

Programme de formation



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

Programme de formation
Cahier du formateur



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

La Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier toutes les personnes qui ont travaillé à la révision du Programme de formation «Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement» pour l'adapter à la clientèle en réadaptation déficience physique.

Coordination du projet :

Henriette Jacques, Direction de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Responsable de la révision du Programme :

Sylvie Garon, physiothérapeute, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP).

Collaboratrices :

Marie-Josée Duval, ergothérapeute, IRDPQ.

Renée Jobin, infirmière, IRDPQ.

Relecture :

Gilles Bourgault, conseiller aux affaires cliniques et professionnelles, AERDPQ.

Johanne St-Cyr, conseillère aux programmes au Centre de réadaptation Estrie.

Secrétariat :

Colette Proulx, Direction de la qualité, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous remercions également l'IRDQP pour sa grande collaboration dans ce dossier.

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.

Il est possible de le consulter à l'adresse suivante :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-550-51275-2 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-51276-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2007

TABLE DES MATIÈRES

Objectifs généraux	5
Plan de la formation nationale	11
1. Présentation de l'animateur	15
2. Présentation du but du programme	17
3. Appel à tous : Identification des mesures de contrôle	18
4. Appel à tous : Mesures de contrôle – le matériel le plus utilisé	20
5. Appel à tous : Mise sous contention de volontaires	22
6. Atelier : Pourquoi et pour qui utilise-t-on les mesures de contrôle?	23
7. Exposé informel : La prévalence des mesures de contrôle	27
8. Atelier : Libération des volontaires	33
9. Questionnaire sur l'efficacité des mesures de contrôle	34
10. Séance plénière pour la correction du questionnaire	36
11. Les effets véritables des mesures de contrôle	42
12. Les impacts sur la famille et les proches	47
13. Les impacts sur les intervenants et l'établissement	50
14. Les fondements éthiques et juridiques	52
15. Message clé	56
16. Introduction à l'objectif général 2	57
17. Tempête d'idées : L'environnement global	58
18. Les cinq catégories du modèle Kayser-Jones	59
19. L'adoption des autres perspectives	62
20. Les mesures de remplacement	63
21. Tempête d'idées sur les mesures de remplacement	64
22. La volonté de changement : Une expérience réussie	66
23. Message clé : Une vue d'ensemble et un bon questionnement	69
24. Le processus de prise de décision : Un questionnement structuré	70
25. Atelier : Le cas Tremblay	76
26. Séance plénière : Le cas Tremblay – Étapes 1, 2 et 3	78
27. Exposé informel sur la communication (Étape 4)	83
28. Le consentement et moi! (Étape 4.1)	86
29. Correction du questionnaire sur le consentement (Étape 4.1)	88
30. Étapes 4.1 et 4.2 : Examen de la grille d'analyse du cas de M. Tremblay	93
31. Travail en dyade : Soins et surveillance (Étape 4.3)	96
32. Étape 4.3 : Examen de la grille d'analyse du cas de M. Tremblay	100
33. Étape 5 : Séance plénière sur la réévaluation et le réajustement	102
34. Conclusion	105
35. Évaluation	106
Matériel à distribuer aux participants	107



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.

NOTES PRÉLIMINAIRES

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. De même, la séquence de réalisation des activités est construite afin d'assurer la consolidation des apprentissages antérieurs. Il faut donc respecter le déroulement afin de tirer de ce programme le maximum de bénéfices.

CLIENTÈLE VISÉE

Ce programme est destiné à l'ensemble des intervenants œuvrant au sein des établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec : les médecins, les infirmiers et infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les infirmiers et infirmières auxiliaires, les préposé(e)s aux bénéficiaires et tous les autres membres de l'équipe interdisciplinaire appelés à jouer un rôle dans la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle ainsi que les gestionnaires.

OBJECTIF GÉNÉRAL 1

Réfléchir à l'utilisation, à l'efficacité et aux effets véritables de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

À la fin de cette période, les participants devraient être en mesure de :

1. Nommer les trois catégories de mesures de contrôle pouvant être utilisées dans les établissements de soins et services du Québec;
2. Faire l'inventaire des clientèles touchées et des motifs les plus fréquemment invoqués par les intervenants pour justifier le recours à la contention et à l'isolement;
3. Estimer la fréquence et la durée moyenne du recours à la contention et à l'isolement dans son propre établissement et dans les établissements de soins et services du Québec;
4. Examiner les principales croyances concernant l'efficacité de la contention et de l'isolement comme moyens de prévention ou de contrôle;
5. Décrire les effets à court et long termes de l'isolement et de la contention sur les plans physique et psychologique pour la personne qui les subit;
6. Reconnaître les impacts néfastes que peuvent avoir la contention et l'isolement sur la perception de la famille et des proches, sur le personnel entrant en relation avec la personne ainsi que sur l'établissement;
7. Prendre connaissance des fondements éthiques et juridiques qui guident le changement de pratique proposé.

ÉLÉMENTS DE CONTENU

1. Nommer les trois catégories de mesures de contrôle pouvant être utilisées dans les établissements :
 - La contention, l'isolement et les substances chimiques (médicaments psychotropes).
2. Identifier les clientèles touchées et faire l'inventaire des motifs les plus fréquemment invoqués par les intervenants pour justifier le recours à la contention et à l'isolement :
 - Les personnes de tout âge et de toute condition rendues vulnérables en raison de leur état de santé physique et/ou mentale;
 - Personne : sécurité, chute, agitation, agressivité, errance, fugues, positionnement, déplacements, prévention de l'extubation, interférence aux traitements, etc.;
 - Institution et intervenants : accomplissement des tâches régulières, maintien d'un environnement agréable, facilitation des examens, contrôle de l'agressivité, etc.
3. Estimer la fréquence et la durée moyenne du recours à la contention et à l'isolement dans son propre établissement et dans les établissements de soins et services du Québec.
 - Les réponses des participants et participantes seront complétées par les résultats des rares études effectuées sur ce sujet.
4. Examiner les principales croyances concernant l'efficacité de la contention et de l'isolement comme moyens de prévention ou de contrôle.
 - Questionnaire sur les fausses croyances.
5. Décrire les effets à court et à long termes de l'isolement et de la contention sur les plans physique et psychologique pour la personne qui les subit :
 - Effets physiques dus à l'immobilisation;
 - Effets psychologiques liés aux sentiments d'abandon, de solitude et de mépris que soulève la situation.
6. Reconnaître les impacts néfastes que peuvent avoir la contention et l'isolement sur la perception de la famille et des proches, sur le personnel entrant en relation avec la personne ainsi que sur l'établissement :

- Effets néfastes sur la famille et les proches : culpabilité, colère, distanciation émotionnelle, etc.;
 - Effets néfastes sur l'établissement : prolongation de la durée de séjour, mauvaise réputation, etc.
7. Prendre connaissance des fondements éthiques et juridiques qui guident le changement de pratique proposé.
- Fondements éthiques : autonomie, intégrité physique et psychologique, singularité, vulnérabilité, compréhension et meilleur intérêt;
 - Fondements juridiques : Code civil, article 118.1, Loi 90, Orientations ministérielles.

OBJECTIF GÉNÉRAL 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.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

À la fin de cette période, les participants devraient être en mesure de :

1. Définir, en tenant compte de l'environnement global, les éléments qui doivent être examinés lorsqu'on veut procéder à un changement de pratique afin de prendre une bonne décision en matière de contention et d'isolement (modèle de Kayser-Jones).
2. Se prononcer sur les éléments à prendre en considération pour réussir un changement de pratique.
3. Se familiariser avec le processus de prise de décision et avec les questions auxquelles il faut répondre pour prendre une décision éclairée en matière de mesures de contrôle.
4. Appliquer la grille de décision à un cas-problème.



ÉLÉMENTS DE CONTENU

1. En tenant compte de l'environnement global, définir les éléments qui doivent être examinés lorsqu'on veut procéder à un changement de pratique afin de prendre une bonne décision en matière de contention et d'isolement (modèle de Kayser-Jones).
 - Les caractéristiques spécifiques de la personne;
 - L'aménagement physique;
 - Les structures organisationnelles;
 - L'environnement humain;
 - L'aspect psychosocial et culturel.

2. Se prononcer sur les éléments à prendre en considération pour réussir un changement de pratique :
 - L'adoption d'une politique organisationnelle;
 - La mise en place d'une approche interdisciplinaire;
 - La formation des intervenants tant gestionnaires que cliniciens;
 - Le respect et la reconnaissance du travail accompli par les intervenants;
 - La disponibilité des ressources professionnelles à titre de consultants et de modèles;
 - La stabilité du personnel d'encadrement et des intervenants;
 - L'acquisition de matériel et d'équipement;
 - L'adéquation entre les ressources professionnelles et non professionnelles;
 - Le partenariat avec les proches.

3. Se familiariser avec le processus de prise de décision et avec les questions auxquelles il faut répondre pour prendre une décision éclairée en matière de mesures de contrôle :
 - Modèle de Kayser-Jones;
 - Aide-mémoire du processus de prise de décision (grille vide);
 - Évaluation de la situation;
 - Analyse et interprétation des informations recueillies;
 - Planification des interventions;
 - Communication du plan d'interventions;
 - Réévaluation.

4. En se servant de la grille, appliquer le processus de prise de décision dans un cas-problème qui repose sur le questionnement du comportement et de l'environnement global :
 - Étape 1 : Évaluation de la situation;
 - Étape 2 : Analyse et interprétation des données observées;
 - Étape 3 : Planification des interventions;
 - Étape 4 : Communication du plan d'interventions (documentation, consentement et soins et surveillance);
 - Étape 5 : Réévaluation et réajustement.



PLAN DE LA FORMATION NATIONALE

DURÉE : 7 HEURES

PREMIÈRE PARTIE DE LA JOURNÉE

- 8h00 – 8h10 Présentation de l'animateur, des participants et de la formule pédagogique
- 8h10 - 8h15 Présentation du but du programme
- 8h15 – 8h20 Appel à tous : Identification des mesures de contrôle
- 8h20 – 8h25 Appel à tous : Mesures de contrôle - le matériel le plus utilisé
- 8h25 – 8h30 Appel à tous : Mise sous contention de volontaires
- 8h30 – 8h40 Atelier : Pourquoi et pour qui utilise-t-on les mesures de contrôle ?
- 8h40 – 8h55 Exposé informel : La prévalence des mesures de contrôle
- 8h55 – 9h00 Atelier : Libération des volontaires
- 9h00 – 9h10 Questionnaire sur l'efficacité des mesures de contrôle
- 9h10 - 9h20 Séance plénière pour la correction du questionnaire
- 9h20 – 9h40 Les effets véritables des mesures de contrôle
- 9h40 – 10h05 Visionnement 1^o partie du DVD «Erreurs médicales: Fatale Contention»
- 10h05–10h20 **PAUSE**
- 10h20-10h30 Les impacts sur la famille et les proches
Les impacts sur les intervenants et l'établissement
- 10h30-10h45 Les fondements éthiques et juridiques
- 10h45-10h50 Message Clé
- 10h50-10h55 Introduction à l'objectif général 2
- 10h55-11h00 Tempêtes d'idées : L'environnement global
- 11h00-11h15 Les 5 catégories du modèle Kayser-Jones
- 11h15-11h20 L'adoption des autres perspectives
- 11h20-11h30 Les mesures de remplacement
- 11h30–11h50 Visionnement 2^o partie du DVD «Erreurs médicales: Fatale Contention»
- 11h50-12h00 La volonté de changement : UNE EXPÉRIENCE RÉUSSIE
+ Message clé : Une vue d'ensemble et un bon questionnement



PLAN DE LA FORMATION NATIONALE

DURÉE : 7 HEURES

DEUXIÈME PARTIE DE LA JOURNÉE

- 13h00 - 13h15 Le processus de prise de décision : un questionnement structuré
- 13h15 - 13h35 Atelier : Le cas Tremblay
- 13h35 - 13h55 Séance plénière : Le cas Tremblay (étapes 1, 2 et 3)
- 13h55 - 14h00 Exposé informel sur la communication
- 14h00 – 14h10 Le consentement et moi ! (étape 4.1)
- 14h10 – 14h30 Correction du questionnaire sur le consentement
- 14h30 – 14h45 **PAUSE**
- 14h45 – 14h55 Examen de la grille d'analyse du cas de M. Tremblay (étapes 4.1, 4.2)
- 14h55 – 15h10 Travail en dyade : soins et surveillance (étape 4.3)
- 15h10 – 15h25 Examen de la grille d'analyse du cas de M. Tremblay (étape 4.3)
- 15h25 – 15h40 Séance plénière sur la réévaluation et le réajustement (étape 5)
- 15h40 – 15h50 Conclusion
- 15h50 – 16h00 Évaluation



DÉROULEMENT

Le déroulement présente de manière détaillée toutes les actions et activités devant être effectuées par l'animateur et les participants, le minutage de chaque activité ainsi que tous les messages devant être livrés.

Les consignes des activités sont énoncées dans le déroulement et elles sont reprises dans le **Cahier du participant**.

L'animateur doit respecter le déroulement proposé et réaliser les activités de la manière suggérée afin de tirer le meilleur bénéfice de ce programme. Les consignes sont précédées par des puces qui permettent à l'animateur de se repérer facilement dans le document. Ces icônes illustrent les différentes stratégies pédagogiques à utiliser lors de la formation.



= **Exposé**



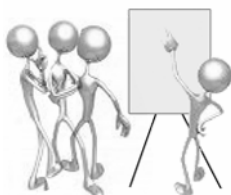
= **Travail d'équipe**



= **Exposé avec diapositive**



= **Distribuer le matériel**



= **Activité en séance plénière**



= **Cahier du participant**



= **Activité individuelle**

1. PRÉSENTATION DE L'ANIMATEUR



- L'animateur souhaite une bonne journée aux participants puis il les invite à prendre leur **Cahier du participant** à la page 2; il leur demande de ne pas devancer la lecture des documents du **Cahier du participant** puisque certains exercices y sont présentés.
- L'animateur explique qu'il invitera les participants à utiliser leur **Cahier du participant** lorsque cela sera pertinent.
- Il projette la première diapositive avec le titre de la formation.
- Il se présente (formation et expérience professionnelle).
- Il précise dans quel contexte il a été mandaté pour effectuer cette formation :
 - son intérêt pour le sujet;
 - son implication à l'égard de cette problématique, le cas échéant;
 - son expérience des changements de pratique.



PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

- Même s'il pressent que les participants se connaissent bien entre eux, l'animateur leur demande de bien vouloir se présenter et inscrire sur la cocarde distribuée à cet effet :
 - leur nom et
 - leur fonction (titre d'emploi).

PRÉSENTATION DE LA FORMULE PÉDAGOGIQUE




- L'animateur explique que la formation est construite selon une formule très dynamique qui demande une participation active tout au long de la journée.
- Même si certains exercices requièrent un crayon et un papier, l'animateur précise qu'il n'est pas nécessaire de prendre des notes sur les contenus, car les informations clés seront remises par écrit soit dans le **Cahier du participant**, ou seront remises sous forme de corrigés en cours de route.

2. PRÉSENTATION DU BUT DU PROGRAMME




- L'animateur projette les diapositives intitulées « But du programme » et « Les objectifs de la formation ».
- Il lit, à voix haute, le but et les deux objectifs généraux. Il précise que les participants vont trouver les objectifs spécifiques dans leur **Cahier du participant**, de même que l'horaire.
- Il précise que les premières activités viseront la réflexion sur la contention et l'isolement.



BUT DU PROGRAMME

- Ce programme vise à instaurer dans les établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux 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.

2



LES OBJECTIFS DE LA FORMATION

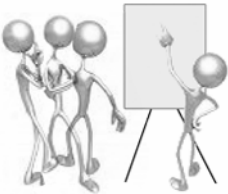
1. Réfléchir à l'utilisation, à l'efficacité et aux effets véritables de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle.
2. Dans une perspective de changement de pratique, se familiariser avec une grille d'analyse conçue pour faciliter la prise de décision lorsque se pose la question du contrôle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

3

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1

Nommer les trois catégories de mesures de contrôle pouvant être utilisées dans les établissements de soins et de services du Québec.

3. APPEL À TOUS : IDENTIFICATION DES MESURES DE CONTRÔLE



- L'animateur demande aux participants de nommer les trois catégories de mesures de contrôle qu'ils connaissent (contention, isolement, substances chimiques).



- L'animateur projette les diapositives qui présentent les définitions de ces trois notions et en fait la lecture. Il précise que ces définitions sont dans le **Cahier du participant**.
- L'animateur précise que, dans le cadre de la prévention des infections, l'isolement n'est pas une mesure de contrôle visée par ces orientations, car l'accès à la chambre demeure libre et les communications avec le personnel et avec l'extérieur demeurent possibles en tout temps, et cela même si la personne ne peut circuler librement hors de sa chambre.
- L'animateur précise que l'aménagement d'une chambre d'isolement doit répondre à des normes de sécurité pour être conforme. Le guide d'aménagement d'une chambre d'isolement est disponible dans le document du MSSS intitulé « Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle ».
- L'animateur précise qu'en matière de mesures de contrôle, les substances chimiques sont principalement des médicaments psychotropes. Il ajoute qu'elles ne font pas l'objet de la formation.



CONTENTION :

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

4



ISOLEMENT :

- Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne, pour un temps déterminé, dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement (MSSS, 2002).

5



SUBSTANCE CHIMIQUE :

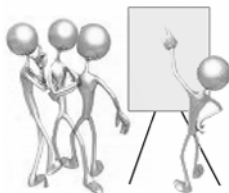
- Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament (MSSS, 2002).

6

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2

Identifier les clientèles touchées et faire l'inventaire des motifs les plus fréquemment invoqués par les intervenants pour justifier le recours à la contention et à l'isolement.

4. APPEL À TOUS : MESURES DE CONTRÔLE - LE MATÉRIEL LE PLUS UTILISÉ



- L'animateur demande aux participants de nommer le matériel de contention le plus souvent utilisé dans leur milieu de travail.
- Il vérifie si les réponses données couvrent le matériel mentionné sur sa **Feuille-support A**, sinon, il complète la liste.
- S'il advient que la **demi-porte** soit mentionnée parmi les moyens de contention ou d'isolement, l'animateur doit préciser que cette mesure ne doit pas être encouragée et doit se limiter aux situations où il n'y a pas de mesures de remplacement valables et raisonnablement accessibles. Il en est de même pour la **porte barrée** (chambre de la personne). Il est recommandé de ne pas recourir à cette pratique qui n'est pas une alternative à la contention (Avis du MSSS, directeur de la Qualité, juillet 2006).



- À cet égard, il montre aux participants le document « **Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle** » en expliquant que seuls les équipements décrits dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par un groupe d'experts et que seuls ces équipements sont recommandés. L'animateur fait circuler le document dans le groupe afin que les gens qui le souhaitent puissent le consulter.
- Il précise que ce document est disponible sur Internet et que l'adresse leur est fournie dans le **Cahier du participant**.

Matériel requis

Document du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec intitulé

« **Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle** », MSSS, 2005.

Ce document est disponible à la section « documentation », sous la rubrique « publications » du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca.

Feuille-support A

MESURES DE CONTRÔLE : LE MATÉRIEL LE PLUS UTILISÉ

LES CONTENTIONS LES PLUS COMMUNES :

- les attaches aux poignets et aux chevilles;
- les gilets; les camisoles;
- les mitaines;
- les ceintures (abdominale, thoracique, pelvienne);
- les tablettes des fauteuils roulants et gériatriques;
- les ridelles (ou côtés) de lit complètes ou à quatre demies.

L'APPROBATION DE SANTÉ CANADA

Différents produits sont sur le marché et présentent des avantages et des inconvénients, mais, pour être mis en marché, ils doivent recevoir l'approbation de Santé Canada.

LE MODE D'EMPLOI OPTIMAL SELON LE FABRICANT

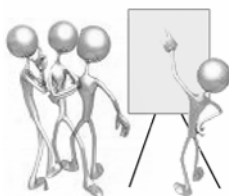
Quel que soit le produit utilisé, le fabricant indique toujours clairement le mode d'emploi optimal ainsi que tous les paramètres et contre-indications concernant son produit. Ce mode d'emploi doit être suivi à la lettre pour éviter des accidents et **un intervenant ne devrait jamais utiliser un matériel de contention s'il n'a pas préalablement reçu une formation sur son mode d'utilisation.**

Relativement à l'utilisation de certains outils de contention « maison », un avis du MSSS, directeur de la Qualité, obtenu en juillet 2006, indique qu'il est **recommandé de ne pas utiliser d'équipement « maison »** qui n'est pas approuvé par une autorité compétente (Santé Canada) ou par un établissement du réseau spécialement accrédité à cette fin.

