

ÉVALUATION DES PRATIQUES, DES BARRIÈRES ET DES FACILITATEURS RELIÉS
À L'IMPLANTATION DES MESURES DE REMPLACEMENT DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT
DANS LE RUIS DE L'UNIVERSITÉ Laval

Rapport d'évaluation 05-13

Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé
(UETMIS)

Octobre 2013



**ÉVALUATION DES PRATIQUES, DES BARRIÈRES ET DES FACILITATEURS RELIÉS
À L'IMPLANTATION DES MESURES DE REMPLACEMENT DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT
DANS LE RUIS DE L'UNIVERSITÉ LAVAL**

Rapport d'évaluation 05-13

préparé par

Marc Rhainds¹, MD, M.Sc., FRCPC
Diane Lalancette², M.A.
Lynda Bélanger¹, Ph.D.
Mélanie Hamel¹, Ph.D.
Martin Coulombe¹, M.Sc., M.A.P.

**1 Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Direction de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique
CHU de Québec**

**2 Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
Institut universitaire de santé mentale de Québec**

Octobre 2013

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec.

COORDINATION

Docteur Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique, UETMIS, CHU de Québec

Monsieur Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation, Direction de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique (DEQPS), CHU de Québec

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGE

Madame Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation, DEQPS, CHU de Québec

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'UETMIS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec

10, rue de l'Espinay

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4444 poste 54682

Courriel : francine.daudelin@chug.qc.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du CHU de Québec (UETMIS-CHU de Québec). Évaluation des pratiques, des barrières et des facilitateurs de l'implantation des mesures de remplacement de la contention et de l'isolement dans le RUIS de l'Université Laval - Rapport d'évaluation préparé par Marc Rhainds, Diane Lalancette, Lynda Belanger, Mélanie Hamel, Martin Coulombe (UETMIS 05-13), Québec, 2013, XV-50 p.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte.

Les photos et images utilisées dans ce document sont libres de droits d'auteur.

Copyright © 2013 UETMIS du CHU de Québec.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

FINANCEMENT

Ce projet a été réalisé grâce au financement obtenu de la Table du RUIS de l'Université Laval en évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé et en services sociaux avec la contribution additionnelle du CHU de Québec et de l'Institut universitaire de santé mentale de Québec.

RESPONSABILITÉ

Ce document présente les informations disponibles jusqu'en mai 2012 selon la méthodologie de recherche documentaire développée pour ce projet. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause. Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CHU de Québec, de l'IUSMQ, de leur personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CHU de Québec, l'IUSMQ, les membres du groupe de travail de même que les membres du Conseil scientifique de l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté par les auteurs.

REMERCIEMENTS

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHU de Québec remercie :

Monsieur Normand Boucher de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) pour les conseils en analyse de données qualitatives

Dr Nicholas Brousseau pour sa contribution au projet pendant son stage de médecin résident R5 en santé communautaire

Madame Nathalie Jauvin du CSSS de la Vieille-Capitale pour les conseils en analyse de données qualitatives

Mesdames Marie-Pierre Gagnon, Marie Desmartis et Mylène Tantchou Dipankui pour le développement des outils et l'organisation des groupes de discussion avec les patients et leurs représentants dans le cadre de leurs travaux de recherche

Les membres du groupe de travail interdisciplinaire (voir Annexe 1) pour avoir répondu aux questionnaires, organisé des groupes de discussion et participé aux réunions

Les intervenants du CSSS Alphonse-Desjardins, du CSSS de Portneuf et de l'IUSMQ pour les cas traceurs

Un remerciement tout particulier à Madame Mélanie Hamel de l'UETMIS du CHUQ qui a piloté ce projet d'évaluation avec toute son énergie et son cœur afin de lui donner un sens auprès des partenaires du RUIS-UL. Nous dédions ce rapport à la mémoire de Mélanie et à la grandeur de cette collègue et amie qui, à la suite de son combat contre la maladie, nous a malheureusement quittés au printemps 2012. Merci pour tout, Mélanie, et puisse ton souvenir inspirer les membres de notre UETMIS à se dépasser dans la réalisation de leurs projets futurs.

AVANT-PROPOS

L'UETMIS du CHU de Québec a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie, d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante à laquelle s'ajoute une nouvelle problématique.

Un rapport d'évaluation consiste en une synthèse et une analyse des connaissances basées sur une revue étendue de différentes sources de documentation disponibles menant à l'élaboration de constats et de recommandations. Il est approuvé par le Conseil scientifique de l'UETMIS.

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS DU CHU DE QUÉBEC

D^re Régine Blackburn, directrice adjointe, Direction des services professionnels

M^me Katia Boivin, représentante du Conseil multidisciplinaire

M^me Rose-Anne Buteau, représentante de la Direction des soins infirmiers

M. Robert J. Côté, représentant du Comité des usagers

D^re Marie-Pierre Gagnon, chercheure de l'Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé

M^me Martine Lachance, directrice, Direction clientèle - Médecine

M. Daniel La Roche, directeur, Direction de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique (DEQPS)

D^re Isabelle Marc, représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M. Luc Ménard, représentant du Conseil des infirmiers et infirmières

M^me Marie-Claude Michel, pharmacienne coordonnatrice du Programme de gestion thérapeutique des médicaments

M^me Karen Samson, représentante du Service des technologies biomédicales

M. Stéphane Tremblay, représentant de la Direction des services multidisciplinaires

L'ÉQUIPE DE L'UETMIS DU CHU DE QUÉBEC

M^me Geneviève Asselin, agente de programmation, de planification et de recherche

M^me Mélissa Blouin, agente de programmation, de planification et de recherche

M. Martin Bussières, agent de programmation, de planification et de recherche

M. Martin Coulombe, adjoint au directeur – module Évaluation, DEQPS

M^me Francine Daudelin, technicienne en administration, module Évaluation

M^me Brigitte Larocque, agente de programmation, de planification et de recherche

M. Sylvain L'Espérance, agent de programmation, de planification et de recherche

D^r Marc Rhainds, cogestionnaire médical et scientifique des activités d'ETMIS

SOMMAIRE

L'utilisation de mesures de contention et d'isolement dans les établissements de santé est une pratique hautement controversée et soulevant de nombreux enjeux éthiques compte tenu de la nature restrictive de ces interventions et des conséquences négatives possibles pour les patients. La Table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) a priorisé à l'automne 2010 la réalisation d'un projet d'évaluation pour dresser un portrait de l'utilisation des mesures de remplacement dans les établissements de soins de son territoire. La Table a confié à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHUQ (maintenant CHU de Québec) le mandat de réaliser ce projet d'évaluation en collaboration avec l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ).

Ce projet a mis à contribution un groupe de travail interdisciplinaire impliquant des intervenants d'une vingtaine d'établissements de six régions du RUIS-UL. Le portrait des pratiques de même que les barrières et facteurs facilitant l'utilisation des mesures de remplacement à la contention et à l'isolement ont été identifiés par l'étude de cas traceurs, une enquête par questionnaire menée dans 39 milieux de soins ainsi que des groupes de discussions réalisés auprès d'intervenants, de gestionnaires, d'usagers des services de santé mentale et de proches des usagers des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

À la lumière des données collectées, l'UETMIS établit des constats en lien avec 1) la réduction du recours aux mesures de contrôle, 2) les rôles des mesures de remplacement, 3) la formation, le développement et le maintien des compétences du personnel, 4) l'implication des familles et des pairs aidants dans l'épisode de soins, 5) l'évolution de la culture organisationnelle ainsi que sur 6) la culture de la mesure et de l'évaluation. Des recommandations sont formulées à l'attention du RUIS-UL, des agences de la santé et des services sociaux ainsi que des établissements.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	III
AVANT-PROPOS	IV
SOMMAIRE	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES.....	IX
RÉSUMÉ.....	X
1. INTRODUCTION	1
2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION.....	2
2.1 QUESTION DÉCISIONNELLE	2
2.2 QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	2
3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION	3
3.1 GROUPE DE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE	3
3.2 CADRE D'ANALYSE.....	3
3.3 COLLECTE DES DONNÉES.....	3
3.4 COLLECTE DE DONNÉES	4
3.3.1 ÉTUDE DE CAS TRACEURS	4
3.3.2 ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE	4
3.3.3 GROUPES DE DISCUSSION.....	5
3.3.4 GROUPES DE DISCUSSION AUPRÈS D'UTILISATEURS DE SERVICES ET DE LEURS PROCHES.....	6
3.4 APPROBATION ÉTHIQUE	7
4 INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LES MESURES DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT	8
5 RÉSULTATS	10
5.1 DESCRIPTION DES PARTICIPANTS	10
5.1.1 <i>Enquête par questionnaire</i>	10
5.1.2 <i>Groupes de discussion auprès des intervenants</i>	11
5.1.3 <i>Groupes de discussion auprès des utilisateurs de services et de leurs proches</i>	11
5.2 PORTRAIT DES PRATIQUES LIÉES À L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE	11
5.2.1 <i>Types de mesures de contrôle selon les milieux de soins</i>	11
5.2.2 <i>Raisons associées à l'application d'une mesure de contrôle</i>	12
5.2.3 <i>Mesures de contrôle selon l'intention thérapeutique</i>	12
5.2.4 <i>Procédures menant à l'application d'une contention</i>	13
5.2.5 <i>Avantages et inconvénients liés aux mesures de contention</i>	14
5.3 PORTRAIT DES PRATIQUES LIÉES À L'APPLICATION DES MESURES DE REMPLACEMENT	15
5.3.1 <i>Type de mesures alternatives les plus utilisées selon les milieux de soins</i>	15
5.3.2 <i>Accessibilité des mesures de remplacement</i>	16
5.3.3 <i>Préoccupations associées à l'utilisation des mesures de remplacement</i>	16
5.3.4 <i>Avantages et inconvénients associés à l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement</i>	17
5.3.5 <i>Barrières et facilitateurs associés à l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement</i>	19
5.4 FACTEURS DE SOUTIEN À L'APPLICATION DES MESURES DE REMPLACEMENT	20
5.4.1 <i>Formation du personnel</i>	20
5.4.2 <i>Règlement, politique et autres outils</i>	21
5.4.3 <i>Comités</i>	22
5.4.4 <i>Système d'information et de compilation des données</i>	23
5.4.5 <i>Patient et famille</i>	23

5.4.5.1 Perspective des intervenants.....	23
5.4.5.2 Perspective des utilisateurs de service et de leurs proches	23
6 DISCUSSION.....	26
6.1 LA RÉDUCTION DES MESURES DE CONTRÔLE DANS LES ÉTABLISSEMENTS: UN DÉFI MULTIFACTORIEL QUI NE SE LIMITE PAS QU'AUX MESURES DE REMPLACEMENT.....	26
6.2 LES MESURES DE REMPLACEMENT DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT : MIEUX DÉFINIR LEURS RÔLES DANS L'ÉPISODE DE SOINS	28
6.3 LA FORMATION, LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES DU PERSONNEL : UN PIVOT INDISPENSABLE.....	28
6.4 L'IMPPLICATION DES FAMILLES ET DES PAIRS AIDANTS DANS L'ÉPISODE DE SOINS : UN PARTENARIAT À CONSOLIDER	29
6.5 FAIRE ÉVOLUER LE PARADIGME DE LA CULTURE ORGANISATIONNELLE CENTRÉE SUR LA SÉCURITÉ ET LA GESTION DU RISQUE.	29
6.6 PROMOUVOIR ET RENDRE DISPONIBLE LES RESSOURCES POUR DÉVELOPPER UNE CULTURE DE LA MESURE ET DE L'ÉVALUATION	29
7. RECOMMANDATIONS	31
8. CONCLUSION.....	33
ANNEXES	34
BIBLIOGRAPHIE.....	50

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1 DÉFINITIONS MINISTÉRIELLES	9
TABLEAU 2. RÉPARTITION RÉGIONALE DES ÉTABLISSEMENTS ET MILIEUX DE SOINS AYANT PARTICIPÉ AU PROJET	10
TABLEAU 3 MESURES DE CONTRÔLE LE PLUS FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES SELON LES MILIEUX DE SOINS.....	12
TABLEAU 4 PRINCIPALES RAISONS ASSOCIÉES À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE SELON LE TYPE DE MILIEUX DE SOINS	12
TABLEAU 5. AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AUX MESURES DE CONTENTION RAPPORTÉS PAR LES INTERVENANTS	15
TABLEAU 6. MESURES DE REMPLACEMENT LES PLUS SOUVENT MENTIONNÉES PAR LES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE	16
TABLEAU 7. PROPORTION DES MILIEUX DE SOINS AYANT RAPPORTÉ DES PRÉOCCUPATIONS FACE À L'UTILISATION DE CERTAINES MESURES DE REMPLACEMENT (N=22).....	17
TABLEAU 8 AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES MESURES DE REMPLACEMENT SELON LES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION	19
TABLEAU 9. FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DES MESURES DE REMPLACEMENT SELON LES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE	20
TABLEAU 10 CATÉGORIES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CIBLÉES POUR LA FORMATION DANS LES MILIEUX DE SOINS	21

TABLEAU 11 OUTILS MIS À LA DISPOBILITÉ DES INTERVENANTS DANS LES MILIEUX DE SOINS.....	22
FIGURE 1 – PRINCIPAUX FACTEURS ASSOCIÉS À L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE	4
FIGURE 2 – MODÈLE AYANT SERVI À GUIDER LE DÉVELOPPEMENT DES THÈMES ABORDÉS DANS LES GROUPES DE DISCUSSION	6

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AS	Aides à la surveillance
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
CDA	Courte durée autres clientèles
CDP	Courte durée en psychiatrie
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CHA	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETMIS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IUSMQ	Institut universitaire de santé mentale de Québec
LDG	Longue durée en gériatrie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAB	Préposés aux bénéficiaires
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
SC	Surveillance constante
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

RÉSUMÉ

L'utilisation de mesures de contention et d'isolement dans les établissements de santé est une pratique hautement controversée et soulevant de nombreux enjeux éthiques compte tenu de la nature restrictive de ces interventions et des conséquences négatives possibles pour les patients. Les orientations ministérielles au Québec préconisent, pour diminuer le plus possible le recours aux mesures de contention et d'isolement, l'implantation dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de mesures de remplacement qui seraient plus respectueuses de la dignité des usagers. Toutefois, très peu de balises ont été établies quant à la nature des alternatives à préconiser, à la façon de les planter et au suivi qui devrait en être fait par les établissements. De plus, la valeur et l'utilité des mesures alternatives existantes demeurent à préciser. À l'automne 2010, un projet visant à dresser un portrait de l'utilisation des mesures de remplacement dans les établissements de soins de son territoire a été priorisé par la Table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL). La Table a confié à l'UETMIS du CHUQ (maintenant du CHU de Québec), le mandat de réaliser ce projet d'évaluation en collaboration avec l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ).

