'explorer les stratégies pédagogiques qui sont les plus efficaces.

Les formations complémentaires

Les formations complémentaires réfèrent aux problématiques cliniques qui sont les plus fréquemment rencontrées en ce qui concerne les mesures de contrôle. **Les problématiques traitées sont l'agressivité, les chutes, les**

comportements perturbateurs des personnes âgées atteintes d'un déficit cognitif, le delirium, l'errance et l'interférence aux traitements.

Ce matériel de formation permet de mettre à jour les connaissances des intervenants sur ces problématiques.

Ces formations pourront être données en se servant du **gabarit de formation aux problématiques cliniques**. Cet outil a été ajouté afin de permettre aux formateurs régionaux d'offrir une formation complémentaire de 90 minutes afin de répondre aux besoins spécifiques du milieu. Pour compléter ce gabarit de formation, il suffit de se référer aux problématiques que vous trouverez dans la section « Référentiels ». Vous avez accès aux six problématiques cliniques les plus souvent rencontrées, à des stratégies pour y faire face et à des propositions de mesures de remplacement.

Cette section offre également **une série de vignettes cliniques** qui permettent d'offrir des séances de formation de 90 minutes supplémentaires, indépendantes ou jumelées à une formation sur une problématique clinique. Les vignettes cliniques favorisent le développement de compétences professionnelles pour susciter un changement de pratique dans les différents milieux de la santé.

Les thèmes des vignettes cliniques sont notamment : **l'agressivité en santé mentale, l'agressivité aux urgences, les chutes, le delirium, l'interférence aux traitements chez l'enfant et chez l'adulte.**

RÉFÉRENTIELS

Modules essentiels

Les modules essentiels sont des documents de référence indispensables pour donner le programme national. Ces modules permettent au formateur de s'appropriier l'ensemble des contenus spécifiques de la formation. Dans chaque module, on retrouve le but, le contenu traité, les définitions, une section sur les raisons qui incitent à se préoccuper de ce thème, la situation

actuelle sur le terrain, les mythes, ce que disent les données probantes et les résultats de recherche, des recommandations pour accompagner et faciliter le changement de pratique ainsi les points clés à retenir pour assurer le succès d'un changement de pratique.

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

Module évaluation

Après avoir mis en place des stratégies, comme la formation, pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle, les gestionnaires et les cliniciens voudront mesurer les retombées de leurs efforts. Ce module vise à leur fournir des outils faciles d'utilisation pour les accompagner dans l'évaluation constante de la qualité.

Problématiques cliniques

Ce recueil est un document de référence indispensable pour donner les formations complémentaires portant sur l'agressivité, les chutes, les comportements perturbateurs des personnes âgées atteintes de déficit cognitif, le delirium, l'errance et l'interférence aux traitements. Ces phénomènes constituent les principales raisons de l'application de la contention et de l'isolement dans les milieux de santé. Ces textes font état de ces problématiques et de leurs conséquences, de la situation actuelle sur le terrain, des fausses croyances, de l'efficacité de la contention et de l'isolement, des données probantes et des résultats de recherche sur le sujet

1.3 Préparation



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

1.3 PRÉPARATION

Il est important de planifier adéquatement la formation. Pour vous aider, voici les points essentiels à organiser. Il vous faudra réserver une salle pour environ 15 personnes qui permettra de regrouper des participants en équipe de quatre personnes. Une salle plus large que longue avec des tables indépendantes permettrait aux participants de former les équipes aisément. Il est possible aussi de demander un aménagement de la salle en îlots de quatre tables et de prévoir un endroit à l'avant pour déposer les équipements informatiques ainsi qu'un bloc-notes sur support et un tableau avec craies ou crayons. Il faut aussi prévoir une table à l'arrière pour les pauses santé et il faut faire les réservations des pauses santé et du dîner selon l'horaire de la formation.

On se doit de réserver l'équipement informatique requis, c'est-à-dire un ordinateur ayant un lecteur de cédérom et un projecteur. Il est recommandé de demander une rallonge électrique. Il sera préférable de procéder à la vérification de cet équipement à l'avance afin de pouvoir résoudre tout ennui avant le début de la formation. Toutefois, s'il advenait que des problèmes techniques insolubles se produisent au début de la formation, soyez rassuré puisque les participants ont en leur possession les diapositives essentielles de votre présentation et que vous leur distribuerez les corrigés que vous aurez préalablement reproduits en nombre suffisant. Lorsque votre salle et votre équipement informatique sont réservés, vous pouvez convoquer les participants à la formation en fixant l'heure d'arrivée 15 minutes plus tôt que le moment prévu pour le début de la formation; cela laisse du temps pour un accueil plus personnalisé et permet aux gens d'être tous présents afin de commencer à l'heure prévue. N'oubliez pas de leur donner l'adresse Internet du site pour le téléchargement et l'impression du cahier du participant.

Liste de vérification

- Réserver une salle pour 15 personnes et, idéalement, aller la visiter.
- S'assurer que les fenêtres possèdent des toiles opaques pour la projection informatisée.
- Vérifier la température de la salle le jour avant la formation pour éviter une salle surchauffée ou glacée.
- Spécifier l'aménagement de la salle en îlots de 4 tables.
- Demander un bloc-notes sur support et un tableau.
- Demander et vérifier les crayons pour le bloc-notes et les craies pour le tableau.
- Réserver un ordinateur, un projecteur et une rallonge électrique. Idéalement, demander à essayer l'équipement informatique avant la formation.
- Envoyer les invitations aux participants avec l'adresse Internet pour effectuer le téléchargement et l'impression du cahier du participant.
- Réserver les pauses santé et le buffet du dîner, s'il y a lieu.
- Imprimer une dizaine de cahiers du participant en réserve et les corrigés des activités.
- Se procurer des cocardes autocollantes.

Le matin de la formation

- Apporter son matériel de formation, le cédérom de la présentation ainsi que les cahiers des participants supplémentaires et les corrigés.
- Vérifier la disposition de la salle.
- Vérifier le fonctionnement du matériel informatique.
- Mettre des affiches indicatives pour localiser la salle si nécessaire.
- Distribuer les cocardes aux tables des participants.
- Avoir des pichets d'eau pour les participants et vous-même.
- Projeter à l'écran le titre de la présentation.
- Vérifier la livraison des pauses santé et du repas.

2 Guides de formation



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

PARTIE 2 GUIDES DE FORMATION

2.1 Programme national

2.2 Guide andragogique

2.3 Formations complémentaires

- Gabarit de formation aux problématiques cliniques
- Vignettes cliniques
 - Vignette clinique sur l'agressivité en santé mentale
 - Vignette clinique sur l'agressivité aux urgences
 - Vignette clinique sur les chutes
 - Vignette clinique sur le delirium
 - Vignette clinique sur l'interférence aux traitements
 - Vignette clinique sur l'interférence aux traitements chez le jeune enfant

2.1 Programme national



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

2.1 PROGRAMME NATIONAL

Présentation du programme

Le programme de formation est composé **d'un programme national** qui vise à instaurer dans les établissements publics de soins de santé du Québec un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Ce programme touche l'ensemble des intervenants du milieu de soins de santé.

Afin d'apporter tout le support nécessaire à la diffusion de cette formation, vous retrouverez un guide andragogique qui donne des trucs et des astuces pour réussir cette formation en salle.

Pour soutenir le changement de pratique, deux types de formations complémentaires sont proposées : le premier type de formation couvre les **problématiques cliniques** et le second type permet de réaliser **des activités de résolution de vignettes cliniques** qui peuvent être ajoutées à la formation d'une problématique clinique ou offertes de façon autonome selon les besoins de la clientèle.

Pour la réalisation d'une formation sur les problématiques cliniques, vous disposez des six problématiques cliniques les plus souvent rencontrées dans le milieu dans la section « Référentiels ». Pour vous aider à la préparation de cette formation, nous proposons, dans cette section, un gabarit de formation de 90 minutes permettant d'adapter les différents contenus à ce modèle.

Quant à elles, les activités de résolution de vignettes cliniques se réalisent à partir de situations qui se rapprochent de la réalité. Les participants ont alors l'occasion de vivre ensemble un questionnement et de prendre une décision correcte qui sera la moins contraignante pour la personne. Ils pourront entendre les points de vue des membres de l'équipe interdisciplinaire dans un climat propice à l'échange. Les participants seront incités à briser le réflexe d'aller vers la contention et à expérimenter un processus de décision qui facilite

la réflexion. Ils seront encouragés à évaluer la situation, à rechercher les facteurs de risque, à explorer des mesures de remplacement à la contention, à prendre en compte les points de vue de la personne soignée, des proches et des autres membres de l'équipe dans le choix des interventions et à évaluer les résultats des interventions.

Le programme

Le Programme national de réduction des mesures de contrôle a été conçu de manière à offrir une formation générale visant le changement de pratique concerté. Pour y parvenir, le programme national propose un processus de décision mettant l'accent sur les mesures de remplacement, la communication, le consentement, la documentation ainsi que les soins et la surveillance reliés à l'application des mesures.

Avant de commencer la formation

Il est essentiel de demander aux gens de fermer leur téléavertisseur et leur téléphone cellulaire lors de cette formation afin de respecter les autres participants.

Plan de la formation

Vous disposez d'un horaire précis qui vous permettra de mieux planifier votre intervention et qui vous guidera tout au long de la formation. Bien que l'écoute des participants est un élément à privilégier dans cette formation, il vous faudra aussi être respectueux de l'horaire afin d'éviter la bousculade des contenus en fin de journée.

2.2 Guide andragogique



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

2.2 GUIDE ANDRAGOGIQUE

Contenu

1. Se familiariser avec les concepts relatifs à l'apprentissage
2. Explorer les stratégies pédagogiques qui sont les plus efficaces
3. Comprendre quelques notions importantes pour l'animation

1. SE FAMILIARISER AVEC LES CONCEPTS RELATIFS À L'APPRENTISSAGE

La formation des professionnels vise généralement l'augmentation des compétences professionnelles qui se traduisent notamment par les aptitudes et les attitudes suivantes : la capacité d'acquérir des connaissances nouvelles, la capacité d'appliquer ces connaissances en situations professionnelles réelles, la capacité de juger, la capacité de communiquer et d'interagir et la capacité de gérer le stress et de surmonter les obstacles rencontrés dans le milieu de travail.

On entend généralement par compétences professionnelles les connaissances, le savoir-faire, le jugement et les qualités personnelles spécifiques dont les professionnels de la santé ont besoin pour exercer leur profession efficacement, en toute sécurité et de façon conforme à l'éthique dans un milieu spécifique. Être compétent signifie donc être capable, dans un contexte inédit, de recourir à ses connaissances théoriques et pratiques et de les conjuguer à des habiletés relationnelles afin d'en tirer une stratégie d'action spécifiquement adaptée à la situation rencontrée.

Le présent programme vise l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles, de nouveaux savoir-faire et de nouveaux savoir-être, tous en lien avec la réduction de l'application des mesures de contrôle. Nous espérons donc qu'à la fin de la formation, nous aurons pu distiller en chacun des participants et

participantes la volonté d'acquérir de nouvelles compétences et de modifier ses pratiques professionnelles en ce qui concerne les mesures de contrôle.

L'APPRENTISSAGE

«L'apprentissage consiste à saisir les rapports de causalité qui existent entre les choses et à savoir utiliser cette connaissance pour apprendre davantage de choses. Le processus d'apprentissage est donc l'ensemble des procédés utilisés pour transformer ce que nous savons et ce que nous sommes vers une plus grande différenciation, vers plus d'ordre et plus d'organisation. Dit autrement, le processus d'apprentissage, c'est ce qui se passe à l'intérieur de la tête d'une personne, c'est ce qui fait que la personne aura des comportements différents. L'apprentissage est donc un mouvement évolutif, c'est-à-dire un processus.»
(Villeneuve, 2000, p. 18-19)

Il existe de nombreuses définitions de l'apprentissage qui correspondent aux grands courants théoriques que sont les théories académiques, psychocognitives, personalistes et sociales.

Toutefois, une constante se dégage de ces théories : l'apprentissage produit toujours un changement durable qui résulte d'une expérience. C'est un processus actif et constructif.

Apprendre n'est pas directement observable : il faut inférer qu'un apprentissage s'est produit.

Les principaux indices de l'apprentissage sont :

- que la personne semble avoir acquis une représentation mentale d'une notion nouvelle;
- qu'elle semble avoir développé une nouvelle façon de faire;
- qu'elle semble avoir adopté une nouvelle attitude.

Selon les théories cognitives et interactionnelles les plus récentes, l'humain construit graduellement la connaissance en se servant de ses connaissances antérieures; c'est donc un processus essentiellement cumulatif.

L'information qui sert à construire la connaissance peut être cognitive, affective, sociale ou sensorielle ou être le fruit de n'importe laquelle de ces combinaisons. Toutefois, quelles que soient les sources d'où proviennent les informations et quels que soient les canaux empruntés pour atteindre la personne, nous savons que, pour qu'un apprentissage se produise, il faut mettre en relation ce que l'on sait déjà d'un sujet donné avec les éléments nouveaux qui nous sont soumis. Ce processus est donc graduel et très complexe puisqu'il faut, pour inclure une nouvelle connaissance, recevoir l'information, l'emmagasiner, la transformer en l'intégrant aux connaissances que l'on possède déjà puis, lorsqu'elle deviendra utile, la retirer et s'en servir.

Ainsi, la personne qui apprend ne peut demeurer passive. Quel que soit le récepteur sensoriel par lequel entre le stimulus (vue, odorat, ouïe, toucher, goût), le cerveau doit faire une sélection en utilisant des règles de traitement et de classement.

Le processus d'apprentissage demande donc un mouvement continu entre ce qui est déjà su et ce qui sera appris. Pour qu'une connaissance nouvelle soit assimilée, des liens explicites avec les connaissances antérieures doivent être établis et toute nouvelle information doit négocier son droit d'entrée dans le système cognitif, surtout si cette nouvelle information contredit, en tout ou en partie, les connaissances que l'on possède déjà.

Le *Programme de formation à la réduction des mesures de contrôle* propose justement une nouvelle vision des mesures de contrôle. Cette démarche repose sur la remise en question des façons de faire actuelles, ce qui nécessite un travail sur les attitudes (sphère affective) autant que sur les connaissances (sphère cognitive).

Nous avons donc tenté de construire ce programme en respectant les trois types de connaissances répertoriées dans la littérature scientifique, à savoir :

- les connaissances déclaratives qui sont liées aux données, aux faits, aux lois, aux principes et aux savoirs;
- les connaissances procédurales qui sont liées aux savoir-faire et aux procédures;
- les connaissances conditionnelles qui sont liées aux motifs qui président à l'action (Quand doit-on faire quelque chose? Pourquoi faut-il agir? Quelle est la priorité? Etc.).

Nous savons que les connaissances déclaratives sont statiques et que, pour permettre l'action, elles doivent être traduites en procédures ou en conditions. Cela constitue le très difficile passage entre la théorie et la pratique. La personne sait beaucoup de choses qu'elle est incapable d'appliquer. Les connaissances déclaratives se traduisent par : « Je sais que... ». Le programme contient un certain nombre de connaissances déclaratives, mais celles-ci sont toujours présentées dans un cadre concret et actif faisant appel aux connaissances procédurales et conditionnelles.

Les connaissances procédurales sont axées sur l'action et ne peuvent se développer que dans l'action. Pour qu'elles puissent se construire, il faut mettre la personne dans une situation où elle doit agir, faire, réaliser ou planifier la réalisation des choses (par opposition avec l'écoute passive). L'acquisition d'une connaissance procédurale se traduit par « Je sais comment faire ceci... ».

Les connaissances conditionnelles sont les réponses aux questions « quoi? », « quand? » et « comment? ». L'acquisition de connaissances conditionnelles se traduit par : « Je sais que je dois faire telle chose de telle manière et je sais que je dois faire cette chose lorsque tel ou tel évènement se produit ».

La capacité de recourir à des connaissances déclaratives et procédurales et de les appliquer à diverses situations et dans différents contextes fait de la personne un professionnel compétent capable de transférer ses apprentissages à toute autre

situation que celle qui a servi de support à l'apprentissage. C'est le but de cette formation.

LES ADULTES APPRENANTS

Bien qu'ils utilisent les mêmes stratégies cognitives et les mêmes moyens mnémotechniques pour apprendre, les adultes apprenants se distinguent toutefois des apprenants plus jeunes en ce qu'ils sont autonomes, qu'ils ont des besoins et des expériences uniques et qu'ils possèdent une image d'eux-mêmes cristallisée. Ces trois caractéristiques entraînent des distinctions importantes que le formateur d'adultes doit prendre en considération.

Plus spécifiquement, l'autonomie des adultes apprenants implique les éléments suivants :

- Ils possèdent déjà un statut social qui doit être pris en compte.
- Ils ont leur propre bagage d'idées, d'expériences, d'intérêts, de goûts, d'affinités, de désirs et d'aspirations.
- Ils ont peu de temps à perdre, alors il faut qu'on leur indique clairement le but recherché et la démarche proposée; ils doivent voir les applications possibles du contenu proposé.
- Ils ont leur propre conception de ce qui est correct-incorrect, adéquat-inadéquat, juste-injuste, etc.
- Ils souhaitent participer activement à la formation qui leur est offerte.
- Ils sont capables d'initiatives et d'engagements personnels s'ils sont motivés.

Plus spécifiquement, les besoins et les expériences uniques des adultes impliquent les éléments suivants :

- Ils ont psychologiquement besoin d'être respectés et perçus comme étant capables de prendre les bonnes décisions professionnelles.
- Ils ont besoin de savoir que l'on tient compte de leur expérience tant en ce qui concerne le niveau professionnel que personnel.

- Ils apprennent mieux s'ils font confiance au formateur.
- Les menaces rendent les adultes réfractaires aux changements.
- La motivation des adultes est liée aux bénéfices réels et immédiats qui peuvent être tirés des situations d'apprentissage.
- Ils comprennent les nouvelles notions plus facilement si on les situe dans un contexte qui leur est familier (relations entre le vécu et les nouvelles connaissances).
- Ils souhaitent que l'on fasse appel à leurs acquis lors d'une formation.
- Ils apprennent mieux dans un environnement au sein duquel ils peuvent établir des relations interpersonnelles (travail en équipe) parce qu'ils ont appris à collaborer dans la vie professionnelle.

Plus spécifiquement, l'image cristallisée qu'ils ont d'eux-mêmes implique les éléments suivants :

- Ils ont acquis un grand nombre d'habitudes, de réflexes et de façons de penser, ce qui rend leur jugement moins souple.
- Alors que l'expérience peut constituer une source importante d'enrichissement dans la formation des autres, elle peut également devenir un obstacle si l'adulte considère qu'elle est inébranlable et suffisante.
- Ils font preuve d'une résistance certaine aux changements. Or, tout apprentissage requiert une transformation de leurs construits cognitifs et affectifs et est, par conséquent, une menace à la stabilité de leur personnalité. Il est donc impératif de leur faire connaître, dès le début de la formation, les bénéfices qui sont rattachés aux changements de comportements ou d'attitudes souhaités. (Seuls les adultes ayant une image d'eux-mêmes très positive acceptent facilement le changement et font preuve de flexibilité dans les différentes sphères de leur vie.)

2. EXPLORER LES STRATÉGIES PÉDAGOGIQUES QUI SONT LES PLUS EFFICACES

Le *Programme pour la formation sur la réduction des mesures de contrôle* a été élaboré en prenant en considération les caractéristiques spécifiques des apprenants adultes.

Ainsi, les activités ont été construites dans le respect des acquis de la clientèle de sorte que l'on fait appel à leurs compétences professionnelles pour identifier les éléments recherchés et trouver les solutions.

Le programme ne comporte aucun exposé formel puisqu'il est démontré que nous ne retenons qu'un infime pourcentage de ce qui nous est dit. Nous avons privilégié des approches interactionnelles qui requièrent la participation active de tous et toutes.

Pour stimuler l'apprentissage, il faut être actif. C'est pourquoi le programme mise sur des ateliers, des appels à tous, des tempêtes d'idées, des imageries mentales, des histoires de cas et des résolutions de problèmes. L'application concrète des notions enseignées nous apparaît être le meilleur moyen pour assurer l'apprentissage des compétences professionnelles visées.

L'adulte est l'agent principal de sa démarche d'apprentissage; en lui fournissant les motifs cognitifs et émotifs justifiant son implication, il fera preuve de motivation. Pour que ses apprentissages soient plus significatifs, ils doivent être reliés à son vécu.

Parce que l'adulte a peu de temps à perdre, il faut éviter de se lancer dans de longs exposés théoriques. Il vaut mieux fonder la démarche sur des éléments concrets basés sur l'expérience et limiter le recours à des concepts abstraits à la conclusion. De même, la monotonie est l'ennemie de l'apprentissage; c'est pourquoi les activités proposées sont diversifiées et de courte durée.

Parce que les stratégies d'apprentissage privilégiées dans le programme sont basées sur l'éveil cognitif et émotif, le formateur doit se voir comme un animateur et non comme un expert de contenu.