ISOLEMENT

Le moyen d'isolement est la chambre d'isolement. Selon les recommandations du MSSS (2005), **la chambre d'isolement doit correspondre à des normes de sécurité pour être conforme** (à cet égard, voir l'illustration dans le document « Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle » qui circule actuellement au sein du groupe).

5. APPEL À TOUS : MISE SOUS CONTENTION DE VOLONTAIRES



- En préparation aux prochaines activités, l'animateur demande la **participation de cinq volontaires** prêts à se soumettre à une expérience importante. Il ne doit pas préciser la nature de cette expérience tout de suite.
- À ceux et celles qui acceptent de se prêter au jeu, il explique que **l'expérience consiste à être mis sous contention pour une courte période.**
- L'animateur précise **qu'elles pourront être libérées à n'importe quel moment sur simple demande.**
- L'animateur remet aux voisins et voisines de session le matériel requis pour attacher les poignets. **L'animateur précise qu'il est important de faire une contention qui produise une limitation des mouvements des bras même dans une position assise, par exemple en attachant les poignets à la chaise.**
- Lorsqu'ils sont sous contention, **l'animateur demande à ces personnes de limiter leur participation à l'écoute pour les prochaines activités;** elles ne doivent pas dire un mot et on ne doit pas leur adresser la parole jusqu'à ce qu'elles soient libérées de leurs attaches.
- L'animateur précise que cette expérience prendra fin après les deux activités qui suivent.



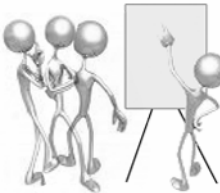
Matériel requis

Matériel de contention nécessaire pour immobiliser les poignets et limiter la capacité de mouvement des volontaires à cette activité.

6. ATELIER : POURQUOI ET POUR QUI UTILISE-T-ON LES MESURES DE CONTRÔLE?



- Maintenant que sont définies les mesures de contrôle, l'animateur demande aux participants de **former des équipes de 4 à 5 personnes**. Il ne leur donne aucune consigne spécifique concernant les personnes sous contention afin de pouvoir observer les éventuelles tentatives d'intégration. Si aucune personne ne les invite à se joindre à leur équipe, l'animateur pourra se servir de cet « oubli » lors de l'activité portant sur les effets néfastes des mesures de contrôle afin de faire ressortir à quel point le simple fait d'être mis sous contention peut provoquer une rétrogradation de statut. **Si ces personnes sous contention ne sont pas invitées à joindre des équipes, l'animateur ira les voir individuellement afin de leur expliquer que cette expérience devra être mentionnée lors de l'identification des effets des mesures de contrôle.**
- Sitôt les équipes formées, l'animateur leur donne la **CONSIGNE** :
 - d'identifier par écrit les clientèles qui, selon eux, sont les plus susceptibles d'être touchées par de telles mesures, et
 - de faire l'inventaire des motifs les plus fréquemment invoqués par les intervenants qui expliquent le recours aux mesures de contrôle.
- Concernant les motifs, il demande aux participants de préciser si ceux-ci sont rattachés à la personne elle-même ou s'ils concernent les intervenants et l'établissement.
- Il annonce qu'ils ont 10 minutes pour faire cet inventaire.



- Lorsque l'atelier est terminé, l'animateur écrit au tableau, dans l'une ou l'autre des colonnes, les réponses données par les porte-parole désignés à cette fin.
- L'animateur doit faire ressortir le fait que les clientèles touchées par les mesures de contrôle sont en fait toutes les personnes, sans égard à leur âge ni à leur statut, qui, en raison de problèmes de santé physique ou mentale, d'une déficience physique ou intellectuelle, sont vulnérables ou présentent un danger pour elles-mêmes ou pour les autres.

- L'animateur s'assure que les clientèles et les motifs apparaissant sur les **Feuilles - support B et C** ont tous été nommés.

NOTE ANDRAGOGIQUE

Il est important que les participants aient le loisir d'exprimer tout ce qu'ils ont à dire concernant les clientèles touchées et les motifs pour lesquels on recourt aux mesures de contrôle, car ce sujet suscite de nombreux malaises qui doivent être identifiés par les personnes elles-mêmes. C'est pour cette raison que certaines activités visent spécifiquement la dimension émotive liée au contrôle. Nous croyons que cette mise au clair est indispensable pour atteindre l'objectif de cette formation qui est de remettre en question les pratiques actuelles.

Nous savons que, pour atteindre cet objectif, il est essentiel de susciter la **motivation** et d'ébranler les **croyances** et les **attitudes** des intervenants (domaine émotif). Sans une telle remise en question, les efforts déployés pour instaurer un changement de pratique n'apporteront pas les résultats escomptés; les chercheurs Werner et Mendelsson (2001) ont tiré cette conclusion de leur étude visant l'exploration de l'intention sous-jacente à la décision de recourir à la contention chez 303 infirmières et autres intervenants.

Note : S'il advient que l'un des volontaires à la contention panique, il faut le détacher immédiatement.

Lorsque le moment sera venu de détacher les autres volontaires, l'animateur devra demander en premier à cette personne d'expliquer pourquoi elle n'a pas supporté d'être attachée et maintenue dans le silence.

Feuille-support B

LES CLIENTÈLES LES PLUS TOUCHÉES PAR LES MESURES DE CONTRÔLE

Ce sont les personnes jugées les plus vulnérables qui sont les plus susceptibles de faire l'objet de mesures de contrôle.

Autant dans les hôpitaux prodiguant des soins de longue durée que dans les centres de réadaptation, certains facteurs augmentent les risques de faire l'objet d'une mesure de contrôle.

Selon Bowers (2003), ce sont les bébés, enfants, adolescents, adultes ou personnes âgées qui :

- nécessitent des soins particuliers (trachéotomie, sonde, etc.);
- sont affectés par des problèmes de comportement (agitation, agressivité, errance, fugue);
- sont affligés de déficit cognitif, de désordres psychiatriques, de démence;
- sont considérés à risque de chute;
- ne collaborent pas ou peu aux soins;
- sont dépendants de l'aide d'autrui pour les activités de la vie quotidienne.

Feuille-support C

MOTIFS INVOQUÉS PAR LES INTERVENANTS POUR RECOURIR À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT

Motifs liés à la personne :

- Assurer sa sécurité;
- Prévenir les chutes;
- Gérer ses comportements d'agitation;
- Éviter ses comportements agressifs;
- Empêcher son errance ou ses fugues;
- Favoriser ou maintenir une posture adéquate;
- Empêcher l'interférence aux traitements (tubulures intraveineuses, entérales et urinaires);
- Prévenir l'extubation.

N.B. Les 4 motifs les plus souvent évoqués pour justifier la contention dans un hôpital de courte durée (unités de soins de médecine, de chirurgie, de courte durée gériatrique, de soins prolongés, de santé mentale et d'urgence) (Roy et Authier, 2006) sont :

- les troubles de comportement;
- les atteintes cognitives;
- l'agitation psychomotrice;
- les chutes.

Motifs liés à l'établissement (et aux intervenants)

- Permettre aux intervenants d'accomplir les tâches régulières;
- Maintenir un environnement agréable (par exemple, empêcher les personnes errantes de déranger les autres usagers);
- Faciliter les examens ou les soins (par exemple, prévenir que la personne n'arrache les cathéters ou les pansements);
- Empêcher des comportements agressifs à l'égard du personnel ou des autres personnes.

Note : L'animateur vérifie si les personnes sous contention vont bien en leur demandant de hocher la tête, si c'est le cas. Si tout semble aller, il entame la prochaine activité.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 3

Estimer la fréquence et la durée moyenne du recours à la contention et à l'isolement dans son propre établissement et dans les établissements de soins du Québec.

7. EXPOSÉ INFORMEL : LA PRÉVALENCE DES MESURES DE CONTRÔLE



- **POURCENTAGE D'UTILISATION** : Après avoir constaté que les personnes de tout âge et de toute condition sont susceptibles de se voir imposer des mesures de contrôle, l'animateur demande aux participants de dire, selon ce qu'ils ont pu observer dans leur pratique, quel est le pourcentage de personnes à qui sont appliquées des mesures de contrôle dans leur unité ou leur département.
- **DURÉE MOYENNE** : Lorsqu'un rapide tour de table est effectué, l'animateur demande aux participants de dire quelle est la durée moyenne d'application des mesures de contrôle.
- Il peut être intéressant pour l'animateur de connaître au préalable les données relatives au milieu des participants.
- L'animateur explique que plusieurs études sur la prévalence des contentions ont été menées aux États-Unis, en Grande-Bretagne et dans d'autres pays d'Europe. Toutefois, **il n'existe malheureusement que peu d'études sur la prévalence des contentions et de l'isolement au Québec et au Canada.**
- Il spécifie que, pour mesurer la prévalence, il faut compter le nombre total de cas (nouveaux et anciens) d'un phénomène donné dans une population précise à un moment précis. Ce concept est différent de l'incidence qui, elle, se rapporte au nombre de nouveaux cas dans une population au cours d'une période donnée.
- **Préalablement à la formation, l'animateur DOIT LIRE la Feuille-support D** qui présente les données disponibles sur la prévalence et la durée d'application des mesures de contrôle au Québec, lorsque disponibles, et à l'étranger.
- Ces données n'ont pas à être communiquées aux participants; elles sont présentées à l'animateur afin qu'il connaisse mieux la situation, ce qui lui permettra de répondre aux questions des participants lors de l'animation.

L'animateur demande aux participants de prendre le **Cahier du participant** afin d'examiner les données apparaissant sur les diapositives.

Note : L'animateur vérifie si les personnes sous contention vont bien en leur demandant de hocher la tête, si c'est le cas. Si tout semble aller, il entame la prochaine activité.



PRÉVALENCE ET DURÉE DES CONTENTIONS AU QUÉBEC en centre d'hébergement (excluant les ridelles de lit)

- Bernard (1999) : 28 CHSLD - 2332 personnes hébergées – mesures au cours d'une période de 24 heures
 - Prévalence de contentions : 32%
 - Durée moyenne : 9 h 48
 - 20 heures sur 24 : 17% des personnes
- Durand (1993) – 8 CHSLD – 377 personnes hébergées
 - Prévalence de contentions : 34%

7



PRÉVALENCE ET DURÉE DES CONTENTIONS À L'ÉTRANGER

- **Longue durée : de 4 à 40%** (Sullivan-Marx, *et alii*, 1999; Ljunggren, *et alii*, 1997).
- **Courte durée (unités de médecine, chirurgie et soins intensifs) : de 7 à 50%** (Stratmann, *et alii*, 1997; Minnick, *et alii*, 1998; Tutuarima, *et alii*, 2003).
- **DURÉE** Milieux de soins aigus : 2,4 à 4,5 jours (Evans, 2002).
- **Prévalence de l'isolement au Québec et Canada**
 - Aucune donnée récente publiée.

10



Au Québec, les types de contentions les plus utilisés sont :

- Fauteuil avec tablette : 21% à 24%
- Ceinture : 12,7%
- Gilet : 4%

Bernard, 1999; Durand, 1993.

8



PRÉVALENCE DE L'ISOLEMENT AU QUÉBEC ET AU CANADA

Aucune donnée québécoise ou canadienne récente publiée.

Canada : Étude ancienne (Guirguis et Durost, 1978) questionnaire dans 370 unités

- La prévalence d'isolement
- 55% dans les unités psychiatriques.
 - 69% dans les hôpitaux psychiatriques.

11



PRÉVALENCE ET DURÉE DES CONTENTIONS AU QUÉBEC en centre hospitalier de courte durée

- Roy et Authier (2006) : **10 478** observations sur **4 semaines** (5 observations par jour).
 - Prévalence (excluant ridelles) : **3,5%**
 - Prévalence (incluant ridelles de lit) : **42%**
 - Prévalence selon programmes (sans ridelles): 2,6% à 24,5% (soins intensifs)

N.B. Étude réalisée 18 mois après l'implantation d'un programme de formation visant une utilisation réfléchie de la contention.

- **DURÉE** : Inconnue.

9



PRÉVALENCE DE L'ISOLEMENT À L'ÉTRANGER

AUSTRALIE :

- 1 fois par séjour = 31%
- 2 fois par séjour = 39%

DURÉE

- Australie : 9 heures en moyenne (1 à 49 heures) (Tunde-Ayinmode et Little, 2004).
- États-Unis : Une enquête dans 442 urgences a révélé un taux d'utilisation de 25,6% (Zun, *et alii*, 2005).

12

Feuille-support D

PRÉVALENCE ET DURÉE DES MESURES DE CONTRÔLE

Données provenant du module référentiel « Changement de pratique »

Il est difficile de comparer les prévalences d'utilisation des contentions et de l'isolement, car les méthodes pour les estimer (ex : observations directes, questionnaires, révision de dossiers) et les définitions données à ce qu'on considère comme étant ou non une contention (ex : contention qui inclut ou non les ridelles de lit) varient selon les études recensées et les pays où elles ont été menées. Malgré cette limite, plusieurs études menées à l'étranger, notamment aux États-Unis, en Europe et en Australie, ont montré que cette pratique était encore répandue.

PRÉVALENCE AU QUÉBEC

Au Québec et au Canada, nous ne disposons actuellement que de très peu d'études sur la prévalence des contentions. Toutefois, celles-ci montrent que la prévalence des contentions serait encore élevée, en particulier dans les centres de soins de longue durée, ce qui est confirmé par le témoignage de nombreux intervenants. La prévalence de l'isolement est par ailleurs très peu documentée. Par ailleurs, il est intéressant de savoir que les établissements de santé québécois qui ont amorcé une remise en question de cette pratique dans leur milieu ont noté une baisse de l'utilisation des mesures de contrôle auprès de leurs clientèles. Ces expériences et résultats positifs, tout en étant connus et reconnus dans le réseau, n'ont pas toujours fait l'objet de publication, ce qui limite la diffusion et l'accès à ces données pour les fins du présent programme.

PRÉVALENCE ET DURÉE DES MESURES DE CONTRÔLE

LONGUE DURÉE

Les études menées à l'étranger montrent que la prévalence des mises sous contention dans les centres de soins de longue durée varie entre 4% et 40% (Sullivan-Marx, *et alii*, 1999; Ljunggren, *et alii*, 1997).

Au Québec, même si peu d'études ont été menées afin d'établir la prévalence, il ressort que les mesures de contrôle sont utilisées dans les établissements de soins de longue durée.

L'étude de Bernard (1999) effectuée dans 28 centres de soins de longue durée (2332 personnes hébergées), à partir de questionnaires remplis par les infirmières, a montré qu'une personne hébergée sur trois (32%) avait été mise sous contention

(excluant les ridelles de lit) durant la période de 24 heures visée par l'étude (Bernard, 1999). L'utilisation des ridelles est aussi une pratique très courante dans ces milieux. Ainsi, au cours de la période de 24 heures visée par l'étude, Bernard (1999) a observé que les ridelles avaient été utilisées auprès de 60% de l'ensemble des personnes hébergées à au moins une occasion.

Durand (1993), qui a mené des observations directes auprès de 377 personnes vivant dans huit centres d'hébergement, a obtenu une prévalence de 34 % de contention (excluant les ridelles de lit). Les ridelles de lit étaient utilisées auprès de 62% des personnes hébergées.

Roberge et Beauséjour (1988) ont effectué une enquête par questionnaire afin d'établir la prévalence dans 9 CHSLD et 26 CAH de la région du Centre-du-Québec (2372 personnes au total). La prévalence était de 40% pour les CHSLD et de 13% pour les CAH (excluant les ridelles de lit). Lorsque les ridelles de lit étaient incluses, les prévalences s'élevaient à 88% en CHSLD et à 31% pour les CAH.

Les types de contentions les plus répandus sont le fauteuil avec tablette (21% à 24%), les ceintures (12,7%) et les gilets (4%) (Bernard, 1999; Durand, 1993).

COURTE DURÉE

Dans les centres de courte durée, la prévalence est moins bien documentée. Des études réalisées dans des unités de soins spécifiques (médecine, chirurgie et soins intensifs) situent des prévalences entre 7% et 50,1% (Stratmann, *et alii*, 1997; Minnick, *et alii*, 1998; Tutuarima, *et alii*, 2003).

Au Québec, une seule étude de prévalence hospitalière d'utilisation de contention dans un établissement de courte durée a été répertoriée (Roy et Authier, 2006). Cette étude, menée à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont en 2002 auprès des personnes hospitalisées dans les programmes clientèles de médecine, chirurgie, première ligne, personnes âgées et santé mentale, a permis d'établir, à partir de 10 478 observations directes effectuées au cours d'une période de 4 semaines (5 observations par jour), la prévalence d'utilisation des contentions à 3,5% (excluant les ridelles de lit). La prévalence des ridelles de lit, beaucoup plus élevée, se situe à 42%. Cette étude a été réalisée 18 mois après l'implantation d'un programme de formation visant une utilisation réfléchiée de la contention.

Dans les milieux de courte durée, les attaches aux poignets ou à la taille ainsi que le gilet sont les contentions les plus courantes (Joanna Briggs Institute, 2002).

ISOLEMENT

Peu d'études ont porté sur la prévalence de l'isolement dans les milieux de courte durée. Aux États-Unis, selon les études, on rapporte qu'entre 7,2% et 58% des « adultes soignés dans des unités psychiatriques » sont placés en isolement, mais ces données ne sont pas récentes (Schwab, *et alii*, 1979; Mattson et Sacks, 1978). En Australie, une étude de dossiers menée rétrospectivement sur une période de 12 mois dans un milieu psychiatrique adulte a montré que 31% des personnes étaient placées en isolement au cours de leur séjour. De plus, 39% des personnes placées en isolement l'avaient été à au moins deux occasions (Tunde-Ayinmode et Little, 2004).

À notre connaissance, une seule étude publiée a été menée au Canada pour connaître la prévalence de l'isolement (Guirguis et Durost, 1978). Cette étude, réalisée par questionnaire dans 370 unités psychiatriques, montre que la prévalence d'isolement était de 55% dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux et de 69% dans les hôpitaux psychiatriques. Des données plus récentes seraient indispensables pour établir la prévalence d'isolement actuellement.

L'isolement est aussi utilisé dans les urgences. Récemment, une étude par questionnaire menée dans 442 urgences aux États-Unis révèle un taux d'utilisation de 25,6% (Zun, *et alii*, 2005). À notre connaissance, aucune étude publiée n'a été réalisée dans les urgences au Québec ou au Canada.

DURÉE D'APPLICATION DE LA CONTENTION

La durée totale (continue ou non) durant laquelle les mesures de contrôle sont appliquées est peu rapportée dans les études. Toutefois, les données actuelles suggèrent que les personnes pourraient être mises sous contention pour des durées souvent longues. Ainsi, dans l'étude menée dans les centres d'hébergement de la région de Québec, Bernard (1999) a observé que la durée totale moyenne (continue ou non) durant laquelle les personnes avaient été mises sous contention (excluant les ridelles de lit) pendant la période de 24 heures visée par l'étude était de 9,8 heures. Par ailleurs, 16,8% des personnes hébergées avaient été placées sous contention pendant 20 heures ou plus au cours de cette période.

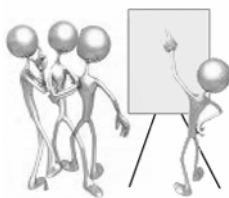
DURÉE D'APPLICATION DE LA CONTENTION À L'ÉTRANGER

Evans (2002) a revu plusieurs études menées à l'étranger qui portaient sur la contention. Ces études suggèrent que les personnes mises sous contention dans les milieux de soins aigus l'avaient été pour des durées qui variaient en moyenne entre 2,4 jours et 4,5 jours.

DURÉE DE L'ISOLEMENT

Nous ne possédons aucune donnée canadienne sur le sujet, mais une étude australienne menée rétroactivement dans une unité de soins psychiatriques a montré que les personnes placées en isolement l'étaient pour des durées moyennes de 9 heures (de 1 à 49 heures) (Tunde-Ayinmode et Little, 2004).

8. ATELIER : LIBÉRATION DES VOLONTAIRES



- L'animateur demande aux voisins et voisines des personnes sous contention de les détacher.
- Il remercie les volontaires et leur dit qu'un retour sur cette expérience sera fait un peu plus tard.
- Il précise qu'ils ont aussi retrouvé leur droit de parole, mais qu'ils ne doivent pas encore parler de leur expérience, de ce qu'ils ont vécu lors de la contention.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 4

Examiner les principales croyances concernant l'efficacité de la contention et de l'isolement comme moyens de prévention ou de contrôle.