Question décisionnelle

Quelles sont les mesures alternatives les plus appropriées pour réduire le recours à la contention et à l'isolement chez les adultes dans les milieux de soins d'hébergement de longue durée et de courte durée en psychiatrie, en médecine, en chirurgie, en gériatrie et en réadaptation au sein des établissements du RUIS-UL?

Questions d'évaluation

- i) Quelles sont les pratiques actuelles concernant l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement dans les milieux de soins d'hébergement de longue durée, de courte durée en psychiatrie, en médecine, en chirurgie, en gériatrie et en réadaptation au sein des établissements du RUIS-UL?
- ii) Quelles sont les conditions propices et les contraintes à l'implantation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement dans les milieux de soins d'hébergement de longue durée et de courte durée en psychiatrie, en médecine, en chirurgie, en gériatrie et en réadaptation au sein des établissements du RUIS-UL?

Méthodologie

Groupe de travail interdisciplinaire

En décembre 2010, un groupe de travail interdisciplinaire, incluant des experts et des intervenants en psychiatrie et en gériatrie de plusieurs établissements du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches a été constitué pour soutenir l'UETMIS dans la réalisation de ses travaux. Les membres de ce groupe de travail se sont rencontrés à trois reprises soit le 15 décembre 2010, le 5 octobre 2011 et le 3 mai 2012.

Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse sur lequel repose l'élaboration du présent projet a guidé l'élaboration du questionnaire utilisé dans le cadre de l'enquête conduite auprès des personnes clés des milieux de soins. Il a également servi à l'identification des thèmes abordés dans le cadre des groupes de discussion avec les intervenants et les gestionnaires. Le modèle situe les principaux facteurs influençant la décision de recourir à une mesure de contrôle et les conséquences associées à ces mesures. Les facteurs considérés sont ceux reliés au patient, à l'environnement humain de même qu'à l'environnement physique, organisationnel et culturel.

Collecte des données

Les données présentées dans ce rapport proviennent de sources variées d'information et ont été recueillies à l'aide de méthodologies complémentaires à la fois quantitatives et qualitatives. Dans un premier temps, une étude de cas traceurs a

été réalisée afin de comprendre le contexte global dans lequel les mesures de contrôle et les mesures de remplacement sont utilisées. Par la suite, une enquête par questionnaire a été effectuée auprès d'intervenants clés des établissements du RUIS-UL participant à ce projet. Des groupes de discussion ont également été tenus avec des intervenants et des gestionnaires de certains établissements. Enfin, des groupes de discussion ont été tenus avec des usagers ayant vécu l'expérience de la contention ou de l'isolement et avec des représentants de groupes d'intérêts pour la défense des droits des patients. Ce dernier volet du projet a été réalisé en collaboration avec un groupe de recherche en transfert des connaissances composé de chercheurs de l'Université Laval et du Centre de recherche du CHUQ. Enfin, la documentation concernant l'utilisation des mesures de contrôle ainsi que de leurs alternatives a été recueillie dans certains milieux de travail. Ce projet, incluant le volet de recherche a fait l'objet d'une approbation par le Comité d'éthique de la recherche du CHUQ - Hôpital Saint-François d'Assise.

Résultats

Description des participants

L'enquête par questionnaire s'est déroulée de février à mai 2011 et a porté sur 39 milieux de soins provenant de 20 établissements de santé, soit 14 CSSS, deux centres hospitaliers, deux CRDI et deux instituts universitaires (réadaptation physique et santé mentale). Les établissements sondés du RUIS-UL provenaient à 40 % des régions éloignées, 35 % des régions périphériques et intermédiaires et 25 % de la région universitaire. Quatre types de milieux de soins sont représentés dans l'échantillon :

- Soins de courte durée en psychiatrie (CDP); n = 9 (23 %)
- Soins de longue durée en gériatrie (LDG); n = 16 (41 %)
- Soins de courte durée - autres clientèles (CDA) en médecine, chirurgie, gériatrie; n = 11 (28 %)
- Soins dans des milieux de réadaptation en déficience intellectuelle ou physique; n = 3 (8 %)

Dix groupes de discussion auprès d'intervenants ont été réalisés entre le 31 janvier et le 20 juin 2011, soit six groupes en région universitaire (60 %), trois en région intermédiaire (30 %) et un en région éloignée (10 %). Huit groupes étaient composés de cliniciens et de membres du personnel de soutien alors que deux autres regroupaient exclusivement des gestionnaires. Au total, huit groupes de discussion ont été réalisés auprès de la clientèle, soit cinq groupes avec des utilisateurs de services en santé mentale et trois auprès des proches de résidents en centres d'hébergement.

Portrait des pratiques liées à l'application des mesures de contrôle et de remplacement

Mesures de contrôle

Diverses mesures de contrôle ont été rapportées par les participants à l'enquête et aux groupes de discussion. Les mesures les plus fréquemment mentionnées ont été regroupées en catégories et incluent les ceintures abdominales ou pelviennes (77%), les ridelles de lits (56%), les fauteuils (49%), la salle d'isolement (38%) et la demi-porte (33%). Par ailleurs, un certain nombre d'établissements ont mentionné ne pas avoir recours à des mesures d'isolement (23 %) ou de contention (3 %). Le choix des mesures de contention utilisées varierait selon les milieux de soins. Par exemple, les ridelles de lit seraient principalement utilisées dans les milieux de soins de longue durée en gériatrie et de courte durée en médecine, chirurgie et gériatrie alors que les attaches aux poignets et aux chevilles seraient davantage utilisées en milieux de courte durée en psychiatrie. L'enquête a permis de mettre en évidence cinq raisons principales évoquées pour justifier le recours à une mesure de contrôle. Il s'agit de l'agitation, du risque de chutes, de l'assaut physique, des comportements perturbateurs ainsi que des comportements autodestructeurs. Ici encore, des différences sont observées en fonction des milieux de soins. Selon les informations recueillies, une même intervention peut être perçue, dépendamment du contexte et du but visé, comme étant une mesure de contention ou une mesure de remplacement. Quatre mesures, soient les ridelles de lit, la demi-porte, les ceintures avec attache à l'avant et le fauteuil gériatrique avec tablette, font plus particulièrement l'objet de perceptions différentes entre les intervenants et les milieux de soins.

Dans l'ensemble, les intervenants ont rapporté être au courant de l'existence d'un protocole balisant le processus décisionnel ainsi que l'application et le retrait des mesures de contrôle dans leur établissement. Ils rapportent connaître les actions devant être menées avant que ne soit appliquée une mesure de contrôle. Cependant, plusieurs différences ont été

observées entre les établissements et même entre les unités d'un établissement quant aux principales étapes et procédures à suivre. Il s'agit de la démarche décisionnelle, de la durée d'application de la mesure de contrôle, du suivi en cours d'utilisation de la contention ou de la période d'isolement, de la décision de retirer une mesure de contrôle et du suivi après le retrait d'une mesure de contrôle.

L'utilisation d'une mesure de contrôle génère des sentiments partagés chez les intervenants. Bien que des avantages soient perçus dans certaines circonstances, des inconvénients ont également été rapportés au regard de la peur d'infliger des blessures, du respect des droits et de la dignité de l'usager, de la peur de poursuites judiciaires et des impacts négatifs sur l'organisation du travail. L'utilisation des mesures de contrôle génère des perceptions et des sentiments contradictoires pour les familles également.

Mesures de remplacement

Dans l'ensemble, les participants aux groupes de discussion adhèrent à la définition d'une mesure de remplacement correspondant à celle proposée par le MSSS. Ils précisent toutefois qu'au-delà de la définition, une mesure de remplacement doit répondre aux besoins de la personne et être adaptée à la situation. Les mesures de remplacement rapportées les plus fréquemment incluent : 1) les technologies d'aide à la surveillance visant à assister le personnel dans ses tâches de surveillance des usagers (p.ex. bandes sensitives, bracelets antifugues, détecteurs de mouvement), 2) les approches comportementales, 3) les activités planifiées (activités sociales, de loisirs et activités physiques), 4) l'adaptation de l'environnement et des lieux physiques (p.ex. éclairage, revêtement des planchers) afin d'assurer la sécurité de la personne et 5) la surveillance directe par du personnel. La majorité des intervenants consultés considèrent que les mesures de remplacement sont généralement accessibles dans leur milieu de soins. Cependant, ils déplorent les délais importants avant d'obtenir le matériel demandé en invoquant notamment des enjeux de sécurité pour les patients.

Les principales préoccupations soulevées par les intervenants au regard de l'utilisation des mesures de remplacement portent sur l'efficacité, les coûts, la sécurité, et la qualité de vie des patients incluant des aspects liés à la dignité. Deux mesures sont particulièrement visées, soit la surveillance directe et les technologies d'aide à la surveillance. D'ailleurs, plusieurs intervenants sont inquiets de l'augmentation de l'utilisation de la surveillance constante dans leur milieu et des conséquences que cela engendre sur les plans organisationnel et financier.

Parmi les avantages des mesures de remplacement identifiés pour les usagers figurent la diminution du recours à la contention et à l'isolement, l'augmentation de la sécurité, la préservation de la mobilité et de la force musculaire. Le bruit lié aux nombreuses fausses alertes avec l'utilisation des systèmes de mobilité est rapporté comme un inconvénient avec ce type de mesure qui incommode à la fois le patient lui-même, les autres patients et les intervenants. L'utilisation des appareils d'aide à la surveillance peut également créer avec le temps un faux sentiment de sécurité chez le personnel et réduire ainsi la vigilance pour assurer la sécurité des usagers. Certains désavantages ont aussi été rapportés avec l'utilisation de la surveillance directe qui peut notamment déclencher chez le patient une réaction d'anxiété et d'agressivité. Le recours à du personnel peu expérimenté (p.ex. agent de sécurité) pour répondre adéquatement aux attentes spécifiques liées à l'application de cette mesure peut représenter une menace à la sécurité des patients et même des surveillants.

Les éléments clés pouvant faciliter l'utilisation des mesures de remplacement incluent la disponibilité du matériel, un aménagement physique de soins adapté et sécuritaire, une ouverture de l'organisation aux mesures de remplacement, la communication, l'élaboration de politiques et procédures ainsi que du personnel en nombre suffisant, stable et possédant une bonne expertise. La disponibilité d'un plan d'intervention élaboré par une équipe interdisciplinaire avec le soutien des familles est également au nombre des facilitateurs. La surcharge de travail, le danger d'agressions physiques par les patients, les craintes du personnel quant aux risques de blessures ainsi que le travail en silo des comités sont mentionnés parmi les barrières possibles à l'application des mesures de remplacement.

Facteurs de soutien à l'application des mesures de remplacement

Formation du personnel

Dans la majorité des milieux de soins (85 %), la formation dispensée était celle développée par le MSSS. Cette formation a été combinée dans 55 % des milieux à une autre formation reliée à la contention, à l'isolement et aux mesures de remplacement. La durée de la formation offerte aux intervenants n'est pas uniforme entre les établissements consultés et varie également au sein d'un même établissement et en fonction de la catégorie de professionnels. La majorité des milieux sondés (69 %) offrent une formation d'une journée dispensée une seule fois en cours d'emploi ou à l'embauche. L'offre de formation est plus élevée dans les milieux de soins de courte durée aigüe, soit 91% comparativement à 57 % dans les milieux de longue durée.

Règlement, politique et autres outils

Plusieurs éléments organisationnels structurants pour soutenir l'utilisation des mesures de remplacement ont été rapportés. Les catégories d'outils les plus fréquemment utilisés dans les milieux de soins pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement sont les protocoles (69 %) ainsi que les règlements et politiques (44 %). Dans l'ensemble des milieux de soins consultés, 10% ont mentionné la nécessité d'obtenir par écrit un consentement auprès de la personne lorsqu'il est envisagé d'utiliser une mesure de contrôle. Aux dires des intervenants, l'utilisation de ces divers outils dans les milieux où leur déploiement serait davantage encouragé, rend plus contraignante l'application des mesures de contention et d'isolement !

Comités

Plusieurs comités ciblant des thématiques en lien notamment avec les alternatives aux contentions, la prévention des chutes, la diminution de la surveillance et la réduction des contentions ont été mis en place dans les milieux de soins. La présence de ces comités faciliterait la mise à jour des outils utilisés et des formations à organiser dans les établissements. Cependant, le travail en silo de ces comités nuit parfois à la démarche pour faciliter le recours aux mesures de remplacement.

Système d'information et de compilation des données

Une grande proportion des établissements (92 %) ont affirmé avoir mis en place une collecte de données concernant l'utilisation des mesures de contrôle. Toutefois, aucun ne compile d'information sur l'application des mesures de remplacement. La fiabilité des données est remise en question dans certains des milieux de soins. La sous-déclaration des mesures de contrôle et les retards dans la mise à jour des données figurent parmi les principaux enjeux rapportés. La sous-utilisation des données incluant l'absence de rétroaction au personnel est une lacune mentionnée dans la plupart des milieux de soins.

Patients et familles

Perspective des intervenants

L'influence qu'exercent les familles dans l'utilisation des mesures de remplacement a été soulignée par une majorité d'intervenants. L'implication de la famille dans l'épisode de soins est perçue parfois comme un facilitateur et, à d'autres occasions, comme un obstacle.

Perspective des utilisateurs de services et de leurs proches

Bien que les utilisateurs de services perçoivent la contention et l'isolement comme des mesures justifiées lorsque la sécurité des autres patients ou du personnel est menacée, ils décrivent généralement son usage comme une expérience négative et traumatisante. Les proches de résidents en centre d'hébergement qui ont été consultés sont en faveur de l'utilisation des mesures de remplacement, mais ils sont également d'avis qu'il n'est pas toujours possible de se passer

des mesures de contention (ceintures et ridelles) avec certains résidents. L'utilisation de la contention devrait être évaluée pour chaque situation particulière, en considérant si des mesures de remplacement sont applicables, et ce, en consultation avec la famille. Selon les participants, une attitude d'écoute de la part du personnel, jumelée à une approche de communication et centrée sur l'évaluation des besoins du résident, sont des mesures favorables à la création d'un milieu de vie pouvant contribuer à réduire l'usage de la contention. Une approche qui favorise la compréhension des causes sous-jacentes du comportement perturbateur pourrait permettre d'intervenir plus efficacement auprès de la personne. Le pair aidant ayant une connaissance expérientielle des problèmes vécus par les usagers semble être la personne la mieux placée pour jouer ce rôle en milieu de soins psychiatriques. La stabilité du personnel est une condition nécessaire pour créer un environnement favorable. L'aménagement des lieux physiques est également important pour la création d'un milieu de vie en soins de longue durée. La surveillance directe est parfois perçue comme une mesure d'isolement par les participants. Elle pourrait être une mesure intéressante si elle permet d'accompagner le résident dans ses activités. Par exemple, le regroupement des résidents au sein d'une même activité peut favoriser la surveillance par un seul préposé.