Rappelons enfin que le programme vise le changement d'attitude à l'égard des mesures de contrôle et que ce type de changement ne peut se produire dans un climat hostile. L'animateur doit donc faire preuve de respect et d'empathie, il doit démontrer aux adultes apprenants qu'il leur fait confiance et il doit manifester à leur égard un accueil inconditionnel afin de créer un climat chaleureux et propice aux remises en question des façons de faire actuelles et à l'adoption de nouvelles pratiques professionnelles.

LE DÉROULEMENT DE LA FORMATION

Le guide d'animation du programme contient la totalité du matériel nécessaire pour donner le programme. Il présente notamment une description détaillée de toutes les activités à réaliser, des consignes à transmettre, du matériel à utiliser, de la durée de chaque activité et des messages à livrer.

La présentation de l'animateur :

Le programme prévoit quelques minutes afin que l'animateur se présente et invite les participants à se présenter. Rappelons que le premier contact est un moment crucial pour l'établissement du climat de confiance entre l'animateur et le groupe. Aussi faut-il prendre ces minutes non seulement pour décliner vos noms, formation et statut, mais surtout pour expliquer les raisons qui ont fait que vous avez accepté de vous impliquer dans la diffusion de ce programme visant la réduction du recours aux mesures de contrôle. Il est important que les participants sachent que vous adhérez à cette nouvelle philosophie et que vous pensez qu'il est possible et souhaitable d'atteindre le but de ce programme.

La présentation des participants :

Il importe de laisser le temps aux participants de se présenter, de dire quel poste ils occupent et dans quel service ils travaillent. Ceci constitue un moyen de leur démontrer que vous accordez de l'importance à leur statut professionnel et à leur rôle au sein de l'organisation.

La présentation du programme, des approches et du matériel :

Il faut énoncer le but du programme et spécifier les approches andragogiques utilisées durant la journée. En effet, pour susciter la participation et l'intérêt des participants, il est important de leur dire, dès le départ, que la formule est interactive et que leur participation est essentielle tout au long de la journée.

Vous devez expliquer aux participants que les activités sont presque toutes réalisées en équipe, qu'une séance plénière aura lieu après chaque atelier et que, en complément de celle-ci, le corrigé sera distribué. Il est donc inutile de prendre des notes durant les séances plénières.

Vous devez préciser que le cahier du participant sera utilisé au fur et à mesure que les activités se dérouleront et qu'il serait souhaitable de ne pas en lire le contenu avant la réalisation des activités.

3. Comprendre quelques notions importantes pour l'animation

Le respect de l'horaire :

- Pour favoriser l'autocontrôle des participants, il faut leur faire connaître la nature de l'activité, son but et sa durée.
- Il faut ramener le groupe s'il dévie de l'objectif poursuivi. Il faut procéder avec tact en rappelant que l'horaire est chargé et les tâches, nombreuses.
- C'est à l'animateur de veiller au respect de l'horaire. Il faut donc minuter discrètement les activités et avertir du temps qu'il reste deux ou trois minutes avant la fin de chaque activité en équipe.
- Si l'horaire ne peut être respecté, il faut prévoir une couverture rapide des éléments qui peuvent être compressés.

La motivation :

- On motive plus facilement les apprenants lorsqu'on connaît bien la matière ainsi que ceux à qui l'on s'adresse.
- La motivation augmente lorsque le but à atteindre est perceptible et concret.

- La compétition et la coopération (travail en équipe, discussions) sont les deux outils de motivation les plus importants.
- L'échec a généralement un effet nuisible sur la motivation.

L'art de questionner : pourquoi questionner?

- Pour provoquer la curiosité et orienter la réflexion;
- Pour introduire un sujet ou recentrer l'attention;
- Pour marquer de l'intérêt envers les participants;
- Pour faire prendre conscience de la démarche suivie;
- Pour produire une synthèse;
- Pour vérifier la compréhension et le transfert des connaissances;
- Pour mettre en évidence l'expertise des participants.

Comment questionner?

- Il faut apprendre à être patient et attendre la réponse durant plus de cinq secondes.
- Il faut adapter les questions aux capacités réelles des participants.
- Il faut utiliser différents types de questions :
 - connaissance : qu'est-ce que?
 - compréhension : comment?
 - évaluation : que pensez-vous de?
 - intégration : pouvez-vous donner un exemple de?

Comment doit-on répondre aux questions?

- Avec humour, mais jamais avec ironie ou cynisme;
- En maintenant le contact visuel avec la personne qui questionne;
- En retournant la question à la personne qui la pose ou au groupe afin de faire avancer la réflexion;
- En ne piégeant jamais les personnes;
- En évitant les tours de table répétitifs;
- En félicitant la personne pour la bonne réponse, en marquant votre étonnement, en reformulant, en vérifiant si tous les participants sont d'accord, etc.

2.3 Formations complémentaires



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

2.3 FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Gabarit de formation aux problématiques cliniques

Le programme national de 7 heures constitue la base de la démarche de formation au changement de pratique. Toutefois, il va sans dire que certains thèmes n'ont été qu'effleurés. Nous avons donc cru nécessaire d'offrir la possibilité aux milieux de pousser plus loin la réflexion sur les problématiques cliniques fréquemment rencontrées. Pour ce faire, nous avons développé deux ensembles de contenus de formation distincts. Nous avons élaboré un gabarit de formation sur les problématiques cliniques qui porte sur les problèmes les plus souvent invoqués comme motifs pour recourir aux mesures de contrôle (par exemple, l'errance, la chute, le delirium, l'interférence aux traitements, l'agitation et l'agressivité). Le gabarit de formation ainsi jumelé aux huit modules référentiels développés dans le cadre du programme national, le formateur sera outillé pour procéder avec succès à l'implantation du changement de pratique souhaité.

Les outils de formation complémentaire présentés ici permettront des formations à la carte de 90 minutes visant la mise à niveau des connaissances sur les problématiques les plus souvent impliquées dans les différents contextes de soins.



Gabarit de formation aux problématiques cliniques

Vers un changement de pratique
afin de réduire le recours à la
contention et à l'isolement

BUT

Ce programme vise à instaurer dans les établissements publics de soins de santé du Québec un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement et, le cas échéant, d'en abréger la durée.

OBJECTIF GÉNÉRAL

Ce gabarit de formation facilite l'élaboration de sessions de formation pour favoriser la mise à niveau des connaissances relatives aux problématiques cliniques soulevant directement la question de l'application de mesures de contrôle dans diverses situations particulières.

Durée : 90 minutes

Référence : Problématiques cliniques

Grâce à ce gabarit de formation et aux problématiques cliniques proposées à la section « Référentiel », l'animateur peut préparer des formations à la carte en fonction des besoins particuliers de la clientèle et du milieu. Chacune de ces formations peut également comprendre un deuxième volet de 90 minutes visant la mise en application du processus de prise de décision développé dans le programme national de formation; des vignettes cliniques ont été développées à cet effet.

MATÉRIEL NÉCESSAIRE

- Cahier du participant à construire
- Diapositives électroniques à construire
- Cocardes autocollantes à se procurer
- Aide-mémoire cliniques disponibles dans le cartable du formateur
- Aide-mémoire du processus de prise de décision disponible dans le cartable du formateur

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE LA FORMATION

À la fin de cette période, les participants et participantes devraient être en mesure d'évaluer une problématique clinique, de rechercher les causes et d'établir un plan d'interventions individualisé.

DURÉE	CONTENU
5 min	1. Présentation du but de la formation Présentation de l'animateur
10 min	2. Présentation des participants et de leurs attentes
2 min	3. Présentation des objectifs de la formation
2 min	4. Présentation du plan de formation
3 min	5. Définition de la problématique en cause
15 min	6. Identification des motifs qui incitent à se préoccuper de la problématique (pertinence, prévalence et conséquences)
5 min	7. Description de la situation sur le terrain
15 min	8. Identification des préjugés et croyances reliés à cette problématique
5 min	9. Description des résultats des recherches récentes
20 min	10. Identification des orientations pouvant supporter le changement de pratique
5 min	11. Conclusion avec les points clés à retenir pour assurer le changement de pratique
3 min	12. Évaluation de la satisfaction de la formation

DURÉE

5 min

1. PRÉSENTATION DU BUT DE LA FORMATION ET DU FORMATEUR

L'animateur précise le but de cette formation sur les problématiques cliniques et situe cette formation dans le cadre du programme national.

Il fait ensuite état de son intérêt pour le sujet, de son expérience des changements de pratique et de l'urgence de modifier la pratique en ce qui a trait à la contention et à l'isolement.

10 min

2. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS ET IDENTIFICATION DE LEURS ATTENTES

Même s'il pressent que les participants se connaissent bien entre eux, l'animateur leur demande de bien vouloir se présenter afin de savoir à qui il s'adresse et de pouvoir faire le lien entre les commentaires que feront certaines personnes et leur rôle ou statut au sein de l'institution. Il prend donc un instant pour faire un tour du groupe en précisant qu'outre le nom de la personne, il veut savoir quelle est sa fonction, dans quel type d'établissement elle travaille (soins de courte ou longue durée) et dans quelle unité et quelles sont ses attentes face à cette formation. L'animateur demande à chacun d'écrire son nom sur la cocarde distribuée et de la coller en vue sur son vêtement.

2 min

3. PRÉSENTATION LES OBJECTIFS DE LA FORMATION

L'animateur distribue un cahier du participant dans lequel on retrouve le plan de formation, les diapositives imprimées trois par page avec une zone de prise de notes ainsi que les fiches d'activités (ce matériel est à bâtir pour chaque problématique clinique).

Il projette la diapositive « Objectifs de la formation » et explique les objectifs visés. Il est important de bien situer les objectifs de la

formation en lien avec les attentes des participants afin que ceux-ci collaborent adéquatement aux activités de formation.

2 min

4. PRÉSENTATION DU PLAN DE FORMATION ET DE LA FORMULE PÉDAGOGIQUE

À l'aide d'une diapositive du « Plan de la formation » et du document joint dans le cahier des participants, l'animateur explique le déroulement de la formation. Il précise que la formule pédagogique est dynamique et que cela demandera une participation active tout au long de la session.

3 min

5. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE EN CAUSE

Afin de s'assurer que tous les participants ont la même compréhension des concepts, l'animateur projette la diapositive qui présente la ou les définitions et vérifie que tous sont en accord avec cette ou ces définitions.

15 min

6. IDENTIFICATION DES MOTIFS QUI INCITENT À SE PRÉOCCUPER DE LA PROBLÉMATIQUE (PERTINENCE, PRÉVALENCE ET CONSÉQUENCES)

Activité en équipe de 3 à 4 personnes

L'animateur présente les principales raisons de se préoccuper de cette problématique clinique. Il demande ensuite aux participants de se regrouper en équipes de 3 à 4 personnes pour une activité. On demande d'identifier les conséquences liées à cette problématique clinique tant sur le plan physique que psychologique. On alloue 5 minutes pour effectuer cette tâche. Par après, un porte-parole nommé par les membres de chaque équipe fera part des éléments identifiés par ses coéquipiers et lui-même. L'animateur note au tableau ces informations et demande à chaque équipe de compléter. L'animateur vérifie que tous les éléments essentiels sont présents à l'aide de ses documents.

5 min

7. LA SITUATION SUR LE TERRAIN

L'animateur fait un bref exposé de la situation actuelle sur le terrain.

15 min

8. IDENTIFICATION DES PRÉJUGÉS ET DES CROYANCES

Activité individuelle

Afin que les participants prennent conscience des croyances sur le sujet, on leur demande de compléter le questionnaire inclus dans les fiches d'activités du cahier du participant.

L'animateur demande aux participants de bien vouloir compléter individuellement le questionnaire. Il leur précise qu'ils ont 5 minutes pour accomplir cette tâche.

Séance plénière : correction du questionnaire

Lorsque les participants ont complété le questionnaire, l'animateur lit chaque énoncé apparaissant sur la diapositive projetée et demande aux participants de lever la main en fonction de leur réponse.

Il fait rapidement le compte des résultats avant d'inviter les participants à discuter brièvement de leur réponse. Il se sert du corrigé pour compléter ou corriger les croyances des participants. L'animateur doit mettre l'emphase sur le fait que, contrairement aux mythes sur le sujet, les mesures de contrôle s'avèrent peu efficaces.

Lorsque l'activité est terminée, l'animateur remet une copie du corrigé aux participants.

5 min

9. DESCRIPTION DES RÉSULTATS DES RECHERCHES RÉCENTES

L'animateur fait un bref exposé des données probantes.

20 min

10. IDENTIFICATION DES ORIENTATIONS POUVANT SUPPORTER LE CHANGEMENT DE PRATIQUE

Activité en équipe de 3 à 4 personnes

L'objectif de l'activité est d'identifier les mesures de remplacement permettant de réduire le recours aux mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de cette problématique clinique spécifique.

Après 10 minutes de travail en équipe, l'animateur demande à un participant de commencer à nommer les mesures de remplacement trouvées et il invite les autres à commenter et compléter de manière à faire un tour d'horizon complet des mesures de remplacement pouvant être utilisées dans le contexte de la problématique clinique définie. L'animateur complète les mesures de remplacement en se servant des aide-mémoire des modules référentiels.

5 min

11. CONCLUSION AVEC LES POINTS CLÉS À RETENIR POUR ASSURER LE CHANGEMENT DE PRATIQUE

L'animateur fait un bref exposé sur les éléments clés pour assurer le changement de pratique.

3 min

12. ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA FORMATION

L'animateur distribue la feuille d'évaluation de la satisfaction de la formation et demande aux participants de la compléter et de la lui remettre avant de quitter. Il remercie tous les participants de leur collaboration.

Activités de résolution de vignettes cliniques

En plus des formations aux problématiques cliniques, nous avons développé des **vignettes cliniques** qui mettent en application le processus de décision mis de l'avant dans le programme national. Ces vignettes sont basées sur les problématiques cliniques et impliquent des clientèles variées : clientèle gériatrique, clientèle pédiatrique, clientèle des soins de longue et de courte durée, clientèle des soins intensifs, clientèle de l'urgence et clientèle des soins psychiatriques.

Vignettes cliniques

- Vignette clinique sur l'agressivité en santé mentale
- Vignette clinique sur l'agressivité aux urgences
- Vignette clinique sur les chutes
- Vignette clinique sur le delirium
- Vignette clinique sur l'interférence aux traitements
- Vignette clinique sur l'interférence aux traitements chez le jeune enfant

Liste des collaborateurs

COORDINATION ET RÉDACTION VIGNETTES CLINIQUES

Marcelle Monette, conseillère en éthique – HMR

COLLABORATEURS DE L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Louise Aubertin, nutritionniste
Régine Auguste, chef d'unité
Diane Bacon, chef d'unité
Jo-Ann Bonin, infirmière
Julie Boucher, travailleuse sociale
Céline Carrier, infirmière clinicienne spécialisée
André Chouinard, inhalothérapeute
France Choquette, adjointe au chef
Denis Coudé, infirmier urgence
Lucia Del Vecchio, infirmière
Pauline Desrosiers, médecin
Sylvie Gendron, infirmière
Éric Gingras, préposé aux bénéficiaires
Nadine Isabel, ergothérapeute
Myriam Labbé, infirmière
Josée Lamoureux, infirmière monitrice
Michel Lavoie, psychiatre
Johanne Leblanc, infirmière monitrice
Hélène Loiselle, infirmière clinicienne spécialisée
Isabelle Morneau, ergothérapeute
Marie-Josée Neault, orthophoniste
Lyne Paquin, physiothérapeute
Lucie Piché, travailleuse sociale
Daniel Racine, médecin
Odette Roy, infirmière clinicienne spécialisée
Huguette Ruel, infirmière monitrice
Catherine Sarrazin, infirmière clinicienne spécialisée
Lise St-Pierre, infirmière clinicienne spécialisée
Yonna Skrobik, médecin intensiviste
Simon Tremblay, thérapeute en réadaptation



VIGNETTE

- **L'agressivité en santé mentale**

Vignette : L'agressivité en santé mentale

CAS : M. ANTOINE

- Questions liées aux étapes 1, 2, 3 et 4 du processus de prise de décision.
- Question complémentaire :
 - La connaissance des points sur lesquels portent l'évaluation du potentiel d'agressivité et la recherche des causes en lien avec les stratégies d'interventions visant à prévenir et à gérer les manifestations d'agressivité.

ET

Vignette : L'agressivité en santé mentale

CAS : M^{me} PILON

- Questions liées aux étapes 3 et 4 de prise de décision.
- Question complémentaire :
 - L'intégrité psychologique des soignants.

Les deux vignettes cliniques présentées ici permettent au formateur d'amener les participants à réfléchir sur le processus de décision en regard de l'agressivité des personnes hospitalisées en santé mentale, raison souvent invoquée par les intervenants pour justifier l'utilisation de la contention et/ou de la chambre d'isolement.



Vignette : L'agressivité en santé mentale

CAS M. ANTOINE

- Questions liées aux étapes 1, 2, 3 et 4 du processus de prise de décision.
 - Question complémentaire :
 - La connaissance des points sur lesquels portent l'évaluation du potentiel d'agressivité et la recherche des causes en lien avec les stratégies d'interventions visant à prévenir et à gérer les manifestations d'agressivité.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE DE M. ANTOINE

- Distinguer l'évaluation d'une situation d'urgence de celle qui ne l'est pas.
- Connaître les principaux facteurs de risque d'agressivité qui mènent à une perte de contrôle.
- Identifier le but recherché pour le patient agressif par l'ensemble des membres de l'équipe compte tenu du niveau de risque évalué.
- Connaître le plan de soins et de surveillance de la personne hospitalisée placée sous contention dans la chambre d'isolement.
- Connaître les principaux signes avant-coureurs d'une manifestation d'agressivité.
- Identifier des interventions permettant de gérer l'agressivité pour réduire l'usage de la contention et de l'isolement.
- Limiter les méfaits de la contention et de la chambre d'isolement.

SITUATION CLINIQUE DE M. ANTOINE

En début de soirée, M. Antoine, âgé d'une trentaine d'années, est conduit à l'unité de soins en santé mentale par deux ambulanciers. Il est sous contention sur une civière. Au préalable, l'infirmière a reçu comme rapport des urgences que monsieur a été amené à l'hôpital contre son gré par les policiers. À son arrivée aux urgences,

il a frappé un membre du personnel. Il a été mis sous contention et a reçu une injection de médicaments psychotropes.

Au premier abord, à l'unité de soins en santé mentale, il est éveillé, mais aucun contact visuel n'est fait. L'infirmière lui demande s'il peut marcher jusqu'à son lit. Il ne répond pas. Sitôt qu'on commence à lui enlever les contentions, il devient soudainement très agité; il tente de se libérer de ses contentions, respire plus rapidement et ne cesse de répéter : « Ils ne réussiront pas à m'attraper! »

LA PREMIÈRE QUESTION FAIT APPEL AUX ÉTAPES 1 ET 2 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Selon vous, est-ce une situation d'urgence ?

Le formateur aide les participants à évaluer rapidement les principaux facteurs de risque qui définissent une situation d'urgence ainsi qu'à analyser et à interpréter les données.

Les participants doivent faire référence au fait que M. Antoine a un historique d'agressivité récente, qu'il est déjà sous contention, qu'il n'établit pas de contact visuel, qu'il tient des propos de nature paranoïde, qu'il est agité et qu'il ne répond

pas aux questions. Les tentatives des intervenants d'entrer en contact avec lui semblent infructueuses. On peut aussi s'attendre à des comportements et des gestes imprévisibles.

On retrouve chez M. Antoine des facteurs de risque et des manifestations cliniques tels que des comportements violents dans les dernières 24 heures, de l'agitation psychomotrice, une forte probabilité d'hallucinations, un contact avec la réalité perturbé et une impossibilité de négocier quoi que ce soit avec lui étant donné l'absence de contact et l'impossibilité de communiquer. De plus, comme on ne le connaît pas, on ignore s'il a consommé des drogues. On ne peut donc prévoir ses comportements.

Devant les comportements manifestés, le potentiel imprévisible d'agressivité, le risque imminent de blessures et les mesures de remplacement limitées puisqu'on ne connaît pas la personne, on peut parler d'une situation d'urgence.

Au module *L'agressivité*, sont détaillés les facteurs de risque et les signes avant-coureurs d'une manifestation d'agressivité dans les dimensions comportementale, physique, émotionnelle et cognitive. Cette section propose aussi un guide pratique pour évaluer le potentiel d'agressivité.

LES TROIS QUESTIONS SUIVANTES FONT APPEL À L'ÉTAPE 3 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

Quelles sont les interventions à poser pour tenter de gérer l'escalade de l'agressivité en situation d'urgence?

Devant le risque potentiel que M. Antoine se blesse ou blesse les autres, l'équipe est dans l'obligation d'agir dans le meilleur intérêt de M. Antoine et de planifier des

interventions pour une personne qui présente un risque imminent d'agressivité et de perte de contrôle. Ainsi que l'autorise la loi en situation d'urgence, une décision de placer la personne sous contention à la chambre d'isolement peut être prise sans le consentement de celui-ci (voir le module *Consentement*). Par ailleurs, cette décision doit être temporaire et réévaluée régulièrement à mesure que les intervenants commencent à connaître la personne.