9. QUESTIONNAIRE SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE



- L'animateur distribue le questionnaire et demande que chacun prenne son **Cahier du participant** concernant l'efficacité des mesures de contrôle.
- Il les invite à répondre individuellement VRAI ou FAUX aux questions.
- Il précise qu'ils ont 10 minutes pour accomplir cette tâche.

L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE

CONSIGNE : Veuillez encercler votre réponse.

1. Les personnes considérées comme étant à risque de chute sont moins susceptibles de chuter et de se blesser si elles sont mises sous contention.

VRAI

FAUX

2. La contention permet toujours de calmer une personne agitée.

VRAI

FAUX

3. Tous les programmes mis en place pour réduire l'utilisation de la contention ont entraîné une augmentation importante des chutes et des blessures sévères.

VRAI

FAUX

4. L'implantation d'un programme de réduction de l'utilisation de la contention ne provoque pas une augmentation de l'utilisation de médicaments psychotropes.

VRAI

FAUX

5. L'utilisation d'une aide technique (ceinture, plastron, table, etc.) pour assurer le maintien d'une position corporelle adéquate est une contention.

VRAI **FAUX**

6. Le seul moyen efficace de donner un traitement à une personne qui fait de l'interférence à son traitement médical est de la mettre sous contention.

VRAI **FAUX**

7. L'agitation est un des principaux motifs invoqués pour appliquer une contention.

VRAI **FAUX**

8. Une personne sous contention demande en moyenne beaucoup moins de temps de surveillance quotidienne.

VRAI **FAUX**

9. L'isolement constitue le MEILLEUR moyen qui soit pour réduire l'agressivité.

VRAI **FAUX**

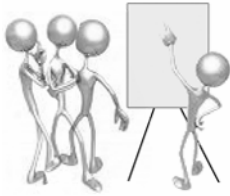
10. La contention augmente considérablement le risque de mortalité si une chute survient.

VRAI **FAUX**

11. Une personne avec les deux ridelles complètes de lit montées est une personne en sécurité.

VRAI **FAUX**

10. SÉANCE PLÉNIÈRE POUR LA CORRECTION DU QUESTIONNAIRE



Afin de pouvoir compter le nombre de personnes qui ont répondu vrai ou faux à chacune des questions, **l'animateur, s'il le désire, peut utiliser des cartons rouges et verts que les participants devront lever selon qu'ils ont répondu VRAI (vert) ou FAUX (rouge).**

Matériel requis

Cartons rouges et cartons verts distribués aux participants pour indiquer leurs réponses au questionnaire sur l'efficacité des mesures de contrôle.

- Il peut aussi demander aux participants de lever la main selon la bonne réponse.
- L'animateur lit la première question et demande aux participants de lever le carton ou la main selon la réponse. Il fait un compte rapide des résultats.
- **Il peut inscrire au tableau le nombre de personnes ayant donné la bonne réponse.** Cette compilation pourra servir à féliciter le groupe pour ses bons résultats, le cas échéant, mais elle permettra également à l'animateur de vérifier l'ampleur des préjugés et mythes auxquels adhèrent les participants.



- L'animateur compte ainsi les réponses puis il **distribue le corrigé** afin que les participants puissent en prendre connaissance au cours de la plénière. Il reprend ainsi chaque question et explique brièvement la réponse.

CORRIGÉ DU QUESTIONNAIRE SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE

- 1. Les personnes considérées comme étant à risque de chute sont moins susceptibles de chuter et de se blesser si elles sont mises sous contention.**

FAUX.

Des études récentes ont comparé les taux de chute et de blessure chez des personnes à risque de chute qui étaient sous contention aux taux observés chez des personnes à risque de chute qui n'étaient pas sous contention (Tan, *et alii*, 2005; Capezuti, 1995).

Dans un grand hôpital, Tan et ses collaborateurs (2005) ont observé un taux de chute de 13,2 pour 10,000 patients au cours d'une année. Quarante-deux chutes (31%) ont résulté en une blessure. Soixante et onze de ces chutes avec blessure sont survenues chez des patients sous contention comparativement à chez des patients qui n'étaient pas sous contention. Les blessures des personnes sous contention étaient plus sévères.

En conclusion, l'utilisation d'une contention physique était associée à une augmentation de la sévérité des blessures chez les patients qui chutent.

- 2. La contention permet toujours de calmer une personne agitée.**

FAUX.

L'application de la contention entraîne, dans la majorité des cas, une exacerbation des comportements d'agitation de la personne.

Aux dires de Goldsmith (1996), si on prenait autant de temps pour comprendre un comportement que pour le contrôler, on serait davantage capable de saisir le message, le besoin non satisfait que la personne essaie, en vain, de nous communiquer.

- 3. Tous les programmes mis en place pour réduire l'utilisation de la contention ont entraîné une augmentation importante des chutes et des blessures sévères.**

FAUX.

Plusieurs études montrent plutôt que la mise en place d'un tel programme diminue les blessures sévères.

L'implantation d'un programme de réduction de la contention peut entraîner, dans les premiers mois, une légère augmentation du nombre de chutes, mais leurs conséquences sont moins sévères que celles des chutes qui surviennent en situation de contention (Neufeld, 1999; Capezuti, Evans, Strumpf, Maislin, 1996; Ejaz, Jones, Rose, 1994; Meyer, Kraenzle, 1994).

- 4. L'implantation d'un programme de réduction de l'utilisation de la contention ne provoque pas une augmentation de l'utilisation de médicaments psychotropes.**

VRAI.

L'implantation d'un tel programme n'entraîne pas une augmentation de l'utilisation de médicaments psychotropes, (Eugenia, Siegler, Capetuzi, 1997).

- 5. L'installation d'une aide technique (ceinture, plastron, table, etc.) pour assurer le maintien d'une position corporelle adéquate est une contention.**

FAUX.

Selon un avis du MSSS, directeur de la Qualité, donné en juillet 2006, les mesures à des fins de positionnement ne sont pas des mesures de contention, à moins d'être indûment contraignantes et limitatives pour les mouvements de la personne.

Cependant, une grande vigilance s'impose de la part de l'établissement, des gestionnaires et des cliniciens afin d'éviter toute interprétation trop générale du « positionnement » dans leur pratique quotidienne.

6. Le seul moyen efficace de donner un traitement à une personne qui fait de l'interférence à son traitement médical est de la mettre sous contention.

FAUX.

Il existe d'autres moyens qui doivent être explorés avec la personne hospitalisée ou hébergée, les proches et les membres de l'équipe.

Par exemple, on peut modifier le mode de prise de la médication (voie orale plutôt qu'intraveineuse), solliciter de l'aide à la famille lors de l'administration d'un traitement, se demander si le traitement est toujours indiqué, etc.

7. L'agitation est un des principaux motifs invoqués pour appliquer une contention.

VRAI.

Selon les recherches de Palazzolo, Favre, Vittini et Bougerol (2001), et selon The Joanna Briggs Institute (2002), l'agitation est l'une des raisons principales invoquées pour justifier le recours à des mesures de contrôle. L'errance, l'agressivité, l'interférence aux traitements et le risque de chute constituent les autres motifs de l'application de la contention et de la mise en isolement.

8. Une personne sous contention demande en moyenne beaucoup moins de temps de surveillance quotidienne.

FAUX.

Prendre soin d'une personne sous contention demande davantage de temps, car cette personne n'est pas en « sécurité », de sorte qu'elle requiert une surveillance accrue. Cette personne est totalement dépendante pour la satisfaction de l'ensemble de ses besoins fondamentaux.

Il faut augmenter les soins et la surveillance puisque, en utilisant l'isolement ou la contention, des risques supplémentaires s'ajoutent aux risques déjà présents (risques de traumatismes physique, psychologique et émotionnel).

En effet, lors de l'application d'une contention, des études montrent que les soins et la surveillance exigent plus de temps d'intervention de la part de l'équipe (Phillips, Hawes et Fries, 1993).

De plus, parce que l'immobilité entraîne différents problèmes, la personne mise sous contention aura davantage besoin de soins de toute nature (élimination, hygiène, alimentation, soins de la peau, etc.).

9. L'isolement constitue le MEILLEUR moyen qui soit pour réduire l'agressivité.

FAUX.

L'isolement permet de réduire les stimuli. Chez certains individus qui ont trop de stimuli, l'isolement peut être une mesure favorable pour réduire l'agitation et l'agressivité. Par contre, d'autres études concluent que, chez certaines personnes, l'isolement peut contribuer à exacerber l'agressivité et l'agitation, car il provoque la colère de la personne. Celle-ci augmente son désir de recouvrer sa liberté, ce qui la rend de plus en plus agressive.

10. La contention augmente considérablement le risque de mortalité si une chute survient.

VRAI.

C'est vrai si la personne fait une chute alors qu'elle est sous contention. La contention multiplie même par huit le risque direct et indirect de mortalité à la suite d'une chute.

Les risques directs sont liés notamment à l'exténuation, à l'augmentation de la précarité de l'état de santé général, à l'augmentation des risques de troubles cardiaques et à l'obstruction des voies respiratoires par des contentions au niveau du thorax et du cou.

Plusieurs décès par contention sont survenus au Québec depuis les 15 dernières années.

11. Une personne avec les deux ridelles complètes de lit montées est une personne en sécurité.

FAUX.

L'utilisation des ridelles est souvent perçue comme étant un geste banal, même essentiel, qui permet d'assurer la sécurité de la personne.

Plusieurs études montrent qu'il en est tout autrement. Les ridelles de lit augmentent la hauteur à partir de laquelle une personne peut chuter et, conséquemment, augmentent le risque de blessure sérieuse.

De plus, les ridelles réduisent l'indépendance et la mobilité de la personne. À cet égard, plusieurs personnes se blessent lorsqu'elles essaient de grimper par-dessus les ridelles pour sortir du lit (ex. : pour aller à la toilette).

Par ailleurs, l'utilisation des ridelles de lit peut entraîner l'augmentation de comportements d'agitation, de peur et de delirium (Oliver, 2002). L'utilisation des ridelles peut aussi occasionner de l'incontinence et des plaies de pression.

L'utilisation des ridelles comporte un important risque de blessure attribuable à une chute si la personne essaie d'enjamber la ridelle du lit. Leur utilisation comporte aussi des risques de strangulation, de suffocation, de blessure ou de décès lorsque la personne se coince dans l'espace entre les ridelles ou entre les ridelles et le matelas.

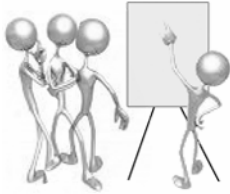
Santé Canada rapporte que l'utilisation des ridelles de lit peut occasionner des risques de blessure et de décès. Ainsi, on a enregistré 25 décès et 35 blessures liés aux ridelles de lit entre 1980 et 2000 (Medical Devices Bureau, 2001).

- Lorsque la séance plénière sera terminée, l'animateur doit faire un résumé de la question en disant que, contrairement aux mythes sur le sujet, les mesures de contrôle s'avèrent peu efficaces. D'ailleurs, la prochaine activité démontrera clairement que les mesures de contrôle entraînent davantage de conséquences néfastes que d'effets bénéfiques.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 5

Décrire les effets à court et à long termes de l'isolement et de la contention sur les plans physique et psychologique.

11. LES EFFETS VÉRITABLES DES MESURES DE CONTRÔLE

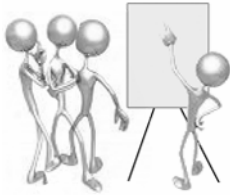


- L'animateur entame l'activité en rappelant que certaines croyances ont été déboulonnées au cours de l'exercice précédent, mais que les effets véritables de la mise sous contention ou de l'isolement n'ont pas encore été mis à jour.
- La prochaine activité a pour objectif de dresser un inventaire non exhaustif des effets physiques et psychologiques des mesures de contrôle.

- **L'animateur écrit au tableau les mots « psychologique » et « physique ».**



- L'animateur demande aux **personnes qui ont été mises sous contention de se regrouper dans une même équipe** tandis que **les autres participants sont conviés à former de nouvelles équipes de 3 à 4 personnes.**
- Lorsque les équipes sont formées, l'animateur demande à chaque équipe de nommer un porte-parole qui devra présenter les réponses de son groupe lors de la séance plénière et qui doit prendre des notes.
- L'animateur donne la consigne suivante à la moitié des équipes : **ils ont 5 minutes pour faire la liste des effets physiques et psychologiques** liés à la mise sous contention pour la personne qui la subit, alors que l'autre moitié identifie la liste des effets physiques et psychologiques de l'isolement.
- **L'animateur va rejoindre l'équipe des volontaires à la contention et il leur donne une consigne différente**, à savoir de faire l'inventaire des réactions physiques et psychologiques qu'ils ont ressenties lorsqu'ils étaient sous contention et privés de leur droit de parole.



- Lorsque le travail d'inventaire est terminé, l'animateur prend un instant pour remercier à nouveau les volontaires à la contention pour leur participation à cette importante expérience.
- Puis il convie les membres de cette équipe de volontaires à **livrer leurs témoignages** concernant les effets physiques et psychologiques (émotions ressenties lorsqu'il était sous contention et privé de son droit de parole). **L'animateur écrit leurs réponses au tableau.**
- Lorsque les témoignages sont terminés, l'animateur demande aux **autres équipes d'ajouter à cette liste les éléments** qui n'y apparaîtraient pas.
- Lorsque cette liste est complétée au tableau, l'animateur vérifie si certains éléments apparaissant sur son corrigé ont été oubliés et, si tel est le cas, il les mentionne.



- L'animateur **distribue les corrigés** et attire l'attention des participants sur le dernier encadré qui concerne la mortalité en lien avec la contention. Il fait une rapide lecture des données qui apparaissent dans cet encadré avant de conclure à l'inefficacité des mesures de contrôle et à leurs conséquences néfastes.

CORRIGÉ À DISTRIBUER

EFFETS DE LA CONTENTION SUR LES PLANS PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

PRINCIPAUX EFFETS PHYSIQUES (LISTE NON EXHAUSTIVE) :

Effets de l'immobilité :

- Engourdissement;
- Courbature;
- Diminution de l'amplitude articulaire;
- Diminution de la force physique;
- Diminution de l'équilibre;
- Inconfort;
- Douleur;
- Ankylose;
- Atrophie musculaire;
- Réduction de la masse osseuse.

Effets sur la circulation sanguine :

- Augmentation du risque de thrombose veineuse et artérielle;
- Hypotension orthostatique;
- Œdème.

Effets sur la peau :

- Abrasion;
- Lésions traumatiques;
- Plaie de pression.

Effets sur les fonctions primaires :

- Constipation;
- Incontinence urinaire et/ou fécale;
- Perturbation de l'appétit;
- Déshydratation;
- Rétention urinaire.

Effets sur le système immunitaire :

- Infection;
- Infections urinaires;
- Complications respiratoires.

Effets sur la morbidité :

- Compression;
- Risque aggravé de décès si chute;
- Risque de strangulation;
- Risque d'asphyxie.

PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES (LISTE NON EXHAUSTIVE) :

- Colère;
- Sentiments liés au phénomène de victimisation secondaire;
- Sentiment d'être à l'écart du monde;
- Sentiment d'être abandonné;
- Diminution de la dignité;
- Anxiété;
- Découragement;
- Peur;
- Sentiment d'être puni;
- Diminution de l'estime de soi;
- Désorientation accrue;
- Humiliation;
- Résignation;
- Augmentation de l'agitation;
- Exacerbation de la confusion.

EFFETS DE L'ISOLEMENT SUR LES PLANS PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

PRINCIPAUX EFFETS PHYSIQUES (liste non exhaustive) :

Il existe une importante controverse au sujet des effets bénéfiques ou néfastes de l'isolement dans le contexte de soins psychiatriques :

- possibilité de repos et de sommeil versus réduction des stimuli;
- réduction des interactions stressantes versus détresse;
- apaisement versus agitation;
- possibilité d'un contact rapproché de la personne avec les intervenants versus bris de communication;
- sécurité sauf si une ou des contentions s'ajoutent à l'isolement.

L'isolement peut aussi entraîner des complications. À cet égard, une étude ayant été menée dans des urgences américaines a enregistré un taux mensuel de 38% de complications associées à l'utilisation des chambres d'isolement. Ces complications étaient des blessures aux personnes, des blessures aux intervenants et des évasions de la chambre d'isolement (Zun *et alii*, 2005).

PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES (liste non exhaustive) :

- Peur;
- Sentiment d'abandon;
- Exacerbation des symptômes psychiatriques;
- Diminution de l'estime de soi;
- Détérioration de l'état mental;
- Privation sensorielle pouvant déclencher ou augmenter les hallucinations;
- Anxiété;
- Colère;
- Perte de liberté;
- Humiliation;
- Culpabilité;
- Méfiance accrue;
- Désir de vengeance;
- Exacerbation de la détresse.

RAPPORTS DU CORONER DU QUÉBEC RELATIVEMENT AUX DÉCÈS DE PERSONNES SOUS CONTENTION

- Entre 1987 et 2003, 48 décès par asphyxie à la suite d'une compression thoraco-abdominale ou du cou sont imputables aux mesures de contrôle; pour 35 de ces décès, les personnes étaient sous contention dans un lit (la personne est alors retrouvée accrochée au lit, souvent compressée par des ridelles) et, dans 13 cas, les personnes étaient coincées à mort par leurs contentions dans un fauteuil roulant ou gériatrique.
- Dans 73% des cas, les décès sont survenus dans des centres d'hébergement et, dans 13% des cas, ils sont survenus dans des centres hospitaliers.
- Les personnes décédées avaient 67 ans en moyenne.

DURÉE : 25 min.

Visionnement de la première partie (25 min.) du DVD de l'émission *Erreurs Médicales – épisode # 5 Fatale contention*; il est disponible chez Avanti au coût de 30 \$, pour commander (514) 288-7000.

DURÉE : 15 min.

PAUSE SANTÉ

DURÉE : 5 min.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 6

Reconnaître les impacts néfastes que peuvent avoir la contention et l'isolement sur la perception de la famille et des proches ainsi que sur le personnel entrant en relation avec la personne et sur l'établissement.

12. LES IMPACTS SUR LA FAMILLE ET LES PROCHES



- L'animateur invite les participants à faire un bref exercice d'imagerie mentale (1 minute) afin de prendre contact avec leurs émotions à l'égard de la contention.
- Pour ce faire, l'animateur invite les participants à fermer les yeux et à prendre conscience de leur respiration afin de tenter d'en réduire le rythme.
- Lorsqu'il sent que les participants sont calmes, il fait un retour sur le DVD ou il leur fait le récit suivant :

MISE EN SITUATION

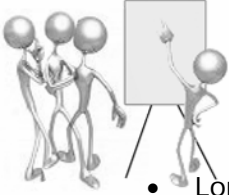
« La personne que vous aimez le plus au monde a fait un accident vasculaire cérébral il y a quelques jours. C'était sa première attaque et cette nouvelle vous a terrassé.

Vous arrivez à sa chambre et vous entendez des petits bruits en provenance de son lit, comme des petites plaintes faibles. Lorsque vous entrez dans sa chambre, des cris et des sanglots vous accueillent :

« Détache-moi! Ils m'ont attaché comme un chien. Détache-moi! Viens me sauver! »

Que ressentez-vous? »

- L'animateur laisse les participants songer à cette situation durant quelques instants, puis il leur demande d'ouvrir les yeux.



- Lorsque les yeux s'ouvrent, l'animateur invite ceux et celles qui le veulent à partager les émotions que ces images ont suscitées en eux. L'animateur peut également demander aux participants de dire à quelles valeurs ces images se heurtent.
- L'animateur s'assure que les éléments mentionnés par les participants correspondent à ceux qu'il retrouve sur la **Feuille-support E**. Sinon, il en fait mention.
- Il importe de rappeler encore une fois que le but de cette formation est de faire en sorte que, avant d'avoir recours à la contention ou à l'isolement, le professionnel réfléchisse à toutes les mesures de remplacement qu'il pourrait utiliser pour éviter les mesures de contrôle ou en réduire la durée, le cas échéant.

Feuille-support E

LA FAMILLE ET LES PROCHES

La famille et les proches qui rendent visite à des personnes sous contention ressentent généralement :

- de la peine et de la tristesse;
- un malaise entre les membres d'une famille;
- de la frustration;
- de l'incompréhension;
- de la colère envers l'établissement et les intervenants;
- de l'inconfort;
- un sentiment d'impuissance;
- un sentiment de gêne;
- un sentiment de culpabilité.

