

Programme de formation

Cahier du formateur



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

**BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT**

Programme de formation
Cahier du formateur



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

**BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT**

**Santé
et Services sociaux**

Québec 

REMERCIEMENTS

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 des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

Coordination du projet :

Johanne Delisle, Direction de la qualité, MSSS
Henriette Jacques, Direction de la qualité, MSSS

Adaptation du Programme :

- Marie Authier, agente de planification, de programmation et de recherche, hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- Sylvie Constant, conseillère au Programme à l'adulte, CSDI MCQ;
- Michèle Demers, physiothérapeute, CSDI MCQ;
- Claude Dufour, agent de planification, de programmation et de recherche, CRDI de Québec;
- Marie-Josée Duval, ergothérapeute, conseillère professionnelle, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ);
- Paule Lavoie, agente de planification, de programmation et de recherche, CRDI de Québec;
- Ginette Mercier, coordonnatrice au Programme santé, CSDI MCQ;
- Guy Sabourin, directeur du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC).

Relecture :

- France Bélanger, ergothérapeute, consultante;
- Jocelyne Bélanger, MSSS, Direction générale des services sociaux, Service des personnes handicapées;
- Gaëtan Coulombe, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec;
- Andrée Deschênes, directrice des services professionnels et de la recherche, CRDI Chaudière-Appalaches;
- Jacques Gauthier, Ordre des ergothérapeutes du Québec;
- Monique Rondeau, psychologue consultante et agente-conseil du Centre d'expertise de Montréal en troubles graves du comportement (CEMTGC);
- André Soulières, psychologue consultant et agent-conseil du Centre d'expertise de Montréal en troubles graves du comportement (CEMTGC).

Secrétariat :

Bianca Perri, Corinne Thieblemont et Colette Proulx, Direction de la qualité, MSSS.

Nous remercions également le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec pour sa grande collaboration dans ce dossier.

Édition produite par :

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

Ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

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, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-54264-3 (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, 2010

Table des matières

1. LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX -----	5
1.1 OBJECTIF GÉNÉRAL 1 -----	6
1.2 OBJECTIF GÉNÉRAL 2 -----	9
2. HORAIRE ET PLAN D'UNE JOURNÉE DE FORMATION NATIONALE -----	12
2.1 DÉROULEMENT -----	14
2.2 PRÉSENTATION DE L'ANIMATEUR, DES PARTICIPANTS ET DE LA FORMULE PÉDAGOGIQUE -----	15
2.3 BUT DU PROGRAMME DE FORMATION -----	17
3. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : DÉTERMINATION DES MESURES DE CONTRÔLE -----	18
4. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : MESURES DE CONTRÔLE - LE MATÉRIEL LE PLUS UTILISÉ -	20
4.1 APPEL À TOUS : MISE SOUS CONTENTION DE VOLONTAIRES -----	23
4.2 ATELIER : POURQUOI ET POUR QUI UTILISE-T-ON LES MESURES DE CONTRÔLE? -----	24
5. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : LA PRÉVALENCE DES MESURES DE CONTRÔLE -----	28
5.1 ATELIER : LIBÉRATION DES VOLONTAIRES -----	31
6. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : EXAMEN DE L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE --	32
6.1 SÉANCE PLÉNIÈRE POUR LA CORRECTION DE L'EXERCICE -----	34
7. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : LES EFFETS VÉRITABLES DES MESURES DE CONTRÔLE ---	39
7.1 VISIONNEMENT DE DVD -----	43
8. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : LES EFFETS VÉRITABLES DES MESURES DE CONTRÔLE SUR LA FAMILLE ET LES PROCHES -----	44
8.1 LES EFFETS DES MESURES DE CONTRÔLE SUR LES INTERVENANTS ET L'ÉTABLISSEMENT -----	46
9. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : LES FONDEMENTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES -----	48
10. MESSAGE CLÉ RELATIF À L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 -----	52
11. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2 : ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À UNE DÉCISION ÉCLAIRÉE EN MATIÈRE DE MESURES DE CONTRÔLE -----	53
11.1 TEMPÊTE D'IDÉES : L'ENVIRONNEMENT GLOBAL -----	54
11.2 LES CINQ CATÉGORIES DU MODÈLE KAYSER-JONES -----	57
11.3 L'IMPORTANCE DES AUTRES DIMENSIONS POUR UNE VISION GLOBALE DE LA SITUATION -----	63
11.4 LES MESURES DE REMPLACEMENT -----	64
11.5 LES MESURES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT POUR LES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT -----	70
11.5.1 VISIONNEMENT DE DVD (SUITE) -----	72
12. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2: LA VOLONTÉ DE CHANGEMENT, GARANTIE D'UNE EXPÉRIENCE RÉUSSIE -----	73
12.1 MESSAGE CLÉ RELATIF AU PRINCIPE GÉNÉRAL 2 -----	75

13. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2 : LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION PASSE PAR UN QUESTIONNEMENT STRUCTURÉ -----	76
13.1 ANALYSE COMPLÉMENTAIRE : L'ANALYSE MULTIMODALE -----	80
13.2 GRILLE DE DÉCISION (AIDE-MÉMOIRE) -----	86
14. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2 : UTILISATION DE LA GRILLE DE DÉCISION POUR UNE ÉTUDE DE CAS-----	89
14.1 SÉANCE PLÉNIÈRE SUR L'ÉTUDE DU CAS : LA SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE, ÉTAPES 1, 2 ET 3-----	91
14.2 EXPOSÉ INFORMEL SUR LA COMMUNICATION, ÉTAPE 4 -----	98
14.2.1 LE CONSENTEMENT, ÉTAPE 4.1 -----	101
14.2.2 CORRECTION DU QUESTIONNAIRE SUR LE CONSENTEMENT, ÉTAPE 4.1 -----	103
14.2.3 LA DOCUMENTATION, ÉTAPES 4.1 ET 4.2 (SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE) -----	107
14.2.4 PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE (ÉTAPE 4.3) -----	110
14.2.5. CORRECTION DU JEU SUR LES PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE, ÉTAPE 4.3 -----	113
15. SÉANCE PLÉNIÈRE SUR LA RÉÉVALUATION ET LE RÉAJUSTEMENT, ÉTAPE 5 -----	115
16. CONCLUSION -----	118
17. ÉVALUATION-----	119
ANNEXE 1 PARAMÈTRES À SURVEILLER EN CAS DE RECOURS À L'ISOLEMENT -----	120
ANNEXE 2 GLOSSAIRE -----	122
ANNEXE 3 MATÉRIEL À DISTRIBUER AUX PARTICIPANTS-----	123
ANNEXE 4 CORRIGÉ DE L'EXERCICE SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE -----	124
ANNEXE 5 CORRIGÉ DE: LES EFFETS DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT -----	128
ANNEXE 6 CORRIGÉ DE L'ÉTUDE DU CAS : LA SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE (ÉTAPES 1, 2 ET 3)-----	130
ANNEXE 7 CORRIGÉ : LE CONSENTEMENT ET MOI!-----	141
BIBLIOGRAPHIE -----	144



1. LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Les objectifs généraux du programme *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement* sont les suivants :

1. réfléchir à l'utilisation, à l'efficacité et aux effets véritables de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle d'une personne;
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.

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Ce programme de formation est interactif : il propose la 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 établie de façon à assurer la consolidation des apprentissages antérieurs. Il faut donc en respecter le déroulement afin de tirer de ce programme de formation le maximum de bénéfices.

Le contenu et les références citées sont issus du document *Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Le formateur doit se référer à ce document pour approfondir ses connaissances et maîtriser les contenus à transmettre. Ce document est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.msss.gouv.qc.ca, Section : DOCUMENTATION, Rubrique : PUBLICATIONS, Onglet RECHERCHE : tapez « Contention ».

PERSONNES VISÉES

Le programme de formation est destiné à l'ensemble des intervenants appelés à jouer un rôle dans la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle ainsi qu'aux gestionnaires des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

1.1 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 la formation relative au premier objectif général, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Nommer les trois catégories de mesures de contrôle pouvant être utilisées dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED);
- 2) Déterminer les types de 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;
- 3) Estimer la fréquence et la durée moyenne du recours à la contention et à l'isolement dans leur 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 à long termes de l'isolement et de la contention, sur les plans physique et psychologique, sur la personne qui les subit;
- 6) Reconnaître les effets néfastes éventuels de la contention et de l'isolement sur la famille et les proches de la personne qui les subit, sur le personnel entrant en relation avec cette dernière ainsi que sur l'établissement;
- 7) Prendre connaissance des fondements éthiques et juridiques qui guident le changement de pratique proposé.

APERÇU DU CONTENU DES SEPT OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Chacun des sept objectifs spécifiques relatifs à l'objectif général 1 fera l'objet d'un examen approfondi.

Les paragraphes qui suivent donnent un aperçu du contenu à l'étude pour chacun d'eux.

1. Nommer les trois catégories de mesures de contrôle pouvant être utilisées dans les CRDITED.

Réponse :

- La contention, l'isolement et les substances chimiques (médicaments psychotropes).

2. Déterminer les types de 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.

Réponses :

- Les personnes de tout âge et de toute condition rendues vulnérables en raison de leur état de santé physique ou mentale.
- Motifs relatifs à la personne : sécurité, chute, agitation, agressivité, errance, fugues, déplacements, prévention de l'extubation, automutilation, interférence aux traitements, etc.
- Motifs relatifs aux établissements et intervenants : accomplissement tâches régulières, maintien d'un environnement agréable, facilitation des examens médicaux, 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 de services du Québec.

Réponses :

- Les réponses des participants 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.

Réponse :

- Les participants auront à répondre à une 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 sur la personne qui les subit.

Réponses :

- Les effets physiques sont dus à l'immobilisation.
- Les effets psychologiques sont liés aux sentiments d'abandon, de solitude et de mépris que soulève la situation.

6. Reconnaître les effets néfastes éventuels de la contention et de l'isolement sur la perception qu'ont la famille et les proches de la personne qui les subit, sur le personnel entrant en relation avec cette dernière ainsi que sur l'établissement.

Réponses :

- Les effets néfastes sur la famille et les proches sont : la culpabilité, la colère, la distanciation émotive, etc.
- Les effets néfastes sur l'établissement sont : une mauvaise réputation, la stagnation des programmes, la dégradation du climat de travail, la désaffectation des ressources humaines, etc.
- Les effets néfastes sur les intervenants sont : le stress, la culpabilité, le découragement, la généralisation d'attitude de contrôle et de domination, etc.

7. Connaître les fondements éthiques et juridiques qui guident le changement de pratique proposé.

Réponses :

- Les fondements éthiques sont : l'autonomie, l'intégrité physique et psychologique, la singularité, la vulnérabilité, la compréhension et le meilleur intérêt.
- Les fondements juridiques sont : le Code civil, article 118.1, Loi 90, Orientations ministérielles.

1.2 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.

Une décision réfléchie à cet égard passe par l'atteinte de quatre objectifs spécifiques.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

À la fin de la formation relative au deuxième objectif général, les participants devraient être en mesure de :

1. Relever, en tenant compte de l'environnement global de la personne, les éléments qui doivent être examinés afin de prendre une bonne décision en matière de contention et d'isolement (modèle Kayser-Jones), lorsque la situation nécessite une amélioration des pratiques;
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. En se servant de la grille, appliquer le processus de prise de décision concernant les comportements problématiques, analyser les motifs de recours à un moyen de contrôle et les facteurs liés à l'environnement global.

APERÇU DU CONTENU DES QUATRE OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Chacun des quatre objectifs spécifiques relatifs à l'objectif général 2 fera l'objet d'un examen approfondi.

Les paragraphes qui suivent donnent un aperçu du contenu à l'étude pour chacun d'eux.

1. Définir, en tenant compte de l'environnement global de la personne, les éléments qui doivent être examinés afin de prendre une bonne décision en matière de contention et d'isolement (modèle Kayser-Jones), lorsque la situation nécessite une amélioration des pratiques. Les éléments qui doivent être examinés sont les suivants :
 - les caractéristiques spécifiques de la personne;
 - l'aménagement physique;
 - les structures organisationnelles;
 - l'environnement humain;
 - les aspects psychosocial et culturel.

2. Se prononcer sur les éléments à prendre en considération pour réussir un changement de pratique, les éléments en question sont les suivants :
 - 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 des 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. Les outils et les paramètres à prendre en considération sont les suivants :
 - modèle 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'intervention;
 - réévaluation.

4. En se servant de la grille, appliquer le processus de prise de décision concernant les comportements problématiques, analyser les motifs de recours à un moyen de contrôle et les facteurs liés à 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 paramètres de surveillance;
 - étape 5 : réévaluation et réajustement.



DURÉE : 7 heures

2. HORAIRE ET PLAN D'UNE JOURNÉE DE FORMATION NATIONALE

PREMIÈRE PARTIE DE LA JOURNÉE

8 h 00 - 8 h 10	1. Présentation de l'animateur, des participants et de la formule pédagogique
8 h 10 - 8 h 15	2. But du programme
8 h 15 - 8 h 20	3. Objectif général 1: détermination des mesures de contrôle
8 h 20 - 8 h 30	4. Objectif général 1: mesures de contrôle - le matériel le plus utilisé
8 h 30 - 8 h 35	5. Appel à tous : mise sous contention de volontaires
8 h 35 - 8 h 50	6. Atelier : Pourquoi et pour qui utilise-t-on les mesures de contrôle?
8 h 50 - 9 h 00	7. Objectif général 1 : la prévalence des mesures de contrôle
9 h 00 - 9 h 05	8. Atelier : libération des volontaires
9 h 05 - 9 h 10	9. Objectif général 1 : l'efficacité des mesures de contrôle
9 h 10 - 9 h 20	10. Séance plénière pour la correction de l'exercice
9 h 20 - 9 h 40	11. Objectif général 1 : les effets véritables des mesures de contrôle
9 h 40 - 10 h 05	12. Visionnement de DVD
10 h 05 - 10 h 20	• PAUSE
10 h 20 - 10 h 25	13. Les effets des mesures de contrôle sur la famille et les proches
10 h 25 - 10 h 30	14. Les effets sur les acteurs et l'établissement
10 h 30 - 10 h 40	15. Objectif général 1 : les fondements éthiques et juridiques
10 h 40 - 10 h 45	16. Message clé relatif à l'objectif général 1
10 h 45 - 10 h 50	17. Objectif général 2 : éléments nécessaires à une décision éclairée en matière de mesures de contrôle
10 h 50 - 10 h 55	18. Tempête d'idées : l'environnement global
10 h 55 - 11 h 10	19. Les cinq catégories du modèle Kayser-Jones
11 h 10 - 11 h 20	20. L'importance des autres dimensions pour une vision globale de la situation
11 h 20 - 11 h 30	21. Les mesures de remplacement
11 h 30 - 11 h 40	22. Les mesures de prévention et de traitement pour les problèmes de comportement
11 h 40 - 12 h 00	23. Visionnement de DVD : (suite)
12 h 00 - 12 h 10	24. Objectif général 2 : volonté de changement : garantie d'une expérience réussie
12 h 10 - 12 h 12	25. Message clé relatif au principe général 2
	• DÎNER



DURÉE : 7 heures

2. HORAIRE ET PLAN D'UNE JOURNÉE DE FORMATION NATIONALE

DEUXIÈME PARTIE DE LA JOURNÉE

13 h 15 – 13 h 30	26. Le processus de prise de décision passe par un questionnaire structuré
13 h 30 – 13 h 50	27. Objectif général 2 : utilisation de la grille de décision pour une étude de cas
13 h 50 – 14 h 10	28. Séance plénière sur l'étude de cas: la situation de monsieur Paquette (étapes 1, 2 et 3)
14 h 10 – 14 h 15	29. Exposé informel sur la communication (étape 4)
14 h 15 – 14 h 25	30. Le consentement (étape 4.1)
14 h 25 – 14 h 45	31. Correction du questionnaire sur le consentement (étape 4.1.1)
14 h 45 – 15 h 00	• PAUSE
15 h 00 – 15 h 10	32. La documentation, étape 4.2 (cas de monsieur Paquette)
15 h 10 – 15 h 25	33. Paramètres de surveillance
15 h 25 – 15 h 40	34. Les paramètres de surveillance, étape 4.4
15 h 40 – 15 h 55	35. Séance plénière sur la réévaluation et le réajustement (étape 5)
15 h 55 – 16 h 05	36. Conclusion
16 h 05 – 16 h 15	37. Évaluation

2.1 DÉROULEMENT

Le déroulement présente, de manière détaillée, toutes les interventions et activités qui doivent être réalisées par l'animateur et les participants, le minutage de chaque activité ainsi que tous les messages qui doivent 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 du présent programme. Les consignes sont précédées d'icônes 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



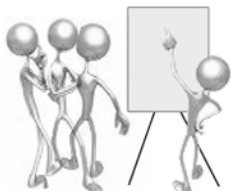
Travail d'équipe



Exposé avec diapositives



Distribuer le matériel



Activité en séance plénière



Cahier du participant



Activité individuelle

2.2 PRÉSENTATION DE L'ANIMATEUR, DES PARTICIPANTS ET DE LA FORMULE PÉDAGOGIQUE



Matériel requis :

- cahiers pour les participants;
- crayons pour les participants;
- badges vierges pour les participants.

PRÉSENTATION DE L'ANIMATEUR

Consignes d'animation :

- 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 le devancer dans la lecture du *Cahier du participant*, car 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 professionnelles);
- Il précise dans quel contexte il a été mandaté pour effectuer cette formation :
 - son intérêt pour le sujet;
 - son implication dans le domaine, 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 d'inscrire sur le badge distribué à cet effet :

- leur nom;
- leur fonction (titre d'emploi).

PRÉSENTATION DE LA FORMULE PÉDAGOGIQUE



Consignes d'animation :

- 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 du 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 dans le *Cahier du participant*, ou seront remises sous forme de corrigés en cours de route.

2.3 BUT DU PROGRAMME DE FORMATION



Consignes d'animation :

- 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 trouveront les objectifs spécifiques dans leur *Cahier du participant*, de même que l'horaire des activités de la journée;
- Il précise que les premières activités viseront la réflexion sur la contention et l'isolement.

But du programme

- Le programme intitulé **Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement** 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 abrégier la durée.

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 d'une personne.
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.



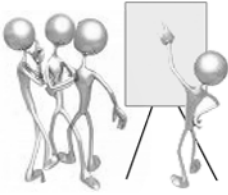
DURÉE : 5 minutes

3. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : DÉTERMINATION DES MESURES DE CONTRÔLE

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1

Nommer les trois catégories de mesures de contrôle pouvant être utilisées dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED).