Discussion

Plusieurs constats se dégagent de cette analyse systémique où des sources variées d'information, incluant des groupes de discussion auprès des proches et des patients, ont été triangulées pour dresser un portrait le plus fidèle possible des pratiques liées aux mesures de remplacement dans les établissements de santé du RUIS-UL. Les principaux constats qui se dégagent de cette démarche sont les suivants :

- la réduction des mesures de contrôle dans les établissements est un défi multifactoriel qui ne se limite pas qu'aux mesures de remplacement;
- le rôle des mesures de remplacement de la contention et de l'isolement est à mieux définir dans l'épisode de soins;
- la formation, le développement et le maintien des compétences du personnel représentent un pivot indispensable
- l'implication des familles et des pairs aidants dans l'épisode de soins est un partenariat à consolider
- il faut faire évoluer le paradigme de la culture organisationnelle centrée sur la sécurité et la gestion du risque
- il faut promouvoir et rendre disponibles les ressources pour développer une culture de la mesure et de l'évaluation

Recommandations

Recommandations au RUIS-UL

- Soutenir la création d'une communauté de pratique avec les établissements dans le but de faciliter le partage des meilleures pratiques et le développement de normes et de guides de pratiques pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement.

Recommandations aux agences de la santé et des services sociaux sur le territoire du RUIS UL

- Soutenir les établissements dans la révision, l'harmonisation et le financement du curriculum de formation des intervenants pour accroître leurs compétences au regard de l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement;

- Soutenir les établissements dans le cadre de leur mandat de gestion des risques pour le développement de normes pour le suivi de l'utilisation des mesures de contrôle;

- Mener une démarche concertée auprès du MSSS en vue d'établir des normes nationales pour encadrer dans les établissements l'implication des familles, des proches ou de pairs aidants dans l'épisode de soins comme stratégie pour réduire l'usage des mesures de contrôle et promouvoir celles de remplacement;

- Contribuer avec le RUIS-UL à la création d'une communauté de pratique sur les meilleures pratiques pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement dans les établissements.

Recommandations aux établissements du RUIS-UL

- Répertorier dans leurs milieux de soins les approches déjà implantées pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle et promouvoir celles de remplacement
- Procéder à une analyse systématique des besoins pour définir les actions prioritaires à mener en fonction des différents facteurs reliés à la culture et à la structure organisationnelles, aux croyances et aux valeurs du milieu, à la formation, à l'aménagement physique, etc.
- Collaborer avec les acteurs du milieu, les agences et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux à l'élaboration de normes de pratique pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement.
- Mettre sur pied un ou des groupes de travail interétablissements (il pourrait s'agir d'un ou des sous-comités de la communauté de pratique) pour mener une réflexion et une consultation élargie sur :
 - l'utilisation de la surveillance constante dans les milieux de soins;
 - l'implication accrue dans l'épisode de soins du patient lui-même, de sa famille (ou de ses proches) ou de pairs aidants sous l'angle des approches de l'expérience patient et du patient partenaire.
- Contribuer à mettre sur pied un programme de mise à jour des connaissances, de maintien et de développement continu des compétences des intervenants sur des thématiques favorisant les meilleures pratiques au regard des mesures de contrôle et de remplacement. À noter que cette recommandation devrait être regardée à l'échelle du RUIS-UL, des agences et même du MSSS.
- Développer la culture de la mesure et de l'évaluation en supportant la création de bases de données fiables et valides pour assurer le suivi des mesures de contrôle et de remplacement dans les milieux de soins et en facilitant également la rétroaction de l'information aux différents paliers de l'organisation.
- Collaborer à la mise sur pied d'une communauté de pratique au sein du RUIS-UL pour partager les expériences et accroître la capacité d'ETMIS au regard des mesures de remplacement.

Conclusion

L'objectif de réduction des mesures de contrôle dans les établissements du réseau de la santé demeure un sujet d'actualité puisqu'il interpelle directement des aspects de dignité et d'approche plus humaine dans les soins. La quasi-élimination des mesures de contrôle est un objectif atteignable dans le réseau de la santé, mais elle requiert un certain virage pour aborder les solutions sous plusieurs angles de la gestion et de l'organisation des soins. Remettre le patient au cœur des soins par une meilleure écoute et compréhension de la personne est un défi pour tous les établissements qui désirent améliorer l'expérience de soins au regard des mesures de contrôle et de remplacement.

1. INTRODUCTION

L'utilisation de l'isolement et de la contention est fortement remise en question dans le réseau de la santé compte tenu de la nature restrictive de ces interventions et des conséquences négatives qui leur sont associées. Publiées en 2002, les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux québécois préconisent l'implantation de mesures de remplacement qui seraient plus respectueuses de la dignité des usagers [1]. Toutefois, l'implantation de mesures alternatives à la contention et à l'isolement représente un défi de taille pour les établissements. Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se soit clairement positionné quant à la nécessité de diminuer le plus possible le recours aux mesures de contention et d'isolement, très peu de balises ont été établies par le MSSS quant à la nature des alternatives à préconiser, à la façon de les planter et au suivi qui devrait en être fait par les établissements [2, 3]. De plus, la valeur et l'utilité des mesures alternatives existantes demeurent à préciser.

L'Unité d'évaluation des technologies et mode d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)¹ a reçu en 2009 et 2010 des demandes d'évaluation d'intervenants du CHUQ concernant l'utilisation de deux mesures alternatives, soit la demi-porte et la cloche courte. Des intervenants et décideurs des établissements du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) ont aussi rapporté avoir des interrogations quant à l'efficacité et la sécurité des mesures alternatives qui sont utilisées dans le réseau afin de déterminer les meilleures approches à utiliser auprès de leurs clientèles.

À l'automne 2010, un projet visant à dresser un portrait de l'utilisation des mesures de remplacement dans les établissements de soins de son territoire a été priorisé par la Table en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) du RUIS-UL. La Table a confié à l'UETMIS du CHUQ le mandat de réaliser ce projet d'évaluation en collaboration avec l'Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ). En décembre 2010, un groupe de travail interdisciplinaire incluant des experts et des intervenants en psychiatrie et en gériatrie de plusieurs établissements des régions du RUIS-UL a été constitué pour soutenir l'UETMIS dans la réalisation de ses travaux (voir Annexe 1). Les membres de ce groupe de travail ont été impliqués à plusieurs niveaux dans la réalisation de ce projet, notamment dans l'identification des enjeux et des dimensions à prioriser dans la recherche des données ainsi que dans la discussion de l'état des connaissances concernant des mesures de remplacement.

Les préoccupations soulevées par les membres du groupe de travail interdisciplinaire et les résultats de l'enquête et des consultations ont mené l'UETMIS à réaliser deux projets d'évaluation complémentaires, dont les résultats ont déjà été publiés:

- 2011 : Évaluation des lits bas comme mesure alternative à la contention et à l'isolement chez les personnes âgées hospitalisées ou en centre d'hébergement [4]
- 2012 : Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez les adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement [5].

Le présent rapport vise à établir un portrait des pratiques reliées à l'utilisation des mesures de remplacement dans les établissements de santé du RUIS-UL ainsi que des facteurs qui facilitent ou limitent le recours à ces mesures.

¹ Le CHUQ et le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec se sont fusionnés le 9 juillet 2012 pour créer le CHU de Québec.

2. QUESTIONS DÉCISIONNELLE ET D'ÉVALUATION

2.1 Question décisionnelle

Quelles sont les mesures alternatives les plus appropriées pour réduire le recours à la contention et à l'isolement chez les adultes dans les milieux de soins d'hébergement de longue durée et de courte durée en psychiatrie, en médecine, en chirurgie, en gériatrie et en réadaptation au sein des établissements du RUIS-UL?

2.2 Questions d'évaluation

- i) Quelles sont les pratiques actuelles concernant l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement dans les milieux de soins d'hébergement de longue durée, de courte durée en psychiatrie, en médecine, en chirurgie, en gériatrie et en réadaptation au sein des établissements du RUIS-UL?
- ii) Quelles sont les conditions propices et les contraintes à l'implantation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement dans les milieux de soins d'hébergement de longue durée et de courte durée en psychiatrie, en médecine, en chirurgie, en gériatrie et en réadaptation au sein des établissements du RUIS-UL?

3. MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

3.1 Groupe de travail interdisciplinaire

La démarche d'évaluation menée par l'UETMIS du CHU de Québec préconise l'interdisciplinarité et favorise l'implication des principales personnes concernées à chacune des étapes de sa réalisation. En décembre 2010, un groupe de travail interdisciplinaire, incluant des experts et des intervenants en psychiatrie et en gériatrie de plusieurs établissements du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches (voir Annexe 1 pour la liste des membres) a été constitué pour soutenir l'UETMIS dans la réalisation de ses travaux.

Les membres de ce groupe de travail se sont rencontrés à trois reprises (15 décembre 2010, 5 octobre 2011 et 3 mai 2012). Ils avaient pour rôle de :

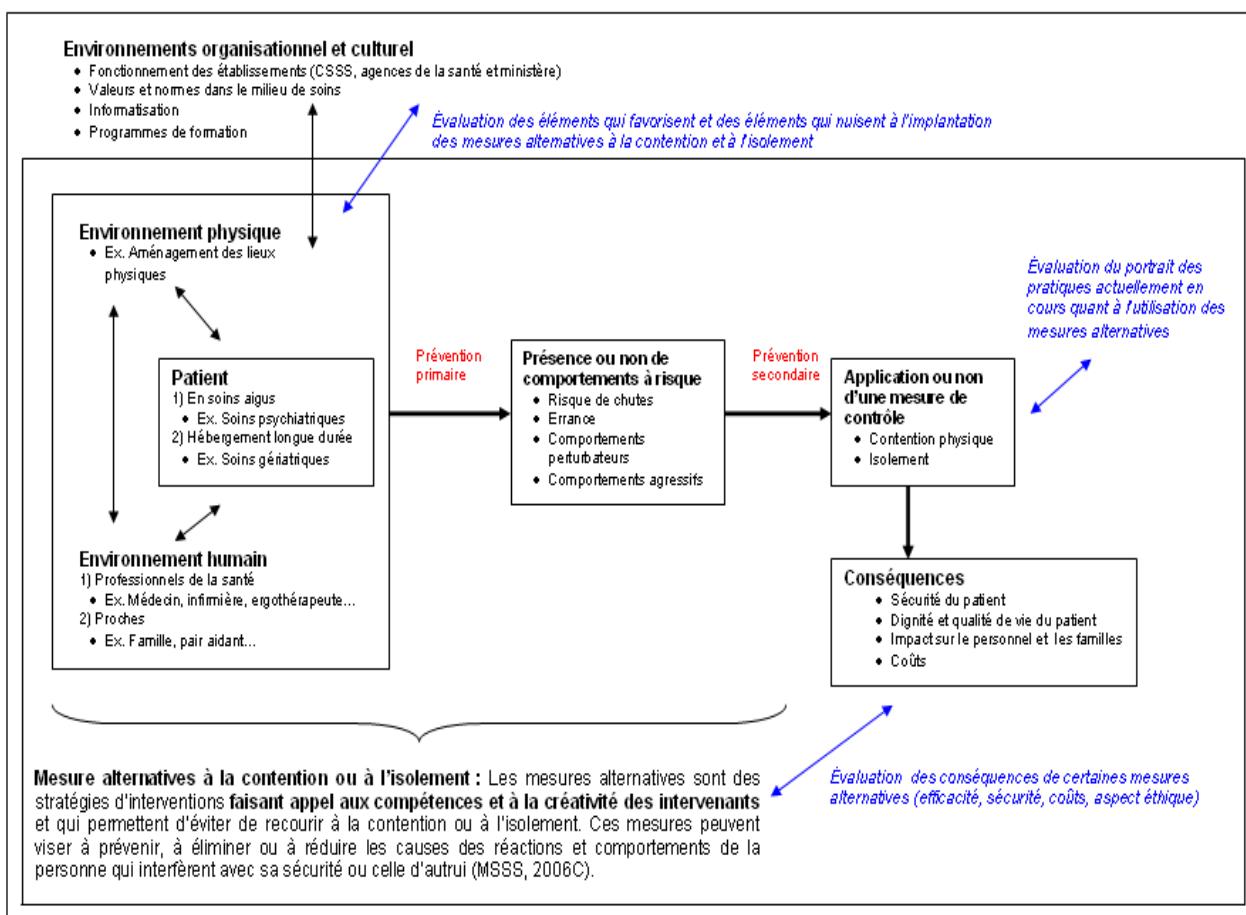
- Contribuer par leur expertise à définir les objectifs et à identifier les mesures alternatives à considérer dans le projet d'évaluation;
- Fournir de l'information contextuelle afin d'examiner la situation selon différentes perspectives;
- Participer à certaines parties de la collecte de données (p. ex. recrutement des participants pour les groupes de discussion avec les intervenants et les gestionnaires);
- Participer à l'interprétation des résultats obtenus suite à la synthèse des connaissances scientifiques;
- Participer à l'élaboration des recommandations;
- S'assurer de la diffusion de l'information dans leur établissement.

3.2 Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse sur lequel repose l'élaboration du présent projet est présenté à la Figure 1. Il a guidé l'élaboration du questionnaire utilisé dans le cadre de l'enquête conduite auprès des personnes clés des milieux de soins. Il a également servi à l'identification des thèmes abordés dans le cadre des groupes de discussion avec les intervenants et les gestionnaires. Le modèle présenté situe les principaux facteurs influençant la décision de recourir à une mesure de contrôle et les conséquences associées à ces mesures. Les facteurs potentiels mettent autant en jeu le patient, l'environnement humain que l'environnement physique, organisationnel et culturel.