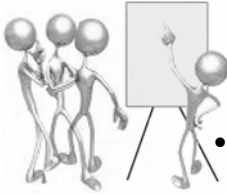
Si la personne demeure sous contention pour un certain temps, les parents ou les proches peuvent également :

- développer une image négative de la personne;
- se désintéresser de la personne;
- réduire les manifestations affectueuses;
- s'éloigner au niveau affectif.

ISOLEMENT

Le fait qu'une personne hospitalisée soit mise en isolement peut provoquer de la culpabilité, un malaise et un sentiment d'impuissance. De plus, cette personne ne pouvant recevoir de visite lorsqu'elle est en isolement, les proches ressentent généralement une grande frustration de ne pouvoir entrer en contact avec celui ou celle qu'ils étaient venus visiter.

13. LES IMPACTS SUR LES INTERVENANTS ET L'ÉTABLISSEMENT



- Afin de compléter l'activité précédente, l'animateur demande aux participants de dire si, selon eux, les intervenants et l'établissement sont affectés par les mises sous contention et l'isolement.
- Même si certains d'entre eux hésiteront à l'admettre, cette situation oblige bien des membres du personnel à adopter une attitude de retrait psychologique afin de se distancier de la personne isolée ou sous contention.
- Certains en arrivent même à ne plus considérer cette personne comme un humain à part entière. Ce mécanisme de défense a pour but de réduire le sentiment de culpabilité qui tenaille de nombreux intervenants.
- L'animateur demande aux participants qui le désirent de faire part de leur réflexion aux autres. L'animateur complète la réflexion des participants en se basant sur les éléments apparaissant sur la **Feuille-support F**.

Feuille-support F

CONTENTION/ISOLEMENT

IMPACTS AFFECTIFS SUR LES INTERVENANTS

- Conflit de valeurs;
- Culpabilité;
- Obstacles à la communication;
- Sentiment d'être inadéquat (ne pas être à la hauteur);
- Sentiment de pouvoir et de contrôle sur l'autre;
- Compétences et capacités du client sous-estimées
- Désengagement progressif à l'égard de la personne;
- Sentiment d'échec.

IMPACTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

- Prolongation de la durée de séjour;
- Augmentation de la morbidité et de la mortalité;
- Mauvaise réputation de l'établissement;
- Problèmes juridiques;
- Augmentation des coûts.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 7

Prendre connaissance des fondements éthiques et juridiques qui guident le changement de pratique proposé.

14. LES FONDEMENTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES



- L'animateur rappelle que les conséquences reliées à l'application de la contention ou à l'isolement sont importantes.
- Il est donc impératif de développer une nouvelle façon d'agir parce qu'un changement de pratique s'impose dans ce domaine.
- L'animateur invite les participants à prendre leur **Cahier du participant**. Il projette les diapositives qui présentent les fondements éthiques sur lesquels doit reposer le changement de pratique.



LES FONDEMENTS ÉTHIQUES

La personne est reconnue dans :

1. Son **autonomie** (choix et valeurs lors de la prise de décision).
2. Son **intégrité physique et psychologique** et la **qualité de sa vie**.
3. Sa **singularité**.
4. Sa **vulnérabilité**.

13



LES FONDEMENTS ÉTHIQUES

La personne est reconnue dans :

5. Sa capacité de **comprendre** la situation.
6. La recherche du **meilleur intérêt** de la personne et de ses proches.
7. La réduction des **impacts** néfastes s'il y a contention ou isolement.

Les intervenants sont les GARDIENS des droits fondamentaux de la personne.

14

- L'animateur explique que le changement de pratique souhaité par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec est, lui aussi, fondé sur des dimensions éthiques et juridiques qui mettent la personne au cœur des préoccupations.

- L'animateur précise que ce changement de pratique s'inscrit dans le prolongement d'un mouvement social et politique qui a mis les droits de la personne au premier plan. Nous retrouvons ce principe dans la Charte des droits et libertés de la personne, entrée en vigueur en 1976, dans la Charte canadienne des droits et libertés adoptée en 1982 et dans le nouveau Code civil du Québec adopté en 1994.
- Ces lois visent toutes la protection de la dignité de la personne et, pour protéger ce droit de façon adéquate, le législateur a reconnu à tout individu la possibilité de faire des choix relativement aux soins et autres traitements qui le concernent (principe du consentement libre et éclairé). Ainsi, si la personne consent à un traitement médical, les gestes médicaux autrement illicites parce qu'ils constituent une atteinte à l'intégrité de la personne, deviennent licites.
- Les chartes font aussi la promotion de la liberté de mouvement et de l'intégrité de la personne; la contention et l'isolement frappent de plein fouet ces principes juridiques en brimant de manière radicale ces droits fondamentaux.
- C'est pourquoi le législateur a tenu à encadrer de manière spécifique les mesures de contrôle en adoptant l'article 118.1 de *la Loi sur les services de santé et les services sociaux* dans lequel il est mentionné clairement que ces mesures ne peuvent être utilisées que pour empêcher une personne « **de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions** ».
- L'animateur projette les diapositives de l'article 118.1 et en fait la lecture.




L'ARTICLE 118.1, Loi sur les services de santé et les services sociaux

« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. »

15



L'ARTICLE 118.1, Loi sur les services de santé et les services sociaux

« L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. » Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., Chap. S-4.2, article 118.1 (en vigueur depuis juin 1998).

16

- Puis il projette les diapositives qui présentent les *Orientations ministérielles* pour faire comprendre comment les principes définis dans l'article 118.1 doivent se traduire dans la pratique quotidienne.
- Le contexte des soins de santé a donc subi une importante mutation au cours des dernières années et d'autres professionnels que les médecins se sont vu octroyer la compétence pour décider de l'utilisation des mesures de contention par le biais de *la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, communément appelée la Loi 90, entrée en vigueur en 2003. Même si la Loi autorise d'autres professionnels à décider de l'utilisation des mesures de contention, cette disposition s'applique uniquement dans les milieux où le protocole d'utilisation de la contention l'autorise. Le milieu peut même aller jusqu'à spécifier certaines conditions d'application. Par exemple, certains établissements exigeront une formation adaptée pour les intervenants appelés à décider des mesures de contrôle.
- Les infirmiers et infirmières, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes peuvent maintenant décider de mettre une personne sous contention. Pour l'instant, seul le médecin peut encore prescrire l'isolement.
- Ces règles légales encadrent désormais le recours aux mesures de contrôle. Elles doivent guider toutes les actions. Elles seront revues lorsque la grille de prise de décision sera abordée.



LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Les orientations ministérielles (2002) ont énoncé 6 principes directeurs :

1. Les mesures de contrôle sont utilisées uniquement dans un contexte de risque imminent.
2. Les mesures de contrôle ne sont envisagées qu'en dernier recours.
3. Les mesures appliquées sont le moins contraignantes possible.

17



LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

4. L'application des mesures doit se faire dans le respect de la dignité et de la sécurité tout en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
5. L'utilisation de mesures de contention doit être balisée et contrôlée par un protocole et des procédures.

18



LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée, le dossier doit contenir une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils sont utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

6. L'utilisation des mesures doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi auprès du conseil d'administration de chaque établissement.


19

DURÉE : 5 min.

15. MESSAGE CLÉ




L'animateur annonce que le premier objectif général est complété et, en conclusion, il livre le message clé apparaissant sur les diapositives suivantes et que les participants peuvent lire dans leur **Cahier du participant**.



MESSAGE CLÉ

- L'efficacité des mesures de contrôle à l'égard des problématiques les plus souvent rencontrées (chute, errance, agitation, agressivité, interférence aux traitements, etc.) est plus que douteuse.


20



MESSAGE CLÉ

- Les nombreuses conséquences découlant des mesures de contrôle sont néfastes et ne sont pas du tout contrebalancées par des effets bénéfiques. Il n'y a généralement pas de conséquences favorables ni pour la personne qui subit ces mesures, ni pour le personnel qui les impose, ni pour les établissements qui les supportent.

21



MESSAGE CLÉ

- En résumé, une utilisation des mesures de contrôle **non réfléchie** va à l'encontre des buts de nos interventions : dispenser des soins et services en respectant les droits fondamentaux de la personne et en préservant sa dignité, son autonomie, son intégrité, ainsi que sa qualité de vie et la sécurité de sa personne.

22


OBJECTIF SPÉCIFIQUE 8

En tenant compte de l'environnement global, définir les éléments qui doivent être examinés lorsqu'on veut procéder à un changement de pratique afin de prendre une bonne décision en matière de contention et d'isolement.

16. INTRODUCTION À L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2



- L'animateur prend un instant pour lire sur la diapositive l'objectif général 2 afin d'annoncer la deuxième partie de la formation.



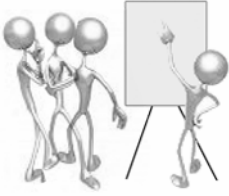
OBJECTIF 2

- 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.

23

- L'animateur résume le travail accompli jusqu'à maintenant, à savoir que **l'inefficacité des mesures de contrôle a été montrée et que leurs multiples effets néfastes ont été mis à jour**. Il importe maintenant de **proposer des mesures de remplacement** à la contention et à l'isolement et de suggérer des moyens concrets pour mettre en application un changement de pratique.
- La seconde partie de la formation est donc consacrée à des stratégies pour soutenir la réduction de la contention et de l'isolement.

17. TEMPÊTE D'IDÉES : L'ENVIRONNEMENT GLOBAL

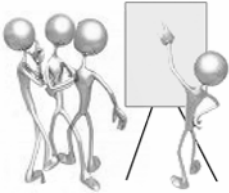


- L'animateur annonce que la prochaine activité est une tempête d'idées. Il précise que, pour réussir cette activité, les participants doivent nommer sans réfléchir et sans se censurer les idées ou les mots qui leur viennent en tête lorsque la consigne sera donnée.
- L'animateur va au tableau et se prépare à écrire les éléments. Il doit garder une partie de l'espace du tableau afin d'avoir la place requise pour faire les catégories.
- Puis il donne la consigne et écrit les réponses au tableau :

« Sur quoi peut-on agir pour réduire l'utilisation et la durée des mesures de contrôle? »

- La tempête d'idées ne doit pas durer longtemps, car cela risque de devenir redondant.

18. LES CINQ CATÉGORIES DU MODÈLE KAYSER-JONES



- L'animateur fait remarquer aux participants que les éléments inscrits au tableau n'appartiennent pas tous à la même catégorie. Il semble donc que pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle, il faut toucher à de nombreuses sphères de l'environnement global.
- Il invite donc les participants à faire du classement inductif, c'est-à-dire à regrouper les éléments qui appartiennent à un certain ensemble logique afin de trouver sous quelle catégorie on pourrait les rassembler.
- L'animateur peut aider les participants en leur demandant de regrouper tous les éléments qui se rapportent à une catégorie qui leur semble bien représentée au tableau (personne, aménagement physique, environnement humain, structures organisationnelles, aspect psychosocial et culturel). Il fait une colonne au tableau et inscrit les éléments ainsi regroupés.
- Lorsque les éléments d'une première catégorie sont regroupés, il demande aux participants de mettre un nom sous cette catégorie. Il procède ainsi pour les autres catégories.



- L'animateur invite les participants à consulter la liste des éléments contenus dans le modèle de Kayser-Jones (**Cahier du participant**) et il projette les diapositives afin que les participants vérifient si les catégories formées au tableau contiennent l'ensemble des éléments de la liste.



Modèle Kayser-Jones (1992) traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006) Composantes de l'environnement global impliquées dans la prise de décision

LA PERSONNE :

- Son âge.
- Son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive.
- Son état de santé physique et mentale.
- Sa sécurité.
- Sa liberté.
- Sa dignité.
- Etc.

24



L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE :

- Accès à du matériel et des installations physiques sécuritaires.
- Niveau sonore.
- Couleur des murs.
- Éclairage.
- Aération.
- Aménagement des espaces communs et privés.
- Espaces réservés à la marche.
- Sorties extérieures possibles.
- Disposition du mobilier.
- etc.

25

Note à l'animateur : compléter l'information sur l'importance d'avoir accès à du matériel et des installations physiques sécuritaires (lits électriques, demi-ridelles de lit, matelas pour le sol, protecteurs de hanche, alarmes de positionnement).



LES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES :

- Travail en équipe interdisciplinaire.
- Politiques de l'établissement.
- Procédures d'encadrement des mesures de contrôle.
- Philosophie de soins.
- Disponibilité du personnel et le ratio patient-soignant.
- Ressources financières allouées à la formation du personnel.
- Leadership exercé par les gestionnaires et les cliniciens.
- etc.

26



L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL :

- Normes éthiques et juridiques.
- Les valeurs, les croyances et les attitudes de la personne, de ses proches, de sa famille, des intervenants et de l'administration.

27



L'ENVIRONNEMENT HUMAIN :

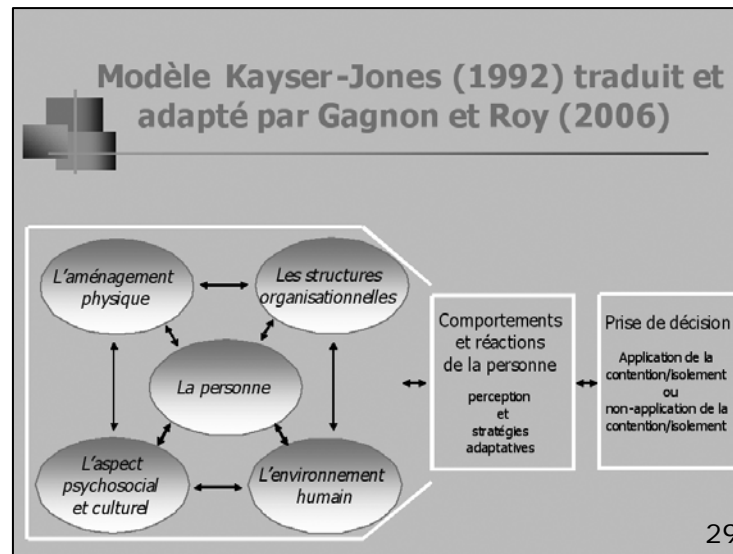
- Membres de la famille.
- Amis.
- Autres personnes hébergées ou hospitalisées.
- Intervenants.
- Membres de l'administration.
- Comité des usagers.
- Équipes interdisciplinaires.
- etc.

28

19. L'ADOPTION DES AUTRES PERSPECTIVES



- L'animateur projette la diapositive du modèle Kayser-Jones (**Cahier du participant**).



- L'animateur explique brièvement que ce modèle permet de comprendre que, pour instaurer un changement de pratique, il faut souvent modifier notre point de vue afin d'y inclure des éléments auxquels on accorde parfois une attention limitée parce qu'on est centré sur un aspect particulier qui nous masque une grande partie de la réalité.
- Le modèle de Kayser-Jones a été choisi parce qu'il incite à tenir compte de toutes les autres dimensions impliquées.
- Ce modèle nous indique aussi qu'une action effectuée à l'égard d'un des éléments se répercute sur l'ensemble des autres éléments et influence ainsi tout le processus de prise de décision (voir le schéma d'interaction).
- Décider d'une mesure de contention ou d'isolement exige que l'équipe regarde la situation GLOBALEMENT.
- Une action effectuée à l'égard d'un des éléments influence nécessairement tout le processus de prise de décision.
- Une meilleure compréhension de l'environnement global de la personne facilite la recherche des mesures de remplacement pour éviter la contention ou l'isolement.

20. LES MESURES DE REMPLACEMENT




- L'animateur projette les diapositives qui donnent une définition des mesures de remplacement.



Les mesures de remplacement :

- Stratégies d'interventions simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement.

30



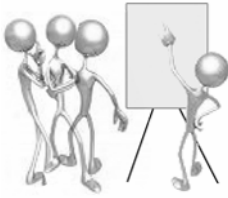
Les mesures de remplacement

- peuvent viser à :
 1. **prévenir**,
 2. **réduire** ou à
 3. **éliminer** les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui.

31

- Comme on le verra sous peu, les mesures de remplacement sont variées et peuvent toucher autant les équipements mis à la disposition des patients, l'environnement physique que les interventions auprès des proches. Par ailleurs, il est important de souligner qu'un très grand nombre de gestes quotidiens posés auprès des personnes hébergées ou hospitalisées constituent des « mesures de remplacement » lorsqu'on les met dans la perspective des mesures de contrôle.
- Tous ces gestes et soins, grands et petits, que le personnel soignant ou non prodigue quotidiennement aux personnes afin de leur assurer plus de confort et un plus grand sentiment de sécurité (que l'on songe à donner un verre d'eau, rassurer, expliquer le but du traitement, replacer l'oreiller, prescrire un médicament, etc.) sont des mesures de remplacement.
- L'animateur rappelle que non seulement les mesures de contrôle n'ont pas l'efficacité qu'on leur prête pour prévenir les chutes, contrôler l'agitation et l'agressivité, mais elles présentent en plus des effets néfastes qui peuvent même devenir funestes.

21. TEMPÊTE D'IDÉES SUR LES MESURES DE REMPLACEMENT



- Afin de vérifier si les participants ont une idée claire de ce que sont les mesures de remplacement (alternatives aux mesures de contrôle), il leur demande ce qu'ils feraient :

QUESTIONS

- **Pour une personne agitée qui essaie de sortir de son lit.**

Les réponses peuvent inclure :

- Contrôler les paramètres vitaux;
- Effectuer une surveillance étroite;
- Satisfaire les besoins de base (faim, soif, uriner, déféquer, maintien d'une température confortable);
- Relocalisation de la personne à proximité du poste de garde afin de faciliter la mobilisation;
- Installer un coussin alarme;
- Proposer des activités occupationnelles ou des distractions;
- Offrir un programme d'exercices et d'orientation spatiale;
- Avoir recours aux membres de la famille ou à un service de garde privée pour surveiller la personne, notamment en favorisant les visites en tout temps;
- Donner des informations aux membres de la famille/proches et leur expliquer les raisons des comportements de la personne et l'importance de leur présence;
- Rassurer les membres de la famille/proches sur le caractère réversible des comportements.

- **Pour un enfant qui tente d'arracher ses pansements ou son soluté.**

Les réponses peuvent inclure :

- effectuer une surveillance étroite;
- réévaluer la pertinence du soluté;
- effectuer des distractions, diversions;
- camoufler les pansements ou la tubulure (brassard ou manche longue);
- proposer un jeu dont le gagnant sera celui qui garde ses pansements le plus longtemps;
- proposer des jeux ou des lectures;
- demander la collaboration des parents;
- etc.

- Par la suite, l'animateur invite les participants à examiner les aide-mémoire contenant de multiples mesures de remplacement pour pallier diverses situations cliniques, aide-mémoire qui se trouvent dans le **Cahier du participant**. Il précise que ces aide-mémoire (errance, chute, interférence aux traitements, agressivité, comportements perturbateurs, delirium) ne sont pas exhaustifs, mais qu'ils constituent une banque d'idées substantielles que les participants pourront compléter dans leur milieu.
- Lorsque la nature et l'étendue des formes que peuvent prendre les mesures de remplacement semblent claires pour tous les participants, l'animateur précise qu'il est important de constater que, même si certains changements seront difficiles à mettre en œuvre parce qu'ils impliquent beaucoup de ressources financières, matérielles ou humaines pour pouvoir être réalisés rapidement, certains autres changements peuvent se faire au quotidien aux conditions suivantes :
 1. Avoir une véritable volonté de changement;
 2. Avoir la capacité d'imaginer des mesures de remplacement aux mesures de contrôle;
 3. Avoir la volonté de les mettre en place.

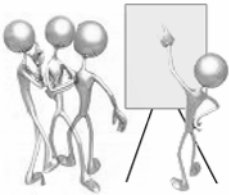
DURÉE : 20 min.

Visionnement de la deuxième partie (20 dernières minutes) du DVD de l'émission *Erreurs Médicales – épisode # 5 Fatale contention*.

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 9

Se prononcer sur les éléments à prendre en considération pour réussir un changement de pratique.

22. LA VOLONTÉ DE CHANGEMENT : UNE EXPÉRIENCE RÉUSSIE!



- L'animateur demande aux participants s'ils ont eu vent d'une expérience réussie de réduction des mesures de contrôle. Si c'est le cas, il leur demande de la raconter brièvement.