Consignes d'animation :



- 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*;
- Il 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).



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).



SUSBTANCE CHIMIQUE :

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

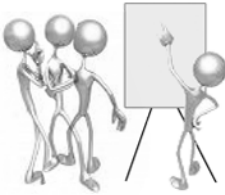


Durée 10 minutes

4. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : MESURES DE CONTRÔLE - LE MATÉRIEL LE PLUS UTILISÉ

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2

Déterminer 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.



Matériel requis :

- Document Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle (MSSS, 2005). Voir la référence à la feuille-support A

Consignes d'animation :

- 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 correspondent au matériel mentionné à la feuille-support A, sinon, il complète la liste;
- 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; 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*.



Référence :

Ministère de la Santé et des Services sociaux 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.



MESURES DE CONTRÔLE : LE MATÉRIEL LE PLUS UTILISÉ

LES MOYENS DE CONTENTION LES PLUS COMMUNS :

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

Note :

Lorsqu'on intervient auprès de personnes vulnérables, il faut être attentif au fait qu'une attitude ou un comportement de domination ou l'imposition d'un point de vue peuvent avoir un effet important sur la qualité de vie de ces personnes et même contribuer à limiter leur liberté de mouvement.

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 avoir reçu préalablement l'approbation de Santé Canada.

LE MODE D'EMPLOI OPTIMAL SELON LE FABRICANT

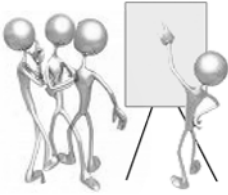
Quel que soit le produit utilisé, le fabricant indique généralement le mode d'emploi optimal ainsi que tous les paramètres et contre-indications concernant son produit. Ce mode d'emploi doit être suivi à la lettre pour éviter des accidents et un intervenant ne devrait jamais utiliser un moyen de contention, s'il n'a pas préalablement reçu une formation sur son mode d'utilisation. À cet égard, il est nécessaire de se tenir à jour sur le mode d'utilisation (indications et contre-indications) rattaché au matériel de contention.

Relativement à l'utilisation de certains outils de contention « maison », un avis du directeur de la Qualité du MSSS, 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 du personnel compétent d'un établissement du réseau reconnu à cette fin.

ISOLEMENT

L'isolement doit se faire dans une chambre sécuritaire. Des modalités d'aménagement physique ainsi que des paramètres de sécurité doivent nécessairement être précisés en discussion clinique d'équipe avant la mise en application d'une mesure d'isolement. Les modalités d'aménagement permettront d'assurer que la personne isolée n'utilise pas les meubles et les objets à sa portée pour s'étrangler, se blesser, se barricader, obstruer l'entrée de la pièce ou faire du vandalisme. Les principes et les modalités d'aménagement d'une chambre d'isolement sécuritaire sont décrits dans le document du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec *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 dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca. Le retrait de la personne à sa chambre ou dans une autre salle devrait respecter les mêmes paramètres de sécurité. Lorsque les paramètres de sécurité ne peuvent être respectés, il convient d'envisager une autre mesure.

4.1 APPEL À TOUS : MISE SOUS CONTENTION DE VOLONTAIRES



Matériel requis :

- Moyens de contention physique permettant d'immobiliser les poignets de cinq participants et de limiter leur capacité de mouvement lors de cette activité.

Consignes d'animation :

- 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;
- Aux participants 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'ils pourront être libérés à n'importe quel moment sur simple demande**;
- L'animateur remet aux personnes voisines des volontaires 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'elles 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.



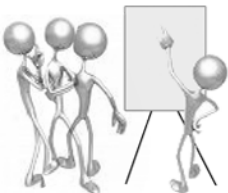
L'animateur précise que cette expérience prendra fin après les deux activités qui suivent.

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

Consignes d'animation :



- 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 particulière 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 les 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 donne aux membres des équipes les consignes suivantes :
 - Préciser, par écrit, les types de clientèles qui, selon eux, sont les plus susceptibles d'être touchées par de telles mesures;
 - faire l'inventaire des motifs les plus fréquemment invoqués par les intervenants pour expliquer le recours aux mesures de contrôle;
- Pour ce qui a trait aux motifs, l'animateur demande aux participants de préciser si ceux-ci sont rattachés à la personne elle-même ou s'ils concernent les intervenants et l'établissement;
- L'animateur annonce que les équipes ont 5 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 des équipes;
- 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 types de clientèles et les motifs apparaissant sur les **feuilles - supports 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 au sujet des types de clientèles touchées et des motifs pour lesquels on recourt aux mesures de contrôle, car ce sujet suscite de nombreux malaises qui doivent être signalés par les participants eux-mêmes. C'est pour cette raison que certaines activités visent spécifiquement la dimension émotive liée au contrôle. Nous croyons qu'un tel exercice de clarification 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 (aspect 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 pour 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 la personne qui a paniqué, 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 établissements de santé que dans les établissements de services sociaux, certains facteurs augmentent les risques de faire l'objet d'une mesure de contrôle.

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

- nécessitent des soins particuliers (solutés, tubes, 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 quatre motifs les plus souvent invoqués pour justifier la contention dans un hôpital de soins de courte durée (unités de soins de médecine, de chirurgie, de courte durée gériatrique, de soins prolongés, de santé mentale et d'urgence) sont, selon Roy et Authier (2006) :

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

Lavoie et Dufour (2007) ont effectué une enquête par questionnaire auprès de 14 CRDITED. Cette enquête a permis de déterminer les cinq motifs les plus souvent mentionnés pour justifier le recours à une mesure de contrôle :

- l'agression envers autrui (29,96 %);
- la sécurité de l'utilisateur, ex. : pica, fugue (16,82 %);
- le risque de chute (14,25 %);
- l'automutilation (12,81 %);
- l'agitation (9,13 %).

Motifs liés à l'établissement et aux intervenants

- permettre aux intervenants d'accomplir les tâches régulières;
- obtenir la collaboration, la soumission;
- maintenir un environnement agréable (par exemple, empêcher les personnes errantes de déranger les autres usagers);
- faciliter les examens ou les soins (par exemple, empêcher la personne d'arracher les cathéters ou les pansements);
- empêcher des comportements agressifs à l'égard du personnel ou des autres personnes.

Note : L'animateur vérifie si les participants 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.



5. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : LA PRÉVALENCE DES MESURES DE CONTRÔLE

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 et de services du Québec.

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.

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.

Il peut être intéressant pour l'animateur de connaître au préalable les données relatives au milieu des participants, si possible, bien évidemment.

Consignes d'animation :



- 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 établissement ou leur service;
- Par un rapide tour de table, l'animateur demande aux participants de dire quelle est la **durée moyenne** d'application des mesures de contrôle;
- L'animateur explique que plusieurs études sur la prévalence du recours à la contention 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 du recours à la contention et sur la prévalence de l'isolement au Québec et au Canada;**
- L'animateur spécifie que, pour évaluer 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;
- 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.



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.



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.



PRÉVALENCE DANS LES CRDITED

Lavoie et Dufour ont réalisé une enquête par questionnaire auprès de 14 CRDITED en 2007

- 4,5 % de la clientèle avait au 31 mars 2007, au moins une mesure de contrôle autorisée par l'établissement

- Utilisation de mesure de contention = 72 % des cas

- Utilisation de l'isolement = 28 % des cas



TYPES DE CONTENTION DANS LES CRDITED

Dans les 14 CRDITED, les moyens de contention les plus répandus sont :

- | | |
|--|------|
| • La ceinture abdominale | 24 % |
| • Les ridelles de lit | 24 % |
| • La contention humaine | 12 % |
| • Le fauteuil avec tablette | 10 % |
| • La ceinture aimantée
(type Ségufix) | 6 % |

PRÉVALENCE ET DURÉE DES MESURES DE CONTRÔLE

Données provenant du module de référence *Changement de pratique*

Il est difficile de comparer la prévalence d'utilisation des moyens de contention et celle de l'isolement, car les méthodes pour les estimer (observation directe, questionnaire, révision de dossiers) et les diverses définitions de la contention (par exemple, contention qui inclut ou non les ridelles de lit) varient selon les études recensées.

PRÉVALENCE AU QUÉBEC

Au Québec et au Canada, nous ne disposons actuellement que de très peu d'études sur la prévalence du recours à la contention. Toutefois, celles-ci montrent que la prévalence du recours à la contention serait encore élevée, en particulier dans les centres de soins de longue durée, ce qui est confirmé par le témoignage de nombreux intervenants de ces milieux. La prévalence de l'isolement est par ailleurs très peu documentée. 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 de leur clientèle. Ces expériences et les résultats positifs qui en découlent, 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 aux fins du présent programme.

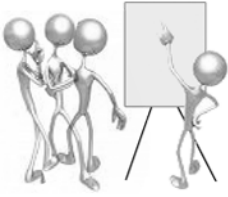
PRÉVALENCE DES MESURES DE CONTRÔLES DANS LES CRDITED

Lavoie et Dufour (2007) ont réalisé une enquête par questionnaire auprès de 14 CRDITED. Il en ressort qu'en moyenne 4,47 % de la clientèle avait, au 31 mars 2007, au moins une mesure de contrôle autorisée par l'établissement. Par ailleurs, les données de cette enquête nous indiquent que les mesures de contention sont utilisées dans une proportion de 71,83 %, comparativement à 28,17 % pour l'isolement. Il est à noter que certains établissements considèrent comme contention humaine l'accompagnement sécuritaire requis pour mener une personne vers le lieu de l'isolement. Dans les 14 CRDITED visés par l'enquête, les moyens de contention les plus répandus sont les ceintures abdominales (23,98 %), les ridelles de lit (23,87 %), la contention humaine (12,04 %), le fauteuil avec tablette (9,83 %) et la ceinture aimantée de type Ségufix (5,97 %).

DURÉE DE LA CONTENTION

La durée totale (continue ou non) durant laquelle les mesures de contrôle sont appliquées n'est généralement pas rapportée dans les études. Toutefois, les données actuelles tendent à indiquer que les personnes pourraient être mises sous contention pour des périodes souvent longues.

5.1 ATELIER : LIBÉRATION DES VOLONTAIRES



Consignes d'animation :

- L'animateur demande aux personnes voisines des volontaires encore 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 ressenti pendant la contention.



DURÉE : 5 minutes

6. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : EXAMEN DE L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 4

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



Consignes d'animation :

- L'animateur demande que chacun prenne l'exercice sur l'efficacité des mesures de contrôle dans son *Cahier du participant*;
- L'animateur invite les participants à répondre individuellement aux énoncés;
- L'animateur précise que les participants ont 5 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 tomber 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 moyens de contention ont entraîné une augmentation importante des chutes et des blessures sévères.

VRAI **FAUX**

4. Nous demandons à un usager de retrouver son calme et l'invitons à se rendre à sa chambre. La condition de retour est qu'il s'excuse auprès du responsable de la résidence d'accueil. Ce retrait est une mesure de contrôle.

VRAI **FAUX**

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

VRAI **FAUX**

6. Un enfant est placé dans un parc où il a accès à des jeux et peut librement observer son environnement. Nous sommes ici dans un contexte d'isolement.

VRAI **FAUX**

7. Dans les CRDITED, l'agression est un des principaux motifs invoqués pour appliquer une mesure de contrôle.

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 dans un lit dont les deux ridelles complètes sont montées est une personne en sécurité.

VRAI

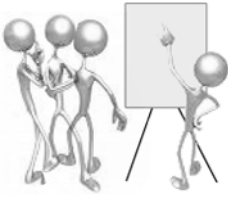
FAUX

12. Nous devons mettre une ceinture à une personne pour la retenir à la table et ainsi favoriser son alimentation. Cette personne peut être un enfant ou un adulte. Cette mesure en est une de contention.

VRAI

FAUX

6.1 SÉANCE PLÉNIÈRE POUR LA CORRECTION DE L'EXERCICE



Matériel requis :

- Corrigé pour les participants;
- Cartons rouges et verts.

Consignes d'animation :

- Afin de pouvoir compter le nombre de personnes qui ont répondu vrai ou faux à chacun des énoncés, **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)**;
- L'animateur peut aussi demander aux participants de lever la main, selon la bonne réponse;
- L'animateur lit le premier énoncé et demande aux participants de lever le carton ou la main selon la réponse; il fait un compte rapide des résultats;
- **L'animateur peut inscrire au tableau le nombre de participants 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 énoncé et explique brièvement la réponse.



CORRIGÉ DE L'EXERCICE SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE

- 1. Les personnes considérées comme étant à risque de chute sont moins susceptibles de tomber 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. Quatre-vingt-deux chutes (31 %) ont résulté en une blessure. Pour 71 des 82 chutes avec blessures, les patients étaient sous contention. Les blessures des personnes sous contention étaient plus sévères.

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

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

FAUX.

L'application d'une mesure de 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 moyens de 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, 1998; Ejaz, Jones, Rose, 1994; Meyer, Kraenzle, 1994).

- 4. Nous demandons à un usager de retrouver son calme et l'invitons à se rendre à sa chambre. La condition de retour est qu'il s'excuse auprès du responsable de la résidence d'accueil. Ce retrait est une mesure de contrôle.**

FAUX.

La personne n'est pas confinée à sa chambre, elle reçoit un soutien de la part d'un intervenant en vue de favoriser son apprentissage de l'auto-régulation. Cette modalité doit être planifiée préalablement.

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

FAUX.

Selon un avis du directeur de la Qualité du MSSS, donné en juillet 2006, l'utilisation d'un moyen/aide technique (ceinture, plastron, table, etc.) pour assurer le maintien d'une position corporelle adéquate n'est pas une mesure de contention, à moins d'être indument contraignante et limitative 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 de la « position adéquate » dans leur pratique quotidienne.

6. Un enfant est placé dans un parc où il a accès à des jeux et peut librement observer son environnement. Nous sommes ici dans un contexte d'isolement.

FAUX

Lorsque nous faisons un usage « conventionné » du parc, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle, pourvu qu'il s'agisse d'une pratique habituellement reconnue comme socialement acceptable. Il s'agit d'une mesure de contrôle quand l'intention est de limiter l'accès à l'environnement, en raison de comportements éventuels d'exploration, et que le parc est utilisé au-delà de la pratique socialement acceptable.

Attention : Le rôle de l'intervenant auprès d'une famille naturelle est d'informer celle-ci, de lui indiquer comment utiliser le parc de façon sécuritaire, de proposer des solutions alternatives, lorsque le parc est utilisé dans un milieu autre que l'établissement.

7. Dans les CRDITED, l'agression est un des principaux motifs invoqués pour appliquer une mesure de contrôle.

VRAI.

Selon l'enquête réalisée auprès des 14 CRDITED (Lavoie et Dufour 2007), l'agression constitue le motif le plus souvent mentionné pour justifier le recours à une mesure de contrôle. La sécurité, les risques de chute, l'automutilation et l'agitation constituent les autres motifs du recours à la contention et à l'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, car l'isolement ou la contention entraînent des risques supplémentaires (risques de traumatismes physique, psychologique et émotionnel).

En effet, des études montrent que le recours à la contention requiert plus de soins et de surveillance de la part de l'équipe soignante (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 appropriée 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. La personne désire encore plus 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 les risques direct et indirect de mortalité à la suite d'une chute.

Les risques directs sont liés notamment à l'exténuation, à l'aggravation 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 moyens de contention au niveau du thorax et du cou.

Au moins 18 décès associés à l'usage d'un moyen de contention sont survenus depuis 2000.

11. Une personne dans un lit dont les deux ridelles complètes sont montées est une personne en sécurité.

FAUX.

L'utilisation des ridelles est souvent perçue comme 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. Il s'ensuit que plusieurs personnes se blessent lorsqu'elles essaient de grimper par-dessus les ridelles pour sortir du lit (pour aller aux toilettes par exemple).

Par ailleurs, l'utilisation des ridelles de lit peut accroître la peur d'une personne, aggraver son état d'agitation, voire entraîner un accès 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 une ridelle du lit. L'utilisation des ridelles comporte aussi des risques de strangulation, de suffocation, de blessure ou de décès, lorsque la personne se coince dans l'espace entre les demi-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).

12. Nous devons mettre une ceinture à une personne pour la retenir à la table et ainsi favoriser son alimentation. Cette personne peut être un enfant ou un adulte. Cette mesure en est une de contention.

VRAI.

Le fait d'utiliser une ceinture pour obliger la personne à rester assise en fait une mesure de contrôle. Notons qu'il s'agit d'une situation où le refus de s'alimenter place la personne dans un risque d'altérer sa santé.

S'il y avait persistance dans le refus de s'alimenter et si ce refus était tel que nous devrions utiliser la force humaine, nous serions tenus de demander l'autorisation auprès d'un juge pour la contraindre à s'alimenter.

Bien sûr, il faut tenter de recourir à des moyens moins contraignants avant d'en venir à cette solution extrême.

Dans le cas d'un enfant, il faut se demander si la mesure utilisée correspond à ce qui est socialement acceptable. Si la mesure est adoptée au regard de l'âge, d'une pratique habituelle, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle.

Lorsque la séance plénière est 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.

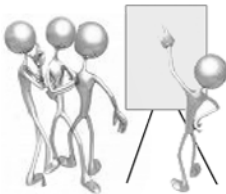


DURÉE : 20 minutes

7. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : LES EFFETS VÉRITABLES DES MESURES DE CONTRÔLE

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, sur la personne qui les subit.



Matériel requis :

- Corrigé sur les effets physiques et psychologiques des mesures de contrôle;
- Tableau et craies ou chevalet à feuilles mobiles et crayons marqueurs.

Consignes d'animation :

- 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 désigner un porte-parole qui devra présenter les réponses de son groupe lors de la séance plénière et qui doit, par conséquent, prendre des notes.
- L'animateur donne la consigne suivante à la moitié des équipes : **elles ont 10 minutes pour dresser la liste des effets physiques et psychologiques** liés à la mise sous contention sur la personne qui la subit, alors que l'autre moitié dresse la liste des effets physiques et psychologiques de l'isolement.
- **L'animateur va rejoindre l'équipe des participants qui ont volontairement subi la contention et il leur donne une consigne différente**, à savoir faire l'inventaire des réactions physiques et psychologiques qu'ils ont eues 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 de nouveau les volontaires qui ont subi la contention pour leur participation à cette importante expérience.