En contexte d'urgence, les intervenants peuvent décider d'appliquer les contentions et d'utiliser la chambre d'isolement sans ordonnance médicale.

La notion de situation d'urgence est un élément crucial. Difficile à cerner, elle fait appel au jugement clinique, aux connaissances et à l'expérience passée du personnel ainsi qu'au contexte unique ou singulier de chaque situation.

SITUATION CLINIQUE DE M. ANTOINE (SUITE)

Finalement, l'infirmière décide de conduire M. Antoine, toujours sous contention sur la civière, jusqu'au lit de la chambre d'isolement.

Une fois couché dans le lit de la chambre d'isolement, on lui réinstalle les contentions aux poignets et aux chevilles pour que l'infirmière lui administre une injection. Tout au long de l'intervention, l'infirmière maintient le contact avec lui en lui disant ce qu'elle fait.

Quels buts vise-t-on pour M. Antoine?

Le formateur rappelle que les buts déterminent le choix des interventions. Dans le cas de M. Antoine, les buts de l'application de la contention et de l'isolement sont les suivants :

- Le protéger contre des blessures qu'il pourrait s'infliger ou infliger aux autres.
- Calmer son agitation à l'aide des médicaments administrés en urgence afin qu'il redevienne capable de coopérer dans une certaine mesure à ses soins. La récupération de sa capacité de coopérer avec l'équipe aide à lui faire sentir qu'on lui redonne de l'autonomie, qu'il est en voie de reprendre une certaine maîtrise de sa vie.
- Assurer les soins et la surveillance reliés à son état.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 4 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **4** COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À L'ÉQUIPE

- Communiquer le plan d'interventions à la personne, aux proches et à l'équipe et s'assurer qu'il est appliqué.
- Laisser des traces de la décision et de sa justification. Si on applique une mesure de contrôle, ajouter des informations à propos du consentement et des modalités d'application, de soins et de surveillance.

Quels éléments font partie du plan de soins et de surveillance de M. Antoine placé sous contention dans la chambre d'isolement et comment s'assurer que le plan sera connu et appliqué par l'équipe?

Les participants devraient faire référence au module *Soins et surveillance* puisque la personne sous contention et en chambre d'isolement est en situation de grande vulnérabilité. Les soins et la surveillance sont effectués selon une fréquence et par des intervenants assignés.

Les soins et la surveillance portent sur des paramètres physiques : l'intégrité physique, la circulation sanguine, la mobilité, les signes vitaux, l'hygiène, l'hydratation, l'élimination et le confort. En attendant, il sera important de lui mettre des vêtements secs (la jaquette d'hôpital est commode puisqu'on peut la changer aussi souvent que nécessaire) et d'ajuster la contention pour lui permettre un maximum de liberté de positionnement dans le lit. Il est primordial de vérifier quand M. Antoine a bu et mangé la dernière fois, depuis combien de temps il a été sous contention sur la civière et si l'installation utilisée est conforme aux normes.

Pendant qu'elle prend les signes vitaux, l'infirmière profite de l'occasion pour établir un contact avec la personne et pour surveiller les paramètres psychologiques de l'état mental, c'est-à-dire l'orientation dans les trois sphères, l'altération de la pensée

(contenu et cours de la pensée), l'altération des cinq sens et les manifestations comportementales.

Quand M. Antoine commence à reprendre contact avec la réalité, les intervenants poursuivent la relation thérapeutique en lui annonçant qu'on va le détacher progressivement et qu'on s'attend à ce qu'il reste calme.

La présence d'un préposé peut aider à maintenir un contact physique et rassurant, en parlant à voix basse et en présentant une attitude et un langage respectueux. Des visites à la fenêtre de la chambre d'isolement sont recommandées aux 15 minutes au moins.

Le formateur doit amener les participants à comprendre l'importance des soins et de la surveillance qu'il faut apporter à une personne sous contention ou en isolement à cause des effets néfastes reliés aux mesures de contrôle.

Les interventions relatives au plan de soins et de surveillance ainsi que la réévaluation des interventions posées doivent toutes être documentées au dossier de la personne (module *Documentation*).

SITUATION CLINIQUE DE M. ANTOINE (SUITE)

Environ 24 heures après son admission, M. Antoine est sorti de la chambre d'isolement. Il est plus éveillé et accessible : il est réceptif à un contact avec autrui. Il se promène dans le corridor et informe l'infirmière qu'il veut quitter l'hôpital.

Pendant la conversation, le ton de M. Antoine monte et devient de plus en plus catégorique.

Un nouveau contexte de soins appelle ici une nouvelle évaluation de la situation, une nouvelle analyse et une nouvelle interprétation des données.

LA PROCHAINE QUESTION SE RAPPORTE AUX ÉTAPES 1 ET 2.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Selon vous, les comportements manifestés par M. Antoine laissent-ils entrevoir la probabilité d'une escalade d'agressivité?

Le formateur doit amener les participants à voir dans les comportements de M. Antoine des signes avant-coureurs d'escalade de l'agressivité. La section « Signes avant-coureur d'une manifestation d'agressivité » du module *L'agressivité* aide à enrichir leur discussion.

L'addition des facteurs de risque d'agressivité aux signes avant-coureurs augmente le niveau de risque d'escalade d'agressivité. Il est reconnu, entre autres, que les personnes qui souffrent de pathologies telles que la psychose maniaque ou paranoïaque, la dépression suicidaire, la personnalité limite et antisociale ainsi que l'intoxication aux drogues ou à l'alcool sont prédisposées à l'agressivité qui mène à une perte de contrôle. Des antécédents d'agressivité ou de violence, une excitation et une hyperactivité semblent être les meilleurs éléments prédictifs d'agressivité.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 3.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

Quelles sont les interventions à planifier pour éviter l'escalade de l'agressivité?

Le formateur examine avec les participants l'étape de la planification des interventions en accord avec les valeurs de l'équipe et du patient. Les participants proposent différentes interventions en utilisant celles présentées à la section « Plan d'interventions » du module *L'agressivité*. Les interventions portent, entre autres, sur l'aménagement physique, sur des activités thérapeutiques permettant l'expression de la colère, sur des techniques de stratégies de désescalade de l'agressivité et sur l'utilisation de la médication psychotrope.

Les interventions immédiates à préconiser, avec leurs avantages et leurs inconvénients, sont les suivantes :

- Offrir de prendre le temps d'écouter ce que le patient a à dire sur le fait de vouloir quitter l'hôpital. Souvent, cette intervention est suffisante pour désamorcer la crise, pour calmer la peur sous-jacente. M. Antoine pourrait par exemple vouloir quitter l'hôpital pour se rendre à son lieu de travail.
- S'assurer que l'environnement de M. Antoine soit calme avec un minimum de stimuli.
- Si le patient maintient son désir de partir, rechercher un compromis comme de rencontrer d'abord le médecin pour en discuter.
- Recourir aux contentions à la chambre d'isolement s'il n'y a pas d'entente possible ou si le danger est imminent.
- Etc.

Au module *Aggressivité*, sont mentionnées une série de mesures organisationnelles, structurales, professionnelles et techniques à essayer comme interventions.

Ici, le formateur fait trouver aux participants le plus d'interventions efficaces possible pour aider à apaiser les émotions et les sentiments de colère, de frustration et de peur que ressent M. Antoine.

Ces interventions font appel à une certaine capacité de la personne à collaborer à la résolution du problème. Le peu d'autonomie dont elle dispose est reconnue et respectée, ce qui favorise la consolidation du lien de confiance avec l'intervenant. C'est une manière de travailler avec son consentement.

SITUATION CLINIQUE DE M. ANTOINE (SUITE)

M. Antoine s'est montré réceptif aux interventions de l'infirmière. Il dit qu'il ne veut plus vivre l'expérience d'être sous contention et mis en isolement. L'infirmière profite de cette opportunité pour faire avec lui un plan d'interventions sur la gestion de son agressivité.

LES DEUX PROCHAINES QUESTIONS FONT APPEL À L'ÉTAPE 4 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **4** **COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À L'ÉQUIPE**

- Communiquer le plan d'interventions à la personne, aux proches et à l'équipe et s'assurer qu'il est appliqué.
- Laisser des traces de la décision et de sa justification. Si on applique une mesure de contrôle, ajouter des informations à propos du consentement et des modalités d'application, de soins et de surveillance.

Après s’être entendu avec M. Antoine sur son plan d’interventions, comment le communiquer à l’équipe?

Le formateur doit rappeler aux participants que le plan d’interventions établi est communiqué à l’équipe par une ou des rencontres d’information où l’on s’assure qu’il est bien compris.

Le formateur rappelle aussi que le plan d’interventions tient compte de l’expérience de la personne, de ses attentes, de ses préférences ainsi que de son niveau d’éducation et de connaissance.

Le formateur doit insister sur deux aspects : 1) la collaboration de la personne à son plan d’interventions et 2) le développement de la relation thérapeutique entre cette personne et les intervenants.

Il est important que, d’un quart de travail à l’autre, l’équipe soit solidaire et cohésive en ce qui a trait au plan d’interventions.

Comment doit-on réagir lorsque M. Antoine affirme « qu’il ne veut plus vivre l’expérience d’être sous contention et mis en isolement » ?

Le formateur revient sur le fait que M. Antoine a exprimé clairement qu’il ne veut plus vivre l’expérience de la contention et la chambre d’isolement. Il amène les participants à discuter de ce point.

L’utilisation de la contention a des conséquences néfastes aux plans physique, émotionnel et psychologique (voir au module *Changement de pratique* la liste des effets négatifs que produit un séjour en chambre d’isolement sur la personne). L’équipe doit tenir compte des attentes exprimées par M. Antoine et rechercher avec lui les alternatives et les moyens pour faire face à son agressivité dans une perspective de réduction des méfaits. Il faut l’aviser que son refus sera respecté à moins d’être mis devant une situation où il ne maîtrise plus son agressivité et qui nécessite des mesures d’urgence. Le fait de considérer ses attentes devient pour lui une source de motivation à collaborer à son plan d’interventions.

QUESTION COMPLÉMENTAIRE : _____

La connaissance des points sur lesquels portent l'évaluation du potentiel d'agressivité et la recherche des causes en lien avec les stratégies d'interventions visant à prévenir et à gérer les manifestations d'agressivité.

Le formateur formule cette question afin de permettre aux participants d'intégrer ces connaissances qui préviennent l'application de la contention et de la chambre d'isolement.

Quels sont les signes avant-coureurs et les facteurs de risque d'agressivité les plus courants qui mènent à la perte de contrôle?

Le formateur fait avec les participants un exercice de mémorisation des signes avant-coureurs et des principaux facteurs de risque reliés à la personne et à l'environnement qu'on retrouve en annexe (Liste des facteurs de risque) au module *L'agressivité*. Plus ces points sont connus, plus aisée est la réalisation des étapes « Évaluation de la situation » et « Analyse et interprétation des données du processus de décision ».



Vignette : L'agressivité en santé mentale

CAS : M^{me} PILON

- Questions liées aux étapes 3 et 4 de prise de décision.
 - Question complémentaire :
 - L'intégrité psychologique des intervenants.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE M^{ME} PILON

- Analyser les avantages et les inconvénients des interventions permettant de contrôler l'agressivité.
- Comprendre la question du consentement de la personne, informer cette dernière sur ses droits et l'intégrer à son traitement.
- Dans la mesure du possible, communiquer avec les proches et répondre à leurs questions si on a dû recourir à la contention et/ou à la chambre d'isolement.
- Se protéger comme intervenant contre les méfaits à long terme de l'agressivité verbale ou physique.

SITUATION CLINIQUE DE M^{me} PILON

M^{me} Pilon, une diabétique insulino-dépendante dont la glycémie est difficile à équilibrer, est à l'unité de psychiatrie depuis deux semaines. Elle est encore très désorganisée et délirante malgré la médication administrée.

Depuis son hospitalisation, elle a été placée une fois en chambre d'isolement sous contention après avoir agressé verbalement et physiquement un patient qu'elle soupçonnait de lui avoir volé son baladeur alors qu'elle l'avait oublié dans la salle commune.

Ce matin, vers 6 heures, la patiente tourne autour du poste des infirmières

et leur tient des propos dénigrants, comme : « Les infirmières sont toutes incompetentes ici. Elles ne connaissent rien ». Perplexes, les infirmières se concertent pour interpreter ses propos.

Cette deuxieme vignette commence avec la troisieme etape du processus de decision, « La planification des interventions ». Les etapes « Evaluation de la situation » et « Analyse et interpretation des donnees » sont abregees. A cet egard, le formateur invite les participants a nommer les comportements presentes par M^{me} Pilon qui sont des signes avant-coureurs et des facteurs de risque d'agressivite a l'aide des sections qui en traitent au module *Agressivite*.

LA PROCHAINE QUESTION PORTE SUR L'ETAPE 3.

ETAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions a entreprendre (prioritaires, rapprochees et a court terme).

L'etape 3 permet aux participants d'examiner des interventions comme mesures de remplacement et d'en soupeser les avantages et les inconvenients afin d'eviter l'usage de la contention physique ou de la chambre d'isolement.

Quelles sont les interventions a faire pour M^{me} Pilon?

Le formateur peut revoir toute la section « Techniques et strategies de desescalade de l'agressivite » du module *L'agressivite*.

M^{me} Pilon est connue pour etre aggressive verbalement et physiquement. Le facteur de risque est present et doit etre considere. Les participants sont invites a examiner differentes interventions sous l'angle de leurs avantages et de leurs inconvenients.

- L'accompagner a sa chambre et lui demander pourquoi elle dit que les infirmieres sont toutes incompetentes. Il n'y a que des avantages a questionner M^{me} Pilon et a rechercher avec elle le motif de ses accusations.

- Tenter de la pacifier en l'écouter. Tant qu'il n'y a pas de danger imminent, on l'encourage à parler. Parfois, l'agressivité verbale manifestée par une personne sur un ton plutôt élevé suscite la peur et, conséquemment, conduit à un contrôle excessif. Un repère pour vérifier si parler aide la personne : parler l'aide si elle se calme progressivement.
- Vérifier le résultat le plus récent de sa glycémie au dossier. Cette intervention a l'avantage d'éliminer rapidement une cause organique ou physiologique à l'agressivité manifestée.
- Lui offrir une médication calmante. Cette intervention a l'avantage de lui présenter un choix qu'elle peut accepter ou refuser.
- Examiner les notes d'évolution de la nuit précédente pour voir si un événement contrariant s'est produit. Cette intervention a l'avantage de donner du crédit aux propos de la personne même s'ils sont exagérés et non appropriés.
- Avertir le personnel en prévision d'un code blanc. L'intervention a l'avantage d'être préventive pourvu qu'elle n'occulte pas la recherche d'autres solutions.
- Etc.

Ici, le formateur fait trouver aux participants le plus d'interventions possibles en pesant les avantages et les inconvénients de chacune d'elles.

Le formateur rappelle l'étape 4, c'est-à-dire « La communication du plan d'interventions », à l'équipe lors d'une ou des rencontres durant lesquelles on s'assure de la compréhension et de l'accord de tous.

SITUATION CLINIQUE DE M^{me} PILON (SUITE)

Au rapport du matin, en présence de l'équipe interdisciplinaire, l'infirmière de nuit rapporte une altercation qu'elle a eue tôt ce matin avec Mme Pilon. L'infirmière a effectué un test de la glycémie au glucomètre et a conséquemment préparé la quantité d'insuline en fonction des résultats. Quand elle est venue pour donner

l'injection, Mme Pilon a refusé en lui disant que la quantité d'insuline était excessive et en ajoutant : « Cela fait trente ans que je soigne mon diabète et ce n'est pas la bonne dose. » M^{me} Pilon a pris son déjeuner sans avoir reçu son insuline.

Un nouveau contexte de soins appelle ici une nouvelle évaluation de la situation, une nouvelle analyse et une nouvelle interprétation des données.

LA PROCHAINE QUESTION SE RAPPORTE AUX ÉTAPES 1 ET 2.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Le formateur amène les participants à réfléchir sur les causes organiques ou physiologiques de l'agitation de M^{me} Pilon, causes qui s'ajoutent à sa frustration de ne pas se sentir écoutée ni respectée.

Les modules *Communication* et *Consentement* seront utiles pour comprendre la manière de communiquer et la question du consentement chez une personne présentant des troubles mentaux, mais autonome sur d'autres plans.

Les participants discutent de leurs différentes perceptions (valeurs, croyances, connaissances) de leur responsabilité professionnelle de protéger la vie de M^{me} Pilon. Certains participants peuvent réclamer d'agir de façon urgente et d'administrer

l'insuline de force, sous la contention s'il le faut, afin d'éviter un coma diabétique; d'autres pourront supporter l'incertitude quelques minutes de plus. La mise en commun de leurs perceptions devrait déboucher sur la conclusion de l'inefficacité d'utiliser la force. Cela devrait ensuite les obliger à pousser l'évaluation, à décoder les messages de la personne et à examiner si la quantité d'insuline était vraiment excessive.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 3.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

Le formateur rappelle le principal but visé dans la prévention de l'agressivité qui mène à une perte de contrôle : préserver et protéger l'intégrité physique et psychologique.

L'usage de la force est considéré comme une mesure de dernier recours. De plus, il n'y a pas d'urgence à intervenir. Dans le cas de M^{me} Pilon, il serait inconvenant de l'utiliser sans avoir vérifié son affirmation quant à la quantité d'insuline excessive. Elle est diabétique depuis plusieurs années et sait s'administrer la quantité d'insuline selon les résultats du glucomètre quand elle est chez elle.

Ne pas effectuer cette vérification serait mettre en doute ses connaissances et ses compétences sur la gestion de son diabète.

SITUATION CLINIQUE DE M^{ME} PILON (SUITE)

L'infirmière de jour effectue la vérification et se rend compte que la quantité d'insuline était excessive. Les infirmières discutent avec le médecin des interventions à poser.

Quelles interventions aideraient à résoudre le problème en satisfaisant à la fois M^{me} Pilon et les intervenants?

Le formateur amène les participants à nommer des interventions :

- Admettre qu'on s'est trompé aide à comprendre pour corriger la situation.
- Vérifier la glycémie en invitant la personne à faire elle-même le test au glucomètre. Une fois le résultat connu, l'informer du suivi qui sera fait auprès du médecin qui précisera la quantité d'insuline à administrer s'il y a lieu, ou l'informer de la conduite à avoir jusqu'au dîner.
- Lui offrir de s'administrer elle-même l'insuline en l'observant. Cette façon d'intégrer M^{me} Pilon dans le processus a l'avantage de lui reconnaître des compétences dans le contrôle de son diabète et d'obtenir son consentement.
- L'informer du suivi qu'on fera de son état relié à son diabète.
- Etc.

Si d'autres interventions ont été proposées, les discuter ici.

N.B. Chaque établissement possède une politique de déclaration des incidents/accidents et de déclaration aux patients. Il est conseillé aux participants de suivre cette politique.

QUESTION COMPLÉMENTAIRE : _____

L'INTÉGRITÉ PSYCHOLOGIQUE DES SOIGNANTS

Comment les intervenants peuvent-ils se protéger contre les méfaits psychologiques de l'agressivité physique ou verbale?

Le formateur suggère aux participants de revenir sur l'incident. Chacun des participants devrait exposer les moyens qu'il prend pour se protéger contre les méfaits psychologiques à long terme de ces situations, par exemple ne pas le prendre personnel, ne pas se sentir concerné, ne pas sentir le besoin de se justifier, en parler aux collègues placés dans la même situation, s'appuyer, se donner du soutien, toujours garder une distance émotionnelle suffisante qui permet de se questionner au lieu de réagir.

Plus un intervenant se protège, mieux il se dispose à écouter la personne. Quand l'intervenant a peur et se sent seul, il est porté à recourir plus rapidement à la contention et à la chambre d'isolement pour contrôler la menace.

La prise de conscience individuelle et collective que « quelque chose ne va pas » doit inciter l'intervenant à demander à la personne agressive « Ça ne va pas? » puis à écouter sa réponse.



VIGNETTE

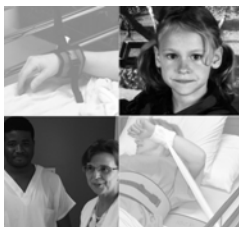
- **L'agressivité aux urgences**

Vignette : L'agressivité aux urgences

CAS : NATHALIE

- Questions liées aux étapes 1, 2, 3 et 4 du processus de prise de décision.
- Questions complémentaires :
 - La réduction des effets néfastes de la contention.
 - Le consentement chez la personne majeure et la personne mineure.

Cette vignette clinique permet au formateur d'amener les participants à réfléchir sur le processus de décision en regard de l'agressivité aux urgences chez une personne présentant une intoxication aux drogues, raison souvent invoquée par les intervenants pour justifier l'application de mesures de contrôle.