- Si aucun participant ne connaît une expérience de ce type, l'animateur raconte l'une ou l'autre des deux expériences suivantes selon qu'il se trouve dans un milieu ayant peu de moyens ou, au contraire, dans un centre hospitalier qui, a priori, dispose de plus de ressources.

UNE EXPÉRIENCE CONVAINCANTE DANS UN PETIT CENTRE

Au centre d'hébergement Saint-Antoine de Padoue, dans la région de Lanaudière, une équipe de trois personnes a décidé d'instaurer un changement de pratique afin que les contentions ne soient plus utilisées comme première mesure de protection de la clientèle à risque de chute.

- Pour ce faire, un programme de formation de 10 heures a été donné aux préposé(e)s aux bénéficiaires, infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières auxiliaires, médecins et ergothérapeutes.
- Le personnel a ensuite identifié les personnes susceptibles d'être « décontentionnées ». Leurs familles ont été contactées et ont donné leur accord. Chaque personne a été évaluée par l'équipe interdisciplinaire, puis avant de procéder, une observation d'une semaine, à raison d'une fois par heure, a été entreprise.
- Parallèlement, différentes mesures de remplacement ont été mises en place.

- **RÉSULTATS** : Ce programme a permis de réduire le nombre et la durée d'application des contentions. Des 32 personnes qui étaient sous contention durant 12 à 24 heures par jour, tous les jours, il n'en restait que cinq, dix mois après l'instauration de ce nouveau programme. De plus, la durée durant laquelle ces patients étaient mis sous contention avait diminué à 8 heures par jour, en moyenne. Les chutes ne sont pas plus ni moins importantes que par le passé (2% des blessures graves), mais la qualité de vie des personnes hébergées a augmenté considérablement, car leur liberté de mouvement a été recouvrée ainsi que leur dignité.
- Selon l'équipe ayant mis au point ce programme, pour réussir, il faut : 1. de la ténacité; 2. de la créativité; 3. de la formation, de la collaboration et de l'implication de la part de l'ensemble du personnel.

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

UNE EXPÉRIENCE IMPORTANTE DANS UN MILIEU UNIVERSITAIRE DE SOINS SPÉCIALISÉS – MILIEU URBAIN

- En 2000, un comité interdisciplinaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont a mis en place un programme de prévention des chutes. Son défi : offrir aux équipes des outils afin de mieux évaluer le risque de chute (à l'admission et tout au long du séjour) et mettre en place des interventions correspondant aux besoins de la personne hospitalisée.
- Pour ce faire, des sessions de formation sont offertes à l'ensemble des équipes de tout l'hôpital. Soutenus par les gestionnaires des différents programmes clientèles, les intervenants réussissent à maintenir leur taux de chute tout en promouvant l'autonomie des différentes clientèles de tous les âges.
- En 2001, le comité interdisciplinaire « arrimage chute-contention » est mandaté par la direction générale pour accompagner les « équipes-terrain » dans l'application du règlement en regard des mesures de contrôle.

- On constate rapidement que le changement de pratique demandé, qui consiste à réduire l'utilisation des mesures de contrôle, est colossal et qu'il faudra y aller à petits pas. Pour y arriver, on mise sur le travail des équipes interdisciplinaires et d'autres « ingrédients » essentiels : le leadership clinique, la mobilisation des gestionnaires et une conviction qu'il faut remettre en question cette pratique.
- Des formations sont données aux équipes interdisciplinaires des programmes clientèles qui suivent : santé mentale, personnes âgées, médecine, première ligne (urgences), chirurgie. Des « agents multiplicateurs » dans chaque unité de soins assurent la formation à leurs collègues et agissent comme personne-ressource dans les cas difficiles.
- Un colloque d'une journée sur les mesures de contrôle s'est tenu en 2002 à l'HMR, réunissant plus de 150 intervenants de l'HMR et collègues de d'autres milieux.
- En 2002, une étude réalisée auprès des clientèles des programmes clientèles de l'hôpital montre que, 18 mois après l'implantation d'un programme de formation et d'autres stratégies gagnantes, la prévalence hospitalière de l'utilisation des contentions est à 3,5%.
- En 2006, presque 5 ans après le début des efforts concertés dans la remise en question de cette pratique, les gestionnaires et les équipes interdisciplinaires font le constat suivant : il faut poursuivre le changement de pratique, continuer d'accompagner les équipes dans le changement (formation, consultation, achat de matériel, soutien des proches, etc.) et, surtout, continuer à féliciter et à renforcer les efforts des personnes qui font toute la différence, celles qui donnent les soins et les services à la clientèle.

23. MESSAGE CLÉ : UNE VUE D'ENSEMBLE ET UN BON QUESTIONNEMENT



- L'animateur projette le message clé et en fait la lecture.

A horizontal strip of small, square images showing various people, including a baby, a man, a woman, and a group of people, positioned above the main text box.

MESSAGE CLÉ

- Pour réussir un changement de pratique, il faut d'abord et avant tout :
 - avoir une véritable volonté de changement;
 - avoir la capacité d'imaginer des mesures de remplacement;
 - avoir la conviction pour les mettre en place.

32

REPAS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 10

Se familiariser avec le processus de prise de décision et avec les questions auxquelles il faut répondre pour prendre une décision éclairée en matière de mesures de contrôle.

24. LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION : UN QUESTIONNEMENT STRUCTURÉ

L'animateur est invité à lire la Feuille-support G sur le processus de décision avant la formation afin de bien comprendre sa structure.

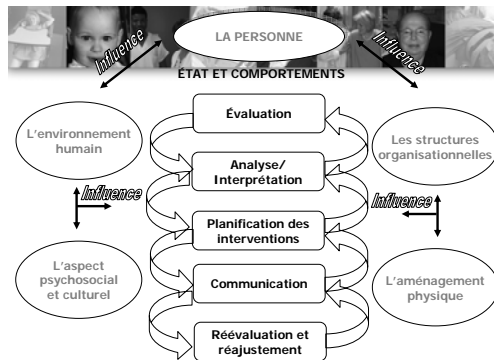


- L'animateur annonce aux participants que la suite de la formation sera consacrée au processus de prise de décision lorsque se pose la question du contrôle d'une personne. Il explique que le modèle élaboré par Kayser-Jones a servi de guide pour élaborer la grille qui sera présentée à l'instant.
- Cette grille est un aide-mémoire construit afin que le professionnel, le médecin, l'infirmier et l'infirmière, l'ergothérapeute, le physiothérapeute et les autres membres de l'équipe puissent se questionner sur les gestes à poser et les actions à entreprendre afin de modifier leur pratique relativement aux mesures de contrôle. Chacun est invité à réfléchir au rôle qu'il peut jouer dans la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, et cela, en conformité avec son champ de compétence. En effet, toutes les mesures imaginables devront être prises pour éviter la contention ou l'isolement, car ce sont des moyens de dernier recours.
- La remise en question de cette pratique devient donc la clé du changement de pratique.
- Ce processus de décision constitué de plusieurs étapes est un processus qui est en mouvement et qui n'est pas linéaire; il existe une boucle de rétroaction à chacune des étapes, accordant ainsi toute la souplesse nécessaire pour tenir compte de chaque situation.
- L'animateur demande aux participants de prendre la grille dans leur **Cahier du participant**. Il demande aux participants de prendre une minute pour examiner cette grille et poser des questions sur celle-ci, le cas échéant.





- Puis, l'animateur projette le processus de décision de Roy et Gagnon (2006) et en se servant de la **feuille-support G**, il explique brièvement le but et la fonction de chaque étape.



Feuille-support G

LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION : UNE DÉMARCHE EN CINQ ÉTAPES

1. Évaluation de la situation

Il faut d'abord identifier les causes des comportements observés. La plupart du temps, ces causes sont multifactorielles. L'évaluation doit donc être globale (la personne hébergée ou hospitalisée, l'aménagement physique, l'aspect psychosocial et culturel, l'environnement humain). Il faut considérer toutes les causes sur lesquelles il est possible d'agir, notamment en réduisant ou en contrôlant certains facteurs de risque, ce qui pourrait ultimement permettre d'éviter la contention et l'isolement.

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

À cette étape, il s'agit de formuler des hypothèses sur les causes pouvant expliquer les comportements observés. Il faut formuler et valider des hypothèses afin de poser un jugement clinique à partir de l'analyse et de l'interprétation des données (pour parvenir à juger, il faut évaluer les écarts entre cette situation et les réactions ou comportements typiques). L'examen des hypothèses permet de confirmer ou infirmer ses impressions sur la condition clinique de la personne et le niveau de risque de lésion pour elle-même ou pour autrui.

3. Planification des interventions

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

Ce but visé ne peut passer outre la sécurité de la personne et celle de l'entourage.

Il doit aussi refléter les valeurs et principes d'intégrité, de dignité, de liberté, d'autonomie et de qualité de vie. Le plan d'intervention et, le cas échéant, l'ordonnance médicale doivent absolument prévoir les soins, la surveillance et le suivi, surtout si une mesure de contrôle doit être appliquée. De plus, cette étape permet au professionnel, au médecin, à l'infirmier et l'infirmière, à l'ergothérapeute, au physiothérapeute ou à l'équipe d'établir les priorités.

4. Communication du plan d'intervention

Le succès de l'application du plan d'intervention est directement lié à sa diffusion auprès de tous les intervenants concernés par le biais de la tenue du dossier, mais aussi par le maintien d'une communication verbale efficace entre eux et avec la personne et ses proches (ex. : rapport interservices, plan de travail, etc.). Pour que le plan d'interventions et, le cas échéant, l'ordonnance médicale soient respectés, il faut donc impérativement consigner par écrit toutes les décisions de traitement et de soins afin que tous les intervenants y aient accès en temps opportun. L'accès au plan d'interventions étant limité aux professionnels, il devient très important de trouver des modes de communication efficaces pour transmettre les informations aux autres membres du personnel, notamment aux préposés aux bénéficiaires.

5. Réévaluation

La réévaluation est primordiale. Elle doit porter sur :

- l'évolution de la condition clinique de la personne (situation clinique);
- l'efficacité du plan d'intervention mis de l'avant;
- la réévaluation de la décision relative à la contention et à l'isolement;
- les réajustements requis.

Puisque ce processus de prise de décision est en mouvement, il va de soi qu'aucune décision ne peut être considérée comme finale et irréversible. Au contraire, chacune d'elles doit pouvoir être remise en question, si cela est pertinent.

GRILLE DE DÉCISION (AIDE-MÉMOIRE)

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
OBSERVER LES COMPORTEMENTS	<p>Comportement : Quels sont les comportements de la personne?</p> <p><i>Utiliser au besoin une grille d'observation des comportements qui permettra à l'équipe d'amasser des informations sur les circonstances d'apparition du trouble de comportement, sa fréquence, etc.</i></p> <hr/>
DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE	<p>LA PERSONNE</p> <p><u>État physique</u> : Quelles sont les causes physiques pouvant expliquer les comportements observés? N.B. Ne pas oublier les médicaments.</p> <p><u>État psychologique</u> : Quelles sont les causes psychologiques pouvant expliquer les comportements observés?</p> <hr/>
	<p>L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE</p> <p>Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés?</p> <hr/>
	<p>L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL</p> <p>Les croyances ou valeurs peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez la personne?</p> <hr/>
	<p>L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</p> <p><u>Intervenants</u> : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants qui peuvent expliquer certains des comportements de la personne?</p> <p><u>Famille ou proches</u> : Quelle est l'influence de la présence/absence de la famille ou des proches sur la personne?</p>

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

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

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
<p>PLANIFIER LES INTERVENTIONS</p>	<p><u>Les buts</u> : Quels sont les objectifs recherchés par les interventions?</p> <p><u>Les mesures de remplacement</u> : Pour atteindre les objectifs visés, quelles seraient les meilleures mesures de remplacement possible?</p> <p><u>La personne et ses proches</u> ont-ils été mis à contribution dans la planification des interventions? A-t-on leur accord?</p> <p>_____</p>
<p>PRIORISER LES INTERVENTIONS</p>	<p><u>Le plan d'intervention</u></p> <p>Les actions à faire et les ordres de priorité.</p>

ÉTAPE 4 : COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Repères	Les questions à se poser
<p>COMMUNIQUER LE PLAN À LA PERSONNE, À SES PROCHES ET À L'ÉQUIPE</p> <p>TENUE DE DOSSIER :</p> <p>LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION</p>	<p>Communication : Qui doit connaître le plan d'intervention?</p> <p>Comment s'assurer que le plan d'intervention sera <u>connu et appliqué</u> par l'ensemble des intervenants (compte tenu de l'accès limité au dossier pour les non-professionnels, la personne et les proches)?</p> <hr/> <p><u>MESURES DE REMPLACEMENT</u> : Le dossier doit contenir des traces claires du processus de décision. La décision doit être clairement énoncée et être suffisamment explicite pour en comprendre le bien-fondé (description des comportements et résultats de l'évaluation clinique, plan d'interventions individualisé et/ou ordonnance médicale, communication avec la personne, ses proches et l'équipe).</p> <p><u>MESURE DE CONTRÔLE</u> : Si, en dernier recours, une mesure de contrôle est employée, le dossier doit alors contenir, en plus de l'information clinique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ; 2. LES MODALITÉS D'APPLICATION RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE; 3. LES MODALITÉS DE SOINS ET DE SURVEILLANCE RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE EMPLOYÉE.

ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

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

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 11

Appliquer la grille de décision à un cas-problème.

25. ATELIER : LE CAS TREMBLAY



- L'animateur annonce que l'atelier suivant consistera à appliquer la grille de décision à un cas, celui de M. Tremblay.
- L'animateur invite les participants à prendre les feuilles du cas Tremblay dans leur **Cahier du participant** et à former des équipes de 3 à 4 personnes.
- Il précise que ce cas est un prétexte pour faciliter les apprentissages en lien avec le processus de prise de décision. Il a été choisi parce qu'il représente un exemple des cas les plus souvent rencontrés dans la pratique.
- L'animateur s'assure que les consignes sont claires, soient : Répondre à TOUTES les questions pertinentes qui doivent être examinées aux étapes 1, 2 et 3 pour prendre une décision éclairée relativement à M. Tremblay
- L'animateur invite les participants à examiner les aide-mémoire contenant de multiples mesures de remplacement pour pallier diverses situations cliniques, aide-mémoire qui se trouvent dans le **Cahier du participant**.
- Durant le travail en équipe, l'animateur doit circuler dans le groupe et aider les équipes qui éprouvent de la difficulté à cerner la tâche à accomplir.
- S'il advient que trop de personnes aient de la difficulté à faire cet exercice, l'animateur peut interrompre le travail d'équipe et faire en séance plénière l'exercice en orientant les questions qui doivent être soulevées; pour ce faire, l'animateur dispose du corrigé.

ATELIER : ÉTUDE DU CAS DE M.TREMBLAY

CONSIGNES : Formez des équipes de 3 à 4 personnes.

Répondre à TOUTES les questions pertinentes qui doivent être examinées aux étapes 1, 2 et 3 pour prendre une décision éclairée relativement à M. Tremblay.

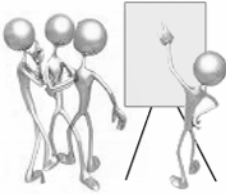
DURÉE : 20 minutes

M. Tremblay est âgé de 35 ans et il a subi un traumatisme crânien modéré pour lequel il a été hospitalisé pendant 4 semaines. Il est admis en réadaptation depuis hier et sa situation actuelle est la suivante :

- Il est continent et doit prendre 2 médicaments : colace, empracet;
- Il ne présente aucun problème de vision;
- Il n'a pas de conditions médicales associées et ne présente aucun problème au niveau de la tension artérielle;
- Il présente un traumatisme cranio-cérébral modéré avec une séquelle d'hémi-parésie gauche (légère faiblesse de la jambe gauche);
- Il présente un problème d'équilibre à la marche et un peu d'instabilité lors des changements de direction de sorte qu'il nécessite une surveillance à la marche; il n'a cependant jamais fait de chutes lors de son hospitalisation;
- Actuellement, il se déplace en fauteuil roulant et il essaie constamment de se lever pour aller marcher;
- En lui rappelant les consignes de rester assis au fauteuil roulant en raison de ses problèmes d'équilibre, son agitation augmente;
- L'évaluation démontre un manque de jugement en lien avec ses problèmes d'équilibre;
- Lors de la visite de sa conjointe et de ses enfants, on observe que le comportement d'agitation augmente;
- Communication : communique bien avec son entourage.

M. Tremblay vit avec sa conjointe et leurs deux enfants. Il est décrit par ses proches comme une personne très déterminée et parfois téméraire; c'est un homme actif et il avait l'habitude de marcher tous les soirs pendant une heure.

26. SÉANCE PLÉNIÈRE : LE CAS TREMBLAY - ÉTAPES 1, 2 ET 3



- Lorsque le travail en atelier semble complété par un assez grand nombre d'équipes, l'animateur distribue le corrigé (étapes 1, 2 et 3) et anime la séance plénière afin de faire ressortir les éléments de réponse par les participants.



- L'animateur insiste à l'étape 3 sur le fait que le corrigé présente les multiples gestes posés dans le cadre d'une **pratique quotidienne** et que les mesures de remplacement doivent viser plusieurs éléments de l'environnement global de la personne. Plus les mesures de remplacement sont variées, plus on augmente les possibilités d'éviter la contention ou l'isolement.

CORRIGÉ : ÉTUDE DU CAS DE M. TREMBLAY

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
OBSERVER LES COMPORTEMENTS	<p>Comportement : Quels sont les comportements de la personne?</p> <p>PROBLÈME D'AGITATION ET RISQUE DE CHUTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisateur est agité et veut se déplacer en marchant; - L'utilisateur présente de l'instabilité à la marche; - L'utilisateur démontre un comportement téméraire lors de ses transferts et déplacements. <hr/>
EVALUER LE RISQUE DE CHUTE	<p><u>LA PERSONNE</u></p> <p>État physique : Quelles sont les facteurs de risque de chute?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les facteurs de risque à l'aide d'une échelle d'évaluation du risque de chute. (échelle administrée idéalement dans un délai de 24 à 48 heures après l'admission); - Compléter par une évaluation en ergothérapie et physiothérapie en priorisant : transferts, changements de position, équilibre, déplacements à la marche et dans les escaliers; - Tenir compte de la personnalité prémorbide et des déficits cognitifs dans l'analyse du risque de chute.
DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE	<p>État psychologique : Quelles sont les causes pouvant expliquer les comportements observés?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier les facteurs qui provoquent, aggravent ou maintiennent le trouble de comportement, et ce, dans différents contextes (utiliser au besoin une grille d'observation des comportements complétée par les différents intervenants de l'équipe); - Au besoin, procéder à une évaluation plus précise en utilisant une échelle d'évaluation du comportement d'agitation selon la spécificité du diagnostic (évaluation en neuropsychologie).

L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE : Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés?

Agitation :

- **Confinement au fauteuil roulant;**
 - **Environnement non familier;**
 - **Intensité du bruit;**
 - **Luminosité excessive.**
-

L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL : Les croyances ou valeurs peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez l'utilisateur?

L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

Intervenants : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants qui peuvent expliquer certains des comportements de l'utilisateur?

- **L'argumentation a peut-être été faite sur un ton trop ferme.**

Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence/absence de la famille ou des proches sur la personne?