- L'animateur convie les membres de l'équipe de volontaires à **livrer leurs témoignages** sur les effets physiques et psychologiques (émotions ressenties lorsqu'ils étaient sous contention et privés de leur droit de parole); **l'animateur écrit leurs effets 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 terminée 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 feuilles de corrigé** et attire l'attention des participants sur le dernier encadré qui concerne la mortalité liée à la contention. Il fait une lecture rapide des données qui apparaissent dans cet encadré avant de conclure à l'inefficacité des mesures de contrôle et à leurs conséquences néfastes.
- L'animateur peut se référer au glossaire pour l'explication de certains mots utilisés dans ce corrigé.



EFFETS DE LA CONTENTION SUR LES PLANS PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE	
PRINCIPAUX EFFETS PHYSIQUES (liste non exhaustive)	
EFFETS DE L'IMMOBILITÉ :	
<ul style="list-style-type: none"> - Engourdissement, - Courbature, - Diminution de l'amplitude articulaire, - Diminution de la force physique, - Diminution de l'équilibre, 	<ul style="list-style-type: none"> - Inconfort, - Douleur, - <i>Ankylose,</i> - <i>Atrophie musculaire,</i> - Réduction de la masse osseuse.
EFFETS SUR LA CIRCULATION SANGUINE :	
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du risque de <i>thrombose veineuse et artérielle,</i> - <i>Hypotension orthostatique.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Œdème,</i>
EFFETS SUR LA PEAU :	
<ul style="list-style-type: none"> - Abrasion, - Lésions traumatiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Plaie de pression,
EFFETS SUR LES FONCTIONS PRIMAIRES :	
<ul style="list-style-type: none"> - Constipation, - <i>Incontinence urinaire et/ou fécale,</i> - Perturbation de l'appétit, 	<ul style="list-style-type: none"> - Déshydratation, - Rétention <i>urinaire.</i>
EFFETS SUR LE SYSTÈME IMMUNITAIRE :	
<ul style="list-style-type: none"> - Infection, - Infections urinaires, 	<ul style="list-style-type: none"> - Complications respiratoires.
EFFETS SUR LA MORBIDITÉ :	
<ul style="list-style-type: none"> - Compression, - Risque aggravé de décès en cas de chute, 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de strangulation - Risque d'asphyxie.
PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES (liste non exhaustive)	
<ul style="list-style-type: none"> - Colère, - Sentiments liés au phénomène de victimisation secondaire (impression de revivre un traumatisme antérieur), - Sentiment d'être à l'écart du monde, - Sentiment d'être abandonné, - Diminution de la dignité, - Anxiété, - Découragement, - Peur, 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 BÉNÉFIQUES ET NÉFASTES (liste non exhaustive)

Il existe une importante **controverse** aux sujets des effets bénéfiques ou néfastes de l'isolement dans le contexte des soins psychiatriques.

EFFETS BÉNÉFIQUES

- Réduction des stimuli (pour certains),
- Possibilité de repos et de sommeil,
- Réduction des interactions stressantes,
- Apaisement,
- Sécurité (sauf si une ou des périodes de contention s'ajoutent à l'isolement).

EFFETS NÉFASTES

- Réduction des stimuli (pour certains),
- Détresse,
- Agitation,
- Rupture de communication.

L'isolement peut aussi entraîner des complications. À cet égard, une étude ayant été menée dans les 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 isolées, des blessures aux intervenants et des évasions de la chambre d'isolement (Zun et al. 2005).

PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES (liste non exhaustive)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- 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,- Désir de vengeance, | <ul style="list-style-type: none">- Anxiété,- Colère,- Perte de liberté,- Humiliation,- Culpabilité,- Méfiance accrue,- Exacerbation de la détresse. |
|--|--|

STATISTIQUES TIRÉES DES RAPPORTS DU CORONER DU QUÉBEC RELATIVEMENT AUX DÉCÈS DE PERSONNES SOUS CONTENTION

Entre 2000 et 2008 (juillet), au moins 18 décès associés à l'usage d'une contention physique ont été rapportés par le Bureau du coroner du Québec. Les personnes décédées avaient 71 ans en moyenne.

DURÉE : 25 minutes

7.1 VISIONNEMENT DE DVD

Matériel requis :

- DVD de l'émission *Erreurs médicales – épisode n° 5 : les contentions*

Ce DVD est en vente à la société Avanti au coût de 30 \$. Pour le commander, téléphoner au 514 288-7000.

Consignes d'animation :

- L'animateur fait visionner les 25 premières minutes du DVD de l'émission *Erreurs médicales – épisode n° 5 : les contentions*.

DURÉE : 15 minutes

PAUSE



DURÉE : 5 minutes

8. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : LES EFFETS VÉRITABLES DES MESURES DE CONTRÔLE SUR LA FAMILLE ET LES PROCHES

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 6

Reconnaître les effets néfastes éventuels de la contention et de l'isolement sur la famille et les proches de la personne qui les subit ainsi que sur le personnel entrant en relation avec cette dernière et sur l'établissement.

Consignes d'animation :

- L'animateur invite les participants qui le désirent à partager les émotions que le DVD a suscitées en eux. Il peut également demander aux participants de dire à quelles valeurs ces images se heurtent et si certains d'entre eux ont déjà connu ou connaissent une situation semblable avec un proche;
- 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 est important que l'animateur rappelle, 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 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

CONTENTION :

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 eux,
- de la frustration,
- de l'incompréhension
- de la colère envers l'établissement et les intervenants,
- de l'embarras,
- de l'impuissance,
- de la gêne,
- la culpabilité.

Si la personne demeure sous contention 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 sur le plan affectif.

ISOLEMENT :

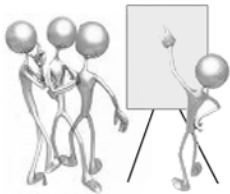
Le fait qu'une personne soit mise en isolement peut provoquer de la culpabilité, un malaise et un sentiment d'impuissance.

8.1 LES EFFETS DES MESURES DE CONTRÔLE SUR LES INTERVENANTS ET L'ÉTABLISSEMENT

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 être humain à part entière; ce mécanisme de défense a pour but de réduire le sentiment de culpabilité qui tenaille de nombreux intervenants.

Consignes d'animation :



- Afin de poursuivre 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.
- L'animateur demande aux participants qui le désirent de faire part de leurs réflexions aux autres. L'animateur ajoute à ces réflexions les éléments apparaissant sur la **feuille-support F**, qui n'ont pas été mentionnés.

Feuille-support F

LES INTERVENANTS ET L'ÉTABLISSEMENT

CONTENTION ET ISOLEMENT :

EFFETS, SUR LE PLAN AFFECTIF, SUR LES INTERVENANTS :

- conflit de valeurs,
- culpabilité,
- obstacles à la communication,
- sentiment de ne pas être à la hauteur,
- sentiment de pouvoir et de contrôle par rapport à l'autre,
- impression de sous-estimation des compétences et des capacités de la personne sous contention ou en isolement,
- désengagement progressif à l'égard de la personne,
- sentiment d'échec,
- désintérêt.

EFFETS SUR L'ÉTABLISSEMENT :

- augmentation de la morbidité et de la mortalité,
- mauvaise réputation de l'établissement,
- problèmes juridiques,
- désaffection,
- roulement de personnel,
- difficulté de recrutement,
- augmentation des coûts.



DURÉE : 10 minutes

9. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1 : LES FONDEMENTS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES


OBJECTIF SPÉCIFIQUE 7

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



Consignes d'animation :

- L'animateur rappelle que les conséquences reliées à 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** (chaque personne est unique).
4. Sa **vulnérabilité**.



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.

- 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;



ARTICLE 118.1 de la 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 »



ARTICLE 118.1 de la 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).

- Puis l'animateur 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 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 que les intervenants appelés à décider des mesures de contrôle aient une formation adéquate.

Les infirmiers et infirmières, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes peuvent maintenant décider de mettre une personne sous contention; **dans les CRDITED, en attendant l'adoption du projet 50 qui pourrait autoriser d'autres professionnels à décider d'une mesure de contrôle, le protocole de l'établissement entériné par le conseil d'administration détermine qui a l'autorité de décider d'une mesure de contrôle.**

Ces dispositions 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 six 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 ;



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 encadrée par un protocole et des procédures ;



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 par le conseil d'administration de chaque établissement.




DURÉE : 5 minutes

10. MESSAGE CLÉ RELATIF À L'OBJECTIF GÉNÉRAL 1

Consigne d'animation :




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




Message clé

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



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.



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.



DURÉE : 5 minutes

11. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2 : ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À UNE DÉCISION ÉCLAIRÉE EN MATIÈRE DE MESURES DE CONTRÔLE


OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1

Relever, en tenant compte de l'environnement global de la personne, les éléments qui doivent être examinés afin de prendre une bonne décision en matière de contention et d'isolement (modèle Kayser-Jones), lorsque la situation nécessite une amélioration des pratiques.

Consigne d'animation :



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



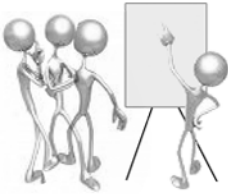
OBJECTIF 2

- 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.

- L'animateur résume les constatations faites depuis le début : **les mesures de contrôle sont inefficaces et leurs multiples effets sont néfastes.**

Il importe maintenant de **proposer des mesures de remplacement** de la contention et de l'isolement et de suggérer des moyens concrets pour changer les pratiques habituelles. La seconde partie de la formation est donc consacrée à des stratégies pour soutenir la réduction de la contention et de l'isolement.

11.1 TEMPÊTE D'IDÉES : L'ENVIRONNEMENT GLOBAL



Consigne d'animation :

- 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 s'autocensurer les idées ou les mots qui leur viendront en tête lorsque la consigne sera donnée;
- l'animateur va au tableau et se prépare à écrire; il doit garder une partie de l'espace du tableau afin d'avoir la place requise pour constituer des catégories;
- puis l'animateur donne la consigne et écrit les réponses au tableau, l'animateur prendra soin de ne pas classer les réponses par catégories maintenant :

« 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.

Si les participants ont de la difficulté à exprimer des idées, l'animateur suggère la mise en situation suivante et se réfère à la **feuille-support G** pour donner des exemples.

MISE EN SITUATION : L'HISTOIRE D'ESTELLE

Estelle, une femme de 63 ans, présente une DI moyenne. Elle demeure dans une résidence pour personnes en perte d'autonomie depuis six mois.

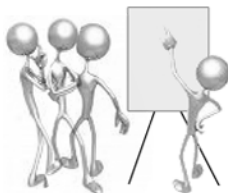
La responsable sur place a constaté que, depuis une dernière semaine, Estelle est tombée cinq fois en circulant à l'intérieur de la résidence. Au moment d'une chute survenue dans sa chambre, la femme a heurté sa tête sur le coin de son bureau. Les chutes se sont produites principalement le matin, quelque temps après le réveil, pendant le déjeuner. Le matin est une période occupée à la résidence. Le personnel s'occupe du déjeuner et du lever des usagers et le lever ne se fait pas au même moment pour tous. Afin d'éviter des blessures, la responsable décide de recourir à une mesure de contrôle, en l'occurrence la chaise gériatrique avec tablette, pendant la période du matin entre le lever de l'usagère et la fin du déjeuner (8 h à 9 h) et elle soumet cette solution à son conseiller clinique pour approbation. La famille, qui est inquiète de la situation, croit que le recours aux mesures de contrôle est la seule option possible.

Sur le plan médical, la dernière évaluation médicale d'Estelle remonte à trois ans. À l'époque, le médecin avait jugé nécessaire de prescrire un médicament pour hypertension ainsi qu'un médicament pour dormir. De plus, Estelle souffre d'incontinence, car parfois, elle ne se rend pas assez rapidement aux toilettes. Cette femme circule sans chaussures, mais porte des bas et traîne ses pieds lorsqu'elle marche.

Feuille-support G

Mise en situation : l'histoire d'Estelle		
Catégories (Modèle Kayser-Jones)	Éléments sur lesquels on peut agir	Actions possibles
La personne	La santé	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à un examen médical complet et traiter les problèmes de santé; • Observer le sommeil et, au besoin, apporter des mesures permettant de l'améliorer.
	La démarche	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la démarche et la rendre plus sécuritaire par diverses mesures : port de chaussures; enseignement de stratégies compensatrices; équipement de soutien; etc.
L'aménagement physique	La disposition du mobilier	<ul style="list-style-type: none"> • Aménager la chambre pour en réduire l'encombrement de façon à éviter des blessures en cas de chute.
Les structures organisationnelles	La disponibilité du personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la disponibilité du personnel le matin; • Conduire la personne aux toilettes dès son lever.
	La disponibilité d'équipement	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un moyen permettant de demander de l'aide au besoin (en cas d'envie d'uriner par exemple); • Fournir de l'équipement permettant une démarche plus sécuritaire.
L'aspect psychosocial et culturel	Les croyances de la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les proches sur les effets des mesures de contrôle et sur les alternatives possibles.
L'environnement humain	Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter le personnel et les gens qui ont des contacts avec Estelle à valoriser son autodétermination.

11.2 LES CINQ CATÉGORIES DU MODÈLE KAYSER-JONES




Consigne d'animation :

- 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 considérer de nombreuses sphères de l'environnement global;
- L'animateur invite alors 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 encercle ou souligne les éléments appartenant à une même catégorie;
- Lorsque les éléments d'une première catégorie sont regroupés, l'animateur demande aux participants de mettre un nom sous cette catégorie. Il procède ainsi pour les autres catégories;
- L'animateur invite les participants à consulter tous les éléments contenus dans le modèle 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 du modèle;
- L'animateur utilise les informations dans les encadrés pour expliquer chacune des cinq catégories, soit la personne, l'aménagement physique, les structures organisationnelles, les aspects psychosocial et culturel ainsi que l'environnement humain.



▪ PREMIÈRE CATÉGORIE : LA PERSONNE



Modèle Kayser-Jones (1992) traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006) Composantes de l'environnement global inhérentes à 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.

La personne est au centre du modèle Kayser-Jones; elle doit être respectée dans son intégralité, quels que soient son âge, son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive, ses capacités à accomplir les tâches quotidiennes (s'alimenter, se déplacer, se rendre aux toilettes, etc.), afin de conserver sa dignité et d'assurer sa sécurité.

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

Dans un cas de problèmes de comportement, il faut examiner de près plusieurs facteurs personnels pouvant être en cause : santé physique, santé mentale, difficultés neurologiques, caractéristiques psychologiques, déficits, activités réalisées, etc. Plusieurs usagers des CRDITED ont des déficits susceptibles de jouer un rôle important dans la manifestation de comportements indésirables : difficulté à communiquer, manque d'habiletés sociales, difficulté à gérer la colère, etc. La connaissance de ces difficultés permet souvent de trouver des solutions à long terme comme l'enseignement de manières différentes et appropriées de se comporter, ce qui favorise la diminution du recours à des mesures de contrôle. Les activités de la personne constituent aussi un facteur de risque à considérer. Un usager inoccupé, par exemple, peut être dérangement pour son entourage, ce qui peut l'amener parfois à manifester des comportements excessifs. À cet égard, il faut considérer l'absence d'activités, une programmation trop exigeante, des tâches peu gratifiantes, etc.

▪ DEUXIÈME CATÉGORIE : L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE



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.

Cette composante de l'environnement global qu'est l'environnement physique joue un rôle majeur dans la décision de recourir ou non aux mesures de contrôle dans les cas qui requièrent de la protection. Il s'agit ici de la disponibilité du matériel et de l'équipement, de la couleur des murs, de l'éclairage, de l'aménagement de l'espace commun, des aires de marche et de la disposition du mobilier. Ainsi, la disponibilité du matériel et d'équipement tels que des lits électriques, des demi-ridelles, des matelas pouvant être placés directement sur le sol, des protecteurs de hanche et des alarmes de position inadéquate multiplie les solutions de rechange à la contention ou à l'isolement.

Dans un cas de problème de comportement, plusieurs aspects de l'aménagement physique doivent être considérés. Il peut y avoir des éléments déclencheurs de comportements inadéquats tels que le bruit, une température excessive, un espace restreint, etc. Une observation rigoureuse du comportement est souvent nécessaire pour les déceler.

▪ TROISIÈME CATÉGORIE : LES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES



LES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES :

- Travail en équipe interdisciplinaire;
- politique de l'établissement;
- procédures d'encadrement des mesures de contrôle.
- Philosophie de soins;
- disponibilité du personnel et le ratio intervenant-personne;
- ressources financières allouées à la formation du personnel et à l'achat d'équipement;
- leadership exercé par les gestionnaires et les cliniciens,
- etc.

La composante « structures organisationnelles » regroupe l'ensemble des moyens mis en place par l'établissement pour atteindre les objectifs visés, dont ceux qui contribuent à une utilisation judicieuse des mesures de contrôle.

Il y a d'abord la philosophie d'intervention qui influence grandement le recours ou non aux mesures de contrôle. Un établissement qui adopte une philosophie privilégiant l'autonomie et l'autodétermination des personnes et qui incite le personnel ainsi que les usagers et leurs proches à y adhérer est plus susceptible de voir des changements de pratique. Parallèlement à la philosophie d'intervention, il est important que l'établissement se dote d'un protocole et de procédures qui encadrent l'application des mesures.

Les efforts alloués à la formation du personnel influent directement sur le changement de pratique. En fonction des efforts consentis, un nombre plus ou moins grand d'intervenants seront conviés à réfléchir sur la pertinence de recourir à la contention et à l'isolement.

Le leadership exercé par les gestionnaires et les cliniciens est un autre volet capital. Un gestionnaire sensibilisé aux effets des mesures de contention et d'isolement remettra plus facilement en question le recours à celles-ci dans le cas d'une personne qui manifeste des comportements jugés à risque. Il s'assurera d'une évaluation complète de la situation ainsi que d'un plan d'intervention incluant des mesures de remplacement. Le professionnel qui doit autoriser une mesure évaluera la situation de l'utilisateur avec le plus grand soin. Cette préoccupation devra être partagée par toute l'équipe d'intervention.

▪ **QUATRIÈME CATÉGORIE : LES ASPECTS PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL**



LES ASPECTS 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 des gestionnaires.

La composante constituée par les aspects psychosocial et culturel du modèle fait référence aux normes, aux préférences, aux valeurs, aux croyances et aux attitudes de la personne, de ses proches et des intervenants qui composent l'environnement humain. L'adoption d'un code d'éthique qui traduit les valeurs de respect, d'autonomie et de dignité influence le processus de décision relativement à l'utilisation des mesures de contrôle.

▪ CINQUIÈME CATÉGORIE : L'ENVIRONNEMENT HUMAIN



L'ENVIRONNEMENT HUMAIN :

- membres de la famille ;
- amis ;
- autres personnes hébergées ou hospitalisées.
- intervenants ;
- membres de l'administration ;
- comité des usagers ;
- équipes interdisciplinaires ;
- ressources non institutionnelles (RNI) ;
- etc.