Vignette : L'agressivité aux urgences

CAS : NATHALIE

- Questions liées aux étapes 1, 2, 3 et 4 du processus de prise de décision.
 - Questions complémentaires :
 - La réduction des effets néfastes de la contention.
 - Le consentement chez la personne majeure et la personne mineure.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE DE NATHALIE

- Distinguer l'évaluation d'une situation d'urgence de celle qui ne l'est pas.
- Connaître les principaux facteurs de risque d'agitation et d'agressivité liés à l'intoxication aux drogues.
- Identifier le but recherché par l'équipe pour une personne à risque élevé d'agitation et d'agressivité.
- Connaître le plan de soins et de surveillance d'une personne agitée et agressive placée sous contention.
- Identifier des interventions permettant de gérer l'agressivité pour limiter l'usage de la contention lors de la reprise de conscience.
- Limiter les effets néfastes de la contention.
- Comprendre la question du consentement chez une personne intoxiquée par les drogues.

SITUATION CLINIQUE DE NATHALIE

Appelés au numéro 9-1-1, les ambulanciers ont amené aux urgences une jeune femme retrouvée inconsciente dans un logement. Vous apprenez qu'elle s'appelle Nathalie et qu'elle est âgée de 22 ans. Au cours de la nuit précédente, en compagnie de ses copains, elle a consommé plusieurs

drogues, mais les ambulanciers ne savent pas lesquelles.

À son arrivée aux urgences, le médecin a prescrit l'installation du moniteur cardiaque, d'une sonde urinaire et d'un tube nasogastrique ainsi que la prise des signes vitaux aux demi-heures, la vérification des signes neurologiques, des prélèvements de sang et d'urine pour tests, etc.

Son état est jugé très sérieux. Elle a des problèmes d'arythmie cardiaque, sa respiration est anormale et ses pupilles sont dilatées.

Lorsque l'infirmière prend sa tension artérielle, elle commence à s'éveiller. L'infirmière lui demande : « Qu'est-ce que tu as pris? » Au lieu de répondre, elle s'agite, donne des coups de pieds, crie : « Lâchez-moi! ».

L'équipe commence à se demander si l'application de contentions deviendra nécessaire. Plus elle s'éveille, plus elle est agitée et elle devient même carrément agressive. Elle a cherché à mordre le préposé qui retenait son bras durant un prélèvement de sang.

LES DEUX PREMIÈRES QUESTIONS RELÈVENT DES ÉTAPES 1 ET 2 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.

- Porter un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Selon vous, est-ce une situation d'urgence?

Le formateur aide les participants à évaluer rapidement les principaux facteurs de risque qui définissent une situation d'urgence, à analyser et à interpréter les données.

Les participants doivent faire référence au fait que Nathalie a des complications physiologiques et neurologiques liées à l'intoxication aux drogues qu'elle a consommées. Son agressivité et son agitation peuvent interférer avec les soins et les traitements urgents que les intervenants doivent lui faire. Son état est jugé très sérieux puisqu'elle fait des arythmies cardiaques, présente un état d'inconscience évident et est à risque de convulsions.

De plus, les tentatives de l'infirmière d'entrer en contact avec elle afin d'identifier ce qu'elle a consommé sont infructueuses. On peut aussi s'attendre à de nouveaux comportements et gestes imprévisibles. Devant les comportements manifestés et le potentiel imprévisible d'agressivité et d'agitation pouvant interférer avec les traitements urgents, on peut parler d'une situation d'urgence (voir les signes avant-coureurs du module *L'agressivité*).

L'état de santé de Nathalie est menacé. De plus, Nathalie risque potentiellement de se blesser ou de blesser des intervenants. L'équipe est donc dans l'obligation d'agir dans le meilleur intérêt de la patiente en lui donnant des soins et des traitements pour la sortir de sa condition.

Ainsi que l'autorise la loi en situation d'urgence, une décision de placer une personne sous contention peut être prise sans son consentement (voir le module *Consentement*). Toutefois, cette décision doit être temporaire et réévaluée régulièrement à mesure que les intervenants commencent à connaître la personne et que celle-ci commence à reprendre ses esprits.

Dans ce contexte d'urgence, l'application de la contention sans consentement est justifiée puisque, dans l'immédiat, les mesures de remplacement sont non appropriées. On décide d'attacher les poignets de Nathalie.

Quels sont les facteurs de risque d'agressivité et d'agitation liés à l'intoxication aux drogues?

Le formateur revoit la section « Évaluation du potentiel d'agressivité » et recherche des causes dans les modules *L'agressivité* et *Delirium*.

Les personnes qui souffrent de problèmes d'abus de substances sont, avec celles qui souffrent de symptômes psychotiques, les plus sujettes à présenter des comportements agressifs. D'autres facteurs de risque sont associés à des caractéristiques personnelles de propension à l'agressivité, surtout si les personnes possèdent des antécédents de violence ou d'agressivité.

Une intoxication à certaines substances, dont l'alcool, la cocaïne et des drogues de rue entre autres, rend la personne agitée et agressive. L'intoxication se remarque à ses pupilles dilatées.

Des signes d'intoxication aux drogues peuvent aussi se compliquer avec des désordres psychiatriques qui augmentent le risque d'agressivité. Les signes d'intoxication aux drogues ressemblent aux signes d'intoxication aux médicaments dans le cas d'une personne qui a fait une tentative de suicide.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 3 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

SITUATION CLINIQUE DE NATHALIE (SUITE)

Une heure plus tard, les analyses révèlent qu'elle a consommé une grande quantité de cocaïne et d'amphétamines. Nathalie est très agitée, tire sur la

sonde nasogastrique, crie, continue d'essayer de mordre.

En plus des poignets, l'équipe prend alors la décision de lui installer des contentions à la taille et aux pieds.

Le médecin prescrit la chambre d'isolement.

Quels buts vise-t-on pour Nathalie?

Le but de l'application des contentions est de lui prodiguer les soins que son état d'urgence requiert puisque Nathalie est incapable de collaborer et, comme elle est déjà en surdosage, aucun médicament calmant ne peut lui être administré.

Un autre but de l'application des contentions est de s'assurer qu'aucun membre de l'équipe ne soit blessé par elle lors des traitements ou des soins (par exemple, lors des prélèvements de sang).

On ne connaît pas son statut sérologique. Le risque d'infecter quelqu'un est théorique, mais potentiel et élevé.

À mesure que la personne s'éveille, il faut vérifier les premiers signes de collaboration. La récupération de sa capacité de coopérer avec l'équipe à ses soins aide la personne à sentir qu'on lui redonne de l'autonomie, qu'elle est en voie de reprendre la maîtrise de sa vie.

LA QUESTION SUIVANTE FAIT APPEL À L'ÉTAPE 4 DE LA PRISE DE DÉCISION.

ÉTAPE 4 COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À L'ÉQUIPE

- Communiquer le plan d'interventions à la personne, aux proches et à l'équipe et s'assurer qu'il est appliqué.
- Laisser des traces de la décision et de sa justification. Si on applique une mesure de contrôle, ajouter des informations à propos du

consentement et des modalités d'application, de soins et de surveillance.

Quels éléments font partie du plan de soins et de surveillance de Nathalie qui est placée sous contentions dans la chambre d'isolement sous la surveillance d'un préposé?

Ce sont tous les soins et la surveillance reliés à son état de santé en contexte d'urgence. Les participants se réfèrent ensuite au module *Soins et surveillance* de la personne sous contention et mise en isolement qui porte, entre autres choses, sur les aspects suivants :

- la dimension physique : signes vitaux et signes neurologiques vitaux, mobilité, hygiène, hydratation, élimination et confort;
- la dimension psychologique : état mental, maintien de la relation thérapeutique, communication;
- le niveau de surveillance qui tient compte de l'évolution de la condition clinique;
- la diminution, le retrait ou le maintien des contentions;
- le matériel utilisé (s'assurer que le dispositif peut être retiré rapidement en cas d'urgence).

Les signes vitaux, la tension artérielle et la respiration, ainsi que les signes neurologiques sont à surveiller régulièrement.

Pendant qu'elle prend les signes vitaux, l'infirmière profite de l'occasion pour établir un contact avec Nathalie et poursuivre l'évaluation de l'état mental : l'orientation dans les trois sphères, l'altération de la pensée (contenu et cours de la pensée), l'altération perceptuelle au niveau des cinq sens et les manifestations comportementales.

Lorsque Nathalie redeviendra consciente, on devrait lui annoncer qu'on va la détacher progressivement et qu'on s'attend à ce qu'elle reste calme.

En attendant, il sera important d'assurer du confort et d'ajuster la contention pour lui permettre un maximum de liberté de positionnement dans le lit. La présence d'un préposé aide à maintenir un contact physique et rassurant. Sinon, des visites au chevet sont recommandées aux 15 minutes au moins ou selon ce que requiert sa condition.

Une attention particulière doit être accordée aux propos de Nathalie. Si des sentiments d'échec ou de désespoir sont exprimés et suggèrent des pensées suicidaires, une consultation d'urgence avec le psychiatre est habituellement requise.

Le formateur doit amener les participants à comprendre que la décision de la mise sous contention n'est pas une décision anodine. Elle doit être soutenue sur le plan clinique (voir toutes les questions suggérées au module *Le processus de décision*). Plus les participants comprennent les effets néfastes reliés aux mesures de contrôle, plus ils sont en mesure de prendre les meilleures décisions et de s'assurer de la nécessité des soins et de la surveillance qu'il faut apporter à une personne sous contention ou en isolement. De plus, les participants seront en mesure de comprendre l'importance de la réévaluation de la pertinence de maintenir ou de retirer les mesures de contrôle.

Les interventions relatives au plan de surveillance et à la réévaluation des interventions posées doivent être toutes documentées au dossier de la personne (voir le module *Documentation*).

LA QUESTION SUIVANTE FAIT APPEL À L'ÉTAPE 3 DE LA PRISE DE DÉCISION.

Situation clinique de Nathalie (suite)

Trois heures après son arrivée, Nathalie s'éveille et commence à poser des questions : « Qu'est-ce que je fais ici? Qu'est-ce qui m'est arrivé? ». Ses propos deviennent plus cohérents et le ton de sa voix monte.

Toutefois, se voyant attachée de toutes parts, elle réclame qu'on la détache immédiatement. Elle s'agite beaucoup et se met à pleurer.

Un nouveau contexte de soins appelle ici une nouvelle évaluation de la situation, une nouvelle analyse et une interprétation des nouvelles données. Les étapes 1 et 2 sont abrégées.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

Quelles sont les interventions permettant de gérer les comportements de Nathalie lors de la reprise de la conscience?

Les interventions immédiates sont de répondre à toutes ses questions, lui dire où elle est, pourquoi elle se retrouve à l'hôpital, que sa situation s'améliore, qu'on a dû l'attacher pour lui donner des soins d'urgence, la rassurer, etc.

Le formateur examine ensuite avec les participants d'autres interventions en accord avec les valeurs de l'équipe et de la personne. Le module *Modèle Kayser-Jones* propose de travailler sur cinq dimensions reliées entre elles : la personne, l'aménagement physique, les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel et les personnes qui gravitent autour de la personne.

À titre d'exemples, d'autres interventions sont suggérées :

- Dimension de la personne : Écouter ce qu'elle dit et lui répéter ses propres paroles. Cette intervention est rassurante en ce qu'elle confirme à la personne qu'elle est entendue en plus de l'aider à reprendre contact avec la réalité. Lui indiquer des moyens positifs et acceptables d'exprimer sa colère et de communiquer ses besoins. Cette stratégie redonne du pouvoir à la personne en lui rappelant les manières acceptables de communiquer tout en réduisant le risque d'une manifestation de colère ou autre sentiment de manière trop agressive.
- Dimension aménagement physique : S'assurer que l'environnement de Nathalie est calme avec un minimum de stimuli de bruits et de lumière. Un environnement calme apaise la personne agitée.

- Dimension relations personnelles : Donner à la personne des soins et des traitements avec douceur. Les gestes doux montrent à la personne qu'on la respecte. Ils invitent aussi à la collaboration.
- Dimension professionnelle : Expliquer à Nathalie où elle est présentement, pourquoi on l'a amenée à l'hôpital et pourquoi on a dû appliquer des contentions.
- Dimension contention : Commencer à négocier l'enlèvement des contentions, une à la fois, conditionnellement à ce qu'il n'y ait pas de gestes agressifs.
- Etc.

Ici, le formateur fait en sorte que les participants trouvent le maximum d'interventions.

Ces interventions font appel à une certaine capacité de la personne à collaborer à la résolution de l'agressivité et de l'agitation. Le peu d'autonomie dont elle dispose est reconnu et respecté, ce qui favorise la création d'un lien de confiance avec l'intervenant. C'est une manière de travailler avec le consentement de la personne.

Questions complémentaires : la réduction des effets néfastes de la contention et le consentement chez la personne majeure et la personne mineure.

Comment limiter les effets néfastes de la contention?

En contexte d'urgence, s'il y a eu application de la contention, la meilleure manière de réduire les effets néfastes de la contention est d'en réduire la durée et d'effectuer les soins et la surveillance aussi fréquemment que requis.

Dans le cas de Nathalie, il s'agit de s'interroger souvent sur la pertinence de la contention et de l'enlever graduellement en respectant le délai et les conditions prévus afin d'éviter les conséquences néfastes.

Pour rendre cette explication plus claire, le formateur rappelle que la contention n'est jamais utilisée comme mesure punitive, mais comme une mesure thérapeutique qui devient non pertinente à partir du moment où la personne commence à récupérer son autonomie. L'intervenant a le devoir de tout faire pour limiter les effets nuisibles

reliés à la honte, au sentiment de culpabilité, à la perte de respect auquel la personne a droit.

Afin d'aider la personne à retrouver son autonomie et l'estime d'elle-même, on peut lui offrir de rencontrer une travailleuse sociale avant qu'elle ne quitte l'hôpital.

Le formateur fait un retour sur les conséquences liées au fait d'être attaché en revenant aux modules *Changement de pratique* et *L'interférence aux traitements incommodants* et il en discute avec les participants. Quand l'équipe est dans l'obligation de choisir une mesure contraignante, elle doit s'assurer de la présence d'une protection physique et psychologique pour éviter d'aggraver les conséquences qui découlent de la situation.

Le module *Communication* propose une façon de communiquer avec les personnes dans un contexte de contention et d'isolement afin d'atténuer le sentiment souvent exprimé d'avoir vécu un viol de leurs droits, de ne pas avoir su ce qu'on attendait d'eux et de ne pas avoir reçu de soutien émotionnel pendant la période de mise sous contention ou d'isolement. Le module *Communication* fait aussi référence à d'autres méfaits sur les plans physique et psychologique. C'est par la communication respectueuse que les faits pourront être rétablis et que la résolution de la souffrance liée à l'épisode de mise sous contention et d'isolement pourra s'estomper.

Comment comprendre la question du consentement chez une personne intoxiquée par les drogues?

Lorsque la situation est urgente, qu'il y a un risque pour la vie et que la personne est incapable de collaborer, on n'a pas besoin du consentement pour traiter ni pour appliquer la contention.

Le formateur s'assure que les participants ont compris la distinction entre les traitements d'urgence et ceux qui ne le sont pas. Le traitement d'urgence vise à protéger la vie. Aussitôt qu'il n'y a plus de risque pour la vie de la personne et qu'elle peut consentir aux soins, elle pourrait quitter l'hôpital et ce choix devrait être respecté après discussion avec le médecin.

Comment définir l'aptitude à consentir?

Le module *Communication* offre une série de cinq questions pour guider le médecin qui évalue l'aptitude à consentir.

En les adaptant à notre cas, ces questions deviennent :

- La personne comprend-elle le motif pour lequel on l'a amenée à l'hôpital?
- La personne comprend-elle le motif pour lequel un traitement a été effectué?
- La personne comprend-elle les avantages et risques du traitement qu'on lui a fait subir?
- La personne comprend-elle les risques de ne pas être traitée?
- Est-ce que sa maladie affecte sa capacité de comprendre et, si oui, à quel niveau?

Pendant la période où la personne est sous contention et devient consciente progressivement, on commence à lui donner des informations qui l'éclairent sur sa condition. Quand la personne est complètement lucide, donc apte à décider, elle devient libre de décider de la suite des traitements et son choix doit être respecté. La personne signe le consentement ou signe un refus de traitement.

S'il s'était agi d'une adolescente de quinze ans, auriez-vous tenté de rejoindre les parents à son arrivée aux salles d'urgence?

L'intervenant doit obligatoirement tenter de rejoindre les parents tout en donnant les soins d'urgence.

Le formateur revoit le module *Consentement* qui explique les responsabilités légales de l'intervenant quand il doit prendre une décision à l'égard d'un mineur en situation urgente.

Dans le cas où vous n'auriez pas rejoint les parents avant la reprise de conscience de l'adolescente, auriez-vous continué vos démarches si elle vous avait demandé de ne pas le faire?

L'intervenant n'est plus tenu de tenter de rejoindre les parents lorsque le mineur ne requiert plus de soins urgents.

Le formateur revoit le module *Consentement* qui explique les responsabilités légales de l'intervenant quand il doit prendre une décision à l'égard d'un mineur en situation non urgente.



VIGNETTE

- **Les chutes**
- **Chutes et errance**

Vignette : Les chutes

CAS : M^{me} TREMBLAY

Questions liées aux étapes 1, 2 et 3 du processus de prise de décision.

Questions complémentaires :

- La responsabilité professionnelle à l'égard de la prévention des chutes.
- Le respect de l'autonomie d'une personne âgée.

ET

Vignette : Chutes et errance

CAS : M. LORD

Étapes de la grille de prise de décision : 1, 2, 3, 4 et 5.

ET

Vignette : Les chutes

CAS : M^{me} TURGEON

Étapes de la grille de prise de décision : 4 et 5.

Les trois vignettes présentées ici permettent au formateur d'amener les participants à réfléchir sur le processus de prise de décision en regard des chutes et de l'errance des personnes hébergées, raisons souvent invoquées par les intervenants pour justifier l'utilisation de la contention.



Vignette : Les chutes

CAS : M^{me} TREMBLAY

- Questions liées aux étapes 1, 2 et 3 du processus de prise de décision.
 - Questions complémentaires :
 - La responsabilité professionnelle à l'égard de la prévention des chutes.
 - Le respect de l'autonomie d'une personne âgée.
-

Éléments clés de la situation clinique de M^{me} Tremblay

- Évaluer le risque de chute chez une personne hébergée en soins de longue durée.
- Analyser le niveau de risque chez la personne en tenant compte des valeurs exprimées par la personne et l'équipe.
- Identifier le but recherché pour la personne par l'ensemble des parties concernées.
- Choisir des interventions/mesures de remplacement qui visent à prévenir les chutes et qui obtiennent l'accord de la personne.
- Analyser les avantages et les inconvénients associés à chacune des interventions et des mesures de remplacement proposées.
- Présenter le plan d'interventions à la personne.
- Comprendre la question de l'autonomie et du consentement chez une personne qui présente de légers troubles cognitifs.

SITUATION CLINIQUE DE M^{me} TREMBLAY

M^{me} Tremblay, ancienne directrice d'école maintenant âgée de 85 ans, est hébergée au centre d'accueil depuis deux semaines. Le personnel remarque que sa démarche est chancelante et instable. Elle est d'ailleurs tombée à quatre reprises.

Les deux dernières chutes ont occasionné des lacérations à la tête réparées par quelques points de suture.

Sa chambre contient trois lits et la salle de toilette est située hors de la chambre.

Madame refuse obstinément toute forme d'aide technique ou d'aide du personnel lors de ses déplacements. Elle exprime souvent le fait que sa mémoire lui « joue des tours ».

M^{me} Tremblay souffre de sténose spinale soulagée uniquement par de la morphine : timbres Duragesic 25 microgrammes aux trois jours, morphine 2 mg s-c prn si pics de douleur non soulagés.

Lors de la visite d'une amie, une employée a vu cette dernière sortir des bouteilles de bière et une bouteille de scotch d'un sac et les cacher dans la garde-robe de M^{me} Tremblay.

LES DEUX PREMIÈRES QUESTIONS FONT RÉFÉRENCE AUX ÉTAPES 1 ET 2 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Le formateur demande aux participants ce qu'ils vont faire devant cette situation.

Cette première question est un élément déclencheur à la discussion. Certains participants peuvent décider qu'il faut recourir immédiatement à la contention pour leur propre sécurité, ce qui permet de ne pas travailler les mesures de remplacement. D'autres vont privilégier une évaluation de la situation, des mesures de remplacement à la contention, des discussions avec madame et ses proches, etc. Les différents points de vue émis sont intéressants parce qu'ils permettent de « prendre le pouls » du groupe de participants.

Le formateur demande aux participants d'effectuer la première étape du processus de prise de décision qui est l'évaluation de la situation, c'est-à-dire observer les comportements et les décoder afin d'en trouver les causes.

Les comportements à risque de M^{me} Tremblay sont, entre autres, une démarche chancelante, une mémoire défaillante, la possibilité qu'elle consomme de l'alcool et son refus d'une aide technique à la marche.