3.3 Collecte des données

Les données présentées dans ce rapport proviennent de sources variées d'information qui ont été recueillies à l'aide de méthodologies complémentaires à la fois quantitative et qualitative. Dans un premier temps, une étude de cas traceurs a été réalisée afin de comprendre le contexte global dans lequel les mesures de contrôle et les mesures de remplacement sont utilisées. Par la suite, une enquête par questionnaire a été effectuée auprès d'intervenants clés des établissements du RUIS-UL participant à ce projet. Des groupes de discussion ont également été tenus avec des intervenants et des gestionnaires de certains établissements ayant accepté de participer à ce volet du projet. Enfin, des groupes de discussion ont été tenus avec des usagers ayant vécu l'expérience de la contention ou de l'isolement et avec des représentants de groupes d'intérêts pour la défense des droits des patients. Ce dernier volet du projet a été réalisé en collaboration avec un groupe de recherche en transfert des connaissances, composé de chercheurs de l'Université Laval et du Centre de recherche du CHUQ. Enfin, la documentation concernant l'utilisation des mesures de contrôle ainsi que de leurs alternatives a été recueillie dans certains milieux de travail. Six intervenants ont transmis des documents portant sur les politiques, protocoles, formulaires de consentement et grilles de surveillance de leur établissement.

FIGURE 1 – PRINCIPAUX FACTEURS ASSOCIÉS À L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

3.3.1 Étude de cas traceurs

À l'automne 2010, des rencontres ont été tenues avec des experts de trois établissements représentant des milieux de soins en gériatrie et en psychiatrie sur le territoire du RUIS-UL. Cette démarche visait à comprendre le contexte global dans le cadre duquel les mesures de contrôle et les mesures de remplacement sont utilisées ainsi qu'à guider le développement du plan d'évaluation.

3.3.2 Enquête par questionnaire

L'enquête par questionnaire a été menée au printemps 2011. Un questionnaire autoadministré (voir Annexe 2) a été développé et distribué à des intervenants clés des milieux de soins participants avec l'aide des membres du groupe de travail interdisciplinaire. Il comprend 16 questions divisées en trois sections comportant chacune des questions ouvertes et à choix multiples. Le questionnaire avait pour objectifs :

- De recueillir de l'information générale sur les milieux représentés.
- De documenter l'utilisation des mesures de contrôle et les raisons expliquant leur utilisation
- De dresser un portrait
 - o des mesures alternatives utilisées
 - o des préoccupations auxquelles est associée leur utilisation
 - o des facteurs qui font obstacle à leur implantation et à leur utilisation
 - o des diverses dimensions organisationnelles en lien avec leur utilisation (p.ex. suivi de l'utilisation, formation offerte au personnel).

L'information recueillie a d'abord été saisie dans une base de données Excel par un premier évaluateur (M.H.) et a été validée par un deuxième (M.C.). Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées en catégories afin d'en faciliter l'analyse. Les données ont été analysées en fonction du type de région (universitaire, périphérique, intermédiaire et éloignée) et des catégories de milieux de soins, soit la courte durée en psychiatrie (CDP), la longue durée en gériatrie (LDG), la courte durée pour des clientèles autres (CDA; la médecine, la chirurgie, la gériatrie) et les autres milieux de soins pour des clientèles en réadaptation physique et intellectuelle.

3.3.3 Groupes de discussion

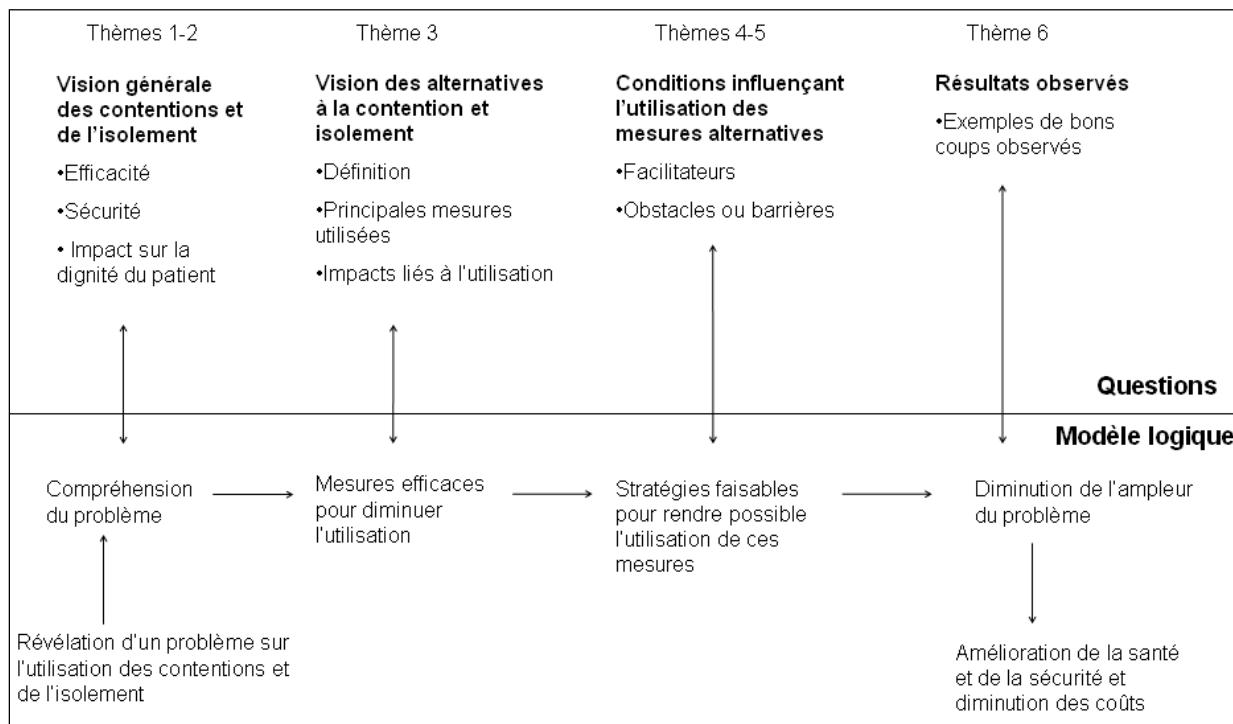
Des groupes de discussion visant à recueillir de l'information sur plusieurs aspects techniques et organisationnels entourant l'utilisation des mesures de contention, d'isolement et des mesures de remplacement se sont déroulés dans des établissements du RUIS-UL au cours du printemps et de l'été 2011. Les membres du groupe interdisciplinaire ont soutenu l'UETMIS dans le recrutement des intervenants clés dans leur établissement ou leur région en vue de tenir la séance de discussion. Une procédure standardisée a été suivie pour le recrutement des participants (voir Annexe 3). Des cliniciens (médecins, infirmières, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues) ainsi que des préposés aux bénéficiaires (PAB) et des agents de sécurité ont été ciblés par les membres du groupe de travail afin de former des groupes de discussion composés de six à huit intervenants selon des critères de sélection préétablis. Des groupes composés exclusivement de gestionnaires ont également été tenus de manière indépendante afin d'obtenir de l'information selon une perspective différente. Le recrutement des cliniciens s'est fait à l'échelle locale (territoire de CSSS) tandis que le recrutement des gestionnaires s'est fait à l'échelle régionale. Au total, 10 groupes de discussion ont été planifiés au départ et ce nombre pouvait être ajusté en cours de processus selon le point de saturation de l'information. On entend par point de saturation le moment où les informations recueillies recoupent celles déjà répertoriées.

Un canevas d'entrevue a été développé avec la collaboration d'un expert en recherche qualitative de l'IRDPQ (voir Annexe 4). Ce dernier a été consulté à plusieurs occasions durant le déroulement des groupes et la collecte de données afin de valider la démarche. La durée des groupes de discussion était de 90 minutes. Un formulaire de consentement expliquant les procédures et les implications associées à la participation au groupe de discussion était signé par les participants avant de débuter la séance de discussion (voir Annexe 5). Tous les groupes de discussion se sont déroulés en face à face, à l'exception d'un seul qui s'est déroulé par visioconférence en raison d'une contrainte liée à la distance. Les séances ont toutes été enregistrées.

Chaque groupe a été animé par deux évaluateurs (M.H. et D.L.). Les participants discutaient librement des quelques questions ouvertes proposées par les modérateurs. Les thèmes étaient reliés aux objectifs visés pour le volet organisationnel du projet. Le modèle ayant permis de développer les six thèmes principaux à aborder est présenté à la Figure 2. Pour chacun, une grille était utilisée et servait à guider la prise de note (voir Annexe 4). Le modérateur avait pour consigne de faire en sorte que chaque thème soit discuté par les participants. Une prise de notes était effectuée par chaque évaluateur. Une mise en commun des verbatim a été réalisée pour chacun des groupes de discussion. L'enregistrement était consulté en cas de différences dans les notes des deux évaluateurs. L'information contenue dans les verbatim a par la suite été classée selon des thèmes et les sous-thèmes pour en faciliter l'analyse. Les verbatim ont été saisis dans une base de données Excel par un premier évaluateur (M.H.) et leur exactitude a été validée par un deuxième (D.L.). Une analyse thématique (de contenu) a été faite à partir des notes prises. Pour chaque thème, les éléments abordés ont été catégorisés. L'analyse des résultats a également été validée auprès d'une professionnelle en recherche qualitative du CSSS de la Vieille-Capitale.

Certains éléments ont été mis en place pour assurer la validité des données recueillies. Tout d'abord, la méthode utilisée a été revue par les membres du groupe de travail interdisciplinaire puis un prétest a été effectué auprès de deux groupes de participants. Le recueil de l'information s'est effectué auprès de différents types d'intervenants afin d'augmenter la fiabilité des résultats. Finalement, les analyses ont été effectuées de façon indépendante par deux évaluateurs (M.H. et D.L.) afin d'assurer une plus grande validité de la démarche.

FIGURE 2 – MODÈLE AYANT SERVI À GUIDER LE DÉVELOPPEMENT DES THÈMES ABORDÉS DANS LES GROUPES DE DISCUSSION



3.3.4 Groupes de discussion auprès d'utilisateurs de services et de leurs proches

Des groupes de discussion ont été réalisés auprès d'utilisateurs de services (et de leurs proches) qui ont reçu des soins dans des établissements du RUIS-UL. Ce travail a été mené par une équipe de chercheurs sous la direction de Madame Marie-Pierre Gagnon, Ph.D., chercheure au Centre de recherche du CHUQ. Il s'agit d'un projet de recherche financé par les Instituts de recherche en santé du Canada auquel des membres de l'UETMIS du CHUQ participent en tant que cochercheurs. Ce projet porte sur l'implication dans un processus d'ETMIS des utilisateurs de services ou de leurs représentants. Le but de ces groupes de discussion était d'explorer la perspective des utilisateurs de services et de leurs proches concernant l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement en psychiatrie et en centre d'hébergement de longue durée.

Le recrutement des participants s'est fait par l'intermédiaire d'organismes communautaires, d'un centre d'hébergement et par le biais de gestionnaires de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Tous les participants ont signé un formulaire de consentement et les groupes de discussion ont été enregistrés sur bande audio. En psychiatrie, de façon générale, les participants recrutés étaient des utilisateurs de services en santé mentale qui ont connu une hospitalisation. Toutefois, puisque dans les CHSLD une grande majorité de résidents concernés par la contention ou l'isolement présentent des problèmes cognitifs, les participants recrutés étaient des membres de la famille de ces résidents.

Un guide de discussion a été élaboré en vue d'aborder les thèmes suivants :

- 1) la possibilité de cesser l'utilisation des mesures de contrôle dans les milieux de soins,
- 2) les mesures de remplacement de la contention et de l'isolement,
- 3) les facteurs qui font obstacle ou favorisent l'utilisation des mesures de remplacement.

En ce qui concerne le milieu de la psychiatrie, les groupes de discussion ont été animés par des représentants d'organismes communautaires ou par une personne responsable de l'organisation communautaire d'un CSSS de Québec.

Une personne représentant l'équipe de recherche expliquait le projet et faisait signer le formulaire de consentement. Elle pouvait aussi contribuer à l'animation et observait les réunions aux fins de la recherche. Une observatrice supplémentaire était également présente lors de la tenue de certains groupes. En ce qui concerne les centres d'hébergement, une représentante de l'équipe de recherche donnait l'information relative au projet de recherche et animait le groupe de discussion. Une observatrice assistait également aux rencontres.

Le contenu des groupes de discussion a été transcrit en verbatim et analysé à l'aide du logiciel N*Vivo. Une analyse thématique du contenu a été effectuée selon la méthode décrite par Huberman et Miles [6]. Cette méthode identifie trois étapes dans l'analyse qualitative de données : le codage descriptif, l'organisation des données et la mise en relation. Pour assurer la validité interne du processus d'analyse, la codification des entrevues a été faite indépendamment par deux personnes qui ont ensuite mis en commun leurs résultats et recherché un consensus pour l'analyse. Les résultats et le processus d'analyse ont finalement été présentés à trois autres chercheurs de l'équipe pour recueillir leurs commentaires avant de rédiger le rapport final.

3.4 Approbation éthique

Ce projet, incluant le volet de recherche de Mme Marie-Pierre Gagnon, Ph.D., a fait l'objet d'une approbation par le Comité d'éthique de la recherche du CHUQ-Hôpital Saint-François-d'Assise.

4 INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LES MESURES DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT

L'utilisation de mesures de contention et d'isolement dans les établissements de santé est une pratique hautement controversée et soulevant de nombreux enjeux éthiques [7, 8]. Certains considèrent la contention et l'isolement comme des mesures thérapeutiques, tandis que d'autres les perçoivent comme des mesures de contrôle [8]. Il demeure que l'utilisation de la contention et de l'isolement est une pratique de plus en plus reconnue comme étant potentiellement dangereuse. Depuis plus d'une décennie, plusieurs organisations au Canada et ailleurs dans le monde ont dénoncé l'utilisation fréquente de ces mesures [7, 8]. Des organismes gouvernementaux ont aussi mis en place des politiques visant à restreindre au minimum leur utilisation [1-3, 7]. De façon générale, il existe un consensus social sur la nécessité de limiter à des situations exceptionnelles l'utilisation de la contention et de l'isolement [8].