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

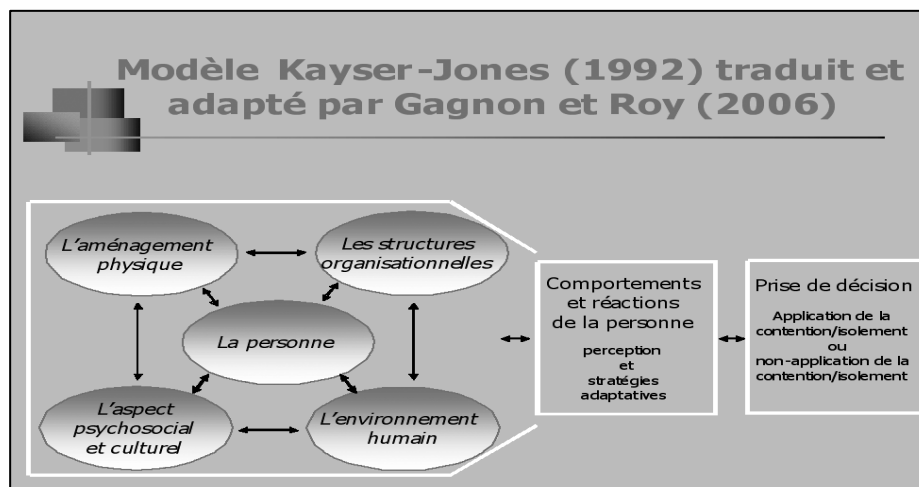
Dans un cas de problème de comportement, divers éléments de l'environnement humain peuvent être en cause. Les agissements des pairs peuvent être des éléments déclencheurs ou renforçateurs. Par leurs actions, les intervenants peuvent aussi susciter, sans le vouloir, des comportements indésirables. L'influence des proches peut aussi être en cause. Ces éléments sont décelables par une observation systématique des comportements.

11.3 L'IMPORTANCE DES AUTRES DIMENSIONS POUR UNE VISION GLOBALE DE LA SITUATION

Consignes d'animation :



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



- L'animateur explique brièvement que le modèle Kayser-Jones permet de comprendre que, pour instaurer un changement de pratique, il faut souvent modifier son 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 masque une grande partie de la réalité.

Le modèle Kayser-Jones a été choisi parce qu'il incite à tenir compte de toutes les dimensions impliquées.

Ce modèle montre aussi qu'une action portant sur 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 de recourir à une mesure de contention ou d'isolement exige que l'équipe regarde la situation GLOBALEMENT.

Une meilleure compréhension de l'environnement global de la personne facilite la recherche de mesures de remplacement pour éviter la contention ou l'isolement.

11.4 LES MESURES DE REMPLACEMENT

Consignes d'animation :



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



Les mesures de remplacement

- Définition : 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.



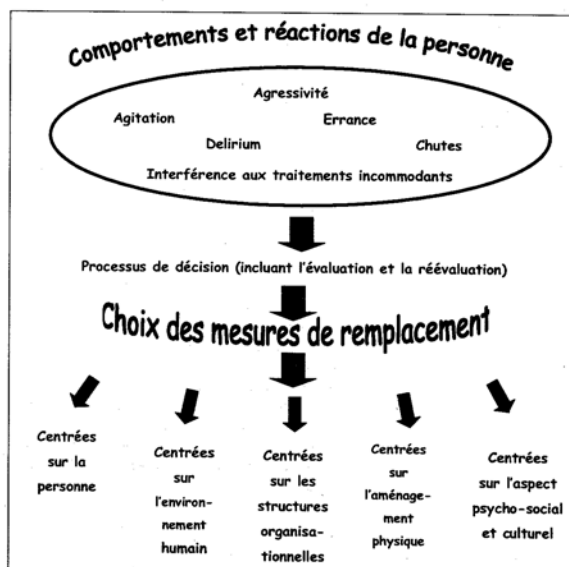
Les mesures de remplacement peuvent viser à :

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

Comme on le verra sous peu, les mesures de remplacement sont variées et peuvent toucher autant l'équipement mis à la disposition des usagers, que l'environnement physique et les interventions auprès des proches; par ailleurs, il est important de souligner qu'un très grand nombre de gestes quotidiens à l'intention des personnes à risque constituent des « mesures de remplacement », lorsqu'on les met dans une perspective de diminution des mesures de contrôle;

Tous ces gestes et soins, grands et petits, que le personnel ou l'entourage prodiguent quotidiennement aux personnes à risque, afin de leur assurer plus de bien-être et un plus grand sentiment de sécurité (que l'on songe à donner un verre d'eau, rassurer, expliquer le but de l'intervention) peuvent être des mesures de remplacement.

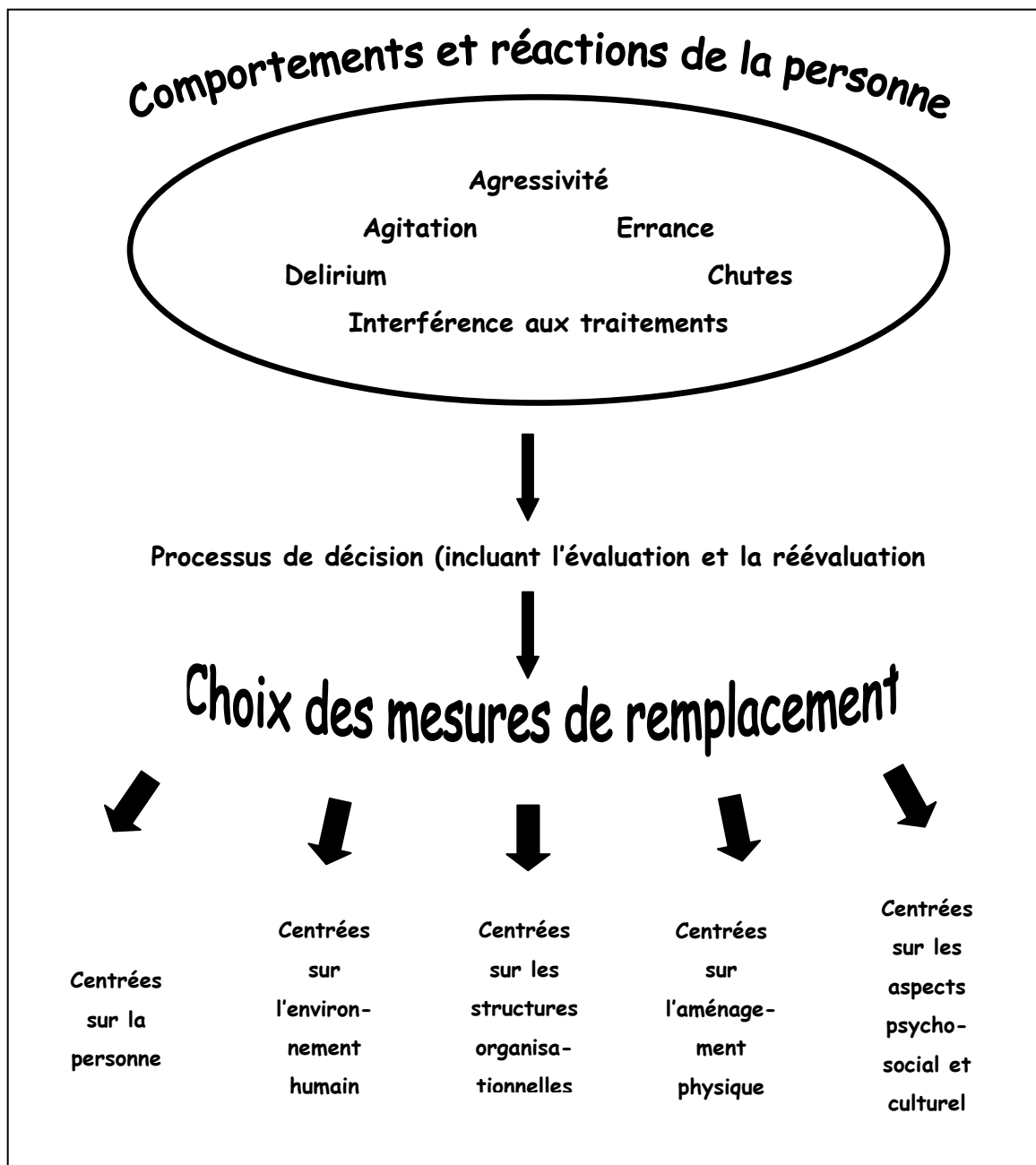
- L'animateur présente la diapositive et explique aux participants qu'il faut s'interroger sur toutes les catégories (personne, environnement, structures organisationnelles, aménagement physique et aspects psychosocial et culturel) lorsqu'on recherche des mesures de remplacement.



- L'animateur invite les participants à prendre le texte « Les mesures de remplacement » dans *le Cahier du participant* et présente quelques exemples de questions que peuvent se poser les intervenants lorsqu'ils cherchent des mesures de remplacement.

LES MESURES DE REMPLACEMENT

Tel que présenté dans le schéma ci-dessous, le choix de mesures de remplacement pertinentes par rapport aux principaux comportements et réactions de la personne qui motive le recours à la contention (errance, risques de chute, delirium, interférences aux traitements, agressivité et agitation) exige une évaluation, voire une réévaluation continue de la personne.



LES MESURES DE REMPLACEMENT (SUITE)

L'étape de recherche des mesures de remplacement possibles est cruciale dans le processus décisionnel. En effet, elle permet aux intervenants de déceler les causes des comportements et réactions qui incitent au recours à la contention ainsi que de mieux connaître les besoins de la personne. La connaissance de ces causes et de ces besoins facilitera le choix des mesures de remplacement qui sont regroupées en fonction des cinq catégories du modèle Kayser-Jones, soit :

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

Afin de faciliter la réflexion concernant le choix des mesures de remplacement, des exemples de questions pertinentes sont présentés dans le tableau suivant.

Ces questions sont reliées aux principaux comportements et réactions de la personne qui incitent aux recours de la contention (entre parenthèses).

Catégories du modèle de Kayser-Jones	Exemples de questions pouvant guider la recherche de mesures de remplacement
Personne	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'on a tenu compte des informations concernant les habitudes de vie antérieures de la personne, informations recueillies lors de son évaluation? (Agitation, agressivité, errance) - Assure-t-on un horaire d'élimination régulier ? (Risque de chute, agitation) - Les besoins de base, par exemple faim, soif, douleur, température, etc. de la personne sont-ils satisfaits? (Agitation, agressivité, errance, risque de chute, interférence aux traitements incommodes) - Peut-on impliquer la personne dans des activités à caractère répétitif, par exemple plier des serviettes, etc.? (Errance, agitation) - Est-ce que la personne a besoin de faire une sieste au lit ou dans un fauteuil? (Agressivité, agitation)

Catégories du modèle de Kayser-Jones	Exemples de questions pouvant guider la recherche de mesures de remplacement
Aménagement physique	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que l'éclairage est adéquat? (Risque de chute, delirium, errance) - La disposition du mobilier est-elle sécuritaire? (Risque de chute, errance) - Les aides techniques sont-elles accessibles? (Risque de chute) - A-t-on besoin d'installer des barres d'appui dans les corridors ou les toilettes? (Risque de chute) - Les aires de marche sont-elles sécuritaires? (Errance, risque de chute) - Le fauteuil a-t-il besoin d'être adapté? (Risque de chute) - L'environnement est-il trop bruyant? Empêche-t-il le sommeil de la personne? (Delirium, agressivité, agitation, errance).
Environnement humain	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que la famille a été impliquée dans la recherche des mesures de remplacement adaptées à la personne? (Delirium, risque de chute, errance, interférence aux traitements incommodants, agressivité, agitation) - L'environnement humain de la personne hospitalisée a-t-il une influence négative sur elle? (Delirium, agitation, agressivité) - Peut-on recourir aux services des bénévoles dans l'application des mesures de remplacement? (Errance, risque de chute).
Structures organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation des interventions tient-elle compte des besoins de la personne? (Risque de chute, errance, agitation, agressivité, delirium, interférence aux traitements incommodants) - Assure-t-on la présence optimale d'intervenants dans l'unité en tout temps? (Risque de chutes, errance, agitation) - Le personnel est-il assez nombreux pour répondre aux besoins des usagers 24 heures sur 24? (Risque de chute, errance)

Catégories du modèle de Kayser-Jones	Exemples de questions pouvant guider la recherche de mesures de remplacement
	<ul style="list-style-type: none"> - A-t-on fait appel aux autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire pour trouver des mesures de remplacement? (Errance, risque de chute, delirium, interférence aux traitements incommodants, agressivité, agitation)
Aspect psychosocial et culturel	<ul style="list-style-type: none"> - Le plan d'intervention tient-il compte des croyances et de la culture de la personne, par exemple sexe de l'intervenant pour les soins d'hygiène? (Agitation, agressivité) - Quelles sont les préférences de la personne en ce qui a trait aux relations interpersonnelles, par exemple activités solitaires ou en groupe? (Agitation, agressivité) - Le code d'éthique de l'établissement favorise-t-il les valeurs de respect, d'autonomie et de dignité qui influencent la réduction du recours à la contention et à l'isolement? - La sécurité représente-t-elle une valeur préconisée par l'ensemble du personnel? (Risque de chute, errance)

11.5 LES MESURES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT POUR LES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT




Consignes d'animation :

- L'animateur explique que, dans les cas de problèmes de comportement, il faut envisager des mesures de prévention et de traitement comme solution de rechange aux mesures de contrôle; ces mesures préventives et de traitement jouent le même rôle que les mesures de remplacement dans les cas nécessitant de la protection;
- L'animateur projette les diapositives qui présentent les mesures de prévention et de traitement; il explique qu'il y a deux types d'actions possibles dans les mesures de prévention et de traitement;



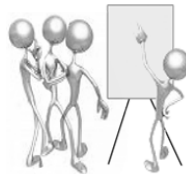
Aménagement préventif

- Mesures **proactives** permettant d'éliminer ou d'atténuer les éléments déclencheurs, d'améliorer l'organisation physique afin de diminuer la probabilité d'apparition de déclencheurs ou de facteurs associés, d'encourager les comportements adéquats, etc.



Concept de prévention active

- Mesures **réactives** qui sont appliquées au début d'une escalade pour diminuer l'intensité et la durée des comportements indésirables et ultimement, prévenir l'apparition des comportements problématiques pouvant nécessiter le recours à une mesure de contrôle.





Les mesures de traitement ou d'apprentissage

- Mesures visant l'acquisition par l'usager d'habiletés alternatives et socialement acceptables par rapport aux comportements problématiques (ex. : comportement d'autocontrôle de la colère, etc.)



Les mesures de traitement

- Mesures permettant l'élimination des facteurs qui sont à l'origine des symptômes comportementaux tels que des causes médicales, physiologiques, des troubles de santé mentale ou des troubles neurologiques.

- L'animateur rappelle que non seulement les mesures de contrôle n'ont pas l'efficacité qu'on leur prête pour prévenir les chutes et contrôler l'agitation et l'agressivité, mais qu'elles ont de plus des effets néfastes qui peuvent même devenir funestes;
- L'animateur invite les participants à examiner les aide-mémoire contenant de multiples mesures de remplacement relatives à 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 continuer à alimenter dans leur milieu;
- Lorsque la nature et la variété 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 prévention, de traitement et de remplacement des mesures de contrôle;
 - 3) avoir la volonté de les mettre en place.

11.5.1 VISIONNEMENT DE DVD (SUITE)

Matériel requis :

DVD de l'émission *Erreurs médicales – épisode n° 5 : Les contentions*

Consignes d'animation :

- L'animateur fait visionner les vingt dernières minutes du DVD de l'émission *Erreurs Médicales – épisode n° 5 : Les contentions*.

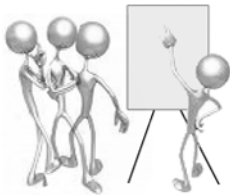


DURÉE 10 minutes

12. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2 : LA VOLONTÉ DE CHANGEMENT, GARANTIE D'UNE EXPÉRIENCE RÉUSSIE

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2

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



Consignes d'animation :

- L'animateur demande aux participants s'ils ont eu vent d'une expérience réussie de réduction de recours aux 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 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 la contention ne soit plus utilisée comme première mesure de protection des usagers à risque de chute.

Pour ce faire, un programme de formation de 10 heures a été offert aux préposés aux bénéficiaires, au personnel infirmier, au personnel infirmier auxiliaire, aux médecins et aux ergothérapeutes.

Le personnel a ensuite identifié les personnes susceptibles d'être « dé-contentionnées ». 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 mesures de contention. Des 32 personnes qui étaient sous contention durant 12 à 24 heures, 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 % avec 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 et de la collaboration et de l'implication de la part de l'ensemble du personnel.

Adapté de C. Beaudoin, « Des personnes âgées enfin libérées ! », *Objectif Prévention 2005*, vol. XXVIII, n° 5, 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 (HMR) 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 adopter des modes d'intervention 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 au 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 au sein du personnel, 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 suivants: 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 personnes-ressources 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 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 à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de l'utilisation des mesures de contentions est de 3,5 %.


En 2006, presque cinq 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 les personnes concernées et à renforcer leurs efforts, car elles font toute la différence ces personnes qui donnent les soins et offrent les services à la clientèle.

12.1 MESSAGE CLÉ RELATIF AU PRINCIPE GÉNÉRAL 2

Consigne d'animation :



- L'animateur projette la diapositive et fait la lecture du message clé.



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 de leur efficacité qui justifie leur mise en place.

DURÉE : 60 minutes

REPAS

13. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2 : LE PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION PASSE PAR UN QUESTIONNEMENT STRUCTURÉ

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 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.

Préalablement à la formation, l'animateur doit lire la Feuille-support H afin de bien comprendre le processus de décision ainsi que sa structure.

Consignes d'animation :



- 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 tous les intervenants concernés puissent s'interroger sur les gestes à faire 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.