Pour émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque, les participants doivent se référer au module *Chutes*. Ils y découvriront que, dans le cas de M^{me} Tremblay, les facteurs de risque sont :

- son histoire de chute;
- son admission récente (nouvel environnement);
- sa prise de médicaments (narcotiques);
- sa démarche peu assurée et son refus de toute aide technique ou humaine;
- ses problèmes cognitifs légers;
- sa consommation d'alcool;
- sa chambre contenant trois lits et la salle de toilette située hors de la chambre.

Le formateur rappelle que cette étape d'évaluation ne doit pas être escamotée et qu'elle doit être faite par chaque professionnel concerné, selon son champ de compétences, et être discutée en équipe, car la situation de M^{me} Tremblay est complexe. La mise à contribution de l'ensemble des intervenants aide à identifier un plus grand nombre de causes.

Le formateur renforce le fait que le jugement clinique détermine le choix des interventions/mesures de remplacement à la contention.

Quel est le niveau de risque de chute de M^{me} Tremblay?

Le formateur amène les participants à prendre conscience que le nombre de facteurs de risque et leur intensité sont variables d'un individu à l'autre. De plus, ce n'est pas seulement leur nombre qui détermine le niveau de risque, mais aussi l'intensité de chacun d'eux et l'association de plusieurs d'entre eux : quatre chutes récentes, admission récente au centre d'accueil, environnement inconnu, légers problèmes cognitifs, problèmes à la marche, refus de toute aide technique ou humaine à la marche.

À ce moment-ci, la consommation régulière d'alcool par la résidente n'a pas été confirmée. Toutefois, il est indéniable que l'association, même modérée, de l'alcool et des médicaments narcotiques perturbe le système nerveux central et aggrave une démarche déjà chancelante.

Avant d'établir le niveau de risque de chute, il faut vérifier le degré d'autonomie physique et psychologique de la résidente. Elle peut marcher avec aide, mais son refus de se faire aider aggrave son risque de chute.

À la lumière de tous les facteurs de risque, on évalue le risque de chute comme suffisamment élevé pour justifier des interventions de la part des professionnels et des autres membres de l'équipe.

Le formateur laisse les participants partager leurs perceptions du risque et leurs perceptions de leur responsabilité face au risque de chute. Il les invite à voir comment les membres de l'équipe évaluent différemment le niveau de risque et à se demander si le point de vue de la personne et de ses proches est pris en compte. Il faut les amener à s'interroger sur le niveau de risque et les conséquences pour la personne.

VIVRE AVEC UN RISQUE ÉLEVÉ : UN MOMENT DE RÉFLEXION S'IMPOSE!

Les participants discutent de leurs différentes perceptions (valeurs, croyances, connaissances) au sujet de leur responsabilité professionnelle de protéger les personnes contre les blessures. Les participants peuvent considérer que leur

responsabilité est de veiller à ce qu'il n'y ait pas une seule chute/blessure. D'autres participants sont plus confortables à vivre avec un risque de chute/blessure plus élevé. La mise en commun de leurs perceptions devrait déboucher sur l'acceptation d'un certain risque et mener à la conclusion de l'inefficacité de l'application de la contention dans la prévention des chutes chez une résidente comme M^{me} Tremblay et de l'obligation de mettre en place d'autres interventions de remplacement. Le point de vue de M^{me} Tremblay doit aussi être considéré.

Le formateur rappelle que le but visé dans la prévention des chutes détermine les mesures de remplacement subséquentes.

En travaillant sur les autres solutions en lien avec les facteurs de risque identifiés et en mettant en action leurs interventions, les membres de l'équipe prennent conscience qu'ils ont du pouvoir pour réduire le risque et se sentent mieux avec leur obligation de protéger les personnes.

Le but de la discussion est d'atteindre le risque minimal, pas nécessairement de le faire disparaître complètement. L'équipe assume le fait qu'il existe une probabilité qu'une autre chute se produise, mais le risque est calculé. À partir de ce constat, l'équipe a comme responsabilité de planifier des interventions dans le but de réduire les chutes.

L'équipe discute des interventions proposées, recherche les solutions les plus acceptables en mettant dans la balance les avantages et les inconvénients de chacune.

LES DEUX PROCHAINES QUESTIONS FONT RÉFÉRENCE À L'ÉTAPE 3 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

Dans la perspective d'une recherche de risque minimal de chute, quel serait le but visé par l'équipe pour M^{me} Tremblay?

Dans la recherche de risque minimal de chute, le but visé est de préserver l'intégrité psychologique, l'autonomie et la qualité de vie de la personne au-delà même de l'intégrité physique.

Le but détermine les mesures de remplacement.

Une fois le but précisé, quelles sont les mesures de remplacement possibles dans le cas de M^{me} Tremblay?

Le formateur invite les participants à trouver des interventions spécifiques pour M^{me} Tremblay. Pour faciliter l'exercice, le module *Chutes* offre une liste de mesures de remplacement. Dans le module du *Modèle explicatif Kayser-Jones*, on retrouve aussi une liste d'éléments rattachés à cinq dimensions sur lesquelles des interventions peuvent être posées : auprès de la personne elle-même, sur l'aménagement physique, sur les structures organisationnelles, sur les aspects psychosociaux et culturels (normes, valeurs, croyances) et auprès des autres personnes qui gravitent autour de la personne. Toutes ces composantes sont évaluées séparément puis en interaction.

Le formateur amène les participants à soupeser chacune des options en mettant en évidence les avantages et les inconvénients possibles. En discutant ensemble, les participants comprennent jusqu'à quel point cet exercice les amène à se recentrer sur la personne comme être unique.

- Discuter franchement avec M^{me} Tremblay afin de connaître son point de vue sur la situation actuelle (chutes répétées, risques de blessure, consommation d'alcool, etc.) et entendre son point de vue pour ainsi lui laisser le peu de maîtrise qu'elle a de sa situation, de ses perceptions du risque, des solutions possibles, etc.
- Documenter le problème de mobilité par de nouveaux tests (équilibre, force musculaire, hypotension orthostatique, utilisation des modes techniques, etc.) avec l'aide de la physiothérapeute ou du thérapeute en réadaptation. Les

tests objectifs permettent d'éliminer ou de confirmer la présence d'un problème physique et aident à proposer des moyens pour y pallier.

- Chercher à savoir pourquoi elle refuse catégoriquement toute aide à la marche. Ses motifs sont personnels. Les connaître aurait pour avantage de permettre aux intervenants d'agir sur ceux-ci, dans la mesure du possible.
- Revoir ses médicaments narcotiques à la baisse ou lui en prescrire d'autres qui n'ont pas le même effet avec l'alcool. Cette solution est certainement avantageuse puisqu'elle réduit les risques de chute.
- Faire certains aménagements dans la chambre pour réduire le risque de blessure et l'aider à s'orienter dans la nouvelle disposition de la chambre et dans les autres lieux. Il n'existe que des avantages à orienter plus d'une fois une personne âgée dans un nouvel environnement. L'exercice l'aide à marquer ou à mémoriser le territoire.
- Lui recommander d'être prudente en lui rappelant ses chutes récentes et les lacérations qu'elles ont occasionnées. Ce rappel amical mais insistant fait prendre conscience à madame de la préoccupation que le personnel a de préserver son intégrité physique et son autonomie de mouvement.
- Lui expliquer les risques de chute et de fracture inhérents à la prise d'alcool associée avec les médicaments narcotiques. L'explication fait prendre conscience à madame de la préoccupation que le personnel a de préserver son intégrité physique et son autonomie de mouvement.
- Contrôler sa consommation d'alcool en le lui retirant, mais en lui précisant qu'elle pourrait en avoir à des moments décidés préalablement avec elle.
- Madame pourrait accepter qu'on lui retire ses bouteilles avec la promesse de lui en servir à sa demande (après avoir suggéré aux proches et amis de lui amener de la bière non alcoolisée ou peu alcoolisée). Cette solution a l'avantage de laisser à madame son plaisir de boire de la bière à sa guise tout en laissant au personnel un certain contrôle de la quantité ingérée. En conséquence, le risque de chute est diminué.
- Retirer l'alcool de sa chambre et inspecter occasionnellement ses tiroirs et sa garde-robe afin de découvrir toute cachette. Cette solution de contrôle de la part des intervenants qui ont pourtant de bonnes intentions risque de susciter chez madame un sentiment d'infantilisation, de perte de respect. Elle est

privée du seul plaisir qui lui reste. Les conséquences désastreuses sur son moral sont supérieures aux bienfaits de la diminution du risque de chute.

Une fois toutes les mesures de remplacement possibles soupesées avec leurs avantages et leurs inconvénients, les participants doivent donner priorité aux actions à entreprendre. Les valeurs, les croyances et les préférences ainsi que les connaissances et les expériences des intervenants ont été discutées. L'équipe délègue la personne la mieux placée pour présenter le plan d'interventions et le discuter avec la personne considérée apte à consentir.

QUESTION COMPLÉMENTAIRE _____

La responsabilité professionnelle en prévention des chutes.

SITUATION CLINIQUE DE M^{me} TREMBLAY (SUITE)

Lors d'une réunion d'équipe, un professionnel exprime son inconfort face aux mesures de remplacement énoncées parce qu'il les juge irréalistes. Il trouve le risque suffisamment élevé pour justifier l'application de la contention qui lui semble être le seul moyen d'éviter d'autres chutes.

Il déclare : «Attendez-vous que M^{me} Tremblay se casse une hanche ou que la famille nous poursuive pour vous décider à bouger? »

Le formateur demande aux participants ce qu'ils pensent de ce commentaire en orientant la discussion sur leur responsabilité professionnelle de protéger les résidents contre les blessures. Il est préférable que les valeurs et les croyances contraires au but visé, qui est de protéger l'intégrité physique et psychologique de la personne sans avoir recours à la contention, soient exprimées afin de pouvoir les discuter.

Il est important de jauger toutes les possibilités parce que la contention ne réglerait rien (voir le module *Chutes*).

Il est approprié de rappeler que :

- la contention doit être une mesure de dernier recours;

- l'obligation professionnelle oblige à tenter des mesures de remplacement à la contention;
- une discussion franche de la situation avec la personne doit avoir lieu;
- les recherches scientifiques ont clairement indiqué l'inefficacité de la contention dans la prévention des chutes. La contention occasionne plus de torts que d'avantages à cause de ses effets néfastes sur les plans physique, psychologique et social (perte mobilité, dépression, etc.);
- en prévention des chutes, il est démontré que l'efficacité s'accroît en combinant plusieurs interventions autres que la contention;
- dans le cas de M^{me} Tremblay, il serait inconvenant d'utiliser la contention sans avoir essayé d'autres solutions parce qu'elle porterait atteinte au respect auquel elle a droit comme femme encore lucide et autonome (malgré les blessures qu'elle s'est infligées en tombant).

QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Le respect de l'autonomie d'une personne âgée.

Le formateur peut poser d'autres questions sur les notions du respect de l'autonomie, de la communication et du consentement d'une personne âgée placée en hébergement et jugée apte légalement, mais qui présente des troubles cognitifs légers (voir les modules *Communication* et *Consentement*).

Nous avons vu à l'étape 3 que les interventions et les mesures de remplacement choisies doivent répondre aux souhaits, désirs et valeurs de la personne.

Selon vous, peut-on forcer M^{me} Tremblay à utiliser une aide technique pour se déplacer?

La réponse est assurément non, on ne peut forcer M^{me} Tremblay à utiliser une aide technique comme une canne ou un déambulateur si elle ne le veut pas, mais l'intervenant est dans l'obligation de tenter de lui faire comprendre la pertinence d'utiliser une telle aide pour éviter les chutes lors de ses déplacements.

Il faut se demander ici ce que signifie « agir dans le meilleur intérêt de la personne » en lui proposant un compromis acceptable sur la forme d'aide. La réussite de l'acceptation de l'aide technique est aussi liée à la perception que madame a de ce genre d'aide et à la manière de lui présenter l'aide.

Selon vous, a-t-on le droit d'enlever tout alcool à une personne vivant en hébergement ?

Non, pas d'emblée. Cette situation-ci demande d'être gérée avec tact. En tant qu'ancienne directrice d'école, madame a eu plusieurs occasions d'exercer son autorité. Ce trait de caractère lui est resté. Puisqu'elle a conservé sa lucidité à un âge avancé, même si son jugement est émoussé par l'alcool, les médicaments narcotiques et les troubles cognitifs légers qu'elle éprouve, elle est considérée autonome et apte à prendre ses décisions.

Une personne capable de comprendre la nature des traitements et des soins qui lui sont proposés, les risques et bénéfices associés, les effets secondaires ainsi que les contre-indications qui y sont reliées, notamment l'interaction entre les médicaments et l'alcool, est considérée apte à consentir légalement à ses soins. Étant bien informée, la personne est en mesure de prendre une décision éclairée quant aux soins proposés. On considère habituellement que l'hébergement dans un milieu de soins prolongés est le nouveau milieu de vie de la personne. En principe, la résidente est « chez elle » et a le droit de faire ce qui lui plaît, pourvu qu'elle ne nuise pas à sa santé et à son intégrité ni à celle des autres personnes et qu'elle ne contrevienne pas aux règlements de l'établissement. Un arrangement peut se faire avec elle.

M^{me} Tremblay est considérée apte légalement, c'est-à-dire capable de comprendre et de consentir aux soins et traitements administrés, mais si elle niait le risque de chute, que feriez-vous?

M^{me} Tremblay est bien orientée dans les trois sphères, elle est capable d'exprimer ses besoins et elle est apte à consentir à ses soins, mais son jugement est émoussé compte tenu qu'elle nie le risque de chute. Cette situation est fréquente en soins prolongés.

Quand cela se produit, l'intervenant doit continuer d'échanger avec cette personne et aussi avec un proche de la personne dans le but de se concerter sur une intervention commune à l'égard du risque de chute. Voir les modules *Communication et Consentement*.

L'intervenant désigné pour en parler a déjà pris avec l'équipe l'option du risque calculé par rapport aux risques de chute. Il fait valoir la supériorité des avantages du

risque calculé en comparaison avec les effets néfastes de l'immobilité. Dans ce cas, la qualité de vie de l'utilisateur a préséance sur le maintien de l'intégrité physique.



Vignette : Chutes et errance

CAS : M. LORD

- Étapes de la grille de prise de décision : 1, 2, 3, 4 et 5.

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE DE M. LORD

- Prendre la décision d'appliquer ou non une contention à un résident à risque de chute et errant dont les gestes risquent d'être mal perçus par les autres résidents.
- Planifier un plan d'interventions/mesures de remplacement en lien avec les comportements d'errance, et ce, en fonction du but recherché.
- Discuter avec les proches du plan d'interventions et le documenter au dossier.

SITUATION CLINIQUE DE M. LORD

M. Lord, âgé de 78 ans, est atteint de démence sévère et erre généralement sans déranger, sauf quand il se met à fouiller dans les tiroirs des commodes des autres résidents.

Il ne peut pas nommer les membres de sa famille qui le visitent, mais on voit qu'il les reconnaît.

Le personnel a remarqué qu'il est lent à se réveiller le matin. Le somnifère prescrit au coucher est pourtant léger.

Au petit déjeuner, il dort devant son assiette et ne collabore pas à sa toilette. Même installé au fauteuil roulant, il continue de dormir profondément. De fait, il est souvent tombé alors qu'on l'encourageait à marcher durant les avant-midi.

À mesure que la journée avance, les intervenants ont observé qu'il devient de plus en plus éveillé et, si on ne l'arrêtait pas de marcher, il passerait son

temps à fouiller partout et il ne retournerait pas à sa chambre de la nuit. Il est incapable de se rendre compte qu'il est fatigué ou qu'il est l'heure de dormir.

Son épouse dit que monsieur a toujours été un homme fier. Le fait d'entrer comme il le fait, sans frapper, dans une chambre autre que la sienne la porte à croire que, s'il en était conscient, son mari serait mortifié. De plus, elle craint l'opinion défavorable des intervenants et des familles sur son époux et sur elle-même. Elle suggère donc de lui appliquer une contention.

Après discussion auprès de l'épouse de M. Lord, l'infirmière apprend qu'il a toujours travaillé sur un quart de soirée.

LA PREMIÈRE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À L'ÉTAPE 1 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

Quels sont les comportements manifestés par M. Lord en lien avec les chutes et l'errance?

Le formateur reprend avec les participants la première étape du processus de décision, c'est-à-dire l'évaluation de la situation qui consiste à observer les comportements, à les décoder et à rechercher ce qui les cause.

M. Lord est désorienté; il erre et fouille dans les affaires des autres. Le matin, il est très endormi et il lui arrive de tomber. Quand il est plus éveillé, il marche sans arrêt. Il faut l'arrêter pour manger et dormir.

Afin d'identifier les facteurs déclencheurs de l'errance, les participants sont invités à consulter le module *L'errance*.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 2 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Quel est le niveau de risque de chute de M. Lord?

Les participants ont pu émettre comme hypothèses que la dose du médicament au coucher était trop forte ou bien que son rythme biologique est de se réveiller à mesure que la journée avance. L'épouse confirme la dernière hypothèse en évoquant la précision de M. Lord au travail durant ses quarts de soirée.

M. Lord est à risque élevé de chute le matin. Cette condition clinique nécessite une intervention immédiate.

Le problème d'errance n'a pas d'influence sur le risque de chute.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À L'ÉTAPE 3 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

Quelles sont les interventions/mesures de remplacement qui peuvent être mises en place pour M. Lord?

Le but recherché par l'équipe est de prévenir le risque de chute de M. Lord par des mesures de remplacement à la contention. Le module *Les chutes* dresse une liste détaillée de mesures de remplacement.

En même temps, l'équipe veut permettre à cet homme de conserver une liberté de déplacement intimement reliée à une bonne qualité de vie, à la dépense d'énergie et possiblement à la prévention de comportements d'agressivité consécutifs à une restriction de mouvements.

Les participants sont invités à consulter le module *L'errance* pour trouver plusieurs mesures de remplacement afin de contrer l'errance.

Dans le choix des interventions/mesures de remplacement, l'équipe s'entend sur le fait de respecter le cycle de sommeil de M. Lord en le laissant dormir le matin. Le risque de chute vient de diminuer grâce à cette première intervention.

Toutefois, le désir de son épouse de voir M. Lord mis sous contention doit nous inciter à un questionnement sur les préférences et les valeurs des proches.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 4 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE 4 COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À L'ÉQUIPE

- Communiquer le plan d'interventions à la personne, aux proches et à l'équipe et s'assurer qu'il est appliqué.
- Laisser des traces de la décision et de sa justification.

Les interventions/mesures de remplacement à la contention choisies par l'équipe diffèrent de celle qui est proposée par l'épouse.

Comment l'équipe va-t-elle communiquer le plan d'interventions à la femme de M. Lord?

D'abord, écouter sa peine de voir son mari si changé. L'amener ensuite à voir la situation autrement en faisant valoir qu'agir dans le meilleur intérêt de monsieur n'est pas de le restreindre, mais de lui laisser sa liberté de déplacement tout en prenant en compte de ses préférences malgré les risques possibles de chute et les risques qui sont liés à l'errance. Lui rappeler que le personnel a l'habitude de retrouver ce genre de comportement en soins prolongés. On peut encourager l'épouse à observer d'autres résidents faire la même chose afin de dédramatiser la situation.

Le formateur renvoie les participants au module *La communication* et plus spécialement au point 6, « Se mettre d'accord sur le plan d'interventions ». Il souligne à nouveau l'importance d'adopter des attitudes propices à une bonne communication pour permettre de donner une information éclairée. Le consentement n'est pas une finalité en soi, c'est une résultante de la communication. La recherche du compromis est à faire.

Le formateur revoit aussi les composantes « Aspect social et culturel (valeurs et croyances des proches et du personnel) » et « Autres personnes gravitant autour du résident » au module du *Modèle Kayser-Jones*. Les participants examinent les composantes et leur interaction.

Le formateur revient sur la façon de traiter la demande de l'épouse d'appliquer une contention pour atténuer sa crainte que son mari ne soit agressé à cause de ses intrusions dans les chambres et les affaires des autres résidents. Faire observer une fois à l'épouse un résident au même comportement que celui de son mari devrait suffire à dissiper sa crainte. La décision de l'équipe de ne pas appliquer de contention à son mari devrait susciter son adhésion (compromis/consentement). Ainsi, le but poursuivi par l'équipe de satisfaire le besoin de M. Lord de se mouvoir librement serait reconnu avec tous les avantages qu'il contient : la préservation de sa mobilité, de son intégrité physique et de sa qualité de vie. L'équipe peut ajouter qu'il y aura régulièrement une surveillance de ses faits et gestes, une réévaluation de la décision et que madame sera informée s'il y a des modifications.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À L'ÉTAPE 5 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **5** RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

- Réévaluer l'état de santé et l'efficacité des mesures de remplacement.
- Réajuster le plan d'interventions.

SITUATION CLINIQUE DE M. LORD (SUITE)

Le résident erre sans cesse. Il s'arrête à peine pour manger. Au moment du coucher, M. Lord refuse même d'être mis au lit. Avisé, le médecin a fait une investigation poussée des comportements d'errance. Outre son diagnostic de démence, d'autres facteurs comme l'insécurité liée à la nouveauté de l'environnement et des personnes gravitant autour de lui ou l'incapacité d'exprimer ce qu'il ressent aggravent ses comportements d'errance.