Divers facteurs entrent en ligne de compte dans la décision d'appliquer ou non une contention ou un isolement. Un modèle utilisé au Québec (modèle de Kayser-Jones, adapté et traduit par Gagnon et Roy) identifie des facteurs liés au patient, à l'environnement humain, à l'aménagement physique, aux structures organisationnelles et aux aspects psychosociaux et culturels [2]. De nombreux auteurs ont montré comment il est possible de réduire l'utilisation des mesures de contention et d'isolement en agissant sur plusieurs de ces facteurs [7, 9, 10]. Des chercheurs se sont aussi attardés à l'efficacité de mesures simples qui peuvent être utilisées en remplacement de la contention et de l'isolement [11]. Toutefois, ces différentes approches et stratégies ne sont souvent pas connues à l'échelle locale [7]. Il semble donc qu'il y ait un décalage important entre les connaissances scientifiques et les pratiques observées dans les milieux de soins.

Au Québec, le MSSS publiait en 2002 un document présentant ses orientations relatives à l'utilisation des mesures de contrôle dans les hôpitaux et les CSSS (voir Tableau 4 pour les définitions de ces concepts). Les orientations ministérielles visent à encadrer l'utilisation des mesures de contrôle tout en encourageant les établissements à innover en développant des mesures de remplacement qui contribueront significativement à la diminution, voire à l'élimination, des mesures de contention et de l'isolement. Selon ces principes directeurs, la contention et l'isolement ne devraient être utilisés comme mesures de sécurité que dans un contexte de risque imminent, uniquement en dernier recours. Lorsque de telles mesures sont inévitables, la mesure la moins contraignante pour la personne devrait être choisie et appliquée dans le respect, la dignité et la sécurité. Lorsqu'appliquée, toute mesure de contention devrait alors faire l'objet d'une supervision attentive et d'un suivi au moment du retrait. De plus, chaque établissement devrait baliser et contrôler l'utilisation de la contention et de l'isolement. Une évaluation de leur utilisation devrait être faite régulièrement par le conseil d'administration de l'établissement. Cette position du MSSS est en conformité avec l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui stipule que « 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 ».

Depuis 2002, un grand nombre de documents en lien avec cet objectif a été publié, dont un programme de formation à l'intention des intervenants du réseau de soins [2]. Ce programme a été adapté en fonction de différents types d'intervenants (p.ex. réadaptation-déficience physique, réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement) et est considéré obligatoire. Plus récemment, le MSSS a publié un cadre de référence concernant l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle [3]. On y retrouve notamment la notion d'analyse en fonction du but visé, c'est-à-dire de s'interroger sur l'objectif poursuivi avec une intervention plutôt que sur la mesure elle-même pour déterminer si cette dernière constitue ou non une mesure de contrôle. Néanmoins, malgré les initiatives du MSSS et celles d'autres groupes [12], l'implantation des différentes mesures de remplacement représente toujours un défi important dans les hôpitaux et les centres d'hébergement au Québec. Le 38^e rapport annuel de l'Ombudsman du Québec a d'ailleurs souligné que l'utilisation de l'isolement est préoccupante puisque l'application en est souvent faite pour une période prolongée sans que le patient ne soit nécessairement considéré comme dangereux [8].

TABLEAU 1 DÉFINITIONS MINISTÉRIELLES

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 »
Isolement « Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement ».
Mesure de remplacement « [...] stratégies d'interventions simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement. Ces mesures peuvent viser à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui » .

Tiré de MSSS, 2002 [1]

5 RÉSULTATS

5.1 Description des participants

5.1.1 Enquête par questionnaire

Au total, 67 questionnaires ont été reçus de février à mai 2011, inclusivement. Un questionnaire a été exclu lors de la compilation des données puisque l'information se rapportait à une clientèle (pédo-psychiatrie) qui n'était pas visée dans le cadre de cette étude. Par ailleurs, 29 questionnaires reçus provenaient de deux milieux de soins distincts d'un même établissement. Afin de conserver la représentativité de l'ensemble des milieux sondés, ces données ont été regroupées en deux questionnaires selon les milieux de soins qu'ils représentaient. Au final, l'analyse porte sur 39 milieux de soins provenant de 20 établissements de santé, soit 14 CSSS, deux centres hospitaliers, deux CRDI et deux instituts universitaires (réadaptation physique et santé mentale). Le Tableau 2 présente la liste des établissements ainsi que la répartition des milieux de soins par type de région. Les établissements sondés du RUIS-UL provenaient à 40 % des régions éloignées, 35 % des régions périphériques et intermédiaires et 25 % de la région universitaire. Quatre types de milieux de soins sont représentés dans l'échantillon :

- Soins de courte durée en psychiatrie (CDP); n = 9 (23 %)
- Soins de longue durée en gériatrie (LDG); n = 16 (41 %)
- Soins de courte durée - autres clientèles (CDA) en médecine, chirurgie, gériatrie; n = 11 (28 %)
- Soins dans des milieux de réadaptation en déficience intellectuelle ou physique; n = 3 (8 %)

TABLEAU 2. RÉPARTITION RÉGIONALE DES ÉTABLISSEMENTS ET MILIEUX DE SOINS AYANT PARTICIPÉ AU PROJET

Type de région	Région du RUIS-UL	Établissement	Milieux de soins n
Universitaire	03	CHUQ	3
	03	IUSMQ	4
	03	CHA	3
	03	CSSS Vienne-Capitale	2
	03	IRDPQ	1
	Sous-total = 5 (25 %)		13 (33 %)
Périphérique	12	CSSS Alphonse-Desjardins	1
	12	CRDI Chaudière-Appalaches	1
	12	CSSS Montmagny-L'Islet	3
	Sous-total = 3 (15 %)		5 (13 %)
Intermédiaires	01	CSSS de la Mitis	3
	01	CSSS Rimouski-Neigette	3
	01	CRDI Bas-St-Laurent	1
	02	CSSS Cleophas-Claveau	1
Sous-total = 4 (20 %)		8 (21 %)	
Éloignées	09	CSSS de Sept-Îles	1
	09	CSSS de Sept-Îles - CHSLD Gustave-Gauvreau	1
	09	CSSS de la Minganie	1
	09	CSSS de la Haute-Côte-Nord - Les Escoumins	1
	09	CSSS de la Haute-Côte-Nord - Forestville	1
	09	CSSS de Manicouagan	1
	11	CSSS du Rocher-Percé	3
	11	CSSS de la Côte-de-Gaspé	4
	Sous-total = 8 (40 %)		13 (33 %)
Total = 20		Total = 39	

5.1.2 Groupes de discussion auprès des intervenants

Dix groupes de discussion ont été réalisés entre le 31 janvier et le 20 juin 2011 dans des établissements du RUIS-UL présentés au Tableau 2, soit huit groupes composés de cliniciens et de membres du personnel de soutien (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, agents de sécurité) ainsi que deux groupes de gestionnaires. Six groupes de discussion ont été faits dans les régions universitaires (60 %), trois dans les régions intermédiaires (30 %) et un dans les régions éloignées (10 %). Au total, 66 personnes provenant de sept établissements et présentant des expériences variées en ce qui a trait à l'utilisation de la contention, de l'isolement et des mesures alternatives ont participé. Un point de saturation de l'information a été observé lors des échanges avec le huitième groupe de discussion. Au total, 1100 verbatim ont été compilés et analysés.

5.1.3 Groupes de discussion auprès des utilisateurs de services et de leurs proches

Au total, huit groupes de discussion ont été réalisés auprès de la clientèle, soit cinq groupes avec des utilisateurs de services en santé mentale et trois auprès des proches de résidents en centres d'hébergement. Le nombre moyen de participants aux groupes de discussion était de cinq avec une étendue de quatre (trois groupes) à huit participants (un groupe). Un petit nombre de participants a été privilégié étant donné le type de sujet, l'objectif et les questions de recherche. Comme il s'agissait d'un sujet sensible pour les participants, il était souhaité que ceux-ci puissent s'exprimer sur ces questions à leur aise et sans que le nombre de personnes limite la durée de leurs interventions. Toutefois, un groupe de huit participants a quand même été constitué pour des raisons pratiques liées aux déplacements en région. Au total, 26 participants ont été recrutés dans quatre régions du RUIS-UL pour les groupes en psychiatrie. Du côté des centres d'hébergement, 14 personnes ont été recrutées dans deux régions du RUIS-UL.

5.2 Portrait des pratiques liées à l'application des mesures de contrôle

Des analyses préliminaires n'ont pas suggéré de différence majeure entre les régions en ce qui concerne le portrait des pratiques de sorte qu'une présentation par type de milieux de soins a été privilégiée.

5.2.1 Types de mesures de contrôle selon les milieux de soins

Diverses mesures de contrôle ont été rapportées par les participants à l'enquête et aux groupes de discussion. Les mesures les plus fréquemment mentionnées ont été regroupées en catégories et sont présentées au Tableau 3. Ces données ne représentent pas une fréquence d'utilisation des mesures de contrôle mais bien la proportion des milieux de soins où les mesures sont utilisées. D'autres mesures de contention ont également été rapportées, quoique plus rarement. Elles incluent les mitaines, les culottes de contention au fauteuil, le maintien physique, la contention complète (poignets, chevilles et abdomen), le verrouillage des portes, des systèmes de surveillance par caméra et la médication. Parmi les autres mesures d'isolement rapportées figurent la modification des sorties, le retrait en salle prévue à cet effet ou en salle d'observation, le verrouillage des portes d'accès et les barrières psychologiques. La majorité des répondants ont rapporté que des mesures de contrôle étaient utilisées dans leur milieu de soins. Néanmoins, un certain nombre d'établissements ont mentionné ne pas avoir recours à des mesures d'isolement (23 %) ou encore de contention (3 %). Selon ces résultats, le choix des mesures de contention utilisées varierait selon les milieux de soins consultés. Par exemple, les ridelles de lit seraient principalement utilisées dans les milieux de soins de longue durée en gériatrie et de courte durée en médecine, chirurgie et gériatrie, mais ne seraient pas utilisées dans les milieux de courte durée en psychiatrie. Par contre, les attaches aux poignets et aux chevilles seraient davantage utilisées en milieux de courte durée en psychiatrie. Quant à l'utilisation des mesures d'isolement, elle différerait également selon les milieux de soins. La demi-porte serait davantage utilisée dans les milieux de soins de longue et de courte durée en médecine, chirurgie et gériatrie, tandis que la chambre d'isolement serait davantage utilisée dans les milieux de courte durée en psychiatrie.

TABLEAU 3 MESURES DE CONTRÔLE LE PLUS FRÉQUEMMENT RAPPORTÉES SELON LES MILIEUX DE SOINS

MILIEUX DE SOINS	LDG n=16	CDP n=9	CDA n=11	Autres n=3	Total n=39
MESURES DE CONTENTION					
Ceintures abdominales ou pelviennes	94%	56%	73%	67%	77%
Ridelles	81%	0%	64%	67%	56%
Fauteuil	63%	22%	45%	67%	49%
Attaches aux poignets ou aux chevilles	13%	44%	0%	33%	18%
Combinaison Argentino	0%	33%	0%	0%	8%
MESURES D'ISOLEMENT					
Salle d'isolement	25%	89%	18%	33%	38%
Demi-porte	50%	0%	36%	33%	33%
Retrait à la chambre	31%	11%	9%	0%	18%

*LDG : longue durée en gériatrie; CDP : courte durée en psychiatrie; CDA courte durée autres clientèles.

Autres : établissements de réadaptation

5.2.2 Raisons associées à l'application d'une mesure de contrôle

L'enquête a permis de mettre en évidence cinq raisons principales évoquées pour justifier le recours à une mesure de contrôle : l'agitation, le risque de chutes, l'assaut physique, les comportements perturbateurs ainsi que les comportements autodestructeurs. Le Tableau 4 présente, par type de milieux de soins, la fréquence à laquelle chacune de ces raisons a été évoquée. Par exemple, 56 % des répondants en milieux de soins de longue durée en gériatrie ont rapporté que l'agitation est une des principales raisons justifiant le recours à une mesure de contrôle, 81 %, le risque de chutes, 44 % l'assaut physique et ainsi de suite. Ici encore, des différences sont observées en fonction des milieux de soins. Par exemple, l'assaut physique constitue le motif le plus fréquemment rapporté en courte durée psychiatrique alors que c'est le risque de chutes qui est prépondérant dans les autres types de milieux. Enfin, d'autres motifs pouvant mener à l'utilisation d'une mesure de contrôle ont été rapportés dans une plus faible proportion soit : risque de fugue et d'errance, refus de coopérer et interférence aux traitements, risque d'agression physique, vandalisme, violence verbale ou menaces, sevrage de drogues, restrictions orthopédiques et demande de la famille.

TABLEAU 4 PRINCIPALES RAISONS ASSOCIÉES À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE SELON LE TYPE DE MILIEUX DE SOINS

Raisons d'utilisation des mesures de contrôle	LDG n=16	CDP n=9	CDA n=11	AUTRES n=3	Total n=39
Agitation	56%	78%	73%	67%	67%
Risque de chute	81%	0%	91%	100%	67%
Assauts physiques	44%	89%	18%	67%	49%
Comportement perturbateur	38%	55%	11%	67%	36%
Comportement autodestructeur	19%	56%	18%	67%	29%

LDG : longue durée en gériatrie; CDP : courte durée en psychiatrie; CDA : courte durée autres clientèle

Autres : établissements de réadaptation

5.2.3 Mesures de contrôle selon l'intention thérapeutique

Selon les informations recueillies lors des groupes de discussion, une même intervention peut être perçue à la fois comme une mesure de contention et une mesure de remplacement. Les divergences quant à la nature de certaines interventions varient parfois selon la perception des intervenants, les milieux de soins dans lesquels ils travaillent et le contexte d'utilisation de la mesure. La notion d'intention semble être centrale pour expliquer cette différence de perception. Pour certains intervenants, l'application d'une contention ne sera pas considérée comme une mesure de contrôle si elle vise à

aider un usager à se positionner dans son fauteuil alors que, dans d'autres circonstances, cette même mesure est utilisée pour restreindre la liberté d'une personne afin de la protéger d'un danger potentiel pour elle-même ou pour autrui. Selon certains, la capacité de la personne à se dégager par elle-même permettrait aussi d'établir s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle. Toutefois, de l'avis des participants, il s'avère parfois difficile d'évaluer la capacité de la personne à cet effet.