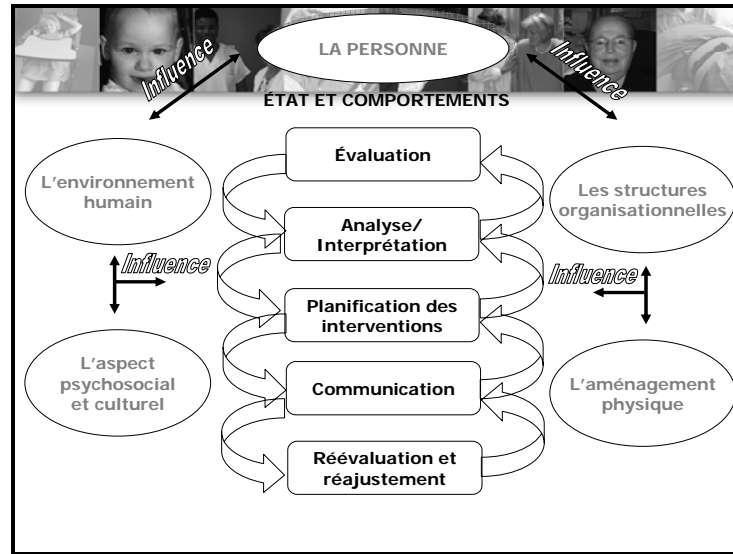
Ce processus de décision, constitué de plusieurs étapes, est un processus qui est en mouvement et qui n'est pas linéaire. Il existe une boucle de rétroaction à chacune des étapes, accordant ainsi toute la souplesse nécessaire pour tenir compte de chaque situation.



- L'animateur demande aux participants de prendre la grille dans leur *Cahier du participant*; il leur demande 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 H**, il explique brièvement le but et la fonction de chaque étape.



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

1. Évaluation de la situation

Il faut d'abord déterminer les causes des comportements observés. La plupart du temps, ces causes sont multifactorielles. L'évaluation doit donc être globale (la personne, 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 le nombre et les effets de certains facteurs de risque, ce qui pourrait ultimement permettre d'éviter la contention et l'isolement.

2. Analyse et interprétation des informations

À l'étape de l'analyse et de l'interprétation des informations, 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 d'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

L'étape de la planification des interventions 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 de déterminer la ou les meilleures mesures de remplacement pour y parvenir.

Le but visé ne peut, toutefois, 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 interdisciplinaire et, le cas échéant, l'ordonnance médicale pour l'isolement doivent absolument prévoir les soins, la surveillance et le suivi, surtout si une mesure de contrôle doit être appliquée. De plus, cette étape permet 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 la mise à jour du dossier, mais aussi par le maintien d'une communication verbale efficace entre eux et avec la personne et ses proches (ex. : rapport interservices, rencontres interdisciplinaires, plan de travail, etc.). Pour que le plan d'intervention et, le cas échéant, l'ordonnance médicale soient respectés, il faut donc impérativement consigner par écrit toutes les décisions relatives aux diverses actions afin que tous les intervenants y aient accès en temps opportun. Il devient très important de trouver des modes de communication efficaces pour transmettre les informations aux autres membres du personnel et aux aidants ainsi que pour entendre leur point de vue.

5. Réévaluation

La réévaluation est primordiale. Elle doit porter sur :

- l'évolution de la condition clinique de la personne;
- l'efficacité du plan d'intervention adopté;
- la réévaluation de la décision relative à la contention et à l'isolement, s'il y a lieu;
- les réajustements requis.

Puisque le processus de prise de décision est évolutif, 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.

13.1 ANALYSE COMPLÉMENTAIRE : L'ANALYSE MULTIMODALE

Préalablement à la formation, l'animateur doit lire l'encadré sur l'analyse multimodale ci-après.

Consignes d'animation :



- L'animateur présente brièvement l'analyse multimodale qui est également une aide à la prise de décision. Cette analyse a été développée pour les personnes ayant un double diagnostic tel que déficience intellectuelle et troubles de santé mentale ou TED et troubles de santé mentale, et présentant des épisodes de troubles de comportement.
- L'animateur demande aux participants de prendre le texte « L'approche multimodale : un aperçu », dans leur *Cahier du participant*.

L'APPROCHE MULTIMODALE : UN APERÇU

Guy Sabourin, Ph. D.

**Directeur du Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement (SQETGC)**

L'approche multimodale utilisée au Québec est inspirée des travaux de plusieurs spécialistes dont ceux du Dr Dorothy M. Griffiths, Ph. D. (Griffiths, Gardner et Nugent, 1998) et ceux du Dr William I. Gardner, Ph. D. (Gardner, 2002). Cette approche vise à donner un cadre théorique intégrateur d'analyse et d'intervention concernant les comportements problématiques de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Au Québec, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (SQETGC DI-TED) a diffusé largement cette approche qu'il a raffinée et adaptée au contexte québécois. Les travaux des chercheurs cités ci-dessus ont d'ailleurs permis récemment de tracer des lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et les services de soutien relativement aux personnes manifestant des troubles du développement et des comportements problématiques graves (Gardner, Dosen, Griffiths, King et Lapointe, 2006).

En premier lieu, il importe de mentionner qu'il y a trois principes directeurs à la base de cette approche, soit :

- la centration sur la personne,
- la prévention de l'apparition des troubles du comportement,
- l'intervention au regard des causes.

Ainsi, toute intervention concernant les troubles du comportement (TC) d'une personne doit être fondée sur la compréhension des difficultés de cette personne et la centration sur les intérêts de cette dernière, la compréhension plus spécifiquement de son cheminement personnel, l'amélioration de sa qualité de vie (en particulier, la qualité relationnelle avec elle et la qualité de ses conditions d'apprentissage), sur le développement de ses habiletés et l'augmentation de son contrôle sur sa vie. En effet, toute intervention efficace au regard des TC d'une personne ayant des déficits intellectuels doit être basée sur une approche globale de la personne et être élaborée à partir de ses motivations personnelles, pour lui permettre de développer de nouvelles habiletés pour modifier ses comportements jugés problématiques.

Deuxièmement, l'intervention dans une perspective multimodale mettra l'accent sur la prévention de l'apparition des TC plutôt que sur le contrôle des TC ou l'intervention directe au regard du comportement. En effet, de nombreux spécialistes dans le domaine ont démontré qu'il est beaucoup plus efficace d'agir de façon proactive sur les causes du comportement et de trouver de nouvelles réponses aux TC; cette approche préconise d'agir sur les antécédents et sur les facteurs permettant une désescalade des comportements problématiques, comportements qui, autrement, pourraient mener à une situation de crise psychosociale associée aux troubles graves du comportement de la personne.

Enfin, la majorité des efforts d'intervention doivent être axés sur les causes à la base des comportements problématiques de la personne. En effet, dans une approche multimodale, tout comportement problématique est considéré comme étant multifactoriel et multicausal.

Ainsi, il est plus efficace de modifier ou de faire disparaître les causes des TC que de chercher uniquement à contrôler les comportements de la personne par divers moyens de punition ou de contrainte. Il est crucial de reconnaître que tous les comportements de la personne visent à s'adapter à une situation telle qu'elle la perçoit ou l'interprète. Ainsi, la personne tente par des moyens, sans doute inappropriés, de répondre à des besoins, la plupart du temps, légitimes.

Un plan d'intervention en TGC inspiré de l'approche multimodale débute par une collecte de données permettant de déterminer toutes les causes possibles d'apparition et de maintien d'un ou de plusieurs comportements problématiques. Cette collecte de données peut être faite par une entrevue avec la personne et son entourage, par la lecture du dossier, par les réponses à des questionnaires, ou par des observations systématiques dans le milieu naturel, ou même par des analyses fonctionnelles. Elle doit couvrir plusieurs aspects tels que le style de vie, les forces et les faiblesses des comportements adaptatifs, les intérêts de la personne ou ses projets. Ainsi, on obtient plus d'informations sur la qualité de vie de la personne, sur ses aspirations et sur son intérêt à améliorer les choses à cet égard.

Généralement, on utilise une grille d'analyse multimodale contextuelle pour prendre en note toutes les causes pertinentes qui découlent de cette collecte de données. L'utilisation de cette grille permet de ne rien oublier comme facteur causal pertinent. Tout d'abord, des aspects concernant l'environnement de la personne : environnement physique, social, ou concernant le déroulement des activités ou son style de vie quotidienne sont évalués. En second lieu, on examine un certain nombre de caractéristiques psychologiques, soit les caractéristiques actuelles et les habiletés déficitaires chez la personne et qui peuvent expliquer l'apparition de TC. Troisièmement, il faut étudier les aspects de la santé physique pouvant expliquer les difficultés comportementales de la personne ainsi que les aspects de la santé mentale ou les caractéristiques des atteintes neurologiques. Pour être traduits plus facilement en hypothèses causales, les facteurs découlant de l'examen des différents aspects sont considérés comme des facteurs évocateurs (déclencheurs ou facteurs associés), comme des facteurs de traitement central ou comme des conditions de renforcement.

La grille d'analyse multimodale est utilisée pour un seul TC à la fois, de façon à mieux cerner les causes spécifiques d'apparition de tous les comportements problématiques dans un contexte particulier.

Après utilisation de la grille, il est donc possible de formuler diverses hypothèses sur la fonction des TC de la personne, telles que :

- obtenir un contrôle accru de son environnement,
- éviter une situation indésirable,
- soulager une douleur physique,
- diminuer l'irritabilité, ou le malaise lié à l'anxiété,
- etc.

Une fois les hypothèses formulées clairement, il est plus facile de déterminer les interventions à entreprendre susceptibles d'éliminer ou de réduire l'influence de ces facteurs explicatifs. Pour ce faire, un plan d'action dit « multimodal » doit comprendre trois étapes, soit :

- une première étape portant sur des aménagements préventifs;
- une deuxième étape pour déterminer les moyens de prévention active à utiliser lorsque les signes précurseurs comportementaux chez la personne indiquent une plus grande probabilité de passage à l'acte; et, enfin
- une étape sur le traitement direct des causes de TC.

La première étape d'un plan d'action multimodal comporte les moyens à prendre pour tenter de réduire l'apparition des facteurs évocateurs suscitant l'apparition des TC. On cherche donc à les retirer le plus possible de l'environnement de la personne, ou à les modifier pour en diminuer les effets. De plus, à cette étape, il est aussi très utile de prévoir des conditions favorables pour contrecarrer les effets négatifs du trouble du comportement, des conditions telles que :

- améliorer le style de vie ou la qualité des relations avec la personne;
- réduire sa sensibilité aux facteurs évocateurs;
- rendre la personne mieux disposée envers les changements ou les nouveaux apprentissages.

Dans l'élaboration de cette première étape du plan d'intervention, il faut souvent chercher à changer la façon d'interagir avec la personne, tolérer un temps de réaction plus lent ou moduler les activités en fonction de la sensibilité de la personne. C'est un moment privilégié pour lui donner accès à des activités agréables, et même, augmenter son contrôle sur son environnement. Cette façon de faire permet d'améliorer considérablement sa relation avec les intervenants et d'augmenter chez ces derniers le niveau de tolérance à la frustration ressentie par la personne. De plus, cette méthode stimule des attentes positives chez la personne.

À la deuxième étape du plan d'action, des actions doivent être planifiées pour intervenir à l'apparition des premiers signes précurseurs chez la personne. Ces signes peuvent en effet, permettre de prédire l'apparition de comportements problématiques plus importants. Cette étape du plan d'action multimodal a pour but d'enrayer la progression des comportements précurseurs jusqu'à la crise et de mieux gérer celle-ci, si elle se produit. Les interventions à cette étape doivent surtout viser à ramener la personne à un état de calme et de disponibilité pour ses activités habituelles. De fait, on essaie ici de déterminer toutes les interventions immédiates pertinentes dès l'apparition des différents signes précurseurs et de mettre en place des moyens pour désamorcer ce qui contribue à l'escalade des comportements problématiques de la personne.

Cette deuxième étape du plan d'action multimodal doit aussi inclure des techniques à utiliser lors d'interventions de crise, à savoir tous les moyens techniques servant à sécuriser le personnel, les pairs et la personne, tout en préservant la relation de confiance avec la personne.

Ces deux premières étapes d'intervention ne parviendront sûrement pas à induire un changement durable chez la personne et dans son environnement. Il faut donc passer à une autre étape, plus cruciale celle-là, d'un plan d'action multimodal, soit la planification de mesures de traitement. Cette étape vise à induire des changements à plus long terme chez la personne et dans son environnement autant sur le plan du développement de ses habiletés alternatives que de l'intervention sur les causes plus physiologiques et médicales de maintien des comportements problématiques de la personne.

Ainsi, dans une mesure de traitement, il s'agira très souvent de fournir à la personne une alternative socialement acceptable, pour remplir la même fonction ou une fonction équivalente à son comportement problématique. Il s'agit, entre autres, de concevoir des scénarios d'autocontrôle chez la personne (ex. : sortir, marcher à l'extérieur), scénarios qui lui permettront de mieux gérer ses émotions négatives, tout en préservant son environnement des conséquences négatives associées aux TC tels des comportements agressifs. Une autre mesure de traitement comportemental consiste à apprendre à la personne un système de communication non verbale pour exprimer ses besoins de base tels que boire, manger, aller aux toilettes et ainsi mieux maîtriser son environnement.

Et il y a, bien sûr, des traitements qui vont cibler plus particulièrement les problèmes de santé physique ou de santé mentale de la personne, tels qu'une médication pour aider celle-ci à mieux gérer son anxiété ou son problème d'hypothyroïdie. Compte tenu de la complexité du comportement humain, et particulièrement de notre compréhension des troubles graves du comportement chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, l'approche multimodale recommande de s'appuyer sur une méthodologie empirique pour intervenir auprès de ces personnes.

En effet, les hypothèses causales identifiées plus tôt dans le processus d'analyse multimodale sont considérées, jusqu'à preuve du contraire, comme des hypothèses devant être remises en question à la lumière des résultats empiriques des actions entreprises. Par conséquent, un processus systématique de suivi d'intervention est fortement recommandé et fait maintenant partie des standards de pratique dans ce domaine.

Ce processus de suivi repose sur une collecte objective de données témoignant de l'effet des diverses actions de l'intervention autant sur les troubles graves du comportement de la personne que sur les causes de ces comportements problématiques. Il doit par ailleurs se faire à intervalles réguliers (ex. : deux fois par semaines) et impliquer tous les intervenants directement concernés par la personne (parents, intervenants soignants, etc.). De plus, il est fortement recommandé qu'une équipe-conseil de professionnels se joigne à l'équipe de base pour prendre des décisions médicales et administratives, pour ajuster le plan d'action en fonction de l'évolution de l'utilisateur et des résultats des interventions prévues dans le plan d'action.

Une analyse spécifique des résultats doit, par ailleurs, être incluse dans le processus de suivi, pour s'assurer que l'ensemble des interventions a bien été fait tel que planifié, de façon à produire les meilleurs résultats pour la personne.

L'approche multimodale est tout à fait compatible avec le processus de prise de décision que comporte la présente formation. Le processus de décision de Roy et Gagnon (2006) préconise une évaluation globale de l'utilisateur avant d'intervenir. De plus, il favorise l'utilisation de mesures de remplacement avant de recourir à des mesures de contrôle. Ces deux étapes se retrouvent tout naturellement dans une démarche d'élaboration d'un plan d'action inspiré de l'approche multimodale, en particulier lorsqu'il y a planification d'une collecte de données sur l'ensemble des causes pertinentes et du développement des trois étapes du plan d'action, à savoir les aménagements préventifs, les mesures de prévention active et de traitement qui peuvent être équivalentes aux mesures de remplacement suggérées dans le processus décisionnel de Gagnon et Roy (2006).

Il nous apparaît clair qu'en suivant les diverses étapes recommandées dans l'approche multimodale, on peut éliminer, ou à tout le moins réduire de façon considérable, le recours à des mesures de contrôle des personnes pouvant manifester des troubles graves du comportement.

Références

- Griffiths, D. M., Gardner, W. I. et Nugent, J. A. *Behavioral Supports : Individual Centered Interventions. A Multimodal Functional Approach*, Kingston, NADD Press, 1998, p. 67-76;
- Gardner, W. I., *Aggression and other Disruptive Behavioral Challenges; Biomedical and Psychosocial Assessment and Treatment*, Kingston, NADD Press, 2002, 412 p.;
- Gardner et al. *Practice Guidelines for Diagnostic, Treatment and Related Support Services for People with Developmental Disabilities and Serious Behavioral Problems*, Kingston, NADD Press, 2006, 51 p.;
- Gagnon, R. et Roy O., *La contention physique*, dans P. VOYER [dir.], *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 311-324.

13.2 GRILLE DE DÉCISION (AIDE-MÉMOIRE)

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
<p>DÉFINIR LA PROBLÉMATIQUE</p> <p>DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE</p>	<p>Comportement : Quels sont les comportements de la personne?</p> <p>LA PERSONNE</p> <p>État physique-santé : Quelles sont les causes physiques, physiologiques pouvant expliquer les comportements observés? Ne pas oublier : médicaments, différents diagnostics associés, aspects du développement (ex. : puberté).</p> <p>État mental : Quelles sont les causes psychiatriques pouvant expliquer les comportements observés? Y a-t-il des causes neurologiques?</p> <p>État psychologique : Quelles sont les causes psychologiques pouvant expliquer les comportements observés? Y a-t-il des déficits psychologiques qui sont impliqués? (difficulté à communiquer, manque d'habiletés sociales, difficulté à gérer la colère, etc.)</p> <p>Activités : Y a-t-il des éléments dans les activités de la personne qui peuvent susciter ou amplifier les comportements? Y a-t-il suffisamment d'activités? Sont-elles gratifiantes ou trop exigeantes?</p> <p>L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE</p> <p>Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés?</p> <p>L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</p> <p>Intervenants et autres usagers : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants et des autres usagers qui peuvent expliquer certains des comportements de la personne?</p> <p>Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence ou de l'absence de la famille ou des proches sur la personne?</p> <p>L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL</p> <p>Les croyances ou valeurs de la personne peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez elle?</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>→ Qui doit connaître le plan d'interventions?</p> <p>→ Comment s'assurer que le plan d'intervention sera <u>connu</u> de l'ensemble des intervenants <u>et appliqué</u> par ces derniers (compte tenu de l'accès limité au dossier pour les non-professionnels, la personne et les proches)?</p>
<p>TENUE DE DOSSIER :</p>	<p>MESURES DE REMPLACEMENT : Le dossier doit contenir des traces claires du processus de décision. La décision doit être clairement énoncée et être suffisamment explicite pour que les personnes qui y ont accès en comprennent le bien-fondé (description des comportements et résultats de l'évaluation clinique, plan d'intervention individualisé ou ordonnance, communication avec la personne, ses proches et l'équipe).</p>
<p>LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION</p>	<p>MESURE DE CONTRÔLE : 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 de la personne; 2) les modalités d'application reliées à la mesure de contrôle tel que prévu au protocole de chaque établissement; 3) les paramètres de surveillance reliés 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 physique, mentale et psychologique : Que doit-on réévaluer en ce qui a trait à la condition clinique de la personne?</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>



14. VERS L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF GÉNÉRAL 2 : UTILISATION DE LA GRILLE DE DÉCISION POUR UNE ÉTUDE DE CAS

OBJECTIF SPÉCIFIQUE 4

En se servant de la grille, appliquer le processus de prise de décision pour l'analyse d'une situation problématique.