Des solutions non médicamenteuses ont été essayées pour traiter le problème de la marche constante et de l'incapacité de prendre conscience qu'il doit dormir la nuit : limiter le territoire d'errance, l'amener dans la salle commune, le faire participer aux activités, etc. Ces solutions se sont montrées efficaces le jour, mais le problème persiste le soir et la nuit.

Le plan d'interventions a été réévalué par l'équipe et discuté avec l'épouse. Une contention sera installée la nuit.

Pendant le jour, des mesures de remplacement ont été trouvées pour régler la question de la chute et de l'errance en tenant compte des besoins de la personne (cycle de sommeil et liberté de déplacement) et de l'organisation du travail (soins d'hygiène donnés plus tard dans la matinée et surveillance des comportements d'errance). Au cours de la soirée et pendant la nuit, ces interventions ne sont plus suffisantes.

Le formateur revoit le module *Errance*, notamment la section « Pour un changement de pratique » qui aide à comprendre les comportements d'errance, à les décoder, à

rechercher les facteurs qui prédisposent et déclenchent l'errance, à rédiger le plan d'interventions en agissant sur les cinq dimensions du *Modèle explicatif Kayser-Jones*.

Quelle contention vous semble la plus sécuritaire et, en même temps, la moins contraignante pour résoudre le problème de nuit?

Puisqu'il ne peut pas prendre conscience qu'il est l'heure de dormir et qu'il faut lui assurer un minimum d'heures de sommeil, l'équipe interdisciplinaire a retenu l'installation d'une ceinture de contention abdominale qui lui rappelle de rester au lit la nuit. Les participants peuvent discuter de divers modèles de contention de ce type (voir le module *Soins et surveillance* en présence de mesures de contrôle).

Pour s'assurer que le choix d'une contention est sécuritaire, il faut répondre aux questions suivantes : quels mouvements veut-on contraindre? Que disent les normes du fabricant sur une installation sécuritaire?

Comment documenteriez-vous le dossier?

Le module *La documentation* dresse la liste des points qui doivent faire partie d'une documentation détaillée de la mise sous contention. Ces points sont : ce qui a motivé l'application de la contention la nuit, le consentement de l'épouse, les mesures de remplacement, les réactions du résident, le type de contention utilisé, son efficacité, la fréquence et la durée d'application, les éléments de surveillance, les rôles et les responsabilités de chaque intervenant en matière de soins et de surveillance, etc.



Vignette : Les chutes

CAS : M^{me} TURGEON

- Étapes de la grille de prise de décision : 4 et 5.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE M^{ME} TURGEON

- Effectuer le plan de soins et de surveillance d'une personne sous contention.
- Réévaluer la pertinence de la mesure de contrôle.
- Discuter avec les proches du plan d'interventions et le documenter au dossier.

SITUATION CLINIQUE DE M^{me} TURGEON

Une dame de 89 ans souffre d'un type sévère de démence avancée. Elle a déjà été opérée pour une prothèse totale de hanche, mais ne peut plus marcher, ni avec une aide technique ni avec l'aide d'une personne.

Après évaluation, le physiothérapeute confirme qu'elle ne peut plus se tenir sur ses jambes, faute de force musculaire.

M^{me} Turgeon répète plusieurs fois dans la journée qu'elle veut sortir du lit pour téléphoner à son fils et lui dire de la ramener à la maison. À quelques reprises, elle a essayé de sortir de son lit. On l'a retrouvée les jambes hors des ridelles de lit. Il est même arrivé une fois de la retrouver par terre, sans blessure heureusement.

LES TROIS PROCHAINES QUESTIONS RÉFÈRENT DIRECTEMENT À L'ÉTAPE 4.

ÉTAPE **4** COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À L'ÉQUIPE

- Communiquer le plan d'interventions à la personne, aux proches et à l'équipe et s'assurer qu'il est appliqué.
- Laisser des traces de la décision et de sa justification.

La situation met en évidence les limites des participants à trouver des interventions alternatives à la contention. Le formateur doit leur rappeler que la communication avec les proches et surtout avec le résident est primordiale. Les éléments sur lesquels porte la communication tant avec les proches que le résident sont expliqués au module *La communication*.

Quand on a essayé toutes les mesures de remplacement sans succès et que les risques restent suffisamment élevés pour menacer l'intégrité physique d'une personne, l'équipe se rend à l'évidence qu'il faut recourir à la contention.

Quelle est la contention la plus sécuritaire et la moins contraignante dans le cas de M^{me} Turgeon?

Avant de parler de la contention la moins contraignante ou après l'avoir nommée, les participants doivent identifier le but poursuivi. Ce but doit tenir compte du maintien de l'intégrité psychologique et de la qualité de vie de cette résidente très vulnérable.

À l'aide du module *Soins et surveillance*, les participants revoient les avantages et les inconvénients de chacune des solutions retenues.

Pour s'assurer que le choix d'une contention est sécuritaire, il faut répondre aux questions suivantes : Quels mouvements veut-on contraindre? Que disent les normes du fabricant sur une installation sécuritaire?

Les participants devraient distinguer la situation de M^{me} Turgeon selon qu'elle est alitée ou assise au fauteuil.

Quels seraient les soins et la surveillance en lien avec la contention choisie?

Le formateur invite les participants à identifier les soins et la surveillance ayant trait :

- à la dimension physique : les paramètres vitaux, la mobilité, l'hygiène, l'hydratation, l'élimination et le confort;
- à la dimension psychologique : l'état mental;
- au maintien de la relation thérapeutique.

Comme M^{me} Turgeon ne peut pas marcher, le fauteuil roulant est l'unique alternative. Le plan de surveillance doit prévoir des interventions spécifiques en regard de la satisfaction des besoins fondamentaux, notamment celui du maintien de la relation afin de pallier l'isolement et le risque de delirium. La résidente se trouve dans un état de grande vulnérabilité par rapport à son appartenance à une communauté de personnes. Malgré sa démence avancée, il est important de la placer parmi les autres et, s'il le faut, rapprocher son lit du poste des infirmières.

Le formateur aide les participants à identifier d'autres soins et points de surveillance.

Quelles notes seront inscrites au dossier de M^{me} Turgeon?

Les notes devraient porter sur le processus décisionnel qui a eu cours en matière de contention et sur les efforts déployés pour respecter assidûment le plan de surveillance que l'équipe s'est donné. Les recommandations du module *Documentation* précisent que les notes au dossier doivent refléter le processus décisionnel et les modalités d'application de la mesure du contrôle de même que l'obtention du consentement substitué, les informations données aux proches, les mesures essayées préalablement, la période d'application de la contention avec ses arrêts et reprises, le genre de contention, etc.

LA PROCHAINE QUESTION RÉFÈRE À L'ÉTAPE 5 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

SITUATION CLINIQUE DE M^{me} TURGEON (SUITE)

Vous donnez des informations au fils de M^{me} Turgeon au sujet du processus

décisionnel entourant l'application de la contention et du plan de surveillance. Il semble être d'accord, mais vous demande : « Durant combien de temps ce plan de surveillance sera-t-il appliqué? »

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 5 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **5** RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

- Réévaluer l'état de santé et l'efficacité des mesures de remplacement.
- Réajuster le plan d'interventions.

En regard de la préoccupation du fils, que répondez-vous ?

Le formateur rappelle que le plan donne une conduite et assure une continuité, mais le professionnel a l'obligation de le réévaluer de façon régulière en concordance avec l'état de santé de la résidente. Lors de la visite d'un proche, le moment est approprié pour parler du plan de soins et de surveillance avec lui afin de lui permettre d'exprimer ses croyances à ce sujet. Sa collaboration sera aussi renforcée, notamment pour éviter l'isolement social de sa mère.



VIGNETTE

- **Le delirium**

Vignette : Le delirium

CAS : M^{me} LAMY

- Questions liées aux étapes 1, 2 et 3 du processus de prise de décision.

La vignette présentée ici permet au formateur d'amener les participants à réfléchir sur le processus de décision en regard du delirium (comme interférence aux traitements), raison souvent invoquée par les intervenants et les proches pour justifier l'application de la contention.



Vignette : Le délirium

CAS : M^{me} LAMY

- Questions liées aux étapes 1, 2 et 3 du processus de prise de décision.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE

- Évaluer le niveau de risque de delirium chez une personne hospitalisée aux soins intensifs.
- Mettre en place un plan d'interventions visant à dépister et à prévenir le delirium afin de réduire l'utilisation de la contention.

SITUATION CLINIQUE DE M^{me} LAMY

Il y a deux jours, M^{me} Lamy, une patiente de 78 ans diabétique de type 2 avec antécédents d'une maladie coronarienne aiguë, a été admise à l'unité des soins intensifs, en passant par les urgences, avec un diagnostic de colite au C difficile compliquée d'une hypotension, d'une déshydratation et d'un état septique.

La colite s'est développée à la suite d'un traitement aux antibiotiques pour une infection urinaire alors qu'elle était hospitalisée pour une fracture du pied dans un autre hôpital. Hier, M^{me} Lamy a subi une résection du côlon. Son séjour à l'unité des soins intensifs n'avait pas été planifié lors de la période préopératoire.

Jusqu'à son arrivée à l'hôpital, elle vivait seule à la maison et vaquait adéquatement à ses activités de la vie quotidienne.

Actuellement, M^{me} Lamy est alitée, elle bouge peu et réagit faiblement quand on s'approche d'elle. Lorsqu'on la questionne ou qu'on lui parle, elle demeure muette et n'ouvre pas les yeux. Lors des installations, elle semble souffrante, gémit, dit « Oyoyoyoy! » et crispe les mains.

LES DEUX PREMIÈRES QUESTIONS FONT APPEL AUX ÉTAPES 1 ET 2 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Il est 8 heures et vous commencez votre quart de travail. Quelle est la première étape à accomplir en regard de la prévention du delirium dans cette situation?

Le formateur demande aux participants de faire l'évaluation de la situation, l'analyse et l'interprétation des données observées qui aident à prévenir le delirium.

Afin de répondre à cette question, le formateur invite les participants à consulter les modules *Le delirium* et *Interférence aux traitements incommodes*.

Les comportements observés chez M^{me} Lamy sont les suivants : elle bouge peu et réagit faiblement quand on s'approche d'elle. Elle est muette si on lui pose une question et ses yeux ne s'ouvrent pas. Elle semble souffrante aux installations, gémit et crispe les mains.

Le formateur invite ensuite les participants à passer en revue les facteurs de risque de delirium chez M^{me} Lamy à l'aide du tableau du module *Delirium*. L'évaluation sera d'autant plus rigoureuse et précise que les intervenants auront développé la compétence et l'approche pour évaluer le risque de delirium. La contribution des connaissances et des compétences de l'équipe s'avère primordiale quand un patient ne peut répondre pour lui-même.

Dans la situation de M^{me} Lamy, il existe plusieurs facteurs de risque :

Facteurs qui prédisposent au delirium :	Facteurs qui facilitent le développement du delirium :	Facteurs qui précipitent le delirium :
<ul style="list-style-type: none">• Alcoolisme*?• Hypertension artérielle?• Âgée de 65 ans et plus• Autres maladies?• Admission urgente• Tabagisme?• Chirurgie récente• Maladie coronarienne aiguë*• Dénutrition*	<ul style="list-style-type: none">• Immobilité• Perturbation du cycle sommeil/éveil• Stress• Perturbations sensorielles auditives ou visuelles	<ul style="list-style-type: none">• Douleur mal contrôlée• Médicaments administrés tels que les benzodiazépines**, les opiacés**, les diurétiques, etc.• Surstimulation (environnement des soins intensifs)• Infection* au C difficile et état septique• Déshydratation/*perte de volume liquidien• Appareillage (solutés et tubulures)• Sevrage d'alcool*ou de médicaments?*• Sévérité de la maladie à l'arrivée (APACHE)

Le formateur invite les participants à relever les facteurs de risque marqués d'un astérisque, donc plus importants que d'autres dans le risque de développer un delirium.

À partir des facteurs de risque identifiés, à quel niveau de risque évalueriez-vous M^{me} Lamy?

Dans la situation actuelle, M^{me} Lamy présente de nombreux facteurs de risque de delirium dont plusieurs sont marqués d'un astérisque. Elle est donc à haut risque de développer un delirium.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 3 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE 3 PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

SITUATION CLINIQUE DE M^{me} LAMY (SUITE)

La fille de M^{me} Lamy arrive pendant que vous donnez des soins à sa mère. Elle vous explique que les « Oyoyoyoy! » de sa mère sont sa façon habituelle de s'exprimer, qu'ils ne répondent pas nécessairement à l'expression de la douleur ressentie. De plus, la fille vous fait part de l'anxiété de longue date de sa mère, soulagée par la consommation quotidienne de vin et par la prise de benzodiazépines.

À la lumière de votre évaluation et des données complémentaires recueillies, quelles sont les interventions visant à prévenir le delirium?

Le formateur invite les participants à passer en revue la liste du module *Delirium* sur les interventions centrées sur la personne et sur l'environnement pour prévenir le delirium.

Le formateur rappelle que le but recherché dans la planification des interventions visant à prévenir le delirium est de conserver ou de rétablir la vie d'une personne en position d'extrême vulnérabilité.

Dans le cas de M^{me} Lamy, les interventions utiles sont les suivantes :

- Corriger l'état septique par l'antibiothérapie;
- Évaluer les effets des opiacés et des benzodiazépines sur les réactions de la personne;
- Réveiller temporairement M^{me} Lamy en diminuant ou en cessant la médication analgésique pour faire l'évaluation de son état neurologique;
- Évaluer les effets des opiacés et des benzodiazépines sur ses réactions afin d'individualiser le dosage;
- Réviser la médication et observer les signes et les comportements liés à la douleur qu'on soupçonne de provoquer les gémissements de M^{me} Lamy;
- Évaluer la pertinence de chacun des traitements : les sondes, les tubulures, les appareillages, etc.;
- Assurer un suivi médical attentionné;
- Repérer les signes de déshydratation et apporter des corrections si nécessaire;
- Oxygéner suffisamment;
- Administrer des soins de confort physique et psychologique;
- Faire l'évaluation neurologique du niveau de conscience et d'attention;
- Vérifier la présence ou non d'hallucinations;
- Surveiller l'orientation et l'organisation de la pensée;
- Surveiller les signes d'agitation ou de ralentissement;
- Etc.



VIGNETTE

- **L'interférence aux traitements chez le jeune enfant**
- **L'interférence aux traitements chez l'enfant plus âgé**
- **L'interférence aux traitements chez l'enfant intubé**

Vignette : L'interférence aux traitements chez le jeune enfant

CAS : VICTOR

Questions liées aux étapes 1, 2 et 3 du processus de prise de décision.

ET

Vignette : L'interférence aux traitements chez l'enfant plus âgé

CAS : MARIA

Questions liées aux étapes 1, 2 et 3 du processus de prise de décision.

Question complémentaire :

- Les différences culturelles et le soulagement de la douleur.

ET

Vignette : L'interférence aux traitements chez l'enfant intubé

CAS : THOMAS

Questions liées aux étapes 1, 2, 3, 4 et 5 du processus de prise de décision.

Les trois vignettes cliniques présentées ici permettent au formateur de faire réfléchir les participants sur le processus de décision en regard de l'interférence aux traitements chez des enfants d'âges différents, l'interférence aux traitements étant une raison souvent invoquée par les intervenants et les proches pour justifier l'application de la contention.



Vignette : L'interférence aux traitements chez le jeune enfant

CAS : VICTOR

- Questions liées aux étapes 1, 2 et 3 du processus de prise de décision.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE DE VICTOR

- Établir une relation de confiance avec le parent du jeune enfant comme condition essentielle à sa collaboration au traitement.
- Évaluer les facteurs de risque d'interférence à un traitement inconfortable chez un jeune enfant de huit mois hospitalisé.
- Analyser le niveau de risque d'interférence à un traitement inconfortable chez ce jeune enfant en tenant compte de l'expérience et des valeurs de l'intervenant, de l'équipe et du parent.
- Choisir, avec la collaboration du parent, les interventions les moins contraignantes visant à prévenir l'interférence à un traitement inconfortable chez ce jeune enfant.
- Comprendre et répondre objectivement à une critique du parent.

SITUATION CLINIQUE DE VICTOR

Victor, âgé de huit mois, est arrivé à l'unité de pédiatrie vers 15 heures après un court séjour aux urgences. Le médecin soupçonne un diagnostic de méningite. L'enfant est somnolent et il fait de la fièvre. Les prélèvements de sang à des fins de culture ont été effectués aux urgences.

Il est 16 heures et l'infirmière qui commence son service doit lui installer un soluté pour l'administration d'antibiotiques intraveineux. Elle prépare le plateau de matériel. L'infirmière décide de ne pas utiliser une crème anesthésiante parce que celle-ci met trop de temps à agir.

Arrivée au lit de Victor, elle voit sa mère qui pleure et qui lui dit : « Je suis très inquiète ». L'infirmière a besoin de sa collaboration pour installer le soluté.

LES QUATRE PREMIÈRES QUESTIONS FONT APPEL AUX ÉTAPES 1 ET 2 DU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Que ferez-vous pour obtenir la collaboration de la mère?

Le formateur amènera les participants à réfléchir sur la pertinence de l'utilisation de la contention, appelée plus souvent immobilisation thérapeutique, le temps de réaliser un traitement auprès d'un jeune enfant en tenant compte de son âge et de la présence d'un parent à son chevet.

La situation implique un bébé qui ne peut ni consentir ni comprendre ce qui se passe. Les participants prennent conscience qu'ils sont dans l'obligation d'interagir avec un tiers, en l'occurrence la mère, contrairement à ce qui se passe habituellement avec une personne autonome. C'est donc à la mère, dans ce cas-ci, que revient la responsabilité du consentement substitué en dépit de l'anxiété et parfois de la forte culpabilité qu'elle ressent.

En pédiatrie, avec les tout-petits, le dialogue se fait avec le parent même si le soin porte sur l'enfant. L'intervenant travaille toujours en triangle. L'établissement du lien de confiance est primordial. Par conséquent, l'infirmière doit poser les actions suivantes :

- prendre le temps de se présenter et d'ouvrir un dialogue avec la mère, la laisser exprimer ce qu'elle ressent vis-à-vis de Victor;
- l'écouter attentivement et la reconforter (à cet effet, s'aider des modules *Communication et Consentement*, notamment ce qui concerne le consentement substitué);
- ce n'est qu'après s'être occupée de la mère que l'infirmière pourra lui demander si elle se sent capable de l'aider à tenir Victor pour l'installation du soluté.

Quels sont les comportements de Victor et de sa mère qui risquent d'interférer à l'installation du soluté et quelles en sont les causes?

Les participants sont invités à décoder les comportements, les causes d'interférence au traitement incommode chez Victor à l'aide du module *Modèle explicatif Kayser-Jones*, avec ses cinq dimensions, et du module *L'interférence aux traitements incommodes*, notamment la section intitulée « Évaluation et recherche de causes de l'interférence aux traitements incommodes ». Dans la situation de Victor, les causes et les facteurs de risque sont :

- le très jeune âge de l'enfant qui ne comprend pas ce qui se passe et qui ne peut collaborer (stade de développement);
- l'urgence de la procédure (état physique);
- le peu de temps disponible pour préparer psychologiquement la mère et l'enfant (état mental et agitation);
- l'environnement hospitalier nouveau et anxiogène (stress);
- la peur du visage inconnu de l'infirmière (stress);
- la probabilité de douleurs généralisées à cause de la fièvre et de la maladie (la douleur);
- l'installation d'un soluté qui provoque de la douleur (la douleur);
- l'inquiétude de la mère (cause liée à la famille);
- etc. (voir d'autres facteurs énumérés au module *Interférence aux traitements incommodes*).

À quel niveau de risque d'interférence à son traitement évalueriez-vous Victor avant l'installation du soluté?

Le formateur amène les participants à prendre conscience que, en plus de l'évaluation de l'état de santé, il leur faut émettre un jugement sur le niveau de

sévérité du risque présent. Généralement, le nombre de facteurs de risque et leur intensité sont variables d'un individu à l'autre. De plus, ce n'est pas seulement le nombre de facteurs qui détermine le niveau de risque, mais aussi l'intensité de chacun d'eux ou même l'association de plusieurs d'entre eux. L'algorithme de décision du module *Interférence aux traitements incommodants* facilite l'évaluation du niveau de risque et la prise de décision subséquente.

Dans le cas de Victor, son état de santé nécessite un traitement rapide. De plus, le facteur « âge » prend de l'importance. Comme Victor ne comprend pas ce qui se passe, l'installation du soluté lui occasionnera une douleur assez vive et il est impossible de s'attendre à une forme de collaboration. Le niveau de risque pour sa vie et le niveau de risque d'interférence à l'installation du soluté sont très élevés. L'immobilisation thérapeutique est requise.

Dans l'algorithme de prise de décision, il faut se référer à la partie « Ne coopère pas ». La conduite favorisée est d'expliquer la procédure au parent et d'utiliser une immobilisation thérapeutique.