Quatre mesures, soient les ridelles de lit, la demi-porte, les ceintures avec attache à l'avant et le fauteuil gériatrique avec tablette, font plus particulièrement l'objet de perceptions différentes entre les intervenants. Si les ridelles de lit sont considérées systématiquement comme une mesure de contention dans certains établissements, d'autres ne les considèrent pas d'emblée comme telles. Par exemple, la mesure ne sera pas considérée comme une mesure de contention lorsqu'un côté de lit sur deux est remonté, ou trois côtés sur quatre, ou lorsque la famille du patient demande explicitement que les ridelles soient remontées. Il en est de même pour la demi-porte lorsque cette dernière n'est pas verrouillée (bien que le patient ne soit pas en mesure de l'ouvrir seul) ou encore lorsqu'elle est utilisée à la demande de la famille ou du patient lui-même afin de conserver son intimité. De même, la tablette au fauteuil n'est pas considérée comme une mesure de contention dans certains établissements lorsque celle-ci est utilisée pour les repas ou pour aider la personne à se positionner. Enfin, l'utilisation du système de surveillance électronique (p.ex. TABS) ainsi que les barrières psychologiques auprès des personnes ayant des pertes cognitives sont également perçues comme des mesures de contrôle par certains des participants.

Selon les participants, ces différences mènent à des variations dans l'élaboration des procédures et se répercutent dans l'application des protocoles incluant la surveillance, le suivi des patients ainsi que la compilation des données de suivi de l'utilisation des mesures de contrôle.

5.2.4 Procédures menant à l'application d'une contention

Les protocoles visant à encadrer l'utilisation des mesures de contrôle dans les établissements ont été consultés lorsqu'ils étaient disponibles. Bien que certaines procédures diffèrent selon les établissements, tous les protocoles consultés proposent une liste d'étapes visant à soutenir la prise de décision concernant le recours à une mesure de contention. Le type de professionnels habilités à prendre ces décisions selon les circonstances (situation urgente ou planifiée), les règles à suivre et les formalités à compléter y sont également décrites. En résumé, on y recommande :

- De ne pas utiliser une mesure de contrôle sans une évaluation physique, psychologique et sociale rigoureuse;
- Que l'évaluation recherche la cause et la signification du comportement problématique de la personne, sa fréquence, le moment de sa manifestation et sa durée;
- Que cette analyse fonctionnelle favorise l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé ayant pour objectif de prévenir ou d'éliminer la cause du comportement ou de la situation par l'utilisation de stratégies adaptées;
- Que des mesures de remplacement soient identifiées en interdisciplinarité;
- Que la décision d'utiliser une mesure de contrôle ne soit prise qu'après un constat d'échec des mesures de remplacement, et ce, en interdisciplinarité.

Dans l'ensemble, les participants aux groupes de discussion ont rapporté être au courant de l'existence d'un protocole balisant le processus décisionnel ainsi que l'application et le retrait des mesures de contrôle dans leur établissement. Ils rapportent connaître les actions devant être menées avant que ne soit appliquée une mesure de contrôle. Parmi celles-ci, l'évaluation du patient, l'utilisation de mesures de remplacement ou l'administration d'une médication sont les éléments qui ont été mentionnés le plus fréquemment. Des intervenants ont également mentionné avoir préconisé l'implication des familles à différentes étapes du processus de soins. Dans le cadre des discussions, plusieurs différences ont été observées entre les établissements et parfois entre les unités d'un même établissement concernant les principales étapes et procédures. En résumé :

- **Démarche décisionnelle :** Il semble exister d'importantes divergences d'opinions, voire même une certaine confusion, entre les participants en ce qui concerne les professionnels ayant la responsabilité légale de décider de l'application d'une mesure de contention. Parmi les types de professionnels mentionnés par les participants, on retrouve les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les psychologues. Toutefois, selon ce qui est rapporté, ces différents professionnels n'auraient pas les mêmes pouvoirs de décision

selon la situation, le type de mesures et le milieu de soins. Ainsi, il a notamment été mentionné que le médecin avait un plus grand pouvoir en ce qui a trait à la prise de décision. Par ailleurs, plusieurs participants rapportent que certains intervenants sur le terrain ignorent qu'ils peuvent prendre la décision d'appliquer une mesure de contrôle alors que d'autres sont plutôt réfractaires à l'idée d'en assumer la responsabilité par peur de poursuites judiciaires. Un des participants a également évoqué la possibilité d'une poursuite judiciaire même dans les situations où les intervenants décident de ne pas avoir recours à une mesure de contrôle. Enfin, il a été mentionné que, dans certains cas, une mesure de contrôle peut être appliquée dans un contexte d'intervention non planifiée avant même que les autorisations n'aient été obtenues.

- **Durée d'application de la mesure de contrôle :** Celle-ci varierait selon la clientèle, la situation, le type de contention et le milieu de soins (courte ou longue durée). Ainsi, dans certains milieux, l'indicateur serait le retour au calme sans que ne soit précisée de balises temporelles pour l'évaluation tandis que, dans d'autres milieux, des intervalles préétablis sont précisés. De plus, dans certains milieux, une personne ne peut être isolée pour plus d'une heure à la fois tandis que dans un milieu sécurisé, la période d'isolement peut se prolonger en fonction du niveau de dangerosité de la personne.
- **Suivi en cours d'utilisation de la contention ou de la période d'isolement :** Les intervenants sont tenus d'effectuer une surveillance durant la période d'application d'une mesure de contention ou d'isolement et de consigner les informations relatives au suivi dans les registres et documents prévus à cette fin. Des différences quant à la fréquence suggérée ont été rapportées, mais il semble qu'une majorité de milieux effectue cette surveillance à des intervalles de 15 minutes. D'autres procédures ont été rapportées pour assurer la surveillance lors de l'application d'une mesure de contention, dont celle de rapprocher la personne du poste de travail afin d'en faciliter la surveillance. Dans quelques milieux consultés, les ergothérapeutes et physiothérapeutes peuvent également déterminer la fréquence de la surveillance.
- **Décision de retirer une mesure de contrôle :** Selon la plupart des participants, la décision de retirer une mesure de contrôle résulterait d'une consultation d'équipe. Bien que cette décision soit principalement prise par les infirmières, les ergothérapeutes et les médecins, il appert que dans plusieurs milieux de soins, les médecins auraient davantage d'autorité dans la prise de décision. Dans certains milieux, la décision est parfois reportée lorsque la famille de la personne sous contention refuse catégoriquement que la contention soit retirée.
- **Suivi après le retrait d'une mesure de contrôle :** Une évaluation de l'ensemble des éléments ayant mené à la prise de décision d'appliquer une mesure de contrôle est réalisée dans la majorité des milieux de soins. Les intervenants impliqués analysent le comportement de l'usager, recherchent les causes, revoyent le plan d'action, incluant les mesures de remplacement utilisées avant l'application d'une mesure de contention, les interventions réalisées et leurs effets, la médication, de même que la mesure de contrôle appliquée. Les participants reconnaissent les bénéfices pour le patient de cette étape de suivi et considèrent qu'elle devrait être effectuée plus fréquemment.

5.2.5 Avantages et inconvénients liés aux mesures de contention

Le Tableau 5 présente de manière résumée les principaux avantages et inconvénients liés aux mesures de contention rapportés par les intervenants lors des groupes de discussion. Plusieurs participants ont mentionné éprouver des sentiments partagés à l'idée d'utiliser une mesure de contention. Les raisons qu'ils évoquent incluent la peur d'infliger des blessures, le respect des droits et de la dignité de l'usager, ainsi que la peur de poursuites judiciaires. Des impacts négatifs sur l'organisation du travail, dont la surcharge de travail occasionnée par la surveillance devant être effectuée durant la contention et les problèmes d'organisation du temps de travail ont également été mentionnés. L'utilisation des mesures de contrôle génère des perceptions et des sentiments contradictoires pour les familles également. Par exemple, certaines familles exigent, pour des raisons de sécurité, qu'une mesure de contention soit utilisée afin d'éviter que leur proche ne chute et ne se blesse (p.ex. ridelle de lit ou ceinture pelvienne au lit ou au fauteuil). En dépit des bénéfices perçus, certains membres des familles éprouvent de la difficulté à voir leur proche sous contention pouvant ainsi accroître le sentiment de culpabilité lié à la décision d'avoir placé leur proche en centre d'hébergement. Selon les participants, il peut en résulter une perte de confiance envers le personnel. Toutefois, lorsque les familles sont bien informées des risques pour la santé liés à l'usage des mesures de contrôle, plusieurs d'entre elles favorisent alors leur retrait. Par

ailleurs, certains patients qui en ressentent à l'occasion le besoin demanderaient eux-mêmes, selon des intervenants, qu'une mesure de contrôle soit utilisée.

TABLEAU 5. AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AUX MESURES DE CONTENTION RAPPORTÉS PAR LES INTERVENANTS

Avantages	Inconvénients
Pour le patient	
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'anxiété • Retour au calme plus rapide • Augmentation de la sécurité et de la quiétude des autres patients • Augmentation du soutien physique en cas de fracture, permettant au patient de retrouver son autonomie plus rapidement 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'anxiété • Augmentation de l'agitation et de l'agressivité • Augmentation de la confusion • Diminution de la mobilité par déconditionnement et augmentation du risque de chute pouvant entraîner une augmentation de la durée du séjour • Traumatismes (p.ex., plaies de pression, asphyxie par étranglement avec la cordelette de la cloche courte) • Développement d'une perception négative de soi • Diminution de la qualité de vie
Pour les intervenants	
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du sentiment de sécurité à l'idée que le patient risque moins de chuter ou de fuguer, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'impuissance • Sentiment de culpabilité • Augmentation de la charge de travail • Difficulté avec l'organisation du temps de travail

5.3 Portrait des pratiques liées à l'application des mesures de remplacement

Dans l'ensemble, les participants aux groupes de discussion définissent une mesure de remplacement comme tout moyen permettant d'éviter ou de retarder l'utilisation d'une mesure de contrôle. Cette définition correspond à celle proposée par le MSSS (voir Tableau 1). Des informations supplémentaires ont été proposées par plusieurs intervenants qui trouvent la définition vague et trop large. Ils précisent qu'une mesure de remplacement doit répondre aux besoins de la personne, être adaptée à la situation et permettre de prévenir, de réduire ou d'éliminer l'agitation, le risque de chute, les assauts physiques, les comportements perturbateurs ou autodestructeurs. L'utilisation de mesures de remplacement requiert de l'imagination et de nombreux essais et erreurs, mais aussi de la persuasion afin de convaincre les membres de l'équipe soignante d'y avoir recours. En dépit des efforts qui doivent être déployés, il s'agit, pour eux, de stratégies plus acceptables pour la personne, plus respectueuses de son autonomie et de ses acquis.

5.3.1 Type de mesures alternatives les plus utilisées selon les milieux de soins

Les mesures de remplacement rapportées dans le cadre de l'enquête par questionnaire ont été regroupées par catégories, dont les plus fréquemment mentionnées sont présentées au Tableau 6. Les technologies d'aide à la surveillance incluent toute technologie visant à assister le personnel dans ses tâches de surveillance des usagers et comprennent entre autres les bandes sensitives, les bracelets antifugues, les détecteurs de mouvement à la chaise et au lit. L'approche comportementale comprend notamment l'évaluation des comportements de la personne et de ses besoins et la gestion des comportements perturbateurs par la pacification, la diminution des stimulations et le renforcement des comportements acceptables. La catégorie sous la rubrique «activités planifiées» regroupe des activités sociales, de loisirs et des activités physiques, et ce, qu'elles soient ou non associées a priori à une intention thérapeutique. L'adaptation de

l'environnement consiste par exemple, à adapter l'éclairage, désencombrer les lieux ou encore changer le revêtement des planchers afin d'assurer la sécurité de la personne. La surveillance directe qui est effectuée par du personnel vise à accroître le niveau de surveillance dans des situations où le patient interfère avec des soins essentiels à sa survie, est à risque de chute ou d'errance, ou encore, est à risque d'agression pour lui-même ou autrui. Enfin, le recours à d'autres types de mesure de remplacement pouvant contribuer à réduire l'utilisation de la contention et de l'isolement a été rapporté par les répondants aux questionnaires et les participants aux groupes de discussion. Il s'agit de l'évaluation et de la réévaluation de la personne, le retrait à la chambre afin de diminuer les stimuli et favoriser le retour au calme, l'assistance physique et l'aide des familles.

TABLEAU 6. MESURES DE REMPLACEMENT LES PLUS SOUVENT MENTIONNÉES PAR LES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE

Milieux de soins	LDG n=16	CDP n=9	CDA n=11	AUTRES n=3	TOTAL n=39
Technologies d'aide à la surveillance	63%	0%	100%	67%	59%
Activités planifiées*	50%	22%	45%	67%	44 %
Approche comportementale	31%	89 %	0 %	67 %	38 %
Surveillance directe**	13%	56%	45%	67 %	36 %
Autre type de matériel	56 %	0%	45 %	0 %	36 %
Adaptation de l'environnement	44%	11%	9%	67%	28%

LDG : longue durée en gériatrie; CDP : courte durée en psychiatrie; CDA : courte durée - autres clientèles; Autres : réadaptation

* Plusieurs types d'activités associées ou non a priori à une intention thérapeutique qui réfèrent dans certains milieux de soins à la notion « d'activités occupationnelles » incluant des activités sociales, de loisirs et des activités physiques.

** Surveillance exercée par un membre du personnel de l'établissement, un employé d'une agence ou encore un agent de sécurité.

Les résultats suggèrent que les mesures de remplacement utilisées varient selon le type de milieux de soins. Par exemple, l'utilisation des technologies d'aide à la surveillance représente la mesure de remplacement la plus souvent citée dans les milieux de soins de longue durée gériatrique, tandis que l'utilisation de ce type de mesures n'est pas rapportée par les milieux de courte durée en psychiatrie. En contrepartie, l'approche comportementale est la catégorie la plus souvent rapportée en courte durée psychiatrique, mais elle n'est utilisée que par peu de milieux de longue durée en gériatrie. Par ailleurs, l'utilisation au besoin de la médication a également été mentionnée comme étant une mesure de soutien à l'intervention, et ce, particulièrement dans les milieux de courte durée en psychiatrie (67 %). Les «activités planifiées» semblent être une mesure utilisée par tous les milieux, bien qu'elle ne soit pas utilisée très fréquemment en courte durée psychiatrique.

5.3.2 Accessibilité des mesures de remplacement

La majorité des répondants de l'enquête (87 %) considère que les mesures de remplacement sont généralement accessibles dans leur milieu de soins. Cependant, les participants aux groupes de discussion ont émis davantage de réserves à cet effet. Certains participants mentionnent devoir parfois attendre durant des mois, voire même des années, avant d'obtenir le matériel demandé. Ils déplorent ces délais en invoquant notamment des enjeux de sécurité pour les patients. Les fonds nécessaires à l'achat du matériel sont parfois difficiles à obtenir, de sorte que les intervenants se tournent vers le comité des usagers, la famille du patient ou les fondations. Afin de compenser le manque de ressources financières, ces derniers proposent notamment d'utiliser l'argent alloué à la surveillance pour l'investir plutôt dans l'achat de matériel d'aide à la surveillance.