Consignes d'animation :

- L'animateur annonce que l'atelier suivant consistera à appliquer la grille de décision à la situation de monsieur Paquette;
- l'animateur invite les participants à prendre les feuilles exposant le cas de monsieur Paquette dans leur *Cahier du participant* et à former des équipes de 3 à 4 personnes;
- l'animateur précise que cet exercice est un prétexte pour faciliter les apprentissages liés au processus de prise de décision. Le cas de monsieur Paquette a été choisi parce qu'il est typique des cas les plus souvent rencontrés dans la pratique;
- l'animateur s'assure que la consigne est claire, soit répondre à TOUTES les questions pertinentes qui doivent être examinées aux étapes 1, 2 et 3 pour prendre une décision éclairée relativement à monsieur Paquette;
- l'animateur invite les participants à examiner les aide-mémoire contenant de multiples mesures de remplacement pour pallier aux 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 ont 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 : SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE

CONSIGNE : Former 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 la situation de monsieur Paquette.

DURÉE : 20 minutes

Monsieur PAQUETTE est un homme de 22 ans qui demeure dans une résidence à assistance continue, avec quatre autres personnes, depuis 10 mois. Ces dernières bougent beaucoup et sont bruyantes, ce qui fait réagir monsieur Paquette. Auparavant, l'usager vivait avec ses parents au domicile familial; il n'a pas de fratrie. Il a une déficience intellectuelle sévère et des habiletés de communication réduites. Il fait peu d'activités à la résidence. Ses parents nous ont rapporté que monsieur Paquette a eu de nombreuses otites au cours de son enfance, dont certaines ont occasionné une perforation du tympan. Les otites sont un mal chronique chez lui. De plus, depuis son tout jeune âge, il manifeste par périodes des comportements d'automutilation qui, habituellement, cessent avec des interventions verbales. Ces dernières semaines toutefois, le problème d'automutilation s'est considérablement aggravé, au point de lui occasionner des blessures. En effet, monsieur Paquette se donne fréquemment des coups aux oreilles avec le poing fermé. Les interventions verbales ne suffisent plus, on dirait presque que l'usager n'entend pas. La seule intervention qui fonctionne actuellement consiste à lui immobiliser les mains jusqu'à son retour au calme. Certains intervenants envisagent le recours à des attache-poignets.

Par ailleurs, monsieur Paquette a une démarche chancelante en raison d'une légère paralysie cérébrale. Il se lève régulièrement la nuit pour aller boire ou aller aux toilettes, et il lui arrive de faire des chutes. Les lieux sont mal éclairés. Il y a quelques mois, l'usager s'est cassé une clavicule en heurtant le coin d'un bureau situé dans le corridor, mais il est maintenant rétabli. Depuis cette chute, ses parents sont très présents à la résidence; ils font souvent des suggestions et cela engendre de l'insécurité chez le personnel et parfois même de l'incohérence dans les interventions.


14.1 SÉANCE PLÉNIÈRE SUR L'ÉTUDE DU CAS : LA SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE, ÉTAPES 1, 2 ET 3



Matériel requis :

Corrigés des étapes 1, 2 et 3 pour les participants.

Consignes d'animation :

- 
- Lorsque le travail en atelier semble terminé dans 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 et interventions posés dans la **pratique quotidienne** et que les mesures de prévention, de traitement et 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.

Repères	Les questions à se poser
	<p>État mental : Quelles sont les causes psychiatriques pouvant expliquer les comportements observés? Y a-t-il des causes neurologiques?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune. <p>ACTIVITÉS : Y a-t-il des éléments dans les activités de monsieur Paquette qui peuvent susciter ou amplifier les comportements problématiques? Y a-t-il suffisamment d'activités? Sont-elles assez gratifiantes ou trop exigeantes?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'activités. <p>L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE</p> <p>Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements problématiques de monsieur Paquette?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éloignement des toilettes; ▪ lieux mal éclairés; ▪ corridor encombré d'obstacles; ▪ absence d'équipement de soutien. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun. <p>L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</p> <p>Intervenants et autres usagers : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants et des autres usagers qui peuvent expliquer certains des comportements de monsieur Paquette?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incohérence dans les interventions. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bruits et mouvements faits par les usagers;

Repères	Les questions à se poser
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ incohérence dans les interventions; ▪ actions qui procurent de l'attention, ce qui encourage les comportements. <p>Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence ou de l'absence de la famille ou des proches sur monsieur Paquette?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suggestions nombreuses des parents qui amènent de l'incohérence dans les interventions et qui nuisent à l'application efficace de solutions. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ idem. <p>L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL</p> <p>Les croyances ou valeurs de monsieur Paquette peuvent-elles expliquer certains des comportements observés?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non.

ÉTAPE 2 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES OBSERVÉES

Repères	Les questions à se poser
<p>FORMULER DES HYPOTHÈSES LIÉES À LA PERSONNE OU À L'ENVIRONNEMENT</p>	<p>Formulez des hypothèses sur les causes possibles</p> <p>Problème de chute :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les besoins de boire et d'aller aux toilettes incitent monsieur Paquette à se lever; 2. La peur du noir amène monsieur Paquette à se lever; 3. La paralysie cérébrale cause une démarche chancelante; 4. Plusieurs aspects de l'aménagement physique augmentent le risque de chute : <ul style="list-style-type: none"> ▪ éloignement des toilettes; ▪ mauvais éclairage; ▪ encombrement dans le corridor; ▪ absence d'équipement de soutien. 5. Incohérence des interventions ne permet pas l'application efficace de solutions.

Repères	Les questions à se poser
<p>ÉMETTRE UN JUGEMENT CLINIQUE</p>	<p>Problème d'automutilation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La douleur reliée à la présence d'une otite déclenche les comportements; 2. Les bruits et les mouvements environnants déclenchent les comportements; 3. L'inactivité contribue à l'augmentation de la probabilité d'apparition des comportements; 4. L'incohérence des interventions contribue au déclenchement des comportements; 5. L'incapacité à communiquer ses malaises rend monsieur Paquette plus vulnérable; 6. L'attention des intervenants en rapport avec ces comportements renforce ces derniers. <p>État de santé : La condition clinique de monsieur Paquette nécessite-t-elle une intervention rapide?</p> <p>Il faut intervenir rapidement dans les deux cas : chute et automutilation problématiques. Toutefois, le risque est plus élevé en ce qui concerne l'automutilation.</p> <p>Niveau de sévérité du risque de lésion : Le comportement de monsieur Paquette présente-t-il pour lui-même ou pour les autres un risque imminent nécessitant le recours à une mesure de contrôle?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <p>Le problème de chute comporte un risque. Il est nécessaire de recourir à des mesures de remplacement. Le risque n'est pas suffisamment important, toutefois, pour justifier une mise sous contention.</p> <p>2. Problème d'automutilation :</p> <p>Le problème d'automutilation comporte un risque et nécessite l'utilisation en premier lieu de mesures de prévention et de traitement. En dernier ressort, une mesure de contention peut être appliquée (maintien physique selon les techniques d'intervention non abusives reconnues). Le risque n'est pas suffisant pour justifier des attache-poignets.</p>

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
<p>PLANIFIER LES INTERVENTIONS</p>	<p>Quels sont les buts recherchés par les interventions correctives?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuer le risque de chute tout en répondant aux besoins de l'utilisateur. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ éliminer les comportements d'automutilation tout en répondant aux besoins sous-jacents de l'utilisateur. <p style="text-align: center;">-----</p> <p>Pour diminuer le risque de chute, quelles seraient les meilleures <u>mesures de remplacement</u> possibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déposer un verre d'eau sur la table de chevet de l'utilisateur; - installer des veilleuses dans la chambre et le corridor; - enlever les obstacles dans le corridor; - installer une rampe de soutien; - rapprocher la chambre des toilettes; - maintenir une bonne communication entre les membres du personnel; - rencontrer régulièrement les parents pour les consulter et les informer. <p>Pour éliminer les comportements d'automutilation, quelles seraient les meilleures <u>mesures de prévention</u> possibles?</p> <p>Interventions permettant d'éviter le comportement, d'éliminer ou d'atténuer les déclencheurs, d'encourager le bon comportement, de désamorcer un début d'escalade, etc.)</p> <p>1. Contrôler les effets de l'otite chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - administrer quotidiennement des gouttes; - vérifier quotidiennement l'état de l'otite et la traiter au besoin; - effectuer un suivi médical régulier; - éviter les courants d'air; - s'assurer que l'utilisateur se couvre à l'extérieur. <p>2. Fournir des activités intéressantes qui permettront à la personne d'obtenir l'attention désirée.</p> <p>3. Réduire les bruits environnants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avertir les usagers bruyants; - éloigner monsieur Paquette des sources de bruit, etc.

Repères	Les questions à se poser
<p>PRIORISER LES INTERVENTIONS</p>	<p>4. Offrir des alternatives à l'usager au début d'une escalade du comportement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accès à une salle de repos; - écoute de musique douce à l'aide d'écouteurs, etc. <p>5. Maintenir une bonne communication entre les membres du personnel.</p> <p>6. Rencontrer régulièrement les parents pour les consulter et les informer.</p> <p>Pour éliminer les comportements d'automutilation, quelles seraient les meilleures <u>mesures de traitement</u> possibles?</p> <p>(mesures visant un changement durable : élimination définitive de facteurs; enseignement à l'usager d'alternatives aux comportements problématiques; etc.)</p> <p>Augmenter les capacités de Monsieur Paquette à utiliser des stratégies adaptées comme alternative aux comportements d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - montrer un signe pour communiquer qu'il a de la douleur et qu'il veut obtenir des gouttes; - montrer un signe pour communiquer son désir de se retirer dans la salle de repos; - montrer un signe pour communiquer son désir d'écouter de la musique douce avec des écouteurs. <p>Monsieur Paquette et ses parents ont-ils été mis à contribution dans la planification des interventions? A-t-on leur accord?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les proches ont participé à l'ensemble de la démarche. <p>Le plan d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planifier les interventions à faire et leur donner un ordre de priorité.

14.2 EXPOSÉ INFORMEL SUR LA COMMUNICATION, ÉTAPE 4



- **Préalablement à la formation, l'animateur DOIT LIRE la feuille-support I** sur la communication afin de bien comprendre l'importance capitale de la communication.
- Pour faire son exposé informel, l'animateur se sert de la feuille-support I, 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.
- Lorsque le plan d'intervention et, le cas échéant, l'ordonnance du professionnel sont terminés, 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.



Consigne d'animation :

- 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 reliée aux 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 services.

Feuille-support I

LA COMMUNICATION

La pertinence de la **COMMUNICATION** réside dans le fait qu'elle favorise une meilleure qualité et une continuité des services. Elle doit cependant respecter les obligations et les champs de compétence respectifs des professionnels impliqués dans le processus de décision relatif aux mesures de contrôle.

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

La communication favorise la **continuité** des services (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 au moyen 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) (LSSSS, 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 significatives, 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, des mesures de remplacement, de prévention et de traitement;
- la description du motif principal de recours à la contention ou à 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 dans les 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 des 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, il y a obligation légale de « documenter » toute décision relative à l'application d'une mesure de contrôle (second alinéa de l'article 118.1, LSSSS).

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 » se subdivise en trois :
 - 4.1 le consentement;
 - 4.2 la documentation (dossier);
 - 4.3 les paramètres de surveillance.

14.2.1 LE CONSENTEMENT, ÉTAPE 4.1

Consignes d'animation :

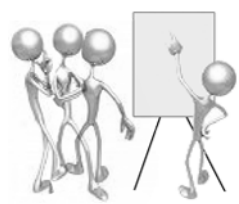


- L'animateur fait un rapide tour de table pour compter le nombre de personnes qui croient bien connaître les règles légales du consentement. Si ce nombre est élevé, il leur dit qu'elles auront l'occasion de le démontrer dans quelques instants et, si peu de personnes lèvent la main, l'animateur pourra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

LE CONSENTEMENT ET MOI !
CONSIGNE : Encercler vrai ou faux

1. La seule chose à faire pour respecter la Loi, relativement au consentement, est de demander une signature à la personne au bas d'une feuille.
VRAI **FAUX**
2. Normalement, le consentement aux mesures de contrôle devrait être donné par la personne elle-même.
VRAI **FAUX**
3. Dans certains cas, la personne ne pourra pas consentir elle-même à l'application des mesures de contrôle. Le consentement pourrait se faire alors par un proche de cette personne.
VRAI **FAUX**
4. 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**
5. Un consentement écrit est nécessaire pour l'application d'une mesure de contrôle.
VRAI **FAUX**
6. 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**
7. Le médecin est le seul intervenant qui peut ou doit obtenir le consentement et il est le seul responsable de la décision.
VRAI **FAUX**

14.2.2 CORRECTION DU QUESTIONNAIRE SUR LE CONSENTEMENT, ÉTAPE 4.1



Matériel requis :

- Corrigé sur le consentement pour les participants.

Consignes d'animation :

- 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;
- l'animateur 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 terminée, l'animateur **distribue le corrigé** aux participants.



CORRIGÉ DE « LE CONSENTEMENT ET MOI ! »

1. La seule chose à faire pour respecter la Loi, relativement au consentement, est de demander une signature à la personne 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 d'intervenants.

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 clinique, 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 contention, la durée prévue des mesures, les avantages et inconvénients relativement à d'autres façons de faire, ainsi que les mesures de suivi et de surveillance envisagées.

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

3. Dans certains cas, la personne ne pourra pas consentir elle-même à l'application des mesures de contrôle. Le consentement pourrait se faire alors 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 (*C.C.Q.*) 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.

4. 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, serait menacée);
- 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**.

5. 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.

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

Cela signifie que, lorsque la situation de l'utilisateur est conforme à ce qui a été prévu dans le plan d'intervention (« 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'intervention, **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'intervention ainsi qu'un nouveau consentement de la part de l'utilisateur ou de sa famille.

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

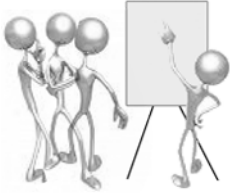
FAUX. Depuis l'adoption de la Loi 90, les médecins ne sont plus les seuls qui peuvent décider du recours à la contention; trois autres groupes professionnels de la santé, soit les ergothérapeutes, le personnel infirmier ainsi que les physiothérapeutes peuvent légalement prendre la décision d'appliquer la contention (mais pas une mesure d'isolement), en accord avec la politique 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.

Dans les CRDITED, les personnes responsables de décider de l'application des mesures de contrôle sont identifiées dans le protocole entériné par le Conseil d'administration de l'établissement.

DURÉE : 15 minutes

PAUSE SANTÉ

14.2.3 LA DOCUMENTATION, ÉTAPES 4.1 ET 4.2 (SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE)



- L'animateur demande aux participants de prendre la grille de prise de décision (aide-mémoire n°.7) dans leur *Cahier du participant* afin de commencer en séance plénière l'étape 4;
- l'animateur rappelle que les mesures de remplacement dans le cas de monsieur Paquette 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;
- s'il se rend compte que certains aspects sont manquants, l'animateur 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 relevés;
- puis l'animateur **distribue le corrigé** des sous-étapes 4.1 et 4.2.



Repères	Les questions à se poser
	<p>Par <u>information nécessaire</u>, on entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les raisons justifiant l'application de la mesure; - 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 de contention et en dehors de celles-ci; - les risques associés à l'utilisation de la contention. <ul style="list-style-type: none"> • 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)? <p>2. Les modalités d'application reliées à la mesure de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le problème à l'origine de l'utilisation de la contention (description de la raison justifiant le recours à la contention); - les mesures de remplacement essayées antérieurement à la contention, la durée de leur application et les résultats obtenus; - l'information transmise à la personne et à la famille; - la preuve du consentement libre et éclairé; - le moyen de contention retenu (ceinture, gilet, mitaines, attache aux poignets, etc.) et la taille de la contention; - les paramètres suivants : durée, fréquence et moment du recours à la contention, pauses; - la fréquence des visites de surveillance et les paramètres vérifiés (signes vitaux, état de conscience, etc.). Voir le module Paramètres de surveillance; - les activités planifiées en dehors des périodes de contention; - le comportement de la personne durant la période de contention; - le moment de la réévaluation de la mesure.

14.2.4 PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE (ÉTAPE 4.3)



Consignes d'animation :

- Avant d'entamer la « sous-étape » « Paramètres de 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;
- l'animateur demande aux participants de prendre les feuilles d'exercice concernant les paramètres de 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;
- l'animateur demande aux participants de se grouper par deux afin de remplir les mots espaces dans les énoncés;
- une fois l'exercice terminé, l'animateur le corrige en séance plénière.

JEU SUR LES PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE : MOTS MANQUANTS, ÉTAPE 4.3.1

Les mots entre parenthèses sont les réponses.

ÉTAT GÉNÉRAL DE LA PERSONNE : PARAMÈTRES VITAUX

L'état général de la personne doit être évalué de façon régulière et à une fréquence déterminée par sa condition clinique préalablement établie par le professionnel autorisé.

INTÉGRITÉ PHYSIQUE

Le matériel utilisé pour la contention doit être adéquat, c'est-à-dire de la bonne dimension et il faut l'utiliser conformément aux _____ du _____, afin de ne pas nuire à la circulation sanguine ou à la _____ et de ne pas entraîner d'altération de la peau, le tout en tenant compte de l'ordonnance du professionnel autorisé. **(normes du fabricant) (respiration)**

Pour faire 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'état de la peau aux évaluations subséquentes. Pendant la contention, il faut réévaluer l'état de la peau pour s'assurer qu'il n'a pas changé depuis l'évaluation initiale. **(couleur)**

Lors du retrait du matériel de contention, selon l'ordonnance du professionnel autorisé, il faut réévaluer l'état de la peau pour vérifier s'il y a une mauvaise circulation sanguine. Il faut retirer le matériel de contention au moindre signe d'entrave à la _____ ou à la _____. **(circulation sanguine) (respiration)**

MOBILITÉ ET ÉLIMINATION

Quand la contention se fait aux membres supérieurs ou inférieurs, il faut enlever le matériel de contention par intervalles pour permettre la _____ de chacun des membres régulièrement, selon l'ordonnance du professionnel autorisé. **(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; il faut accompagner la personne aux toilettes si son état le permet, car ce déplacement 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 régulièrement à la personne sous-contention ou laisser un verre d'eau à sa portée, si elle peut se servir elle-même.