À quel niveau de risque d'interférence à son traitement évalueriez-vous Victor une fois le soluté installé?

Le niveau de risque est très élevé puisque les comportements anticipés de Victor ainsi que leur cause demeurent les mêmes qu'auparavant.

Dans l'algorithme de prise de décision, la conduite est aussi la même : expliquer la procédure utilisée à la mère et utiliser l'immobilisation thérapeutique.

LES TROIS PROCHAINES QUESTIONS FONT APPEL À L'ÉTAPE 3 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE 3 PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

Les participants sont appelés à discuter de leurs différentes perceptions (valeurs, croyances, connaissances) de leur responsabilité professionnelle de protéger Victor contre les blessures physiques, mais aussi de protéger son intégrité psychologique. La mise en commun de leurs perceptions devrait déboucher sur l'identification d'un but commun : la recherche de moyens d'immobilisation efficaces pour protéger l'intégrité physique tout en minimisant les conséquences psychologiques néfastes.

Quelles sont les interventions à planifier pour l'immobilisation thérapeutique?

Le plan d'interventions est le suivant :

- Demander la collaboration de la mère à l'immobilisation de l'enfant en le tenant dans ses bras. Cette solution est la meilleure étant donné la capacité qu'elle a de rassurer ou de consoler Victor qui la connaît bien. Il est important de s'assurer qu'elle est prête à immobiliser l'enfant. Dans un cas de refus de la part de la mère, l'autre intervention sera de demander la collaboration d'une collègue pour immobiliser Victor.
- Expliquer à la mère comment Victor doit être immobilisé : l'emballoter dans une couverture en laissant un bras sorti, choisir, dans la mesure du possible, le bras en tenant compte du fait que l'enfant est droitier ou gaucher, lui parler à voix douce, etc.

Quelles sont les interventions à suggérer à la mère pour que le soluté reste bien en place une fois installé?

Le plan d'interventions est le suivant :

- Mettre la créativité de la mère à contribution pour permettre à l'enfant d'évacuer sa frustration liée à la douleur du traitement et à l'immobilisation forcée : le tenir dans ses bras, le cajoler, prendre le jouet de peluche préféré de l'enfant, etc.

Le but des interventions est de laisser le plus d'autonomie de mouvement à l'enfant pour jouer. L'installation du soluté a nécessité l'utilisation d'une planchette, placée sous le bras, qui laisse la flexibilité au poignet pour prendre un jouet ou, du moins, pour se servir de la main. La planchette, les manières de

camoufler le soluté et les tubulures ne sont pas des contentions. Ce sont des mesures de remplacement.

SITUATION CLINIQUE DE VICTOR (SUITE)

Un peu plus tard dans la soirée, vous remarquez que la mère surveille le bras de Victor de manière exagérée en l'empêchant d'utiliser cette main pour prendre un jouet. Vous vérifiez comment elle se sent. Elle répond : « Victor a beaucoup plus pleuré quand vous avez installé le soluté qu'au moment où l'infirmière a fait les prélèvements de sang aux urgences. J'espère que vous n'aurez pas à recommencer. »

Comment réagissez-vous à cette remarque?

Le formateur rappelle aux participants qu'ils doivent se poser cette question : l'intervention choisie était-elle à la satisfaction de la mère? L'infirmière peut avoir interprété que la mère était d'accord à collaborer de la façon proposée, mais il se peut que la mère ait vu les choses autrement. Aurait-elle vu une autre façon moins traumatisante pour Victor de faire les choses?

D'abord, il faut écouter la plainte de la mère et essayer de comprendre ce qu'elle ressent. Il importe de lui manifester de l'empathie et de lui expliquer que l'enfant malade pleure beaucoup chaque fois qu'on le pique. Il faut lui dire qu'elle a raison de se préoccuper des pleurs, mais qu'il faut surtout observer si les moyens pris pour l'immobiliser sont les moins contraignants pour lui et si les pleurs cessent une fois le traitement effectué.

Il est important de rassurer la mère en lui disant que les distractions l'aident à oublier la contrainte, que l'administration des antibiotiques se fait par le soluté et n'engendre pas de douleur supplémentaire.

L'intervenante doit éviter de prendre cette critique comme une attaque contre ses compétences professionnelles. Elle doit aussi éviter de se sentir dévalorisée et de se sentir concernée. Si ce réflexe apparaît automatiquement, il doit être reconnu et mis de côté. Le formateur invite les participants à réviser le module *Communication*, notamment ce qui concerne les habiletés communicationnelles : a) explorer le problème; b) comprendre la perspective de la mère en tant que personne unique en lui demandant comment elle s'est sentie devant l'autre infirmière et devant elle;

c) structurer la communication, redonner à la mère l'estime d'elle-même à titre de parent malgré des sentiments d'impuissance, de culpabilité, etc., d) tenir compte des valeurs de la mère. Il se peut que Victor ait moins pleuré lors des prélèvements aux urgences, mais plusieurs facteurs peuvent l'expliquer.



Vignette L'interférence aux traitements chez l'enfant plus âgé

CAS : MARIA

- Questions liées aux étapes 1, 2 et 3 du processus de prise de décision.
 - Questions complémentaires :
 - Les différences culturelles et le soulagement de la douleur.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE DE MARIA

- Évaluer les facteurs de risque d'interférence aux traitements incommodes chez un enfant capable de collaborer.
- Identifier des mesures de remplacement en regard de l'interférence aux traitements d'une fillette un peu agitée, capable de comprendre ce qui se passe et de collaborer.
- Nécessité incontournable d'informer la patiente et ses parents au sujet de la collaboration de l'enfant, capable de comprendre ce qui se passe.
- Répondre aux questions répétitives des parents.
- Réagir de manière constructive devant les suggestions des parents en regard de l'agitation de l'enfant qui peut mener à une interférence aux traitements incommodes.
- Faire participer le parent accompagnateur aux jeux thérapeutiques.

SITUATION CLINIQUE DE MARIA

Maria, cinq ans, vient d'être opérée d'urgence pour appendicectomie. Ses parents l'ont transportée à l'hôpital où on a rapidement diagnostiqué une appendicite aiguë. Encore sous l'effet de l'anesthésie, elle arrive à l'unité de soins. Ses signes vitaux sont stables, mais elle semble souffrante à en juger par ses gémissements et le fait qu'elle porte la main à son pansement du côté droit de l'abdomen. Vous remarquez aussi que, plus elle se réveille, plus elle a tendance à toucher et même à tirer sur sa sonde urinaire. Quand vous vous approchez d'elle, elle crie : « Maman! » et vous administrez quelques tapes. La mère est au chevet.

LES DEUX PREMIÈRES QUESTIONS FONT APPEL AUX ÉTAPES 1 ET 2 DU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

Que ferez-vous pour obtenir la collaboration de la mère?

Le formateur amène les participants à réfléchir sur la pertinence de l'utilisation de la contention chez un jeune enfant capable de comprendre ce qui se passe en présence d'un parent à son chevet.

La situation implique un enfant qui ne peut consentir, mais qui peut comprendre ce qui se passe. Les participants prennent conscience qu'ils sont dans l'obligation d'interagir d'abord avec l'enfant et ensuite avec un tiers, la mère en l'occurrence, contrairement à ce qui se passe habituellement avec une personne autonome. C'est donc à la mère, dans ce cas-ci, que revient la responsabilité du consentement substitué.

En pédiatrie, avec les jeunes enfants, le dialogue se fait donc avec le parent même si le soin porte sur l'enfant. L'intervenant travaille toujours en triangle. L'établissement du lien de confiance est primordial. Par conséquent, l'infirmière doit poser certaines actions :

- Prendre le temps de se présenter et d'ouvrir un dialogue avec la mère, la laisser exprimer ce qu'elle ressent vis-à-vis de Maria;
- L'écouter attentivement et la reconforter (à cet effet, revoir les modules *Communication et Consentement*, notamment ce qui concerne le consentement substitué);
- Ce n'est qu'après s'être occupée de la mère que l'infirmière pourra lui demander si elle se sent capable de l'aider à tenir l'enfant pour l'installation du soluté.

Les participants sont invités à faire l'évaluation des comportements, des causes et des facteurs de risque d'interférence au traitement incommode qu'est le soluté chez Maria à l'aide des modules *Modèle explicatif Kayser-Jones*, avec ses cinq dimensions, et *Interférence aux traitements incommodes*. Dans la situation de Maria, les causes et les facteurs de risque sont :

- le jeune âge de l'enfant qui peut comprendre ce qui se passe, mais qui est sous l'effet de l'anesthésie;
- la pertinence de la sonde urinaire pendant les premières 24 heures postopératoires;
- l'inconfort de la sonde urinaire;
- l'environnement hospitalier, le bruit;
- le stress opératoire;
- la douleur à l'endroit opéré;
- le soluté;
- etc.

À quel niveau de risque d'interférence à son traitement évalueriez-vous Maria?

Le formateur amène les participants à prendre conscience que, en plus de l'évaluation de l'état de santé, il leur faut émettre un jugement sur le niveau de sévérité du risque. Généralement, le nombre de facteurs de risque et leur intensité sont variables d'un individu à l'autre. De plus, ce n'est pas seulement le nombre de facteurs qui détermine le niveau de risque, mais aussi l'intensité de chacun d'eux ou même l'association de plusieurs d'entre eux. L'algorithme de décision du module *Interférence aux traitements incommodes* facilite l'évaluation du niveau de risque et la prise de décision subséquente.

Dans le cas de Maria, son état de santé est stable. Le facteur « âge » a aussi de l'importance. Même si elle peut comprendre ce qui se passe, sa sonde urinaire et son pansement à l'aîne provoquent tout de même de l'inconfort dont elle veut se débarrasser. De plus, elle est trop endormie pour qu'on puisse s'attendre à une forme de collaboration de sa part. Maria est confuse, un peu agitée et combative en plus d'être sous l'effet d'anesthésiques et d'analgésiques.

Dans l'algorithme de décision, il faut se référer aux parties « Ne coopère pas » et « Pas de menace pour sa vie ». La contention n'est pas requise.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT APPEL À L'ÉTAPE 3 DU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

Quelles sont les mesures de remplacement à planifier?

L'algorithme du module *L'interférence aux traitements incommodes* suggère d'essayer le jeu thérapeutique et de distraire l'enfant.

D'autres mesures de remplacement sont possibles :

- Demander à la mère de retenir la main de Maria quand celle-ci touche la sonde urinaire ou lui demander de la distraire étant donné que le but des interventions est de protéger l'intégrité physique de Maria tout en minimisant les conséquences psychologiques néfastes de la contention. Ces solutions permettent à la sonde de rester en place et n'ajoutent pas de stress supplémentaire à Maria.
- Discuter avec le médecin de la pertinence de la sonde urinaire. S'il n'y a pas de menace pour l'intégrité physique de l'enfant, la sonde pourrait être enlevée un peu plus tôt.

- Soulager la douleur rendra l'enfant plus confortable et réduira l'agitation, le réflexe de toucher le pansement et la sensation de la sonde urinaire. Il existe une échelle d'évaluation de la douleur pour la clientèle pédiatrique. Au lieu d'être quantitative comme chez les adultes où elle est graduée de 1 à 10, l'échelle pédiatrique est qualitative : des visages expriment par des sourires ou des grimaces le degré de douleur ressenti. Se servir de cette échelle.
- Diminuer les stimuli tels les excès de lumière et de bruit afin de favoriser le sommeil ou le repos.
- Manipuler délicatement l'enfant lors des mobilisations pour ne pas ajouter à son mal.
- Montrer aux parents comment tenir un oreiller sur le ventre de Maria quand elle tousse ou fait des efforts. La pression de l'oreiller empêche la sensation d'étirement.
- Lui parler de façon réconfortante et encourager les parents à lui parler pour qu'elle se sente en terrain connu.
- Etc.

Les interventions sont communiquées à la mère (étape 4 du processus de décision) et la réévaluation de l'efficacité des mesures de remplacement (étape 5 du processus de décision) permet à l'équipe de conclure qu'elles sont suffisantes pour ne pas appliquer de contention. La surveillance effectuée par la mère est efficace.

QUESTION COMPLÉMENTAIRE

Les différences culturelles et le soulagement de la douleur.

SITUATION CLINIQUE DE MARIA (SUITE)

Les parents de Maria sont d'origine latino-américaine et sont arrivés depuis quelques années au Québec. Ils parlent un assez bon français. Devant la douleur que ressent leur fille et l'agitation que cela provoque, ils proposent à l'infirmière de lui faire boire, dès qu'elle sera suffisamment réveillée, une « tisane » utilisée couramment dans leur pays. Selon eux, l'effet calmant de la tisane est de loin supérieur à tous les médicaments administrés à l'hôpital. Pour les parents de Maria, il s'agit d'une excellente mesure de remplacement.

La question complémentaire demande des habiletés communicationnelles spécifiques en regard des valeurs et des croyances vis-à-vis de produits thérapeutiques provenant de contextes culturels différents. Il ne s'agit pas de dire aux parents de Maria que leurs médicaments n'ont aucune valeur, mais plutôt qu'on ne connaît pas leurs effets en association avec d'autres médicaments connus et que ces associations peuvent parfois être dangereuses. Voir le module *Communication*.

De plus, les parents de Maria sont légalement responsables de Maria. Leur autonomie doit être respectée. Mais l'équipe reconnaît qu'elle est confrontée à des manières de faire différentes de celles qui se font à l'hôpital.

Comment traiteriez-vous cette suggestion de « tisane » avec les parents de Maria?

- Il faut leur rappeler que l'infirmière ne peut administrer autre chose que ce qui est prescrit par le médecin et leur expliquer les effets néfastes des interactions médicamenteuses entre les médicaments prescrits pour Maria et d'autres produits, même s'ils sont naturels.
- Une attitude d'ouverture est importante à ce moment devant la médecine traditionnelle d'autres pays et cultures qui a eu du succès depuis des millénaires.
- Il faut éviter des jugements condescendants et méprisants. Au contraire, un dialogue ouvert sur la nature du produit et dans quelles circonstances il est administré serait fort utile. Le dialogue évite que les parents ne soient offensés et ne donnent le produit à l'insu des intervenants.
- De plus, il est recommandé d'en parler au médecin et au pharmacien qui peuvent n'y voir aucun inconvénient, mais en tenir compte au moment de rédiger l'ordonnance au congé.

SITUATION CLINIQUE DE MARIA (SUITE)

Chaque fois que Maria gémit, qu'elle veut tirer sur sa sonde urinaire ou toucher au pansement, les parents sont dans tous leurs états et reprennent leurs questions à propos de la tisane. Ils ont bien compris que la médecine nord-américaine diffère de la leur, mais un point reste confus pour eux : comment se fait-il qu'on insiste tant sur leur collaboration et que, en même temps, on refuse de les laisser administrer des soins de leur tradition?

Comment traiter cette demande répétitive et embarrassante?

- Les participants sont invités à trouver une mesure de remplacement qui consiste à divertir les parents de la préoccupation « tisane ». Un moyen est de leur montrer à faire l'évaluation de la douleur, à leur expliquer la prescription des médicaments analgésiques, la fréquence d'administration, leurs effets, etc.
- Poursuivre inlassablement le dialogue avec les parents est incontournable. Les us et coutumes sont appris par l'éducation parentale et sociale. L'interprétation de la notion du consentement substitué telle que définie dans nos textes de loi ainsi que certaines manières de faire à l'hôpital peuvent aussi être incompréhensibles pour des adultes, même acculturés. L'intervenant ne peut prétendre qu'ils sont obtus ou inintelligents.
- Afin de permettre aux parents de se sentir utiles auprès de leur fille, l'équipe doit les encourager aux jeux thérapeutiques : permettre à Maria d'apposer un pansement à l'aine droite de son jouet en peluche ou de simuler un gémissement et de la colère pour qu'elle s'identifie et exprime ses sentiments. L'évacuation psychologique des frustrations soulage et aide à la récupération.



Vignette : L'interférence aux traitements chez l'enfant intubé

CAS : THOMAS

- Questions liées aux étapes 1, 2, 3, 4 et 5 du processus de prise de décision.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE DE THOMAS

- Examiner la perception (valeurs, croyances, connaissances) de l'équipe des soins pédiatriques en regard de la contention chez les enfants agités ou intubés aux soins intensifs qui sont capables ou non de collaborer au traitement.
- Nécessité incontournable d'informer le patient et ses parents sur la justification de la contention et sur le plan de surveillance en tenant compte de l'assentiment de l'enfant, capable de comprendre ce qui se passe, et de la famille.
- Faire l'évaluation continue d'une situation où on a recours à des mesures de remplacement chez un enfant intubé.
- Connaître le plan de soins et de surveillance du patient intubé en pédiatrie.
- Documenter correctement le dossier de l'enfant intubé soumis à un plan de surveillance.

SITUATION CLINIQUE DE THOMAS

Âgé de 10 ans, Thomas, asthmatique depuis sa jeune enfance, a dû être intubé et mis sous surveillance aux soins intensifs.

Les parents de Thomas sont séparés. Le garçon vit donc en garde partagée. Il est présentement chez son père. Peu avant l'incident, Thomas a été très contrarié parce que son père a refusé de le conduire à un match de hockey avec ses amis avant de partir pour la journée.

Dès l'apparition des premiers symptômes d'asthme, Thomas, qui n'avait pas

ses médicaments avec lui et était seul à la maison, a téléphoné lui-même au numéro 9-1-1 afin qu'on le conduise aux urgences de l'hôpital. L'infirmière a tenté de rejoindre les parents par téléphone. Aucun des deux ne répondait.

Finalement, le père a pris le message sur le répondeur en soirée, a téléphoné à l'hôpital pour prendre des nouvelles et a informé l'infirmière qu'il viendrait visiter Thomas aux premières heures du jour.

Du Versed et du Fentanyl ont été administrés à Thomas pour l'intubation. Il reçoit des médicaments pour traiter l'asthme. C'est maintenant la nuit et Thomas a de fréquentes périodes d'éveil au cours desquelles il s'agite pour parler. On le fait écrire sur un tableau pour répondre à ses besoins et aussi à ses questions. Quand son besoin est comblé, il se calme. Il est bien orienté dans les trois sphères.

Sa respiration s'améliore et la résolution de la crise d'asthme semble sur la bonne voie. Les infirmières du quart de nuit le surveillent attentivement afin d'éviter qu'il ne s'extube.

LES DEUX PREMIÈRES QUESTIONS FONT APPEL AUX ÉTAPES 1 ET 2 DU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

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

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.

- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

La situation met en évidence la difficulté pour les participants de trouver des mesures de remplacement à la contention chez un enfant intubé capable de comprendre ce qui se passe et de collaborer. Malgré le risque élevé d'extubation, la recherche de mesures de remplacement à la contention doit avoir lieu.

Est-ce un standard de pratique d'appliquer des contentions à tous les enfants intubés aux soins intensifs?

Le formateur en profite pour faire verbaliser les participants sur leurs croyances et leurs peurs pour l'intégrité physique de la personne, sur leur peur de représailles de la part du médecin traitant, sur leur manque de confiance en la compétence de certains intervenants ainsi que sur les réalités cliniques pour lesquelles l'application de la contention est souvent généralisée à tous les enfants intubés.

Le formateur doit entendre les peurs et voir que, dans ce milieu, le changement de pratique doit être guidé.

Le formateur aide à ébranler les arguments des participants convaincus de la nécessité de mettre sous contention tous les enfants intubés en faisant exprimer les positions les plus diverses.

L'application systématique de contentions chez un enfant capable de comprendre ce qui se passe et de collaborer ne doit pas être un standard de pratique. Au terme de cette discussion, les participants devraient avoir amorcé le virage vers la valorisation d'un questionnement d'équipe pour chaque cas.

Est-ce que l'extubation constitue un tel danger pour la vie qu'il faille appliquer une contention?

Oui, l'extubation constitue un danger pour la vie, mais ce n'est pas un motif pour systématiquement mettre les patients sous contention sans d'abord avoir fait l'évaluation de la situation, l'analyse et l'interprétation des données. Toutefois, dans un contexte d'incertitude comme il en arrive dans le milieu des soins intensifs, on suggère deux outils qui peuvent aider les intervenants à prendre de meilleures décisions.

Le formateur fait référence à deux outils pour évaluer la situation, l'analyser et interpréter les données : le tableau « Évaluation de la pertinence de l'utilisation de la contention physique chez le patient hospitalisé aux soins intensifs » et l'algorithme de prise de décision du module *L'interférence aux traitements incommodants*.

À l'aide du tableau, on situe le cas de Thomas au niveau 3 : la présence d'équipements (ventilation mécanique) ou de traitements dont l'autoretrait est une menace imminente pour la vie du patient en présence d'indicateurs de niveau 1. En effet, l'enfant n'est pas paralysé ni inconscient. Il est alerte et orienté dans les trois sphères. Il est sous l'observation constante du personnel.

Le tableau suggère que, en présence d'indicateurs de niveau 1, il n'est pas nécessaire d'appliquer la contention. Par conséquent, la contention ne peut être justifiée dans ce cas-ci.