5.3.3 Préoccupations associées à l'utilisation des mesures de remplacement

Parmi les milieux de soins consultés lors de l'enquête par questionnaire, 56 % (22 sur 39) ont rapporté des préoccupations au regard de l'utilisation des mesures alternatives. Les principales préoccupations soulevées par ces répondants

concernaient l'efficacité (64 %; 14 sur 22), les coûts (64 %; 14 sur 22), la sécurité (50 %; 11 sur 22), de même que la dignité et la qualité de vie des patients (41 %; 9 sur 22).

L'utilisation de la surveillance directe, qui consiste à garder en tout temps l'usager à la vue d'un membre du personnel, et les technologies d'aide à la surveillance seraient particulièrement préoccupantes pour ces milieux de soins (voir Tableau 7). Les préoccupations des milieux au regard de l'efficacité et de la sécurité des mesures de remplacement concernent davantage l'utilisation des technologies d'aide à la surveillance. En ce qui a trait aux coûts, une majorité de milieux (8 sur 14) ont pointé la surveillance directe. Dans les milieux de soins concernés par les technologies d'aides à la surveillance et la surveillance directe, peu d'emphase semble être mise sur des enjeux de dignité et de qualité de vie des patients. Par ailleurs, les coûts élevés associés à la formation, à l'achat du matériel et à son entretien figurent aussi parmi les préoccupations soulevées. En contrepartie, certains répondants ont aussi mentionné être préoccupés par le fait que ces mesures ne soient pas davantage utilisées dans leur milieu de soins en dépit de la connaissance et de leur disponibilité.

TABLEAU 7. PROPORTION DES MILIEUX DE SOINS AYANT RAPPORTÉ DES PRÉOCCUPATIONS FACE À L'UTILISATION DE CERTAINES MESURES DE REMPLACEMENT (N=22)

Type de préoccupation (n= nombre de milieux de soins)	Technologie d'aide à la surveillance (%)	Surveillance directe (%)	Autres mesures de remplacement (%)
Efficacité (n=14)	42,9	21,4	35,7
Sécurité (n=11)	54,5	18,2	27,3
Coûts (n=14)	35,7	57,1	7,3
Dignité et qualité de vie (n=9)	22,2	11,1	66,7

L'information qui se dégage des groupes de discussion converge vers celle recueillie dans l'enquête par questionnaire, notamment, avec une majorité de participants préoccupés par la surveillance des patients. Plusieurs sont inquiets face à l'augmentation de l'utilisation de la surveillance constante dans leur milieu et des conséquences que cela engendre sur les plans organisationnel et financier. De plus, l'application de certaines mesures de remplacement semble varier en fonction du sexe de l'intervenant, de son niveau d'expérience ou de l'ouverture du gestionnaire face à leur utilisation. Pour bien des gestionnaires, l'obligation de respecter le budget alloué à l'achat de matériel entre parfois en conflit avec leur désir de diminuer l'utilisation de la contention. Par ailleurs, certains des participants se disent également préoccupés par le risque de poursuites judiciaires si une mesure de remplacement n'est pas utilisée. D'un autre côté, l'arrêt complet du recours à la contention dans leur milieu, bien que louable comme objectif, ne leur semble pas réaliste. En outre, des participants mentionnent être préoccupés par le fait que des usagers demeurent des années en centre d'hébergement sans être en mesure de sortir à l'extérieur en raison d'un manque de personnel. Pour ces derniers, cette situation s'avère être une forme de contention et devrait soulever de sérieux questionnements dans un contexte où la réduction de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement est visée.

5.3.4 Avantages et inconvénients associés à l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement

Les avantages et les inconvénients associés à l'utilisation des mesures de remplacement, tel que rapporté dans les groupes de discussion, sont résumés au Tableau 8. Parmi les avantages identifiés, plusieurs mentionnent que ces mesures permettent non seulement de diminuer l'utilisation de la contention et de l'isolement, mais aussi d'augmenter la sécurité des usagers, notamment par la diminution des chutes et des blessures qui en résultent. De plus, plusieurs mesures de remplacement contribueraient à préserver la mobilité et la force musculaire des usagers et aideraient à gérer certains comportements de manière plus optimale. Enfin, plusieurs considèrent que la surveillance constante effectuée par du personnel qualifié remplace efficacement l'utilisation de la contention tout en permettant d'établir un lien thérapeutique privilégié avec la personne, de l'évaluer et de favoriser la diminution du comportement perturbateur. On parle alors de surveillance avec engagement thérapeutique.

Parmi les désavantages identifiés avec les systèmes de mobilité, mentionnons le bruit occasionné par les nombreuses fausses alertes qui incommodent le patient lui-même, les autres patients et les intervenants. Cette situation amènerait certains patients à désactiver le système en le débranchant ou en retirant la cordelette. Il appert également que les appareils d'aide à la surveillance peuvent générer chez le personnel un faux sentiment de sécurité en raison d'une trop grande fiabilité perçue pour ce type de technologie. De plus, il s'avère que les technologies d'aide à la surveillance peuvent interférer entre elles, déclencher l'alarme sur un autre étage que celui où se trouve le patient, se briser ou ne pas fonctionner de manière optimale dans un bâtiment où les murs sont en béton. Par ailleurs, les intervenants ont souligné qu'ils n'avaient pas toujours la disponibilité ou même suffisamment de temps pour se rendre au chevet du patient lorsque l'alarme sonne. Ils ont également souligné qu'aucune balise n'était indiquée en ce qui a trait à l'application ou au retrait d'un système de surveillance. Enfin, ces appareils s'avèrent difficiles à réparer et coûteux à l'achat.

Certains désavantages ont aussi été rapportés avec l'utilisation de la surveillance directe. Cette dernière peut notamment déclencher chez le patient une réaction d'anxiété et d'agressivité ou encore créer un besoin d'obtenir de l'attention. Par ailleurs, avec le contexte actuel de pénurie de personnel, la disponibilité des ressources pouvant être affectées à cette tâche demeure problématique dans les milieux de soins. En outre, le manque de préposés aux bénéficiaires oblige les établissements d'avoir recours aux services d'agents de sécurité pour effectuer la surveillance des patients. Toutefois, ces derniers n'étant pas autorisés à toucher au patient, leur rôle se limite alors à informer le personnel soignant en cas de difficulté. De plus, les intervenants sur le terrain sont souvent peu expérimentés et ne possèdent pas la formation nécessaire pour répondre adéquatement aux attentes spécifiques liées à l'application de cette mesure comme par exemple un savoir-faire pour observer, évaluer et intervenir aux plans physique et psychologique. Il en découle une augmentation des risques pour la sécurité des patients et des surveillants. Finalement, les coûts associés à la surveillance directe sont également considérés comme un désavantage important par les établissements.

TABLEAU 8 AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES MESURES DE REMPLACEMENT SELON LES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION

Alternatives	Avantages	Inconvénients
<i>Système de mobilité</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Évite des chutes - A révolutionné le travail des intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> - Fausses alertes fréquentes : <ul style="list-style-type: none"> • Augmente l'agressivité du patient • Réveille tout le monde • Personnel ne répond plus aux alarmes. - Bris et difficultés à trouver un réparateur - Piles à changer fréquemment - Temps nécessaire pour répondre à l'alarme (se déplacer au chevet du patient) - Coûts élevés - Patient capable d'enlever la prise murale - Déresponsabilisation du personnel - Absence de balise pour retirer le système
<i>Cloche courte</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prévient lorsqu'une personne se lève 	<ul style="list-style-type: none"> - Patient peut enlever la cordelette - Peu sécuritaire
<i>Bracelet</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Évite les mesures de contention 	<ul style="list-style-type: none"> - Non rapportés par les participants
<i>Surveillance constante</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Garde la mobilité du patient - Diminue le comportement perturbateur - Très efficace - Évalue le patient en même temps 	<ul style="list-style-type: none"> - Agents de sécurité limités dans leurs interventions - Coûts élevés - Augmente l'anxiété du patient - Danger pour le personnel peu expérimenté - Pénurie de préposés aux bénéficiaires - On crée un besoin, une habitude chez le patient - Sous-traitants ne répondent pas aux attentes
<i>Tapis de chutes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminue les blessures 	<ul style="list-style-type: none"> - Provoque des chutes mais les conséquences sont moins graves
<i>Protecteurs de hanches</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminue les blessures - Sécurise le personnel 	<ul style="list-style-type: none"> - Bris - Inconfort
<i>Activités planifiées</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminue l'ennui du patient - Augmente la force musculaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Non rapportés

5.3.5 Barrières et facilitateurs associés à l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement

Les participants à l'enquête par questionnaire et aux groupes de discussion ont identifié plusieurs facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des mesures de remplacement dans leur milieu de soins. Les facteurs les plus fréquemment rapportés sont présentés au Tableau 9.

Les éléments clés pouvant faciliter et aider à promouvoir l'utilisation des mesures de remplacement incluent la disponibilité du matériel, un aménagement physique de soins adapté et sécuritaire, une ouverture de l'organisation aux mesures de remplacement, la communication et l'élaboration de politiques et procédures et, enfin, du personnel en nombre suffisant, stable, avec une bonne expertise et bien informé de l'état de santé des patients. Par ailleurs, parmi les autres facilitateurs rapportés pour l'utilisation des mesures de remplacement, mentionnons la disponibilité d'un plan de traitement, de service ou d'intervention élaboré par une équipe interdisciplinaire avec le soutien des familles et des bénévoles.

Au chapitre des barrières à l'application, des mesures de remplacement figurent la surcharge de travail, le danger d'agressions physiques par les patients, les craintes du personnel quant aux risques de blessures pour le patient lui-même et le personnel ainsi que le travail en silo des comités (alternatives aux contentions, prévention des chutes, prévention des infections) au sein des établissements. À titre d'exemple, des milieux de soins ont rapporté qu'il n'était plus permis de laisser un pichet d'eau sur la table de chevet des patients en raison du risque infectieux. Les conséquences de ces

recommandations peuvent se traduire par une augmentation du risque de chute chez les personnes à mobilité réduite qui se lèvent pour aller boire à la salle de bain. De même, des patients se voient interdire de sortir de leur chambre pour réduire le risque de transmission d'infection empêchant ainsi toute intervention de réadaptation. Ces différentes situations illustrent jusqu'à quel point des recommandations, qui sont légitimes au départ, peuvent nuire dans les milieux de soins au maintien de la santé de la personne âgée.

TABLEAU 9. FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DES MESURES DE REMPLACEMENT SELON LES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE

Facteurs	% des répondants (n=39)	Composantes
<i>Personnel soignant</i>	67 %	Nombre Disponibilité Stabilité Convictions Communication Implication
<i>Formation</i>	46 %	Disponibilité Information Expertise
<i>Matériel</i>	44 %	Disponibilité Solidité
<i>Environnement physique</i>	31 %	Disponibilité chambre seule Corridors Murs de béton Distance séparant la chambre et le poste Infirmier
<i>Famille</i>	23%	Convictions Ouverture Implication
<i>Organisation</i>	15 %	Philosophie Ouverture Budget alloué

5.4 Facteurs de soutien à l'application des mesures de remplacement

5.4.1 Formation du personnel

Source de la formation

Tel que mentionné précédemment, la formation est un des facteurs qui peut influencer l'utilisation des mesures de remplacement dans les établissements. Au total, 95 % des milieux de soins (35 sur 37) qui ont répondu à cette portion de l'enquête par questionnaire, ont indiqué avoir reçu et donné de l'enseignement en lien avec l'utilisation de la contention, de l'isolement et des mesures de remplacement. Dans la majorité des milieux de soins, soit 85 % (33 sur 37), la formation dispensée était celle développée par le MSSS. La formation du MSSS a été adaptée à la réalité des établissements dans 21 % (7 sur 33) des milieux de soins afin de tenir compte du contexte propre à l'établissement et en raison de contrainte de temps. On observe également que la formation du MSSS a été combinée dans 55 % des milieux (18 sur 33) à une autre formation reliée à la contention, à l'isolement et aux mesures de remplacement. Les autres types d'enseignement rapportés incluaient la sécurité de la tâche pour les travailleurs confrontés à un épisode de violence (OMEGA), l'intervention thérapeutique lors de conduites agressives (ITCA) de même que les protocoles d'application des mesures de contention et d'isolement. Les groupes de discussion ont fait ressortir d'autres sources possibles de formation en cours d'emploi dont les *Principes pour le Déplacement Sécuritaire des Bénéficiaires* (PDSB), AGIR en santé, prévention des chutes de même que celle sur les principes du rétablissement.

Les échanges avec les groupes de discussion ont confirmé que la formation en lien avec les mesures de contrôle et de remplacement a été dispensée dans la plupart des milieux de soins. Cependant, les répondants n'étaient pas en mesure

d'en préciser la source. Les milieux de soins où la formation n'a pas été donnée ou a été interrompue ont évoqué comme raisons le manque de budget, la non-disponibilité de formateurs et la non-priorisation de cette activité par l'établissement.

Bien que les effets bénéfiques de ces formations en soit reconnus par l'ensemble des personnes consultées, la pénurie et le manque de stabilité du personnel, les contraintes budgétaires, la non-priorisation de la formation dans certains milieux et la résistance aux changements semblent en limiter l'efficacité à favoriser l'utilisation des mesures de remplacement.

Durée et fréquence de la formation

Selon les résultats de l'enquête et des groupes de discussion, la durée de la formation offerte aux intervenants n'est pas uniforme entre les établissements consultés et varie également au sein d'un même établissement. Ainsi, selon les répondants au questionnaire ($n = 35$), la durée de la formation peut s'échelonner de 90 minutes à une journée pour 89 % des milieux de soins (31 sur 35). La majorité des milieux sondés, soit 69 % (24 sur 35) offrent une formation d'une journée. L'offre de formation d'une seule journée est la plus élevée dans les milieux de soins de courte durée aigüe, soit 91% (10 sur 11) comparativement à 57 % dans les milieux de longue durée (8 sur 14) et de courte durée psychiatrique (4 sur 7).