- **La présence des enfants semble augmenter le niveau d'agitation de la personne.**

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

Repères	Les questions à se poser
FORMULER DES HYPOTHÈSES LIÉES À L'USAGER OU À L'ENVIRONNEMENT ÉMETTRE UN JUGEMENT CLINIQUE	<p>Selon toute évidence, à quelles causes peut-on attribuer les comportements observés?</p> <ul style="list-style-type: none">- Personnalité prémorbide : téméraire;- Habitudes de vie antérieures : actif, marchait tous les soirs;- Anxiété en raison d'un changement de milieu récent;- Manque de jugement face à ses problèmes sur le plan moteur. <hr/> <p>La condition clinique de la personne nécessite-t-elle une intervention rapide?</p> <p>Interventions prioritaires :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Évaluer et gérer le trouble de comportement;2. Préciser le niveau de risque de chute. <p>Niveau de sévérité du risque de lésion : Le comportement de l'usager présente-t-il pour lui-même et/ou pour les autres un risque nécessitant le recours à une mesure de contrôle?</p> <p>Le fait de laisser M. Tremblay circuler en marchant diminue son agitation mais comporte un risque de chute. Toutefois, ce risque n'est pas suffisamment important pour justifier que la personne soit mise sous contention.</p> <p>La gestion du risque de chute amène cependant la nécessité de recourir aux interventions/mesures de remplacement.</p>

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
<p>PLANIFIER LES INTERVENTIONS</p>	<p>Quels sont les objectifs recherchés par les interventions?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser la récupération des capacités liées à la marche afin que M. Tremblay soit capable de réaliser ses habitudes de vie liées à son autonomie personnelle; 2. Gérer le problème de comportement en ciblant les interventions qui vont permettre de réduire l'agitation. <p>Les mesures de remplacement : Pour atteindre les objectifs visés, quelles seraient les meilleures mesures de remplacement possible ?</p> <p>DÉPLACEMENTS</p> <ol style="list-style-type: none"> Plan d'intervention : mettre en place des moyens qui vont favoriser la récupération des capacités liées à la marche et assurer une sécurité dans les déplacements (implication de l'équipe interdisciplinaire et de la famille); Prendre tous les moyens disponibles pour minimiser les risques de chutes liés à l'environnement : <ul style="list-style-type: none"> - Aménagement de la chambre, de la salle de bain et des aires de circulation (accessibilité des objets personnels, du téléphone, etc.); - Éclairage de la chambre (ex. : veilleuse la nuit); - Installation du lit au plus bas niveau, demi-ridelles de lit; - Utilisation de mains courantes; - Équipement disponible (détecteur de mouvement, porte codée, protecteurs de hanche, etc.). <p>COMPORTEMENTS D'AGITATION</p> <ol style="list-style-type: none"> Établir un plan d'intervention concerté par la mise en place de moyens et de stratégies qui vont induire une réduction du comportement d'agitation (implication de tous les intervenants et de la famille); Développer un partenariat avec la famille (communication, enseignement, implication dans les mesures de remplacement); Maintenir une bonne communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et s'assurer que l'information pertinente est inscrite au dossier et transmise verbalement lors des changements de quarts de travail.

27. EXPOSÉ INFORMEL SUR LA COMMUNICATION (ÉTAPE 4)



- Lorsque le plan d'intervention et, le cas échéant, l'ordonnance médicale sont complétés, il faut les rendre accessibles aux autres. Pour ce faire, le meilleur moyen est de transmettre les données verbalement, mais aussi de les inscrire dans le dossier.
- L'animateur prend quelques instants pour rappeler l'importance de la communication dans la relation avec la personne et avec les intervenants. Il doit rappeler que tous les moyens de communication visant à faire circuler l'information en lien avec les besoins de la personne sont importants : réunion d'équipe, rapport interservices, rencontre avec les familles, etc.
- De même, la forme écrite de la communication revêt une importance capitale pour le suivi de la personne et pour assurer la qualité et la continuité des soins.
- Pour faire son exposé informel, l'animateur se sert de la **Feuille-support H**, mais il ne doit pas insister dans son exposé informel sur les informations concernant les dimensions juridique et éthique, car les participants auront à trouver certaines réponses touchant ces aspects au cours de la prochaine activité.

Feuille-support H

LA COMMUNICATION

La pertinence de la COMMUNICATION réside dans le fait qu'elle favorise une meilleure qualité et continuité des soins tout en rencontrant les obligations et le champ de compétence respectifs des professionnels impliqués dans le processus de décision à l'égard des mesures de contrôle.

La communication favorise la **qualité** des soins (aide-mémoire pour tous les professionnels entrant en relation avec la personne).

La communication favorise la **continuité** des soins (meilleure communication entre les intervenants eux-mêmes, mais aussi entre les intervenants, la personne et ses proches pour le suivi).

La communication écrite se fait par le biais de la documentation (tenue de dossier) qui représente une responsabilité professionnelle en vertu des règlements des ordres professionnels et une responsabilité de l'établissement (responsabilité au même titre que les interventions directes auprès de la personne) (LSSS, art. 118.1).

La **documentation** relative à l'utilisation de la contention et de l'isolement fait référence à l'ensemble des documents et rapports faisant partie intégrante du dossier : formulaire de plan d'intervention, formulaire d'ordonnance, notes évolutives, formulaire de consentement, formulaire de soins et de surveillance.

Elle doit refléter le caractère exceptionnel et de dernier recours de l'application d'une mesure de contrôle.

Dimension CLINIQUE liée à la documentation

La dimension clinique concerne la pertinence de l'utilisation des mesures de contrôle, soit :

- l'évaluation et, subséquemment, la réévaluation de la situation;
- le choix et l'efficacité des interventions/mesures de remplacement;
- la description du motif principal de recours à la contention ou de l'isolement;
- les soins et la surveillance requis (description des paramètres et du suivi).

Dimension ÉTHIQUE liée à la documentation

La dimension éthique fait, quant à elle, référence aux valeurs partagées au sein des milieux de la santé et des services sociaux, soit :

- la franchise dans la relation avec la clientèle;
- la confidentialité;
- la protection de la vie biologique;
- la qualité de vie;
- le respect de l'autonomie individuelle;
- la justice et l'équité dans la prestation des services;
- le respect des valeurs et choix de la personne ou de son représentant (AHQ, 2004, 2000).

Dimension JURIDIQUE liée à la documentation

Tous les établissements ont l'obligation juridique générale de tenir un dossier sur chacun des bénéficiaires qui y obtient des services. (Voir l'article 50 et les suivants du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, C. S-5, r. 3.01. Voir en particulier l'article 53 qui indique tout ce que le dossier de l'utilisateur doit contenir).

En cas d'application de mesures de contrôle : Obligation légale de « documenter » toute décision relative à l'application d'une mesure de contrôle (second alinéa de l'article 118.1, *LSSS*).

Doivent être consignées :

- une description des moyens utilisés (type, grandeur);
- la période pendant laquelle ce moyen a été utilisé;
- une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

- L'animateur précise aux participants que l'étape 4 « Communication » comporte trois éléments :

- 4.1 le consentement;
- 4.2 la documentation (dossier);
- 4.3 les soins et la surveillance.

28. LE CONSENTEMENT ET MOI! (ÉTAPE 4.1)



- L'animateur fait un rapide tour de table pour compter le nombre de personnes qui croient bien connaître les règles légales du consentement. Si ce nombre est élevé, il leur dit qu'ils auront l'occasion de le démontrer dans quelques instants et, si peu de personnes lèvent la main, l'animateur pourra leur dire que la prochaine activité les aidera à mieux comprendre ces règles.
- L'animateur demande aux participants de compléter individuellement le questionnaire sur le consentement qui se trouve dans leur **Cahier du participant**. Il leur donne 7 minutes pour y répondre.

LE CONSENTEMENT ET MOI !

CONSIGNE : Encercler vrai ou faux

1. Comme la personne hébergée ou hospitalisée a déjà signé un consentement aux soins à son arrivée à l'établissement de santé, un consentement spécifique n'est pas requis pour l'application des mesures de contrôle.

VRAI

FAUX

2. La seule chose à faire pour respecter la Loi relativement au consentement est de demander une signature à la personne hébergée au bas d'une feuille.

VRAI

FAUX

3. Normalement, le consentement aux mesures de contrôle devrait être donné par la personne elle-même.

VRAI

FAUX

4. Dans certains cas, la personne hébergée ne pourra pas consentir elle-même à l'application des mesures de contrôle. Le consentement se fera alors par un proche de cette personne.

VRAI

FAUX

5. Si la personne majeure et apte refuse de donner un consentement à l'application de mesures de contrôle, les intervenants doivent respecter ce refus, même en cas d'urgence.

VRAI

FAUX

6. Un consentement écrit est nécessaire pour l'application d'une mesure de contrôle.

VRAI

FAUX

7. Si la famille a déjà signé un consentement pour l'application d'une mesure de contrôle, elle ne sera en aucun cas sollicitée pour donner un nouveau consentement ultérieurement.

VRAI

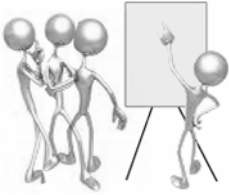
FAUX

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

VRAI

FAUX

29. CORRECTION DU QUESTIONNAIRE SUR LE CONSENTEMENT (ÉTAPE 4.1)



- L'animateur lit la première question, puis il désigne une personne précise pour y répondre. Cette personne donne sa réponse et l'animateur en désigne une autre pour voir si sa réponse est similaire.
- L'animateur se sert alors de son corrigé pour approuver ou corriger la réponse donnée. Il prend le temps d'expliquer chaque notion, car le consentement libre et éclairé est une notion juridique que peu de gens maîtrisent. Il précise qu'il distribuera le corrigé après la plénière.
- Il poursuit l'activité en lisant la question suivante et en demandant toujours à deux personnes qu'il désigne lui-même de donner leur réponse.



- Lorsque la correction du questionnaire sur le consentement est complétée, l'animateur distribue le corrigé aux participants.

CORRIGÉ : LE CONSENTEMENT ET MOI !

1. Comme la personne hébergée ou hospitalisée a déjà signé un consentement aux soins à son arrivée à l'établissement de santé, un consentement spécifique n'est pas requis pour l'application des mesures de contrôle.

FAUX. Il est primordial de distinguer le **contrat médical**, qui se forme en principe entre un usager et un établissement de santé lorsqu'un usager franchit les portes de l'établissement et requiert des soins ou des services, de celui requérant un **consentement spécifique** en cas d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques dans le cours de la prestation de soins.

Le premier vise un accord de volonté général quant à la demande et la prestation de soins entre l'usager et l'établissement, mais ne donne pas carte blanche à l'équipe traitante. En effet, pour toute intervention ou décision de quelque importance, comme l'application de mesures de contrôle, **un consentement particulier sera requis.**

2. La seule chose à faire pour respecter la Loi relativement au consentement est de demander une signature à la personne hébergée au bas d'une feuille.

FAUX. Le consentement ne doit pas se résumer à une simple signature au bas d'un formulaire comme c'est malheureusement encore trop souvent le cas dans le réseau. Au contraire, le consentement constitue un processus qui implique plusieurs acteurs tels l'utilisateur lui-même, sa famille et l'équipe de soins.

De plus, pour être valide, **le consentement doit être « libre » et « éclairé »**. Un consentement « libre » signifie qu'il a été donné sans contrainte ou menace. Cela veut dire que l'utilisateur ou la personne consentant à sa place ne doivent pas subir, dans le cadre de leur prise de décision, une influence indue de la part d'autres personnes, que ce soit de la part de l'équipe clinique ou encore des membres de l'entourage de l'utilisateur.

Le consentement doit également être « éclairé », c'est-à-dire donné en toute connaissance de cause. En d'autres termes, avant de prendre une décision quant à l'application de mesures de contrôle, l'utilisateur (s'il est apte) ou la personne légalement habilitée à consentir pour lui (s'il est inapte) doivent avoir obtenu, de la part de l'équipe traitante, toutes les **informations** nécessaires à la prise d'une décision réfléchie. Ces informations comprennent, notamment, les raisons justifiant l'application des mesures, le type de contentions, la durée prévue des mesures ainsi que les mesures de suivi et de surveillance envisagées.

3. Normalement, le consentement aux mesures de contrôle devrait être donné par la personne elle-même.

VRAI. Légalement, la personne elle-même est présumée apte à consentir à des soins médicaux jusqu'à preuve du contraire par le médecin. Si la personne majeure est considérée apte à consentir à des soins médicaux, elle consent ou refuse elle-même à l'application des mesures de contrôle.

4. Dans certains cas, la personne hébergée ne pourra pas consentir elle-même à l'application des mesures de contrôle. Le consentement pourrait alors se faire par un proche de cette personne.

VRAI. Si le médecin juge que la personne est inapte à consentir à des soins médicaux, le consentement se fera par une personne consentant à sa place. L'article 15 *du Code civil du Québec* établit, par ordre de priorité, une liste de personnes pouvant consentir à la place de la personne inapte :

C'est le représentant légal, c'est-à-dire le mandataire, le tuteur ou le curateur (privé ou public), si la personne inapte en est pourvue, qui doit consentir.

À défaut d'un représentant légal, le consentement est donné par le conjoint de la personne inapte (le *C.c.Q.* précise que sont visés autant les conjoints mariés que ceux en union civile ou encore les conjoints de fait).

À défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, le consentement doit être donné par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier, ce qui peut inclure un voisin ou un collègue de travail, par exemple.

5. Si la personne majeure et apte refuse de donner un consentement à l'application de mesures de contrôle, les intervenants doivent respecter ce refus, même en cas d'urgence.

FAUX. Il est vrai que, lorsque la situation n'est pas urgente, le refus de la personne apte doit être respecté en tout temps.

Toutefois, en **cas d'urgence**, le consentement aux mesures de contrôle ne sera pas nécessaire. Le refus ne sera donc pas respecté, à deux conditions précises :

1) lorsque la vie de la personne que l'on désire mettre sous contention ou lorsque son intégrité sont menacées (cette condition vaut

également dans le cas où la vie ou l'intégrité d'une tierce personne, par exemple un membre du personnel soignant, seraient menacées);

2) lorsque son consentement ne peut être obtenu en temps utile (art. 13 du C.c.Q.).

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

6. Un consentement écrit est nécessaire pour l'application d'une mesure de contrôle.

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

7. Si la famille a déjà signé un consentement pour l'application d'une mesure de contrôle, elle ne sera en aucun cas sollicitée pour donner un nouveau consentement ultérieurement.

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

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

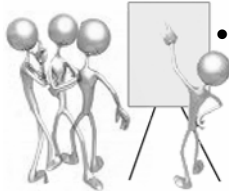
8. Le médecin est le seul intervenant qui peut ou doit obtenir le consentement et il est le seul responsable de la décision.

FAUX. Depuis l'adoption de la Loi 90, les médecins ne sont plus les seuls qui peuvent décider de l'application de contentions; trois autres groupes professionnels de la santé, soit les ergothérapeutes, les infirmiers et infirmières ainsi que les physiothérapeutes peuvent légalement prendre la décision, en accord avec les politiques des établissements. Il s'agit donc d'une nouvelle activité réservée à ces professionnels. Toutefois, les nouvelles dispositions législatives ne modifient en rien la responsabilité civile et les devoirs déontologiques des professionnels. De plus, cette loi reconnaît l'importance de l'interdisciplinarité dans le processus décisionnel relatif à l'application des mesures de contrôle.

DURÉE : 15 min.

PAUSE SANTÉ

30. ÉTAPES 4.1 ET 4.2 : EXAMEN DE LA GRILLE D'ANALYSE DU CAS DE M. TREMBLAY



- L'animateur demande aux participants de reprendre la grille de prise de décision du cas Tremblay dans leur **Cahier du participant** afin de commencer en séance plénière l'étape 4.
- L'animateur rappelle que les mesures de remplacement pour M. Tremblay n'ont pas suffi, que celui-ci vient d'être mis sous contention et que le dossier doit contenir l'information relative à la mise sous contention.
- À l'aide du corrigé, l'animateur fait la lecture de chaque question apparaissant dans la colonne de droite et s'adresse au groupe pour lui donner des éléments de réponse qu'il valide ou infirme.
- S'il se rend compte que certains aspects sont manquants, il pose des questions afin de les faire surgir. L'animateur s'assure ainsi que tous les éléments apparaissant dans le corrigé sous la rubrique « Communication du plan d'intervention » soient énumérés.



- Puis il distribue le **corrigé du cas Tremblay des étapes 4.1 et 4.2.**

CORRIGÉ : ÉTUDE DU CAS DE M. TREMBLAY (SUITE)

ÉTAPES 4.1 ET 4.2 : COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Repères	Les questions à se poser
<p>COMMUNIQUER LE PLAN À L'USAGER, À SES PROCHES ET À L'ÉQUIPE</p> <p>LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION</p>	<p>COMMUNICATION :</p> <p>Qui doit connaître le plan d'intervention?</p> <ul style="list-style-type: none">- L'utilisateur et ses proches;- L'ensemble des membres de l'équipe. <p>Comment s'assurer que le plan d'intervention sera connu et appliqué par l'ensemble des intervenants (compte tenu de l'accès limité au dossier pour les non-professionnels, l'utilisateur et les proches)?</p> <ul style="list-style-type: none">- Communication lors des PII ;- Transfert des informations entre les membres de l'équipe de soins et les différents quarts de travail;- Maintien de la communication avec la famille;- Discussions informelles;- S'assurer que les informations pertinentes sont dans les différentes pièces du dossier. <hr/> <p>TENUE DE DOSSIER :</p> <p><u>MESURES DE REMPLACEMENT :</u></p> <p>Le dossier doit contenir des traces claires du processus de décision. La décision doit être clairement énoncée et être suffisamment explicite pour en comprendre le bien-fondé (description des comportements et résultats de l'évaluation clinique, plan d'intervention individualisé et communication avec la personne, ses proches et l'équipe).</p> <ul style="list-style-type: none">- Comportements et résultats de l'évaluation clinique;- Plan d'interventions individualisé. <p><u>MESURE DE CONTRÔLE :</u></p> <p>Si, en dernier recours, une mesure de contrôle est utilisée, le dossier doit alors contenir, en plus de l'information clinique :</p>

1. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Le consentement a-t-il été donné? Par qui? (Nom de la personne ayant donné le consentement, heure et date).

N.B. Avant de consentir, l'utilisateur ou ses proches ont-ils reçu toute l'information nécessaire pour prendre une décision libre et éclairée?

Par information nécessaire, on entend :

- les raisons justifiant l'application des mesures;
- le type de contention;
- la durée d'application prévue au plan d'intervention;
- l'horaire journalier d'application;
- les activités planifiées entre les périodes d'application;
- les soins donnés et la surveillance effectuée pendant les périodes d'application et en dehors de celles-ci;
- les risques associés à l'utilisation de la contention.

A-t-on expliqué à la personne ou à la famille pourquoi on a besoin d'un consentement différent de celui donné lors de l'admission?

A-t-on expliqué que le consentement ne sera valide que pour cet épisode (un nouveau consentement sera sollicité si un changement se produit)?

2. LES MODALITÉS D'APPLICATION RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE

- La problématique en lien avec l'utilisation de la contention (description de la raison justifiant le recours à la contention);
- Les mesures de remplacement tentées, la durée de leur application et les résultats obtenus;
- L'information transmise à la personne et à la famille;
- Indiquer que le consentement libre et éclairé a été obtenu;
- Le moyen de contention retenu (ceinture, gilet, mitaines, attache au poignet, etc.) et la taille de la contention;
- Les paramètres : durée, fréquence et moment de l'application, pauses;
- La fréquence des visites de surveillance et les paramètres vérifiés (signes vitaux, état de conscience, etc.). Voir le module *Soins et Surveillance*;
- Les activités planifiées en dehors des périodes d'application de la contention;
- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure;
- Le moment de la réévaluation de la mesure.

31. TRAVAIL EN DYADE : SOINS ET SURVEILLANCE (ÉTAPE 4.3)



- Avant d'entamer la section « **Soins et Surveillance** » de la grille de prise de décision, l'animateur explique aux participants qu'il serait intéressant de se rappeler tout ce qu'on sait déjà sur les soins et la surveillance.



- Il demande aux participants de prendre les feuilles d'exercice concernant les soins et la surveillance dans le **Cahier du participant**. Il leur dit que cet exercice vise à réviser un contenu que la majorité d'entre eux connaissent déjà très bien.
- Il demande aux participants de se mettre deux par deux afin de compléter les mots manquants dans les énoncés.
- Une fois l'exercice terminé, l'animateur le corrige en séance plénière.

EXERCICE

Les mots entre parenthèses sont les éléments de réponses

PARAMÈTRES VITAUX

Les paramètres vitaux doivent être évalués régulièrement et à une fréquence assez rapprochée déterminée par la condition clinique de la personne.

La prise des paramètres vitaux effectuée au moment de l'application de la contention servira de _____ pour le suivi. (**repère**)

S'il y a administration de substances antipsychotiques, les signes vitaux devraient être mesurés fréquemment, soit chaque heure ou chaque deux heures.

INTÉGRITÉ PHYSIQUE

Lors de l'installation de la contention, il faut utiliser un matériel adéquat qui soit de la bonne dimension et il faut l'appliquer conformément aux _____ du _____ afin de ne pas nuire à la circulation sanguine ou à la _____ et de ne pas entraîner d'altération de l'intégrité de la peau.