À l'aide de l'algorithme de prise de décision du module *L'interférence aux traitements incommodants*, il faut se référer à la partie « Coopère » qui ne suggère pas de contention.

LES DEUX PROCHAINES QUESTIONS FONT RÉFÉRENCE AUX ÉTAPES 3 ET 4 DU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

ÉTAPE **4** COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS À LA PERSONNE, AUX PROCHES ET À L'ÉQUIPE

- Communiquer le plan d'interventions à la personne, aux proches et à l'équipe et s'assurer qu'il est appliqué.

- Laisser des traces de la décision et de sa justification. Si on applique une mesure de contrôle, ajouter des informations à propos du consentement et des modalités d'application, de soins et de surveillance.

Généralement, quelles sont les mesures de remplacement à la contention chez un enfant intubé de l'âge de Thomas et comment les choisit-on?

La recherche de mesures de remplacement se fait à l'aide de la liste des interventions recommandées au module *Interférence aux traitements incommodants*.

Le but poursuivi est le maintien de l'intégrité physique et psychologique de Thomas. Il s'agit de développer des stratégies centrées sur la personne, sur l'environnement et les équipements ainsi que sur les intervenants et l'organisation du travail. On peut résumer les stratégies ainsi :

- Encourager la présence des proches au chevet de l'enfant, les inviter à collaborer aux soins lorsque c'est possible;
- Installer confortablement l'enfant, intervention qui réduira l'agitation et le réflexe de toucher le tube endotrachéal;
- Diminuer les stimuli tels les excès de lumière et de bruit afin de favoriser le sommeil ou le repos;
- Manipuler délicatement l'enfant lors des mobilisations pour éviter l'agitation;
- Lui parler de façon réconfortante pour l'apaiser;
- Questionner la pertinence de maintenir le traitement qui nécessite des appareillages et explorer d'autres modes possibles pour une administration moins contraignante;
- Etc.

Comment communiquer le plan d'interventions au père de Thomas à son arrivée au chevet de son fils?

- Expliquer au père la situation de Thomas, c'est-à-dire pourquoi on l'a intubé. Expliquer aussi que, parce qu'il est orienté dans les trois sphères, il n'est pas porté à toucher à son tube. Pour cette raison, on a pris la décision de ne pas appliquer de contention.

- Écouter le père exprimer tout sentiment d'inquiétude ou de culpabilité. L'écoute bienveillante et sans jugement facilite la création d'une relation de confiance et facilite le rôle de parent.
- Encourager le père à parler à Thomas, à lui signifier sa présence.
- Etc.

LA PROCHAINE QUESTION FAIT RÉFÉRENCE À L'ÉTAPE 5 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **5** RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

- Réévaluer l'état de santé et l'efficacité des mesures de remplacement.
- Réajuster le plan d'interventions.

SITUATION CLINIQUE DE THOMAS (SUITE)

En lien avec l'état de santé, vous avez donc donné des informations au père de Thomas sur la décision de ne pas recourir à la contention, mais de plutôt trouver des mesures de remplacement. Il semble être d'accord, mais vous demande : « Si son état empirait, est-ce que vous continueriez les mesures de remplacement? »

En regard de la préoccupation du père, que répondez-vous?

L'important est de faire remarquer au père l'amélioration constante de la condition respiratoire de Thomas. Il serait important de lui demander ce qui le préoccupe en regard des mesures de remplacement.

Si l'état de santé de Thomas se détériorait et qu'il y avait un changement dans l'état de conscience, on pourrait avoir recours à la contention.

À cette réponse, on peut ajouter :

- que les infirmières assurent une continuité de soins et qu'elles ont une obligation de réévaluer de façon régulière l'état de santé de Thomas;
- des explications sur le plan de soins et de surveillance;
- que sa collaboration à la surveillance est souhaitée et appréciée;
- etc.



VIGNETTE

- **L'interférence aux traitements**

Vignette : L'interférence aux traitements

CAS : M. LEONE

Questions liées aux étapes 1, 2, 3, 4 et 5 du processus de prise de décision.

Question complémentaire :

- Le maintien de la relation thérapeutique entre l'équipe et les proches de la personne.

La vignette présentée ici permet au formateur d'amener les participants à réfléchir sur le processus de décision en regard de l'agitation comme interférence aux traitements chez une personne présentant des problèmes neurologiques, raison souvent invoquée par les intervenants et les proches pour justifier l'application de la contention.



Vignette : L'interférence aux traitements

CAS : M. LEONE

- Questions liées aux étapes 1, 2, 3, 4 et 5 du processus de prise de décision.
 - Question complémentaire :
 - Le maintien de la relation thérapeutique entre l'équipe et les proches de la personne.
-

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA SITUATION CLINIQUE DE M. LEONE

- Évaluer le niveau de risque d'interférence aux traitements chez une personne présentant de l'agitation et des désordres neurologiques moyens à sévères.
- Identifier le but recherché par l'équipe pour cette personne.
- Choisir des interventions/mesures de remplacement adaptées.
- Favoriser l'implication des proches dans la recherche de mesures de remplacement.
- Analyser les avantages, les inconvénients et les conséquences associés à chacune des interventions proposées.
- Discuter de la pertinence d'une contention.
- Communiquer le plan d'interventions aux proches.
- Comprendre la question du rôle des proches dans le consentement substitué.
- Résoudre un dilemme entre l'équipe et les proches et décider de moyens qui maintiennent la relation thérapeutique.
- Documenter le dossier de la personne.

SITUATION CLINIQUE DE M. LEONE

M. Leone est âgé de 70 ans et il hospitalisé depuis une semaine pour un accident vasculo-cérébral massif du côté gauche.

Incapable de se lever, il ne cherche pas non plus à le faire, mais il s'agite de temps en temps. Il se met à donner des coups de pied et tape la ridelle du lit avec sa main saine. Cette forme d'agitation dure quelques minutes.

Il arrive à se tourner seul du côté atteint.

Il peut exécuter des ordres simples comme ouvrir les yeux quand on le lui demande, mais ne peut pas indiquer s'il a mal ou montrer où il a mal. Il est incapable d'exprimer un besoin. L'évaluation faite par l'orthophoniste demandée en consultation confirme que sa compréhension est nulle et son expression orale, supprimée. Le reste du temps, il est apathique.

Une radiographie pulmonaire a montré une pneumonie par aspiration. Il fait de la fièvre et sa toux est grasse. Le médecin a prescrit une antibiothérapie intraveineuse.

Ensemble, le médecin et l'infirmière ont évalué quel était le meilleur endroit pour installer le soluté. Le choix s'est arrêté sur le bras atteint, mais, au bout de quelques heures, M. Leone a tenté de l'arracher. Le soluté a été réinstallé à son bras sain.

Son épouse passe une partie de la journée à son chevet et ses enfants viennent le visiter le soir. Ils expriment aux intervenants leur désarroi de ne plus le reconnaître tellement il a changé.

Ils n'arrivent pas à comprendre ce qu'il dit. Ils exercent une surveillance étroite, mais respectueuse des faits et gestes des intervenants et la communication entre la famille et les intervenants est adéquate.

LES DEUX PREMIÈRES QUESTIONS FONT RÉFÉRENCE AUX ÉTAPES 1 ET 2 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **1** ÉVALUATION DE LA SITUATION

- Observer les comportements.
- Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause.

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES OBSERVÉES DANS UN CONTEXTE DE SOINS

- Formuler des hypothèses liées à la personne ou à l'environnement.
- Émettre un jugement clinique sur l'état de santé et le niveau de sévérité du risque.

À quel niveau situez-vous le risque d'interférence de M. Leone à son traitement d'antibiothérapie intraveineuse ?

Le formateur invite les participants à faire l'évaluation de la situation, l'analyse et l'interprétation des données observées qui ont mené à l'installation du soluté dans le bras sain de M. Leone afin qu'il puisse recevoir le traitement d'antibiotiques sans recourir à une contention.

Les comportements qu'on observe chez M. Leone sont les suivants : il est incapable de se lever, il est incapable d'exprimer ses besoins, son état neurologique est sérieusement atteint, il est apathique, il s'agite, etc.

Dans le cas de M. Leone, les causes d'agitation sont probablement reliées à son état neurologique sévèrement atteint et à l'anxiété que suscite son incapacité à s'exprimer, à bouger, à se lever, etc.

Il est normal qu'il s'agite quand il ressent un inconfort. Les intervenants doivent décoder les besoins de M. Leone avec beaucoup d'attention et se faire aider des proches qui le connaissent. Toutefois, même eux ne le comprennent pas et le trouvent très changé.

À l'aide des modules *Comportements perturbateurs et Interférence aux traitements incommodants*, les intervenants passent en revue toutes les causes d'agitation sur lesquelles ils peuvent agir.

Comme l'accident neurologique est assez récent, il est encore impossible de prévoir la capacité de récupération du patient. En attendant les progrès, toutes les conditions sont mises en place pour lui permettre de récupérer : hydratation et alimentation, prévention des plaies de lit, prise en charge par les professionnels de la réadaptation, etc.

De plus, sa pneumonie requiert un traitement immédiat qui est réversible. Les conséquences liées au fait de ne pas recevoir le traitement d'antibiotiques pourraient lui être fatales. Le premier but visé est donc de traiter la pneumonie. Mais comme M. Leone ne comprend pas la nécessité de l'antibiothérapie intraveineuse, le niveau de risque d'interférer à son traitement est élevé.

Quelles raisons ont motivé le choix d'installer un soluté au bras du côté sain de M. Leone?

Le soluté a d'abord été installé au bras du côté atteint afin de laisser le maximum de liberté de mouvement à M. Leone. Puisque ce bras n'a que peu ou pas de sensation, l'installation du soluté est plus facile. Par contre, avec la main fonctionnelle, il lui a été facile d'enlever le soluté.

Devant l'interférence au traitement d'antibiotiques, le personnel n'a pas eu d'autre alternative que de l'installer du côté sain, imposant une forme de contrainte au mouvement. L'avantage de cette mesure est que M. Leone ne peut l'enlever avec sa main du côté malade, ce qui permet d'éviter la contention au poignet.

LES DEUX PROCHAINES QUESTIONS FONT RÉFÉRENCE À L'ÉTAPE 3 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **3** PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

- Planifier les interventions/mesures de remplacement.
- Prioriser les actions à entreprendre (prioritaires, rapprochées et à court terme).

À quelles interventions doit-on donner priorité pendant l'antibiothérapie intraveineuse étant donné que M. Leone est agité?

Le formateur rappelle qu'une des principales causes de l'agitation est l'incapacité d'exprimer ses besoins par la parole. Il faut trouver des moyens de communication appropriés à son état. Par exemple, l'utilisation de phrases simples, de

pictogrammes, de questions qui appellent un oui ou un non sont des moyens qui facilitent la communication (lorsque cela est possible, une consultation auprès d'une orthophoniste peut être utile pour trouver des outils de communication).

Le formateur rappelle qu'une deuxième cause de l'agitation peut être liée à l'inconfort du soluté. Une intervention consiste à réévaluer avec le médecin la possibilité de remplacer la voie intraveineuse par la voie orale pour administrer les antibiotiques. Cette mesure libérerait la main saine.

Une liste d'interventions utiles est proposée au module *Interférence aux traitements incommodants* en regard du sommeil, du confort, des signes vitaux, de la douleur, etc.

SITUATION CLINIQUE DE M. LEONE (SUITE)

À la fin de la deuxième semaine, M. Leone est toujours incapable de s'alimenter par la bouche. Après évaluation, l'ergothérapeute et l'orthophoniste ont évalué une dysphagie sévère et ont recommandé le gavage. Un problème s'est posé rapidement : le patient a réussi à enlever la sonde nasogastrique à quelques reprises avec sa main saine et il a fallu la réinstaller en immobilisant M. Leone, ce qui a ajouté à sa détresse. Cela se voit dans son visage. Même s'il ne parle pas, ses yeux sont tristes et il semble avoir une certaine conscience de ce qui se passe.

L'équipe se demande si elle aura à appliquer une contention au poignet du côté sain, là où est déjà installé le soluté. Après avoir agi sur certaines causes et ayant constaté le haut risque d'interférence au gavage, le personnel a de la difficulté à prendre la décision d'installer une contention au poignet. C'est ajouter une contrainte supplémentaire à une main déjà contrainte par le soluté.

La contention au poignet est-elle justifiée?

Le formateur rappelle que la contention n'est pas justifiée aussi longtemps que l'équipe n'a pas fait l'inventaire des mesures de remplacement.

Le formateur invite les participants à rechercher des mesures de remplacement à la contention au poignet. Pour s'aider, les intervenants examinent le tableau du module *Mesures de remplacement* qui suggère des stratégies centrées sur la personne ou les proches, sur l'environnement et les équipements ou sur les intervenants et l'organisation du travail.

La collaboration de la diététiste est fort utile pour trouver la façon la plus adéquate d'alimenter un patient.

Il est reconnu que les sensations de chaud/froid lors du passage des aliments peuvent indisposer et faire prendre conscience de la présence du tube nasogastrique, d'où le réflexe de l'arracher.

Une mesure de remplacement consiste à administrer un gavage par bolus au lieu de l'administrer en permanence. Cette manière de faire a l'avantage de permettre à la personne d'oublier la sonde nasogastrique entre les bolus.

Une autre mesure de remplacement est de faire appel aux proches pour surveiller la personne pendant l'administration des bolus.

Pour les intervenants, ces mesures sont compatibles avec leurs valeurs professionnelles afin de trouver les mesures les moins contraignantes possibles. Grâce à la mise en commun des idées, la contention au poignet peut être évitée.

LES QUATRE PROCHAINES QUESTIONS FONT RÉFÉRENCE AUX ÉTAPES 4 ET 5 DU PROCESSUS DE DÉCISION.

ÉTAPE **4** **COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS À LA PERSONNE AUX PROCHES ET À L'ÉQUIPE**

- Communiquer le plan d'interventions à la personne, aux proches et à l'équipe et s'assurer qu'il est appliqué.
- Laisser des traces de la décision et de sa justification. Si on applique une mesure de contrôle, ajouter des informations à propos du consentement et des modalités d'application, de soins et de surveillance.

ÉTAPE **5** RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

- Réévaluer l'état de santé et l'efficacité des mesures de remplacement.
- Réajuster le plan d'interventions.

SITUATION CLINIQUE DE M. LEONE (SUITE)

Après six semaines d'hospitalisation, M. Leone est transféré dans une unité de soins prolongés en attente d'hébergement. Prenant conscience que le personnel était réduit la nuit, les proches de M. Leone ont demandé qu'une ceinture abdominale lui soit appliquée la nuit. Malgré les explications qui leur ont été données sur le fait que leur père ne courait aucun risque de chute la nuit puisque aucun facteur ne le prédisposait, les proches ont répondu qu'ils « voulaient que rien de fâcheux n'arrive à leur père ».

L'équipe a fortement réagi à cette demande qu'elle a jugée non nécessaire. La tension s'est mise à monter entre l'équipe et les proches au point où la situation est devenue invivable.

Malgré le fait que des membres de l'équipe ont exprimé ouvertement leur désaccord, les proches de M. Leone ont remué ciel et terre (appel au chef d'unité, au médecin-chef du service, à la Commissaire aux plaintes) au point où le médecin de l'équipe a consenti à prescrire l'application d'une ceinture abdominale la nuit pour une semaine, le temps requis pour évaluer le comportement de M. Leone.

Le médecin a justifié sa position en disant qu'il ne savait plus quoi dire aux proches et que la contention était une solution temporaire. Selon lui, avec des preuves à l'appui, les proches finiraient par se rendre compte que leur père n'essaie pas de sortir du lit et que la contention abdominale n'est pas nécessaire.

Selon vous, l'équipe est-elle tenue d'acquiescer à la demande des proches?

Sur le plan légal, rien n'oblige les professionnels à administrer un traitement auquel ils ne croient pas. Ils ont le droit de refuser en vertu de leurs connaissances, compétences et codes de déontologie malgré les demandes ou les menaces des proches (voir le module *Consentement*).

Sur le plan éthique, la réponse n'est pas aussi claire que sur le plan légal. Les professionnels ont l'obligation de conserver la relation thérapeutique et d'honorer la promesse de soins en dépit de différends importants à propos de valeurs et de convictions. Un refus de la part de l'équipe pourrait mener à une impasse et nuire considérablement à la personne.

Comment l'équipe de soins peut-elle traiter ce différend avec les proches?

Le formateur examine avec les participants une situation où une demande des proches est jugée non pertinente pour la personne. M. Leone dort la nuit et ne tente pas de sortir du lit. La contention n'est pas indiquée.

Il rappelle que la communication est majeure quand cela survient afin de trouver une solution satisfaisante pour les deux parties (voir les modules *Communication* et *Consentement*). Une saine communication propose d'expliquer aux proches que le refus de l'équipe est fondé sur les effets néfastes (risque de blessure et complications) de la contention abdominale (voir au module *Interférence aux traitements incommodants*).

Dans le cas de M. Leone, la décision de l'équipe doit toujours être expliquée à la famille dans les mêmes termes : M. Leone n'a jamais à ce jour fait de chute, il ne s'agite pas la nuit, il ne cherche pas à se lever, donc l'absence de contention favorise son bien-être en termes de liberté de mouvement au lit, de confort et de prévention des complications.

Il est aussi bon de leur parler de la détresse psychologique additionnelle que peut vivre leur parent en ajoutant une contention abdominale la nuit étant donné qu'il ne peut pas parler.

Une conséquence de sa détresse est qu'il pourrait commencer à s'agiter la nuit.

Jamais les proches ne doivent interpréter la décision de l'équipe comme une indifférence à l'égard de leurs inquiétudes concernant le risque de chute et de blessure de leur parent. Même si ce risque est peu probable, il est possible.

Il convient donc que l'équipe discute avec les proches pour échanger les points de vue et parvenir à une solution satisfaisante.

QUESTIONNEMENT COMPLÉMENTAIRE : _____

Le maintien de la relation thérapeutique entre l'équipe et les proches de la personne.

Comment se faire aider pour aller plus loin dans la résolution du différend entre l'équipe et les proches de M. Leone?

Le formateur rappelle que le *modèle explicatif Kayser-Jones* aide à résoudre le différend parce qu'il montre l'interaction de plusieurs composantes qui complexifient la situation, mais qu'il faut nécessairement prendre en compte dans la prise de décision. Aucun élément ne doit être mis de côté pour faciliter la résolution du dilemme.

Le formateur invite les participants à prendre conscience que la complexité de la situation est parfois telle qu'une consultation auprès d'un expert est recommandée. L'avantage de consulter l'expert en résolution de problèmes est que cette personne est détachée objectivement de la situation et plus en mesure de faire cheminer l'ensemble des parties.

Dans le cas de M. Leone, une rencontre entre les proches et des membres de l'équipe, animée par l'expert, peut aider à faire ressortir les divergences de points de vue entre les membres de l'équipe de soins et les proches. L'exercice devrait ouvrir sur des pistes de solution.

Le formateur rappelle aussi aux participants la nécessité de dépasser leurs propres valeurs afin de comprendre le point de vue de l'autre, l'autre étant le médecin vivant avec l'incertitude de l'évolution de la maladie et les demandes pressantes des proches, inquiets de la surveillance effectuée la nuit. L'autre représente aussi les autres intervenants en position de souffrance morale parce qu'ils se trouvent dans l'obligation d'installer une contention la nuit.

À cet égard, le formateur rappelle les principes de communication suivants :

- maintenir la communication entre l'équipe et les proches à tout prix;
- désigner le membre de l'équipe le mieux placé pour échanger avec les proches;
- rechercher le compromis avec les proches, jamais la confrontation;
- prendre en compte les inquiétudes de la famille;
- prendre en compte les frustrations des intervenants;
- se faire aider par un expert pour faire cheminer l'équipe et les proches vers la résolution du dilemme;
- etc.

Comment documenter correctement le dossier du patient en cas de différend?

Le formateur travaille avec le module *Documentation* pour aider les participants à faire ressortir tout ce qui doit être inscrit au dossier médical dans le cas d'un différend entre les proches et l'équipe.

Chaque professionnel doit bien documenter son évaluation. Toutefois, l'équipe peut désigner un de ses membres pour documenter le dossier médical qui devra contenir à tout le moins :

- l'analyse des résultats de l'évaluation de l'équipe en regard de la contention à l'aide de grilles comportant des évaluations objectives, et ce, pour les trois quarts de travail;
- le consentement des proches à une mesure de contrôle jugée nécessaire;
- une synthèse des rencontres faites avec les proches durant lesquelles des explications ont été données sur les effets néfastes de la contention;
- la décision prise par l'équipe ainsi que toutes les mesures de remplacement appliquées;
- la période d'application de la contention, la nature et la taille de celle-ci si on fait ce choix;
- le plan de soins et de surveillance pendant la nuit (fréquence des visites, éléments surveillés);
- les informations données à la famille;
- les réactions du patient;
- l'échéancier qu'on s'est donné pour réévaluer la pertinence de la contention la nuit;
- les décisions prises lors de la réévaluation de la pertinence de la contention;
- etc.