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

Une attention accrue est requise dans certaines conditions particulières, telles les périodes de _____ ou lorsque les personnes sont très _____. **(canicule) (agitées)**

BIEN-ÊTRE

Il faut changer la position du corps, selon l'ordonnance du professionnel autorisé, et s'assurer d'un bon alignement corporel.

MATÉRIEL DE CONTENTION

Lors de l'installation et du retrait du matériel de 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 matériel de contention peut être retiré rapidement s'il advient une situation d'urgence.

ÉTAT MENTAL

Il faut évaluer l'état mental initial de la personne lors de sa mise sous contention ou en isolement et à chaque réévaluation de son état général. Il faut considérer tout changement. 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). **(trois 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 diminution des stimuli 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, sa famille ou une personne significative, afin d'éviter que cette mesure de contrôle ne soit perçue comme une mesure _____. **(punitive)**

Il faut informer la famille, un proche ou le représentant légal, des soins et de la surveillance qui sont requis par la mise sous contention ou en isolement afin de développer un(e) _____ avec eux et de les faire participer au maximum au plan d'intervention. **(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'utilisateur 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 à une surveillance étroite. **(période critique)**

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

MOTS MANQUANTS

Retirer	couleur	punitive	clinique	mobilité
Partenariat/alliance	Trois sphères	respiration	mobilisation	agitation
mobilité	désorientation	canicule	modifier	agitées
période critique	autonomie	maintenir	agressivité	peurs
circulation sanguine	normes du fabricant	Évaluer/ examiner	Complet, en bon état, non altéré, fonctionnel	Sentiments ou émotions
respiration				

DURÉE : 15 minutes

14.2.5. CORRECTION DU JEU SUR LES PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE, ÉTAPE 4.3



Matériel requis :

- Corrigés de « Paramètres de surveillance » pour les participants.

Consignes d'animation :

- Lorsque le jeu sur les paramètres de surveillance est terminé, l'animateur **distribue** aux participants **le corrigé de la sous-étape 4.3** de la situation de monsieur Paquette « Paramètres de surveillance »;
- l'animateur revoit les éléments indiqués dans le corrigé en portant attention aux paramètres de surveillance reliés à la mesure de contrôle;
- l'animateur invite le groupe à regarder dans le *Cahier du participant* l'annexe sur les modalités de surveillance lors d'un isolement.

**CORRIGÉ DE L'ÉTUDE DU CAS : LA SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE
(ÉTAPE 4.3) (SUITE)**

APPLICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Repères	Les questions à se poser
<p>LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION</p>	<p>PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE RELIÉS À LA MESURE DE CONTRÔLE EMPLOYÉE</p> <p>Les paramètres de surveillance pour toute la période de mise sous contention ou d'isolement sont les suivants :</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, au besoin et selon l'ordonnance du professionnel, des signes vitaux et de l'état de la peau; 3) la vérification du niveau de conscience de la personne sous contention ou en isolement; 4) l'observation visuelle proximale du rythme respiratoire au besoin; 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 la personne mise sous contention ou en isolement; 8) le changement, au besoin, de position de la personne sous contention et l'examen de la position reliée à la contention; 9) le respect des indications d'arrêt et de reprise de la mesure retenue, y compris les périodes de repos sans contention; 10) la réévaluation aux moments prévus dans le plan d'intervention ou dans l'ordonnance du professionnel; 11) le maintien de la communication et de la relation avec la personne sous contention ou en isolement durant toute la période d'application de la contention.

DURÉE : 15 minutes

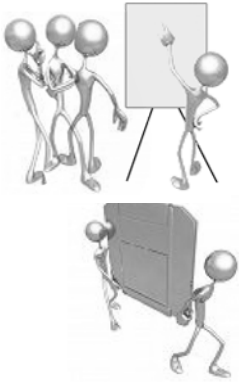
15. SÉANCE PLÉNIÈRE SUR LA RÉÉVALUATION ET LE RÉAJUSTEMENT, ÉTAPE 5

Matériel requis :

- Corrigés sur la « Réévaluation et le réajustement » pour les participants.

Consigne d'animation :

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



**CORRIGÉ DE L'ÉTUDE DU CAS : LA SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE
(ÉTAPE 5) (SUITE)**


RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

Repères	Les questions à se poser
<p>RÉÉVALUER ET RÉAJUSTER</p>	<p>RÉÉVALUATION DU PLAN D'INTERVENTION</p> <p>État de santé physique, mentale et psychologique</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'adapter ou de compléter les interventions en fonction des besoins évolutifs de la personne.</p> <p>Pour monsieur Paquette, les aspects à surveiller pourraient être les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fréquence des chutes la nuit; • fréquence et intensité des comportements d'automutilation; • état de santé en général et de l'otite en particulier; • bien-être général. <p>EFFICACITÉ DU PLAN D'INTERVENTION</p> <p>Les mesures de remplacement, de prévention et de traitement ont-elles été efficaces? Si non, y a-t-il d'autres mesures envisageables?</p> <p>Pour évaluer l'efficacité du plan d'intervention, les aspects suivants pourraient être vérifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réalisation des diverses mesures de remplacement prévues la nuit et effets de ces mesures sur monsieur Paquette: <ul style="list-style-type: none"> - verre d'eau sur la table de chevet; - installation de veilleuses; - rampe de soutien, etc. • réalisation des mesures de prévention et de traitement en relation avec l'automutilation et effets de ces mesures sur monsieur Paquette : <ul style="list-style-type: none"> - programme d'activités; - enseignement de stratégies alternatives; - communication entre les membres du personnel; - relation avec les parents, etc.

Repères	Les questions à se poser
	<p>DÉCISION RELATIVE À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT</p> <p>L'application de la mesure de contrôle est-elle toujours pertinente?</p> <p>Pour se prononcer sur la pertinence de poursuivre les mesures de contrôle, les aspects suivants peuvent être considérés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réactions de l'utilisateur à la mesure de contention (maintien physique); • vérification du risque présenté par les comportements d'automutilation. <p>RÉAJUSTEMENT DU PLAN D'INTERVENTION</p> <p>Y a-t-il des interventions qui doivent être ajustées ou complétées en fonction des besoins évolutifs de la personne?</p> <p>À préciser...</p>

16. CONCLUSION

L'animateur présente la diapositive et conclut en soulignant que la présente formation a offert un aperçu du changement de pratique et de l'importance pour les intervenants et les gestionnaires des établissements de se mobiliser autour d'une remise en question de l'utilisation des mesures de contrôle. Cette formation a permis de voir comment une décision réfléchie peut amener les équipes à utiliser des mesures de remplacement dans une perspective de préservation de la dignité des personnes.



CONCLUSION

- La formation a offert un aperçu des changements de pratique.
- La formation a montré l'importance pour les intervenants et les gestionnaires des établissements de se mobiliser pour remettre en question l'utilisation des mesures de contrôle et leur durée d'application.
- Cette formation permet de constater qu'une décision réfléchie amène les équipes à utiliser des mesures de remplacement dans une perspective de préservation de la dignité des personnes.

17. ÉVALUATION



Consignes d'animation :

- 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;
- l'animateur les remercie de leur participation.



ANNEXE 1

PARAMÈTRES À SURVEILLER EN CAS DE RECOURS À L'ISOLEMENT

En cas de recours à l'isolement, le personnel doit veiller à la sécurité de la personne qui le subit, en tenant compte de l'aménagement physique du lieu d'isolement et de l'état général de la personne en isolement.

A. PARAMÈTRES RELEVANT D'UN AMÉNAGEMENT PHYSIQUE SÉCURITAIRE

- De façon générale, si du mobilier est requis et que plusieurs objets sont à la portée de la main (par exemple dans une chambre), s'assurer que la personne isolée n'utilise pas les meubles et les objets pour s'étrangler, se blesser, se barricader, obstruer l'entrée ou faire du vandalisme;
- contrôler les stimuli afin d'assurer une atmosphère paisible et tranquille dans le but de favoriser l'autocontrôle de la personne. Si possible, privilégier les couleurs calmes;

Plus spécialement,

- afin d'assurer une sécurité maximale de la personne isolée, se poser les questions suivantes :
 - est-ce que la personne risque de briser la fenêtre? Si oui, voir la possibilité d'installer une vitre incassable;
 - est-ce que la personne risque d'introduire dans son corps ou de lancer de petits objets? Si oui, les retirer de la pièce;
 - est-ce que la personne risque de lancer ou de renverser de gros objets ou du mobilier? Si oui, les retirer de la pièce ou les avoir au préalable solidement fixés au sol;
 - est-ce que la personne risque de sortir à l'extérieur par la fenêtre? Si oui, adapter la fenêtre avec une vitre incassable et une ouverture limitée en respectant les normes de sécurité (par exemple, en cas de feu);
 - est-ce que la personne risque de se blesser en se frappant contre les murs, le sol, le mobilier ou d'autres objets? Si oui, adapter l'environnement (plancher et murs absorbant les chocs, radiateur adapté, commutateurs et réglage du chauffage à l'extérieur de la pièce, etc.);
 - est-ce que la personne risque de s'automutiler pendant l'isolement? Si oui, prévoir des mesures de surveillance continue assurant une protection appropriée (voir modalités de surveillance).

Si plusieurs de ces adaptations sont nécessaires pour assurer la sécurité de la personne isolée, il sera préférable d'utiliser une pièce aménagée spécifiquement pour l'isolement ou de procéder à un autre type d'action que l'isolement.

Si les modalités d'aménagement et les paramètres de sécurité mentionnés ci-dessus ne sont pas réalisables, qu'ils comportent malgré tout un quelconque danger et ne permettent pas d'assurer la sécurité de la personne isolée et celle d'autrui (autres usagers, intervenants, responsables, etc.), on doit envisager d'autres mesures (par exemple un changement de milieu de vie, un transfert dans un endroit plus sécuritaire, un ajout de ressources, appel logé au 911, etc.).



ANNEXE 1

PARAMÈTRES À SURVEILLER EN CAS DE RECOURS À L'ISOLEMENT (suite)

B. PARAMÈTRES RELEVANT DE L'ÉTAT DE LA PERSONNE EN ISOLEMENT

- Surveillance auditive continue

La personne responsable doit toujours être en mesure d'entendre si la personne en isolement est éveillée, si elle bouge, si elle s'agite, si elle formule des demandes (appareil de type « moniteur » peut être requis).

- Surveillance visuelle

La personne responsable doit être en mesure d'établir une surveillance visuelle régulière selon les intervalles préalablement convenus et prescrits;

- si la personne en isolement présente des signes d'agitation, ajuster la fréquence et les modalités de surveillance visuelle et auditive;
- si la personne en isolement présente des comportements dangereux, une surveillance visuelle est requise de façon continue, mais, également, une autre mesure que l'isolement doit alors être envisagée;
- pendant l'isolement et tout en s'assurant que les interventions de surveillance ne contrecarrent pas l'effet souhaité par l'isolement (couper de l'attention, éviter que le contact exacerbe le comportement), **S'ASSURER DE LA SATISFACTION DES BESOINS PHYSIOLOGIQUES DE LA PERSONNE** (alimentation, hydratation, élimination, température corporelle, etc.).

- Surveillance médicale

Pendant la période d'isolement, il est important que **LA PERSONNE REÇOIVE SA MÉDICATION COMME PRÉVU**. Lorsque l'isolement est bref (max. 30 minutes), il pourra être plus indiqué de remettre la médication à la fin de la période, et ce, après approbation préalable du médecin ou du pharmacien.

ANNEXE 2

GLOSSAIRE

Ankylose :	Diminution ou impossibilité absolue des mouvements d'une articulation naturellement mobile.
Atrophie musculaire :	Diminution notable du volume des muscles.
Hypotension orthostatique :	Diminution de la pression artérielle en position debout pouvant s'accompagner d'un vertige ou d'une impression d'évanouissement
Incontinence urinaire ou fécale :	Émission involontaire d'urine ou de matières fécales.
Ingesta :	Nom générique donné à tous les aliments solides ou liquides.
Œdème :	Gonflement de la peau indolore et sans rougeur.
Protubérance osseuse :	Saillie, renflement, bosse au niveau de l'os.
Rétention urinaire :	Accumulation d'urine dans la vessie pouvant constituer un danger soit par son volume, soit par l'intoxication qu'elle provoque.
Thrombose :	Formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin (veine ou artère).

ANNEXE 3

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 pour 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 de « Questionnaire sur l'efficacité des mesures de contrôle »
5. Corrigé de « Les effets de la contention et de l'isolement »
6. Corrigé de « Étude du cas : la situation de monsieur Paquette (étapes 1, 2 et 3) »
7. Corrigé de « Consentement et moi! »
8. Corrigé de « Étude du cas : la situation de monsieur Paquette (étapes 4.1 et 4.2) »
9. Corrigé de « Étude du cas : la situation de monsieur Paquette (étape 4.3) »
10. Corrigé de « Étude du cas : la situation de monsieur Paquette (étape 5) »

ANNEXE 4

CORRIGÉ DE L'EXERCICE SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE

- 1. Les personnes considérées comme étant à risque de chute sont moins susceptibles de tomber 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. Pour 71 des 82 chutes avec blessures, les patients étaient sous contention. Les blessures des personnes sous contention étaient plus sévères.

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

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

FAUX.

L'application d'une mesure de 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 moyens de 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. **Nous demandons à un usager de retrouver son calme et l'invitons à se rendre à sa chambre. La condition de retour est qu'il s'excuse auprès du responsable de la résidence d'accueil. Ce retrait est une mesure de contrôle.**

FAUX.

La personne n'est pas confinée à sa chambre, elle reçoit un soutien de la part d'un intervenant en vue de favoriser son apprentissage à l'autorégulation. Cette modalité doit être planifiée préalablement.

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

FAUX.

Selon un avis du directeur de la qualité du MSSS, donné en juillet 2006, l'utilisation d'un moyen/aide technique n'est pas une mesure de contention, à moins d'être indûment contraignant et limitatif 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 corporel adéquat » dans leur pratique quotidienne.

6. **Un enfant est placé dans un parc où il a accès à des jeux et peut librement observer son environnement. Nous sommes ici dans un contexte d'isolement.**

FAUX

Lorsque nous faisons un usage généralement admis du parc, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle, pourvu qu'il s'agisse d'une pratique habituellement reconnue comme socialement acceptable. Il s'agit d'une mesure de contrôle quand l'intention est de limiter l'accès à l'environnement, en raison de comportements éventuels d'exploration, et que le parc est utilisé au-delà de la pratique socialement acceptable.

Attention : Le rôle de l'intervenant auprès d'une famille naturelle est d'informer celle-ci, de lui indiquer comment utiliser le parc de façon sécuritaire, de proposer des solutions de rechange lorsque le parc est utilisé dans un milieu autre que l'établissement.

7. **Dans les CRDITED, l'agression est un des principaux motifs invoqués pour appliquer une mesure de contrôle.**

VRAI.

Selon l'enquête réalisée auprès des 14 CRDITED visés par l'enquête de Lavoie et Dufour (2007), l'agression constitue le motif le plus souvent mentionné pour justifier le recours à une mesure de contrôle. La sécurité, les risques de chute, l'automutilation et l'agitation constituent les autres motifs du recours à la contention et à l'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, car l'isolement ou la contention entraînent des risques supplémentaires (risques de traumatismes physique, psychologique et émotionnel).

En effet, des études montrent que le recours à la contention requiert plus de soins et de surveillance 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 appropriée 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 désire encore plus 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 les risques direct et indirect de mortalité à la suite d'une chute.

Les risques directs sont liés notamment à l'exténuation, à l'aggravation 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 l'utilisation d'une contention au niveau du thorax et du cou.

Au moins 18 décès associés à l'usage d'un moyen de contention sont survenus depuis 2000.

11. Une personne dans un lit dont les deux ridelles complètes sont montées est une personne en sécurité.

FAUX.

L'utilisation des ridelles est souvent perçue comme 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 tomber et, conséquemment, augmentent le risque de blessure sérieuse.

De plus, les ridelles réduisent l'indépendance et la mobilité de la personne. Il s'ensuit que plusieurs personnes se blessent lorsqu'elles essaient de grimper par-dessus les ridelles pour sortir du lit (pour aller aux toilettes par exemple).

Par ailleurs, l'utilisation des ridelles de lit peut accroître la peur d'une personne, aggraver son état d'agitation, voire entraîner un accès 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 une ridelle du lit. L'utilisation des ridelles comporte aussi des risques de strangulation, de suffocation, de blessure ou de décès, lorsque la personne se coince dans l'espace entre des demi 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).

12. Nous devons mettre une ceinture à une personne pour la retenir à la table et ainsi favoriser son alimentation. Cette personne peut être un enfant ou un adulte. Cette mesure en est une de contention.

VRAI.

Le fait d'utiliser une ceinture pour obliger la personne à rester assise en fait une mesure de contrôle. Notons qu'il s'agit d'une situation où le refus de s'alimenter place la personne dans un risque d'altérer sa santé.

S'il y avait persistance dans le refus de s'alimenter et si ce refus était tel que nous devons utiliser la force humaine, nous devrions demander l'autorisation auprès d'un juge pour la contraindre à s'alimenter.

Bien sûr, il faut tenter de recourir à des moyens moins contraignants avant d'en venir à cette solution extrême.

Dans le cas d'un enfant, il faut se demander si la mesure utilisée correspond à ce qui est socialement acceptable. Si la mesure est adoptée au regard de l'âge, d'une pratique habituelle, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle.

ANNEXE 5

CORRIGÉ DE : « 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 :	
<ul style="list-style-type: none">- Engourdissement,- Courbature,- Diminution de l'amplitude articulaire,- Diminution de la force physique,- Diminution de l'équilibre,	<ul style="list-style-type: none">- Inconfort,- Douleur,- Ankylose,- Atrophie <i>musculaire</i>,- Réduction de la masse osseuse.
EFFETS SUR LA CIRCULATION SANGUINE :	
<ul style="list-style-type: none">- Augmentation du risque de <i>thrombose veineuse et artérielle</i>,- Hypotension <i>orthostatique</i>.	<ul style="list-style-type: none">- Œdème,
EFFETS SUR LA PEAU :	
<ul style="list-style-type: none">- Abrasion,- Lésions traumatiques.	<ul style="list-style-type: none">- Plaie de pression,
EFFETS SUR LES FONCTIONS PRIMAIRES :	
<ul style="list-style-type: none">- Constipation,- Incontinence <i>urinaire et/ou fécale</i>,- Perturbation de l'appétit,	<ul style="list-style-type: none">- Déshydratation,- Rétention <i>urinaire</i>.
EFFETS SUR LE SYSTÈME IMMUNITAIRE :	
<ul style="list-style-type: none">- Infection,- Infections urinaires,	<ul style="list-style-type: none">- Complications respiratoires.
EFFETS SUR LA MORBIDITÉ :	
<ul style="list-style-type: none">- Compression,- Risque aggravé de décès en cas de chute,	<ul style="list-style-type: none">- Risque de strangulation,- Risque d'asphyxie.
PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES (liste non exhaustive)	
<ul style="list-style-type: none">- Colère,- Sentiments liés au phénomène de victimisation secondaire (impression de revivre un traumatisme antérieur),- Sentiment d'être à l'écart du monde,- Sentiment d'être abandonné,- Diminution de la dignité,- Anxiété,- Découragement,- Exacerbation de la confusion,	<ul style="list-style-type: none">- Peur,- Sentiment d'être puni,- Diminution de l'estime de soi,- Désorientation accrue,- Humiliation,- Résignation,- Augmentation de l'agitation.