(**normes du fabricant**) (**respiration**)

Pour effectuer une évaluation initiale de la peau, il faut vérifier la chaleur, la _____, la sensibilité, la présence d'œdèmes, les protubérances osseuses et la présence d'abrasion afin d'avoir des repères sur l'intégrité de la peau lors des évaluations subséquentes. Il faut refaire cette évaluation lors du _____ de la contention pour une pause/vérification. **(couleur) (retrait)**

Lors du retrait de la contention aux _____ heures, il faut réévaluer l'intégrité de la peau afin de déceler une mauvaise circulation sanguine. Il faut retirer les contentions au moindre signe d'entrave à la _____ ou à la _____. **(deux) (circulation sanguine) (respiration)**

MOBILITÉ ET ÉLIMINATION

Il faut laisser le maximum d'amplitude de mouvement au fur et à mesure que la personne est moins à risque pour elle-même ou pour les autres ou que l'interférence aux traitements diminue, ce qui lui permet une plus grande autonomie de mouvement et favorise une meilleure _____. **(circulation sanguine)**

Pour la personne mise sous contention aux membres supérieurs ou inférieurs, il faut enlever les contentions en alternance pour permettre la _____ de chacun des membres à toutes les 2 heures. **(mobilisation)**

Pour répondre adéquatement aux besoins d'élimination de la personne mise sous contention ou en isolement, il faut offrir la possibilité d'éliminer régulièrement, c'est-à-dire aux heures ou aux deux heures; il faut accompagner la personne à la toilette si son état le permet, car ceci favorise sa _____ et préserve son _____. **(mobilité) (autonomie)**

Un besoin d'éliminer non satisfait peut engendrer de l'_____. Il est donc important d'y répondre promptement. **(agitation)**

HYDRATATION

Il faut offrir à boire à chaque ____ ou _____ ou laisser un verre d'eau à la portée de la personne si elle peut se servir elle-même. **(30) (60 minutes)**

Si l'hydratation de base n'est pas adéquate, cela peut créer, entre autres choses, un changement de comportement de type _____ dû à une modification du niveau de conscience de la personne. **(désorientation/agitation)**

Une attention accrue est requise lors de certaines conditions particulières telles les périodes de _____ ou lorsque les personnes sont sous oxygène ou lorsqu'elles sont très _____. **(canicule) (agitées)**

CONFORT

Il faut changer la position du corps aux _____ heures et s'assurer d'un bon alignement corporel. **(deux)**

MATÉRIEL DE CONTENTION

Lors de l'installation et du retrait de la contention, il faut _____ le matériel afin de s'assurer qu'il est _____.

(évaluer, examiner) (complet, en bon état, non altéré, fonctionnel)

Il faut s'assurer que le dispositif de contention peut être retiré rapidement s'il advenait une situation d'urgence.

ÉTAT MENTAL

Il faut évaluer l'état mental de la personne lors de la mise sous contention ou en isolement et lors de chaque réévaluation de l'état général. Les dimensions les plus importantes sont l'orientation dans les __ _____, l'altération de la pensée (contenu et cours de la pensée), la modification des perceptions et les manifestations comportementales (agitation, _____, changement de comportement). **(3 sphères) (agressivité)**

MAINTIEN DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ET DE LA COMMUNICATION

Il faut demeurer à l'écoute de la personne en lui permettant d'exprimer ses _____, ses _____, ses perceptions et son anxiété, ce qui lui permettra de percevoir la situation plus positivement.

(sentiments ou émotions) (peurs)

Il faut se rappeler que la privation sensorielle engendrée par l'isolement peut créer de l'agitation.

Il faut reparler régulièrement du but de la mise sous contention ou en isolement avec la personne et sa famille afin d'éviter que cette mesure de contrôle ne soit perçue comme une mesure _____. **(punitive)**

Il faut informer la famille des soins et de la surveillance qui sont requis par la mise sous contention ou en isolement afin de développer un(e) _____ avec elle et de l'impliquer au maximum dans le plan d'interventions.

(partenariat ou alliance)

NIVEAU DE SURVEILLANCE ET RÉÉVALUATION

Le début de la période de la mise sous contention ou en isolement constitue une période charnière, le niveau de sévérité du risque étant à son point le plus élevé; il faut donc une surveillance étroite durant cette période.

Le niveau de surveillance doit être évalué de façon continue et doit tenir compte du type de contention, du niveau de restriction de la _____, de la condition _____ de l'usager préalable à sa mise sous contention ou en isolement de l'évolution de cette condition et du niveau d'agitation. **(mobilité) (clinique)**

Chaque changement apporté au type de contention tout au long du processus constitue une nouvelle _____ qui amène un retour de la surveillance étroite. **(période critique)**

À chaque évaluation de la condition clinique de la personne, il faut examiner la possibilité de _____, de _____ ou de _____ la contention en place. Il en va de même pour l'isolement tout en respectant les directives de l'ordonnance médicale. **(retirer) (maintenir) (diminuer)**

32. ÉTAPE 4.3: EXAMEN DE LA GRILLE D'ANALYSE DU CAS DE M. TREMBLAY



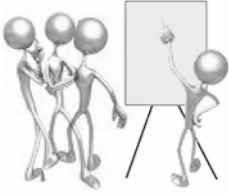
- Lorsque le jeu des mots manquants est terminé, l'animateur distribue aux participants le corrigé 4.3 du cas Tremblay « Soins et Surveillance ».
- L'animateur revoit les éléments indiqués dans le corrigé en portant attention aux modalités de soins et surveillance reliées à la mesure de contrôle.

CORRIGÉ : ÉTUDE DU CAS DE M. TREMBLAY (SUITE)

ÉTAPE 4.3 : APPLICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Repères	Les questions à se poser
LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION	<p>3. <u>LES MODALITÉS DE SOINS ET DE SURVEILLANCE RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE EMPLOYÉE</u></p> <p><i>Durant toute la période de mise sous contention ou d'isolement, il faut que les soins et la surveillance incluent :</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. la mise sous contention par une personne qui a reçu une formation adéquate relativement à l'application de ce moyen spécifique;2. la vérification fréquente des signes vitaux et de l'état de la peau;3. la vérification du niveau de conscience;4. l'observation visuelle proximale du rythme respiratoire;5. la vérification fréquente des effets de la mesure de contrôle sur le système circulatoire;6. la vérification de l'assouvissement des besoins physiologiques primaires;7. l'examen des réactions affectives et psychologiques de l'utilisateur mis sous contention ou en isolement;8. le changement de position et l'examen de la position reliée à la contention;9. le respect des indications d'arrêt et de reprise de la mesure retenue incluant les périodes de repos sans contention;10. la réévaluation aux moments prévus dans le plan d'intervention et/ou dans l'ordonnance médicale;11. le maintien de la communication et de la relation avec l'utilisateur durant toute la période d'application de la contention.

33. ÉTAPE 5 : SÉANCE PLÉNIÈRE SUR LA RÉÉVALUATION ET LE RÉAJUSTEMENT



- L'animateur distribue aux participants le **corrigé de l'étape 5** du cas Tremblay et anime la discussion.



CORRIGÉ : ÉTUDE DU CAS DE M. TREMBLAY (SUITE)

ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

Repères	Les questions à se poser
RÉÉVALUER ET RÉAJUSTER	<p>RÉÉVALUATION</p> <p><u>ÉTAT DE SANTÉ :</u></p> <p>Que doit-on réévaluer en ce qui a trait à la condition clinique?</p> <p>L'évaluation en cours d'évolution consiste à établir des liens entre les données de l'évaluation initiale (données de base) et les données des évaluations subséquentes afin d'ajuster ou de compléter les interventions en fonction de l'évolution de la condition clinique de la personne.</p> <ul style="list-style-type: none">• Surveillance de l'évolution de la condition ayant trait au risque de chute et aux comportements d'agitation.• Procéder à une surveillance clinique, entre autres par le monitoring selon les besoins de l'utilisateur, en étant à l'affût de tout signe de déséquilibre de l'état de santé : par exemple, signes vitaux, saturométrie, niveau d'anxiété, présence ou non des manifestations des comportements d'agitation, etc. <p><u>EFFICACITÉ DU PLAN D'INTERVENTION :</u></p> <p>Les mesures de remplacement ont-elles été efficaces? Si non, y a-t-il d'autres mesures envisageables?</p> <ul style="list-style-type: none">• Vérification de la façon dont M. Tremblay réagit aux interventions/mesures de remplacement :<ul style="list-style-type: none">- Atténuation ou augmentation des manifestations d'agitation;- Présence ou non d'anxiété;- Repos calme ou non.• Vérifier les résultats obtenus auprès de M. Tremblay et de sa conjointe:<ul style="list-style-type: none">- Perception à l'égard des manifestations d'agitation.

DÉCISION RELATIVE À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT :

L'application de la mesure de contrôle est-elle toujours pertinente?

- Procéder aux soins et à la surveillance clinique de l'usager selon ses besoins en étant à l'affût de tout signe de déséquilibre de la condition clinique.

- Vérifier comment M. Tremblay réagit aux mesures de contrôle :
 - Réduction ou exacerbation des comportements à risque;
 - Réactions physiques et psychologiques;
 - Signes vitaux (l'état de conscience et émotif, etc.);
 - Présence ou non de manifestations d'agitation.

- Vérifier auprès de M. Tremblay les résultats obtenus en termes de réduction de la sévérité du risque présenté.

RÉAJUSTEMENT DU PLAN D'INTERVENTION

Y a-t-il des interventions qui doivent être ajustées ou complétées en fonction des besoins évolutifs de l'usager ?

34. CONCLUSION



- L'animateur livre son dernier message clé pour conclure la formation.



Respecter les exigences juridiques relatives au dossier

- **Pour prévenir** les poursuites en cas de blessures ou de décès.
- **L'absence de traces** au dossier est considérée comme une présomption d'absence d'actes.
- **La documentation** se doit de refléter rigoureusement toutes les interventions effectuées.

34

MESSAGE CLÉ

Alors que la formation se termine, on peut rappeler aux participants que les exigences juridiques relatives au dossier doivent être respectées. En effet, de plus en plus de poursuites sont instituées pour des blessures ou décès liés à la contention ou à l'isolement, et ces poursuites mettent presque toutes en évidence la négligence relative à la tenue du dossier.

Les professionnels de la santé doivent prendre conscience que, lors de procédures judiciaires, l'absence de traces au dossier en ce qui a trait à la surveillance et aux soins dispensés à une personne mise sous contention ou en isolement est considérée par la justice comme une présomption d'absence d'actes posés même dans le cas où les procédures de suivi et de sécurité ont été appliquées rigoureusement. C'est alors la preuve de conduite non négligente qui sera difficile à établir en raison de l'absence des écrits.

En raison des risques de préjudice liés à une durée d'application qui se prolonge, aux blessures pouvant survenir, voire au décès de la personne, la documentation se doit de refléter rigoureusement toutes les interventions effectuées.

Au-delà de ces éléments légaux, il faut se rappeler que cette formation a offert un aperçu du changement de pratique et de l'importance que les cliniciens et les gestionnaires des établissements se mobilisent autour d'une remise en question sur l'utilisation des mesures de contrôle. Cette formation a permis de voir comment une décision réfléchie amène les équipes à une utilisation des mesures de remplacement dans une perspective de préservation de la dignité des personnes.

35. ÉVALUATION



- L'animateur procède à l'évaluation de la formation en distribuant le questionnaire conçu à cette fin. Il invite également les participants à exprimer leurs commentaires verbalement s'ils le souhaitent.
- Il les remercie de leur participation.

MATÉRIEL À DISTRIBUER AUX PARTICIPANTS

1. Faire circuler parmi les participants le document du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec intitulé « Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle », MSSS, 2005.

Ce document est disponible à la section documentation, sous la rubrique publications du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca.

2. Matériel de contention nécessaire pour limiter la capacité de mouvement des poignets des volontaires à cette activité.
3. Cartons rouges et cartons verts distribués aux participants pour indiquer leurs réponses au questionnaire sur l'efficacité des mesures de contrôle.
4. Corrigé : Questionnaire sur l'efficacité des mesures de contrôle.
5. Corrigé : Les effets de la contention et de l'isolement.
6. Corrigé : Étude du cas de M. Tremblay (étapes 1, 2 et 3).
7. Corrigé : Questionnaire le consentement et moi.
8. Corrigé : Étude du cas de M. Tremblay (étapes 4.1 et 4.2).
9. Corrigé : Étude du cas de M. Tremblay (étape 4.3).
10. Corrigé : Étude du cas de M. Tremblay (étape 5).

CORRIGÉ DU QUESTIONNAIRE SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE

1. Les personnes considérées comme étant à risque de chute sont moins susceptibles de chuter et de se blesser si elles sont mises sous contention.

FAUX.

Des études récentes ont comparé les taux de chute et de blessure chez des personnes à risque de chute qui étaient sous contention aux taux observés chez des personnes à risque de chute qui n'étaient pas sous contention (Tan, *et alii*, 2005; Capezuti, 1995).

Dans un grand hôpital, Tan, *et alii* (2005) ont observé un taux de chute de 13,2 pour 10 000 patients au cours d'une année. Quatre-vingt-deux chutes (31%) ont résulté en une blessure. Soixante et onze de ces chutes avec blessure sont survenues chez des patients sous contention comparativement à chez des patients qui n'étaient pas sous contention. Les blessures des personnes sous contention étaient plus sévères.

En conclusion, l'utilisation d'une contention physique était associée à une augmentation de la sévérité des blessures chez les patients qui chutent.

2. La contention permet toujours de calmer une personne agitée.

FAUX.

L'application de la contention entraîne, dans la majorité des cas, une exacerbation des comportements d'agitation de la personne.

Aux dires de Goldsmith (1996), si on prenait autant de temps pour comprendre un comportement que pour le contrôler, on serait davantage capable de saisir le message, le besoin non satisfait que la personne essaie, en vain, de nous communiquer.

3. Tous les programmes mis en place pour réduire l'utilisation de la contention ont entraîné une augmentation importante des chutes et des blessures sévères.

FAUX.

Plusieurs études montrent plutôt que la mise en place d'un tel programme diminue les blessures sévères.

L'implantation d'un programme de réduction de la contention peut entraîner, dans les premiers mois, une légère augmentation du nombre de chutes, mais leurs conséquences sont moins sévères que celles des chutes qui surviennent en situation de contention (Neufeld, 1999; Capezuti, Evans, Strumpf, Maislin, 1996; Ejaz, Jones, Rose, 1994; Meyer, Kraenzle, 1994).

4. L'implantation d'un programme de réduction de l'utilisation de la contention ne provoque pas une augmentation de l'utilisation de médicaments psychotropes.

VRAI.

L'implantation d'un tel programme n'entraîne pas une augmentation de l'utilisation de médicaments psychotropes, (Eugenia, Siegler, Capetuzi, 1997).

5. L'utilisation d'une aide technique pour assurer le maintien d'une position corporelle adéquate est une contention.

FAUX.

Selon un avis du MSSS, directeur de la Qualité, donné en juillet 2006, les mesures à des fins de positionnement ne sont pas des mesures de contention, à moins d'être indûment contraignantes et limitatives pour les mouvements de la personne.

Cependant, une grande vigilance s'impose de la part de l'établissement, des gestionnaires et des cliniciens afin d'éviter toute interprétation trop générale du « positionnement » dans leur pratique quotidienne.

6. Le seul moyen efficace de donner un traitement à une personne qui fait de l'interférence à son traitement médical est de la mettre sous contention.

FAUX.

Il existe d'autres moyens qui doivent être explorés avec la personne hospitalisée ou hébergée, les proches et les membres de l'équipe.

Par exemple, on peut modifier le mode de prise de la médication (voie orale plutôt qu'intraveineuse), solliciter de l'aide à la famille lors de l'administration d'un traitement, se demander si le traitement est toujours indiqué, etc.

7. L'agitation est un des principaux motifs invoqués pour appliquer une contention.

VRAI.

Selon les recherches de Palazzolo, Favre, Vittini et Bougerol (2001), et selon The Joanna Briggs Institute (2002), l'agitation est l'une des raisons principales invoquées pour justifier le recours à des mesures de contrôle. L'errance, l'agressivité, l'interférence aux traitements et le risque de chute constituent les autres motifs de l'application de la contention et de la mise en isolement.

8. Une personne sous contention demande en moyenne beaucoup moins de temps de surveillance quotidienne.

FAUX.

Prendre soin d'une personne sous contention demande davantage de temps, car cette personne n'est pas en « sécurité », de sorte qu'elle requiert une surveillance accrue. Cette personne est totalement dépendante pour la satisfaction de l'ensemble de ses besoins fondamentaux.

Il faut augmenter les soins et la surveillance puisque, en utilisant l'isolement ou la contention, des risques supplémentaires s'ajoutent aux risques déjà présents (risques de traumatismes physique, psychologique et émotionnel).

En effet, lors de l'application d'une contention, des études montrent que les soins et la surveillance exigent plus de temps d'intervention de la part de l'équipe (Phillips, Hawes et Fries, 1993).

De plus, parce que l'immobilité entraîne différents problèmes, la personne mise sous contention aura davantage besoin de soins de toute nature (élimination, hygiène, alimentation, soins de la peau, etc.).

9. L'isolement constitue le MEILLEUR moyen qui soit pour réduire l'agressivité.

FAUX.

L'isolement permet de réduire les stimuli. Chez certains patients qui ont trop de stimuli, l'isolement peut être une mesure favorable pour réduire l'agitation et l'agressivité. Par contre, d'autres études concluent que, chez certaines personnes, l'isolement peut contribuer à exacerber l'agressivité et l'agitation, car il provoque la colère de la personne. Celle-ci augmente son désir de recouvrer sa liberté, ce qui la rend de plus en plus agressive.

10. La contention augmente considérablement le risque de mortalité si une chute survient.

VRAI.

C'est vrai si la personne fait une chute alors qu'elle est sous contention. La contention multiplie même par huit le risque direct et indirect de mortalité à la suite d'une chute.

Les risques directs sont liés notamment à l'exténuation, à l'augmentation de la précarité de l'état de santé général, à l'augmentation des risques de troubles cardiaques et à l'obstruction des voies respiratoires par des contentions au niveau du thorax et du cou.

Plusieurs décès par contention sont survenus au Québec depuis les 15 dernières années.

11. Une personne avec les deux ridelles complètes de lit montées est une personne en sécurité.

FAUX.

L'utilisation des ridelles est souvent perçue comme étant un geste banal, même essentiel, qui permet d'assurer la sécurité de la personne.

Plusieurs études montrent qu'il en est tout autrement. Les ridelles de lit augmentent la hauteur à partir de laquelle une personne peut chuter et, conséquemment, augmentent le risque de blessure sérieuse.

De plus, les ridelles réduisent l'indépendance et la mobilité de la personne. À cet égard, plusieurs personnes se blessent lorsqu'elles essaient de grimper par-dessus les ridelles pour sortir du lit (ex. : pour aller à la toilette).

Par ailleurs, l'utilisation des ridelles de lit peut entraîner l'augmentation de comportements d'agitation, de peur et de delirium (Oliver, 2002). L'utilisation des ridelles peut aussi occasionner de l'incontinence et des plaies de pression.

L'utilisation des ridelles comporte un important risque de blessure attribuable à une chute si la personne essaie d'enjamber la ridelle du lit. Leur utilisation comporte aussi des risques de strangulation, de suffocation, de blessure ou de décès lorsque la personne se coince dans l'espace entre les ridelles ou entre les ridelles et le matelas.

Santé Canada rapporte que l'utilisation des ridelles de lit peut occasionner des risques de blessure et de décès. Ainsi, on a enregistré 25 décès et 35 blessures liés aux ridelles de lit entre 1980 et 2000 (Medical Devices Bureau, 2001).

CORRIGÉ : LES EFFETS DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT

EFFETS DE LA CONTENTION SUR LES PLANS PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

PRINCIPAUX EFFETS PHYSIQUES (LISTE NON EXHAUSTIVE) :

Effets de l'immobilité :

- Engourdissement;
- Courbature;
- Diminution de l'amplitude articulaire;
- Diminution de la force physique;
- Diminution de l'équilibre;
- Inconfort;
- Douleur;
- Ankylose;
- Atrophie musculaire;
- Réduction de la masse osseuse.

Effets sur la circulation sanguine :

- Augmentation du risque de thrombose veineuse et artérielle;
- Hypotension orthostatique;
- Œdème.

Effets sur la peau :

- Abrasion;
- Lésions traumatiques;
- Plaie de pression.

Effets sur les fonctions primaires :

- Constipation;
- Incontinence urinaire et/ou fécale;
- Perturbation de l'appétit;
- Déshydratation;
- Rétention urinaire.

Effets sur le système immunitaire :

- Infection;
- Infections urinaires;
- Complications respiratoires.