EFFETS DE L'ISOLEMENT SUR LES PLANS PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

PRINCIPAUX EFFETS PHYSIQUES BÉNÉFIQUES ET NÉFASTES (liste non exhaustive)

Il existe une importante **controverse** aux sujets des effets bénéfiques ou néfastes de l'isolement dans le contexte des soins psychiatriques.

EFFETS BÉNÉFIQUES :

- Réduction des stimuli (pour certains),
- Possibilité de repos et de sommeil,
- Réduction des interactions stressantes,
- Apaisement,
- Sécurité (sauf si une ou des périodes de contention s'ajoutent à l'isolement).

EFFETS NÉFASTES :

- Réduction des stimuli (pour certains),
- Détresse,
- Agitation,
- Rupture de communication.

L'isolement peut aussi entraîner des complications. À cet égard, une étude ayant été menée dans les 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 isolées, des blessures aux intervenants et des évasions de la chambre d'isolement (Zun et al. 2005).

PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES (liste non exhaustive)

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

STATISTIQUES TIRÉES DES RAPPORTS DU CORONER DU QUÉBEC RELATIVEMENT AUX DÉCÈS DE PERSONNES SOUS CONTENTION

Entre 2000 et 2008 (juillet), au moins 18 décès associés à l'usage d'une contention physique ont été rapportés par le Bureau du coroner du Québec. Les personnes décédées avaient 71 ans en moyenne.

Repères	Les questions à se poser
	<p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune. <p>Activités : Y a-t-il des éléments dans les activités de monsieur Paquette qui peuvent susciter ou amplifier les comportements problématiques? Y a-t-il suffisamment d'activités? Sont-elles assez gratifiantes ou trop exigeantes?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'activités. <p>L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE</p> <p>Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements problématiques de monsieur Paquette?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éloignement des toilettes, ▪ lieux mal éclairés, ▪ corridor encombré d'obstacles, ▪ absence d'équipement de soutien. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun. <p>L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</p> <p>Intervenants et autres usagers : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants et des autres usagers qui peuvent expliquer certains des comportements de monsieur Paquette?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incohérence dans les interventions. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bruits et mouvements faits par les usagers, ▪ incohérence dans les interventions, ▪ actions qui procurent de l'attention, ce qui encourage les comportements. <p>Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence ou de l'absence de la famille ou des proches sur monsieur Paquette?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suggestions nombreuses des parents qui amènent de l'incohérence dans les interventions et qui nuisent à

Repères	Les questions à se poser
	<p>l'application efficace de solutions.</p> <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ idem. <p>L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL</p> <p>Les croyances ou valeurs de monsieur Paquette peuvent-elles expliquer certains des comportements observés?</p> <p>1. Problème de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non. <p>2. Problème d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non.

ÉTAPE 2 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES OBSERVÉES

Repères	Les questions à se poser
<p>FORMULER DES HYPOTHÈSES LIÉES À LA PERSONNE OU À L'ENVIRONNEMENT</p>	<p>Formulez des hypothèses sur les causes possibles</p> <p>Problème de chute :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les besoins de boire et d'aller aux toilettes incitent monsieur Paquette à se lever, 2. La peur du noir amène monsieur Paquette à se lever, 3. La paralysie cérébrale cause une démarche chancelante, 4. Plusieurs aspects de l'aménagement physique augmentent le risque de chute : <ul style="list-style-type: none"> - éloignement des toilettes, - mauvais éclairage, - encombrement dans le corridor, - absence d'équipement de soutien, - incohérence des interventions ne permet pas l'application efficace de solutions. <p>Problème d'automutilation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La douleur reliée à la présence d'une otite déclenche les comportements, 2. Les bruits et les mouvements environnants déclenchent les comportements, 3. L'inactivité contribue à l'augmentation de la probabilité d'apparition des comportements, 4. L'incohérence des interventions contribue au déclenchement des comportements, 5. L'incapacité à communiquer ses malaises rend monsieur

Repères	Les questions à se poser
<p>ÉMETTRE UN JUGEMENT CLINIQUE</p>	<p>Paquette plus vulnérable, 6. L'attention des intervenants en rapport avec ces comportements renforce ces derniers.</p> <p>État de santé : La condition clinique de monsieur Paquette nécessite-t-elle une intervention rapide?</p> <p>Il faut intervenir rapidement dans les deux cas : chute et automutilation problématiques. Toutefois, le risque est plus élevé en ce qui concerne l'automutilation.</p> <p>Niveau de sévérité du risque de lésion : Le comportement de monsieur Paquette présente-t-il pour lui-même ou pour les autres un risque imminent nécessitant le recours à une mesure de contrôle?</p> <p>1. PROBLÈME DE CHUTE :</p> <p>Le problème de chute comporte un risque. Il est nécessaire de recourir à des mesures de remplacement. Le risque n'est pas suffisamment important, toutefois, pour justifier une mise sous contention.</p> <p>2. PROBLÈME D'AUTOMUTILATION :</p> <p>Le problème d'automutilation comporte un risque et nécessite l'utilisation en premier lieu de mesures de prévention et de traitement. En dernier ressort, une mesure de contention peut être appliquée (maintien physique selon les techniques d'intervention non abusives reconnues). Le risque n'est pas suffisant pour justifier des attache-poignets.</p>

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
<p>PLANIFIER LES INTERVENTIONS</p>	<p>Quels sont les buts recherchés par les interventions correctives?</p> <p>1. PROBLÈME DE CHUTE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuer le risque de chute tout en répondant aux besoins de l'utilisateur. <p>2. PROBLÈME D'AUTOMUTILATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éliminer les comportements d'automutilation tout en répondant aux besoins sous-jacents de l'utilisateur. <p>-----</p> <p>Pour diminuer le risque de chute, quelles seraient les meilleures <u>mesures de remplacement</u> possibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déposer un verre d'eau sur la table de chevet de l'utilisateur, - installer des veilleuses dans la chambre et le corridor, - enlever les obstacles dans le corridor, - installer une rampe de soutien, - rapprocher la chambre des toilettes, - maintenir une bonne communication entre les membres du personnel, - rencontrer régulièrement les parents pour les consulter et les informer. <p>Pour éliminer les comportements d'automutilation, quelles seraient les meilleures <u>mesures de prévention</u> possibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventions permettant d'éviter le comportement, d'éliminer ou d'atténuer les déclencheurs, d'encourager le bon comportement, de désamorcer un début d'escalade, etc.) <p>1. Contrôler les effets de l'otite chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - administrer quotidiennement des gouttes, - vérifier quotidiennement l'état de l'otite et la traiter au besoin, - effectuer un suivi médical régulier, - éviter les courants d'air, - s'assurer que l'utilisateur se couvre à l'extérieur. <p>2. Fournir des activités intéressantes qui permettront à la personne d'obtenir l'attention désirée</p> <p>3. Réduire les bruits environnants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avertir les usagers bruyants, - éloigner monsieur Paquette des sources de bruit, etc. <p>4. Offrir des alternatives à l'utilisateur au début d'une escalade du comportement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accès à une salle de repos,

Repères	Les questions à se poser
<p>PRIORISER LES INTERVENTIONS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - écoute de musique douce à l'aide d'écouteurs, etc. <p>5. Maintenir une bonne communication entre les membres du personnel.</p> <p>6. Rencontrer régulièrement les parents pour les consulter et les informer.</p> <p>Pour éliminer les comportements d'automutilation, quelles seraient les meilleures <u>mesures de traitement</u> possibles? (mesures visant un changement durable : élimination définitive de facteurs; enseignement à l'usager d'alternatives aux comportements problématiques; etc.)</p> <p>Augmenter les capacités de monsieur Paquette à utiliser des alternatives aux comportements d'automutilation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - montrer un signe pour communiquer qu'il a de la douleur et qu'il veut obtenir des gouttes, - montrer un signe pour communiquer son désir de se retirer dans la salle de repos, - montrer un signe pour communiquer son désir d'écouter de la musique douce avec des écouteurs. <p>Monsieur Paquette et ses parents ont-ils été mis à contribution dans la planification des interventions? A-t-on leur accord?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les proches ont participé à l'ensemble de la démarche. <p>Le plan d'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planifier les interventions à faire et leur donner un ordre de priorité.

Repères	Les questions à se poser
	<ul style="list-style-type: none"> - 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 de contention et en dehors de celles-ci, - les risques associés à l'utilisation de la contention. <ul style="list-style-type: none"> • 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)? <p>2. Les modalités d'application reliées à la mesure de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le problème à l'origine de l'utilisation de la contention (description de la raison justifiant le recours à la contention), - les mesures de remplacement essayées antérieurement à la contention, la durée de leur application et les résultats obtenus, - l'information transmise à la personne et à la famille, - la preuve du consentement libre et éclairé, - le moyen de contention retenu (ceinture, gilet, mitaines, attache aux poignets, etc.) et la taille de la contention, - les paramètres suivants : durée, fréquence et moment du recours à la contention, pauses, - la fréquence des visites de surveillance et les paramètres vérifiés (signes vitaux, état de conscience, etc.). Voir le module Paramètres de surveillance, - les activités planifiées en dehors des périodes de contention, - le comportement de la personne durant la période de contention, - le moment de la réévaluation de la mesure.

CORRIGÉ DE L'ÉTUDE DU CAS : LA SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE (ÉTAPE 4.3) (SUITE)

APPLICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Repères	Les questions à se poser
<p>LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION</p>	<p>PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE RELIÉS À LA MESURE DE CONTRÔLE EMPLOYÉE</p> <p>Les paramètres de surveillance pour toute la période de mise sous contention ou d'isolement sont les suivants :</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, au besoin et selon l'ordonnance du professionnel, des signes vitaux et de l'état de la peau; 3. la vérification du niveau de conscience de la personne sous contention ou en isolement; 4. l'observation visuelle proximale du rythme respiratoire au besoin; 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 la personne mise sous contention ou en isolement; 8. le changement au besoin de position de la personne sous contention ou en isolement et l'examen de la position reliée à la contention; 9. le respect des indications d'arrêt et de reprise de la mesure retenue, y compris les périodes de repos sans contention; 10. la réévaluation aux moments prévus dans le plan d'intervention ou dans l'ordonnance du professionnel; 11. le maintien de la communication et de la relation avec la personne sous contention ou en isolement durant toute la période d'application de la contention.

CORRIGÉ DE L'ÉTUDE DU CAS : LA SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE (ÉTAPE 5) (SUITE)

RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

Repères	Les questions à se poser
RÉÉVALUER ET RÉAJUSTER	<p>RÉÉVALUATION DU PLAN D'INTERVENTION</p> <p>État de santé physique, mentale et psychologique</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'adapter ou de compléter les interventions en fonction des besoins évolutifs de la personne.</p> <p>Pour monsieur Paquette, les aspects à surveiller pourraient être les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fréquence des chutes la nuit, • fréquence et intensité des comportements d'automutilation, • état de santé en général et de l'otite en particulier, • bien-être général. <p>EFFICACITÉ DU PLAN D'INTERVENTION</p> <p>Les mesures de remplacement, de prévention et de traitement ont-elles été efficaces? Si non, y a-t-il d'autres mesures envisageables?</p> <p>Pour évaluer l'efficacité du plan d'intervention, les aspects suivants pourraient être vérifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réalisation des diverses mesures de remplacement prévues la nuit et effets de ces mesures sur monsieur Paquette : <ul style="list-style-type: none"> - verre d'eau sur la table de chevet, - installation de veilleuses, - rampe de soutien, etc. • réalisation des mesures de prévention et de traitement en relation avec l'automutilation et effets de ces mesures sur monsieur Paquette : <ul style="list-style-type: none"> - programme d'activités, - enseignement de stratégies alternatives, - communication entre les membres du personnel, - relation avec les parents, etc. <p>DÉCISION RELATIVE À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT</p> <p>L'application de la mesure de contrôle est-elle toujours pertinente?</p> <p>Pour se prononcer sur la pertinence de poursuivre les mesures de contrôle, les aspects suivants peuvent être considérés :</p>

Repères	Les questions à se poser
	<ul style="list-style-type: none"> • réactions de l'utilisateur à la mesure de contention (maintien physique); • vérification du risque présenté par les comportements d'automutilation. <p>RÉAJUSTEMENT DU PLAN D'INTERVENTION</p> <p>Y a-t-il des interventions qui doivent être ajustées ou complétées en fonction des besoins évolutifs de la personne?</p> <p>À préciser...</p>

ANNEXE 7

CORRIGÉ : LE CONSENTEMENT ET MOI !

1. La seule chose à faire pour respecter la Loi relativement au consentement est de demander une signature à la personne 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 d'intervenants.

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 clinique, 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, les avantages et inconvénients relativement à d'autres façons de faire, ainsi que les mesures de suivi et de surveillance envisagées.

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

3. Dans certains cas, la personne ne pourra pas consentir elle-même à l'application des mesures de contrôle. Le consentement pourrait se faire alors 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 (C.c.Q.)* 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.
4. 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, serait menacée);
- 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**.

5. 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.

6. 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,

l'équipe clinique devra repasser à travers tout le processus de consentement chaque fois que la condition clinique de l'utilisateur changera et qu'elle 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'intervention (« 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'intervention, **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'intervention ainsi qu'un nouveau consentement de la part de l'utilisateur ou de sa famille.

7. 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 d'appliquer une contention (mais pas une mesure d'isolement), 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.

Dans les CRDITED, les personnes responsables de décider de l'application des mesures de contrôle sont identifiées dans le protocole entériné par le conseil d'administration de l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUDOIN, C., Des personnes âgées enfin libérées, dans *Objectif Prévention*, vol. XXVIII, n° 5 (2005), p. 30-31.
- BERNARD, S., Étude descriptive de l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées hébergées en centres d'hébergement et de soins de longue durée, Mémoire de maîtrise présenté à l'Université Laval, Québec, 1999, 99 p.
- BOWER, F. L., McCullough, C. S. et Timmons, M. E., A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings : 2003 updates, dans *The Online Journal of knowledge synthesis for nursing*, Volume X, (2003), document 1.
- Bureau des matériels médicaux 2001 : SANTÉ Canada, L'utilisation des côtés de lit à l'hôpital, dans les foyers de soins et dans le cadre des soins à domicile, [en ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca> [page consultée le 23 août 2006].
- CAPEZUTI, Elizabeth, Greg MAISLIN, Neville STRUMPF, *et alii*, «Side Rail Use and Bed-Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents », dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. L, n° 1 (janvier 2002), p. 90-96.
- CAPEZUTI, Elizabeth, Neville STRUMPF, Lois K. EVANS, *et alii*, «The Relationship Between Physical Restraint Removal and Falls and Injuries Among Nursing Home Residents», dans *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. LIII, n° 1 (janvier 1998), p. 47-52.
- DURAND, Pierre J., Concordance entre la déclaration et l'observation de la contention physique en soins de longue durée. Thèse inédite, Université Laval, Québec, 1993.
- EJAZ, F. K., Jones, J. A. et Rose, M. S., Falls among nursing home residents : an examination of incident reports before and after restraint reduction programs, dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XLII, no 9, (1994), p. 960-964.
- GAGNON, R. et Roy O. La contention physique, dans P. VOYER [dir.], Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 311-324.
- GARDNER, W.I. Aggression and other Disruptive Behavioral Challenges; Biomedical and psychosocial Assessment and treatment, Kingston, NADD Press, 2002, 412 p.

- GARDNER et al. Practice Guidelines for Diagnostic, Treatment and Related Support Services for People with Developmental Disabilities and Serious Behavioral Problems, Kingston, NADD Press, 2006, 51 p.
- GOLDSMITH, J., Freeing the ties that bind, dans *Reflections*, vol. XXII, n° 3 (1996), p. 8-10.
- GRIFFITHS, D.M., W.I. Gardner et J.A. NUGENT, Behavioral Support : Individual Centered Interventions. A Multimodal Functional Approach, Kingston, NADD Press, 1998, p. 67-76.
- GUIRGUIS, E. F. et Durost, H. B., The role of mechanical restraints in the management of disturbed behaviour, dans *Canadian Psychiatry Association Journal*, vol. XXIII, n° 4 (1978), p. 209-219.
- MEYER, R.M., Kraenzle, R.N., German, J. & Morely, M.B., The effect of reduction in restraint use on falls and injuries in two nursing home, *Nursing Home Medecine*, Volume 2, numéro 6, 1994, p. 23-26.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle, [en ligne] <http://www.msss.gouv.qc.ca> [page consultée le 23 août 2006].
- NEUFELD, R. R., LIBOW, L. S., FOLEY, W. J., DUNHAR, J. M., COHEN, C. ET B. BREUER, Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents, dans *Journal of American Geriatric Society*, vol. XLVII, n° 10 (1999), p. 1202-1207.
- OLIVER, D., Bed falls and bedrails - what should we do?, dans *Age and aging*, vol. XXXI, (2002), p. 415-418.
- PHILLIPS, Charles D., Catherine HAWES, and Brat E. FRIES, Reducing the use of physical restraints in nursing homes : will it increase costs? *American Journal of Public Health*, vol. LXXXIII, (1993), p. 342-348.
- ROY, O. ET AUTHIER, M., Utilisation de la contention physique, dans *La Gérontoise*, vol. XVII, no 2 (2006), p. 4-13.
- WERNER, P., G. MENDELSSON, Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people : testing the theory of reasoned action, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, no 5, septembre 2001, p. 784-791.
- ZUN, L. et DOWNEY, L., The use of seclusion in emergency medicine, dans *General Hospital Psychiatry*, vol. XXVII, (2005), p. 365-371.