Effets sur la morbidité :

- Compression;
- Risque aggravé de décès si chute;
- Risque de strangulation;
- Risque d'asphyxie.

PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES (LISTE NON EXHAUSTIVE) :

- Colère;
- Sentiments liés au phénomène de victimisation secondaire;
- Sentiment d'être à l'écart du monde;
- Sentiment d'être abandonné;
- Diminution de la dignité;
- Anxiété;
- Découragement;
- Peur;
- Sentiment d'être puni;
- Diminution de l'estime de soi;
- Désorientation accrue;
- Humiliation;
- Résignation;
- Augmentation de l'agitation;
- Exacerbation de la confusion.

EFFETS DE L'ISOLEMENT SUR LES PLANS PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

PRINCIPAUX EFFETS PHYSIQUES (liste non exhaustive) :

Il existe une importante controverse au sujet des effets bénéfiques ou néfastes de l'isolement dans le contexte de soins psychiatriques :

- possibilité de repos et de sommeil versus réduction des stimuli;
- réduction des interactions stressantes versus détresse;
- apaisement versus agitation;
- possibilité d'un contact rapproché de la personne avec les intervenants versus bris de communication;
- sécurité sauf si une ou des contentions s'ajoutent à l'isolement.

L'isolement peut aussi entraîner des complications. À cet égard, une étude ayant été menée dans des urgences américaines a enregistré un taux mensuel de 38% de complications associées à l'utilisation des chambres d'isolement. Ces complications étaient des blessures aux personnes, des blessures aux intervenants et des évasions de la chambre d'isolement (Zun *et alii*, 2005).

PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES (liste non exhaustive) :

- Peur;
- Sentiment d'abandon;
- Exacerbation des symptômes psychiatriques;
- Diminution de l'estime de soi;
- Détérioration de l'état mental;
- Privation sensorielle pouvant déclencher ou augmenter les hallucinations;
- Anxiété;
- Colère;
- Perte de liberté;
- Humiliation;
- Culpabilité;
- Méfiance accrue;
- Désir de vengeance;
- Exacerbation de la détresse.

RAPPORTS DU CORONER DU QUÉBEC RELATIVEMENT AUX DÉCÈS DE PERSONNES SOUS CONTENTION

- Entre 1987 et 2003, 48 décès par asphyxie à la suite d'une compression thoraco-abdominale ou du cou sont imputables aux mesures de contrôle; pour 35 de ces décès, les personnes étaient sous contention dans un lit (la personne est alors retrouvée accrochée au lit, souvent compressée par des ridelles) et, dans 13 cas, les personnes étaient coincées à mort par leurs contentions dans un fauteuil roulant ou gériatrique.
- Dans 73% des cas, les décès sont survenus dans des centres d'hébergement et, dans 13% des cas, ils sont survenus dans des centres hospitaliers.
- Les personnes décédées avaient 67 ans en moyenne.

CORRIGÉ : ÉTUDE DU CAS DE M.TREMBLAY

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
OBSERVER LES COMPORTEMENTS	<p>Comportement : Quels sont les comportements de la personne?</p> <p>PROBLÈME D'AGITATION ET RISQUE DE CHUTE</p> <ul style="list-style-type: none">- L'utilisateur est agité et veut se déplacer en marchant;- L'utilisateur présente de l'instabilité à la marche;- L'utilisateur démontre un comportement téméraire lors de ses transferts et déplacements. <hr/>
EVALUER LE RISQUE DE CHUTE	<p><u>LA PERSONNE</u></p> <p>État physique : Quels sont les facteurs de risque de chute ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifier les facteurs de risque à l'aide d'une échelle d'évaluation du risque de chute. (échelle administrée idéalement dans un délai de 24 à 48 h après l'admission);- Compléter par une évaluation en ergothérapie et physiothérapie en priorisant : transferts, changements de position, équilibre, déplacements à la marche et dans les escaliers;- Tenir compte de la personnalité prémorbide et des déficits cognitifs dans l'analyse du risque de chute.
DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE	<p>État psychologique : Quelles sont les causes pouvant expliquer les comportements observés ?</p> <ul style="list-style-type: none">- Identifier les facteurs qui provoquent, aggravent ou maintiennent le trouble de comportement, et ce, dans différents contextes (utiliser au besoin une grille d'observation des comportements complétée par les différents intervenants de l'équipe);- Au besoin, procéder à une évaluation plus précise en utilisant une échelle d'évaluation du comportement d'agitation selon la spécificité du diagnostic (évaluation en neuropsychologie).

L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE : Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés ?

Agitation :

- **Confinement au fauteuil roulant;**
 - **Environnement non familier;**
 - **Intensité du bruit;**
 - **Luminosité excessive.**
-

L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL : Les croyances ou valeurs peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez l'utilisateur ?

L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

Intervenants : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants qui peuvent expliquer certains des comportements de l'utilisateur ?

- **L'argumentation a peut-être été faite sur un ton trop ferme.**

Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence/absence de la famille ou des proches sur la personne ?

- **La présence des enfants semble augmenter le niveau d'agitation de la personne.**

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
<p>PLANIFIER LES INTERVENTIONS</p>	<p>Quels sont les objectifs recherchés par les interventions?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser la récupération des capacités liées à la marche afin que M. Tremblay soit capable de réaliser ses habitudes de vie liées à son autonomie personnelle; 2. Gérer le problème de comportement en ciblant les interventions qui vont permettre de réduire l'agitation. <p>Les mesures de remplacement : Pour atteindre les objectifs visés, quelles seraient les meilleures mesures de remplacement possible?</p> <p>DÉPLACEMENTS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plan d'intervention : mettre en place des moyens qui vont favoriser la récupération des capacités liées à la marche et assurer une sécurité dans les déplacements (implication de l'équipe interdisciplinaire et de la famille); 2. Prendre tous les moyens disponibles pour minimiser les risques de chutes liés à l'environnement : <ul style="list-style-type: none"> - Aménagement de la chambre, de la salle de bain et des aires de circulation (accessibilité des objets personnels, du téléphone, etc.); - Éclairage de la chambre (ex. : veilleuse la nuit); - Installation du lit au plus bas niveau, demi-ridelles de lit; - Utilisation de mains courantes; - Équipement disponible (détecteur de mouvement, porte codée, protecteurs de hanche, etc.). <p>COMPORTEMENTS D'AGITATION</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Établir un plan d'intervention concerté par la mise en place de moyens et de stratégies qui vont induire une réduction du comportement d'agitation (implication de tous les intervenants et de la famille); 2. Développer un partenariat avec la famille (communication, enseignement, implication dans les mesures de remplacement); 3. Maintenir une bonne communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et s'assurer que l'information pertinente est inscrite au dossier et transmise verbalement lors des changements de quarts de travail.

CORRIGÉ : LE CONSENTEMENT ET MOI !

1. Comme la personne hébergée ou hospitalisée a déjà signé un consentement aux soins à son arrivée à l'établissement de santé, un consentement spécifique n'est pas requis pour l'application des mesures de contrôle.

FAUX. Il est primordial de distinguer le **contrat médical**, qui se forme en principe entre un usager et un établissement de santé lorsqu'un usager franchit les portes de l'établissement et requiert des soins ou des services, de celui requérant un **consentement spécifique** en cas d'interventions diagnostiques ou thérapeutiques dans le cours de la prestation de soins.

Le premier vise un accord de volonté général quant à la demande et la prestation de soins entre l'usager et l'établissement, mais ne donne pas carte blanche à l'équipe traitante. En effet, pour toute intervention ou décision de quelque importance, comme l'application de mesures de contrôle, **un consentement particulier sera requis.**

2. La seule chose à faire pour respecter la loi relativement au consentement est de demander une signature à la personne hébergée au bas d'une feuille.

FAUX. Le consentement ne doit pas se résumer à une simple signature au bas d'un formulaire comme c'est malheureusement encore trop souvent le cas dans le réseau. Au contraire, le consentement constitue un processus qui implique plusieurs acteurs tels l'usager lui-même, sa famille et l'équipe de soins.

De plus, pour être valide, **le consentement doit être « libre » et « éclairé »**. Un consentement « libre » signifie qu'il a été donné sans contrainte ou menace. Cela veut dire que l'usager ou la personne consentant à sa place ne doivent pas subir, dans le cadre de leur prise de décision, une influence indue de la part d'autres personnes, que ce soit de la part de l'équipe clinique ou encore des membres de l'entourage de l'usager.

Le consentement doit également être « éclairé », c'est-à-dire donné en toute connaissance de cause. En d'autres termes, avant de prendre une décision quant à l'application de mesures de contrôle, l'usager (s'il est apte) ou la personne légalement habilitée à consentir pour lui (s'il est inapte) doivent

avoir obtenu, de la part de l'équipe traitante, toutes les **informations** nécessaires à la prise d'une décision réfléchie. Ces informations comprennent, notamment, les raisons justifiant l'application des mesures, le type de contentions, la durée prévue des mesures ainsi que les mesures de suivi et de surveillance envisagées.

3. Normalement, le consentement aux mesures de contrôle devrait être donné par la personne elle-même.

VRAI. Légalement, la personne elle-même est présumée apte à consentir à des soins médicaux jusqu'à preuve du contraire par le médecin. Si la personne majeure est considérée apte à consentir à des soins médicaux, elle consent ou refuse elle-même à l'application des mesures de contrôle.

4. Dans certains cas, la personne hébergée ne pourra pas consentir elle-même à l'application des mesures de contrôle. Le consentement pourrait alors se faire par un proche de cette personne.

VRAI. Si le médecin juge que la personne est inapte à consentir à des soins médicaux, le consentement se fera par une personne consentant à sa place. L'article 15 *du Code civil* du Québec établit, par ordre de priorité, une liste de personnes pouvant consentir à la place de la personne inapte :

C'est le représentant légal, c'est-à-dire le mandataire, le tuteur ou le curateur (privé ou public), si la personne inapte en est pourvue, qui doit consentir.

À défaut d'un représentant légal, le consentement est donné par le conjoint de la personne inapte (le *C.c.Q.* précise que sont visés autant les conjoints mariés que ceux en union civile ou encore les conjoints de fait).

À défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, le consentement doit être donné par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier, ce qui peut inclure un voisin ou un collègue de travail, par exemple.

5. Si la personne majeure et apte refuse de donner un consentement à l'application de mesures de contrôle, les intervenants doivent respecter ce refus, même en cas d'urgence.

FAUX. Il est vrai que, lorsque la situation n'est pas urgente, le refus de la personne apte doit être respecté en tout temps.

Toutefois, en **cas d'urgence**, le consentement aux mesures de contrôle ne sera pas nécessaire. Le refus ne sera donc pas respecté, à deux conditions précises :

- 1) lorsque la vie de la personne que l'on désire mettre sous contention ou lorsque son intégrité sont menacées (cette condition vaut également dans le cas où la vie ou l'intégrité d'une tierce personne, par exemple un membre du personnel soignant, seraient menacées);
- 2) lorsque son consentement ne peut être obtenu en temps utile (art. 13 du C.c.Q.).

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

6. Un consentement écrit est nécessaire pour l'application d'une mesure de contrôle.

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

7. Si la famille a déjà signé un consentement pour l'application d'une mesure de contrôle, elle ne sera en aucun cas sollicitée pour donner un nouveau consentement ultérieurement.

FAUX. Au contraire, comme le consentement est un moyen de protéger l'autonomie et l'intégrité de l'utilisateur, le droit reconnaît que la portée du consentement doit se limiter à l'accord préalablement établi. En d'autres termes, le consentement ne couvrira que la procédure à laquelle l'utilisateur ou sa famille a acquiescé et ne constitue en aucun cas un chèque en blanc pour

les futures interventions. Ainsi, en cas d'application de mesures de contrôle, le médecin et l'équipe traitante devront repasser à travers tout le processus de consentement chaque fois que la condition clinique de l'utilisateur changera et que l'équipe clinique souhaitera modifier le type de contention, par exemple, de manière à ce qu'il réponde davantage au nouveau contexte.

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

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

FAUX. Depuis l'adoption de la Loi 90, les médecins ne sont plus les seuls qui peuvent décider de l'application de contentions; trois autres groupes professionnels de la santé, soit les ergothérapeutes, les infirmiers et infirmières ainsi que les physiothérapeutes peuvent légalement prendre la décision, en accord avec les politiques des établissements. Il s'agit donc d'une nouvelle activité réservée à ces professionnels. Toutefois, les nouvelles dispositions législatives ne modifient en rien la responsabilité civile et les devoirs déontologiques des professionnels. De plus, cette loi reconnaît l'importance de l'interdisciplinarité dans le processus décisionnel relatif à l'application des mesures de contrôle.

CORRIGÉ : ÉTUDE DU CAS DE M.TREMBLAY (SUITE)

ÉTAPES 4.1 ET 4.2 : COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Repères	Les questions à se poser
<p>COMMUNIQUER LE PLAN À L'USAGER, À SES PROCHES ET À L'ÉQUIPE</p> <p>LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION</p>	<p>COMMUNICATION :</p> <p>Qui doit connaître le plan d'intervention?</p> <ul style="list-style-type: none">- L'utilisateur et ses proches;- L'ensemble des membres de l'équipe. <p>Comment s'assurer que le plan d'intervention sera connu et appliqué par l'ensemble des intervenants (compte tenu de l'accès limité au dossier pour les non-professionnels, l'utilisateur et les proches)?</p> <ul style="list-style-type: none">- Communication lors des PII ;- Transfert des informations entre les membres de l'équipe de soins et les différents quarts de travail;- Maintien de la communication avec la famille;- Discussions informelles;- S'assurer que les informations pertinentes sont dans les différentes pièces du dossier. <hr/> <p>TENUE DE DOSSIER :</p> <p><u>MESURES DE REMPLACEMENT :</u></p> <p>Le dossier doit contenir des traces claires du processus de décision. La décision doit être clairement énoncée et être suffisamment explicite pour en comprendre le bien-fondé (description des comportements et résultats de l'évaluation clinique, plan d'intervention individualisé et communication avec la personne, ses proches et l'équipe).</p> <ul style="list-style-type: none">- Comportements et résultats de l'évaluation clinique;- Plan d'interventions individualisé. <p><u>MESURE DE CONTRÔLE :</u></p> <p>Si, en dernier recours, une mesure de contrôle est utilisée, le dossier doit alors contenir, en plus de l'information clinique :</p>

1. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Le consentement a-t-il été donné? Par qui? (Nom de la personne ayant donné le consentement, heure et date).

N.B. Avant de consentir, l'utilisateur ou ses proches ont-ils reçu toute l'information nécessaire pour prendre une décision libre et éclairée?

Par information nécessaire, on entend :

- la durée d'application prévue au plan d'intervention;
- l'horaire journalier d'application;
- les activités planifiées entre les périodes d'application;
- les soins donnés et la surveillance effectuée pendant les périodes d'application et en dehors de celles-ci;
- les risques associés à l'utilisation de la contention.

A-t-on expliqué à la personne ou à la famille pourquoi on a besoin d'un consentement différent de celui donné lors de l'admission?

A-t-on expliqué que le consentement ne sera valide que pour cet épisode (un nouveau consentement sera sollicité si un changement se produit)?

2. LES MODALITÉS D'APPLICATION RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE

- La problématique en lien avec l'utilisation de la contention (description de la raison justifiant le recours à la contention);
- Les mesures de remplacement tentées, la durée de leur application et les résultats obtenus;
- L'explication transmise à la personne et à la famille;
- Indiquer que le consentement libre et éclairé a été obtenu;
- Le moyen de contention retenu (ceinture, gilet, mitaines, attache au poignet, etc.) et la taille de la contention;
- Les paramètres : durée, fréquence et moment de l'application, pauses;
- La fréquence des visites de surveillance et les paramètres vérifiés (signes vitaux, état de conscience, etc.). Voir le module *Soins et Surveillance*;
- Les activités planifiées en dehors des périodes d'application de la contention;
- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure;
- Le moment de la réévaluation de la mesure.

CORRIGÉ : ÉTUDE DU CAS DE M. TREMBLAY (SUITE)

ÉTAPE 4.3 : APPLICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Repères	Les questions à se poser
LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION	<p>3. <u>LES MODALITÉS DE SOINS ET DE SURVEILLANCE RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE EMPLOYÉE</u></p> <p>Durant toute la période de mise sous contention ou d'isolement, il faut que les soins et la surveillance incluent :</p> <ol style="list-style-type: none">1. la mise sous contention par une personne qui a reçu une formation adéquate relativement à l'application de ce moyen spécifique;2. la vérification fréquente des signes vitaux et de l'état de la peau;3. la vérification du niveau de conscience;4. l'observation visuelle proximale du rythme respiratoire;5. la vérification fréquente des effets de la mesure de contrôle sur le système circulatoire;6. la vérification de l'assouvissement des besoins physiologiques primaires;7. l'examen des réactions affectives et psychologiques de l'utilisateur mis sous contention ou en isolement;8. le changement de position et l'examen de la position reliée à la contention;9. le respect des indications d'arrêt et de reprise de la mesure retenue incluant les périodes de repos sans contention;10. la réévaluation aux moments prévus dans le plan d'intervention et/ou dans l'ordonnance médicale;11. le maintien de la communication et de la relation avec l'utilisateur durant toute la période d'application de la contention.

CORRIGÉ : ÉTUDE DU CAS DE M. TREMBLAY (SUITE)

ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

Repères	Les questions à se poser
RÉÉVALUER ET RÉAJUSTER	<p>RÉÉVALUATION</p> <p><u>ÉTAT DE SANTÉ :</u></p> <p>Que doit-on réévaluer en ce qui a trait à la condition clinique?</p> <p>L'évaluation en cours d'évolution consiste à établir des liens entre les données de l'évaluation initiale (données de base) et les données des évaluations subséquentes afin d'ajuster ou de compléter les interventions en fonction de l'évolution de la condition clinique de la personne.</p> <ul style="list-style-type: none">• Surveillance de l'évolution de la condition ayant trait au risque de chute et aux comportements d'agitation;• Procéder à une surveillance clinique, entre autres par le monitoring selon les besoins de l'utilisateur, en étant à l'affût de tout signe de déséquilibre de l'état de santé : par exemple, signes vitaux, saturométrie, niveau d'anxiété, présence ou non des manifestations des comportements d'agitation, etc. <p><u>EFFICACITÉ DU PLAN D'INTERVENTION :</u></p> <p>Les mesures de remplacement ont-elles été efficaces? Si non, y a-t-il d'autres mesures envisageables?</p> <ul style="list-style-type: none">• Vérification de la façon dont M. Tremblay réagit aux interventions/mesures de remplacement :<ul style="list-style-type: none">- Atténuation ou augmentation des manifestations d'agitation;- Présence ou non d'anxiété;- Repos calme ou non.• Vérifier les résultats obtenus auprès de M. Tremblay et de sa conjointe:<ul style="list-style-type: none">- Perception à l'égard des manifestations d'agitation.

DÉCISION RELATIVE À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT :

L'application de la mesure de contrôle est-elle toujours pertinente?

- Procéder aux soins et à la surveillance clinique de l'usager selon ses besoins en étant à l'affût de tout signe de déséquilibre de la condition clinique.

- Vérifier comment M. Tremblay réagit aux mesures de contrôle :
 - Réduction ou exacerbation des comportements à risque;
 - Réactions physiques et psychologiques;
 - Signes vitaux (l'état de conscience et émotif, etc.);
 - Présence ou non de manifestations d'agitation.

- Vérifier auprès de M. Tremblay les résultats obtenus en termes de réduction de la sévérité du risque présenté.

RÉAJUSTEMENT DU PLAN D'INTERVENTION

Y a-t-il des interventions qui doivent être ajustées ou complétées en fonction des besoins évolutifs de l'usager?

DÉCISION RELATIVE À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT :

L'application de la mesure de contrôle est-elle toujours pertinente?

- Procéder aux soins et à la surveillance clinique de l'usager selon ses besoins en étant à l'affût de tout signe de déséquilibre de la condition clinique.

- Vérifier comment M. Tremblay réagit aux mesures de contrôle :
 - Réduction ou exacerbation des comportements à risque;
 - Réactions physiques et psychologiques;
 - Signes vitaux (la respiration, l'état mental et émotif, etc.);
 - Présence ou non de manifestations d'agitation.

- Vérifier auprès de M. Tremblay les résultats obtenus en termes de réduction de la sévérité du risque présenté.

RÉAJUSTEMENT DU PLAN D'INTERVENTION

Y a-t-il des interventions qui doivent être ajustées ou complétées en fonction des besoins évolutifs de l'usager ?