En ce qui a trait à la fréquence de la formation, des réponses ont été obtenues de 30 milieux de soins. Pour la majeure partie des répondants (77 %), celle-ci est dispensée une seule fois en cours d'emploi (15 sur 30) ou à l'embauche (8 sur 30). De la formation est également offerte annuellement et aux deux ans dans respectivement 7 % (2 sur 30) et 3 % (1 sur 30) des milieux de soins. Enfin, les participants aux groupes de discussion ont fait ressortir des variations dans la durée de la formation en fonction de la catégorie de professionnels. Par exemple, dans un même établissement, la durée de la formation était de sept heures pour les infirmières et d'une heure et demie pour les préposés aux bénéficiaires.

Personnel ciblé par la formation

Le Tableau 10 présente les catégories de professionnels visées par la formation sur les mesures de remplacement de la contention et de l'isolement qui ont été rapportées par les participants dans les milieux de soins consultés. Bien que la majorité ait identifié les infirmières et les médecins, des variations existent entre les milieux quant aux types de professionnels ciblés par la formation en fonction des besoins des clientèles. Par ailleurs, il a été proposé à l'occasion des groupes de discussion d'ouvrir l'accès à la formation aux familles, aux bénévoles et aux gestionnaires afin de les sensibiliser davantage à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle et promouvoir les mesures de remplacement.

TABLEAU 10 CATÉGORIES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ CIBLÉES POUR LA FORMATION DANS LES MILIEUX DE SOINS

Catégories de professionnels
<ul style="list-style-type: none"> • Ergothérapeutes • Physiothérapeutes • Thérapeutes en réadaptation physique • Préposés aux bénéficiaires • Éducateurs spécialisés • Conseillers en milieu de vie • Récréologues • Médecins • Travailleurs sociaux • Psychologues • Chefs d'unité • Infirmières • Infirmières auxiliaires

5.4.2 Règlement, politique et autres outils

Plusieurs éléments organisationnels structurants pour soutenir l'utilisation des mesures de remplacement ont été rapportés par les participants à l'enquête et ceux des groupes de discussion. Le Tableau 11 donne un aperçu de la répartition de ces différents outils et moyens identifiés. Les deux catégories d'outils les plus fréquemment utilisés dans les milieux de soins pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et des mesures de remplacement sont les protocoles (69 %) ainsi que les règlements et politiques (44 %). Ces données ont été corroborées par les participants aux groupes de discussion. Lors de l'enquête, seulement 10 % de l'ensemble des milieux de soins ont mentionné la nécessité d'obtenir par écrit un consentement auprès de la personne lorsqu'il est envisagé d'utiliser un moyen de contrôle, mais cet élément a été soulevé à plusieurs reprises lors des groupes de discussions. Dans les milieux où cette mesure a été

implantée, le formulaire de consentement doit être signé par le patient ou par son représentant. La signature des intervenants est également requise dans certains milieux de soins. Par exemple, lorsqu'une contention est exigée pour un proche, la famille doit non seulement signer le formulaire, mais obtenir aussi la signature de deux professionnels de la santé.

TABLEAU 11 OUTILS MIS À LA DISPOBILITÉ DES INTERVENANTS DANS LES MILIEUX DE SOINS

Catégories	LDG (n=16)	CDP (n=9)	CDA (n=11)	Autres (n=3)	Total (n=39)
Protocoles	63%	78%	91%	0%	69%
Guides	38%	33%	27%	0%	31%
Règlements et politiques	44%	44%	36%	67%	44%
Programmes	6%	11%	0%	0%	5%
Outils pour le suivi	13%	11%	18%	33%	15%
Formulaire de consentement	6%	22%	0%	33%	10%
Plan d'intervention	6%	0%	0%	0%	3%
Document spécifique pour chaque alternative	6%	0%	0%	0%	3%
Livre de référence	0%	11%	9%	0%	5%
Cartable du MSSS	0%	0%	0%	33%	3%
Aide-mémoire sur les mesures de remplacement	6%	0%	0%	0%	3%
Dépliant pour les patients et leurs proches	13%	22%	27%	33%	21%
Feuille de référence disponible dans la chambre	6%	0%	0%	0%	3%
Méthode de soins infirmiers	13%	33%	27%	0%	21%
Registre d'utilisation des mesures de remplacement	0%	0%	9%	33%	5%

LDG : longue durée en gériatrie, CDP : courte durée en psychiatrie, CDA : courte durée autres clientèles, AUTRES : établissement de réadaptation

La consultation des milieux a mis en évidence que le déploiement de ces outils serait davantage encouragé ou mis en priorité dans certains milieux de soins. Les intervenants consultés dans les groupes de discussion ont d'ailleurs ajouté que leur utilisation rendait plus contraignante l'application des mesures de contention et d'isolement. Par exemple, le respect du protocole permet parfois de réduire la fréquence ou d'éviter l'utilisation de l'isolement. De plus, il s'est avéré lors des consultations que l'utilisation des formulaires de consentement ne semblait pas systématique ou uniforme dans les milieux de soins où cette mesure est en application. Les formulaires ne seraient pas toujours remplis par les intervenants. De plus, les règles pour obtenir un consentement peuvent parfois être contournées dans des situations particulières. Par exemple, en présence d'une personne violente, le déclenchement du « code blanc » peut se substituer à l'obligation de consentir à l'utilisation d'une mesure de contrôle. De même, l'utilisation d'une mesure de contrôle peut dans certains milieux, lors de circonstances particulières, être autorisée par le biais d'une prescription médicale lorsque la personne ou sa famille refusent de consentir.

5.4.3 Comités

Plusieurs comités concernés par la problématique des contentions ont été mis en place dans les milieux de soins et d'hébergement consultés. Il s'agit de comités ciblant des thématiques en lien notamment avec les alternatives aux contentions, la prévention des chutes, la diminution de la surveillance et la réduction des contentions. Ces comités ont pour objectif de soutenir les professionnels dans le processus de réduction de l'utilisation de la contention et de l'isolement par la recherche de stratégies de remplacement. De plus, on observe que la mise sur pied de ces comités a également facilité la mise à jour des outils utilisés et des formations à organiser dans les établissements. Cependant, le travail en silo de ces comités au sein d'un établissement peut conduire à la mise en application de recommandations qui, bien que légitimes, nuisent parfois à la démarche pour faciliter le recours aux mesures de remplacement. Par ailleurs, les milieux de soins qui ont choisi de ne pas mettre en place de tels comités l'ont fait en raison de la perception d'ingérence dans les soins offerts.

5.4.4 Système d'information et de compilation des données

La grande majorité des répondants (92 %) ont affirmé lors de l'enquête par questionnaire avoir mis en place une collecte de données concernant l'utilisation des mesures de contrôle. Aucun des établissements consultés ne compilent d'information sur l'application des mesures de remplacement. Cependant, les répondants à l'enquête et les participants aux groupes de discussion ont soulevé plusieurs préoccupations à ce sujet.

Il semble en premier lieu se dégager un consensus entre les milieux de soins quant à la nécessité de compiler des données sur l'utilisation des mesures de contrôle plutôt que sur leurs alternatives. La fiabilité des données est également remise en question dans certains des milieux de soins. Le facteur le plus important à ce chapitre serait la sous-déclaration des mesures de contrôle. Par exemple, l'utilisation des ridelles ne serait pas toujours comptabilisée dans les registres puisqu'elle n'est pas toujours perçue comme étant une mesure de contention par les intervenants dépendamment de la situation. La mise en place d'un registre des mesures de contrôle peut également être associée dans sa finalité à un outil de contrôle de la pratique professionnelle selon certains des intervenants, ce qui peut être un frein à la déclaration volontaire. Un autre facteur lié à la fiabilité concerne la mise à jour des données qui n'est pas toujours effectuée sur une base régulière, empêchant ainsi d'assurer un suivi des impacts des mesures de remplacement mises en place dans les établissements. D'autres établissements exerceraient une collecte d'information en ciblant une partie seulement de leurs milieux de soins touchés par les mesures de contrôle. Parmi les autres éléments soulevés, outre la fiabilité, mentionnons la sous-utilisation des données dans la plupart des milieux de soins, notamment en raison d'un manque de soutien pour l'analyse et l'interprétation de l'information colligée, de même que l'absence de rétroaction au personnel à partir de ces données.

5.4.5 Patient et famille

5.4.5.1 Perspective des intervenants

Les participants aux groupes de discussion et à l'enquête par questionnaire ont mentionné l'influence qu'exercent les familles dans l'utilisation des mesures de remplacement. L'implication de la famille dans l'épisode de soins est perçue parfois par les intervenants comme un facilitateur et, à d'autres occasions, comme un obstacle. Par exemple, certaines familles seraient favorables à l'utilisation de la contention, et ce, particulièrement en ce qui a trait aux ridelles et aux ceintures. L'utilisation des mesures de contrôle pour leurs proches est alors perçue positivement dans le but d'assurer leur sécurité évitant ainsi des blessures. D'un autre côté, il s'avèrerait souvent aussi difficile pour eux de voir leurs proches sous contention, ce qui entraînerait même parfois une perte de confiance envers les membres du personnel. L'information donnée aux familles par le biais de discussion ou de feuillets d'information est utile à la compréhension des enjeux de santé et de sécurité ainsi qu'à la prise de décision pour le retrait des mesures de contrôle.

5.4.5.2 Perspective des utilisateurs de service et de leurs proches

Le but de cette consultation était de recueillir les points de vue des utilisateurs de services et de leurs proches sur les mesures alternatives à la contention et à l'isolement ainsi que les conditions qui influencent leur utilisation dans les milieux de soins psychiatriques et en centre d'hébergement.

Utilisateurs de service en santé mentale

Mesures de contention

L'usage de la contention et de l'isolement est généralement décrit par les utilisateurs comme une expérience négative et traumatisante. Bien que les participants perçoivent ces mesures comme justifiées lorsque la sécurité des autres patients ou du personnel est menacée, leur utilisation pourrait, selon eux, être évitée dans bien des cas. Le discernement dans l'utilisation des mesures de contrôle est fondamental pour les participants. Il est important de ne pas prolonger le recours aux mesures de contrôle sur une longue période, de suivre et d'évaluer régulièrement leur utilisation. De plus, certains principes devraient toujours être respectés lorsque ces mesures sont appliquées, soit le respect de la personne et la communication. L'utilisation des médicaments en psychiatrie est généralement perçue par les participants comme étant une forme de contention. Malgré ces critiques, le rôle de la médication est perçu différemment si elle est accompagnée d'autres approches, dont l'écoute thérapeutique. Les participants ont soulevé une inquiétude quant à une trop grande

utilisation de médicaments en psychiatrie en raison des effets indésirables associés (p.ex. réaction extrapyramide, obésité). Plusieurs ont relaté des expériences où de trop fortes doses de médicaments leur avaient été administrées.

Mesures de remplacement

L'écoute et la communication avec la personne en situation de crise est la principale approche qui a été proposée par les participants comme mesure permettant de réduire ou d'éviter l'utilisation de la contention et de l'isolement. Selon les usagers, une approche qui favorise la compréhension des causes sous-jacentes du comportement perturbateur pourrait permettre d'intervenir plus efficacement auprès de la personne et d'éviter le recours à la contention ou à l'isolement. La disponibilité d'une personne de référence avec qui l'usager peut communiquer durant son séjour pourrait favoriser l'adoption d'une approche basée sur l'écoute et la communication. Le pair aidant semble être la personne la mieux placée pour jouer ce rôle en milieu de soins psychiatriques. En ayant une connaissance expérientielle des problèmes vécus par les usagers, le pair aidant est à même de les comprendre et de pouvoir intervenir en situation de crise. Selon les participants, les membres du personnel soignant ayant de bonnes capacités d'écoute et d'empathie peuvent aussi jouer ce rôle auprès des usagers. Cependant, ils reconnaissent que plusieurs obstacles nuisent à l'utilisation de cette approche dans les milieux de soins en psychiatrie. Le manque de personnel, la surcharge de travail qui réduit le temps affecté aux soins des patients, le manque de formation du personnel sur les problèmes de santé mentale et l'attitude de type autoritaire du personnel soignant sont parmi les barrières rapportées. L'écoute et la communication est une approche qui ne semble pas adaptée à toutes les situations et qui ne produira pas les mêmes résultats selon la phase de la maladie et le cheminement de la personne.

Les participants ont évoqué les bienfaits perçus de différentes approches thérapeutiques telles que la thérapie individuelle, les ateliers de groupe et l'hôpital de jour. Peu importe l'approche retenue, l'implication de l'usager dans son processus thérapeutique apparaît comme une condition essentielle à son efficacité. Le plan de rétablissement élaboré par l'usager avec le soutien d'un intervenant comme le pair aidant est un moyen qui favorise le recours aux mesures de remplacement de la contention et de l'isolement et aide à prévenir les crises. De plus, un tel plan permet d'impliquer, lorsque c'est possible, les proches qui peuvent alors jouer un rôle dans l'épisode de soins et la prévention des crises.

La surveillance directe était peu connue des participants et était parfois associée à l'isolement chez ceux qui semblaient connaître cette mesure. Selon les participants, pour qu'elle constitue une véritable mesure alternative, elle devrait être respectueuse de la personne, de sa dignité, de sa liberté et permettre la communication entre l'usager et le surveillant. La surveillance par un agent de sécurité est perçue par les participants comme une mesure non efficace dans ce contexte. L'association entre une approche d'écoute et de communication, et la surveillance directe (surveillance avec engagement thérapeutique) apparaît comme une mesure alternative intéressante aux yeux de certains des utilisateurs de services en santé mentale.

Les approches occupationnelles, dont la pratique d'activités physiques et artistiques, ont aussi des effets bénéfiques selon les participants et peuvent contribuer à réduire le recours à la contention et à l'isolement. Ces activités permettent aux usagers de demeurer branchés à la réalité. Les principales contraintes soulevées par les participants sont le manque de liberté dans le choix des activités et le risque d'infantilisation.

Proches de résidents en centre d'hébergement

Mesures de contention

Malgré que les participants sont en faveur de l'utilisation des mesures de remplacement, ils sont également d'avis dans le contexte actuel des établissements de santé qu'il n'est pas possible de se passer des mesures de contention (ceintures et ridelles) avec certains résidents, notamment pour prévenir les chutes et leurs conséquences. Ils reconnaissent qu'il est difficile de voir un proche avec des contentions, mais elles sont perçues comme un mal nécessaire et vouloir les éliminer complètement semble irréaliste présentement pour un bon nombre d'entre eux. Certains participants ont mentionné avoir demandé l'utilisation d'une mesure de contention pour leur proche pour éviter des chutes. L'utilisation de la contention devrait être évaluée pour chaque situation particulière, en considérant si des mesures de remplacement sont applicables, et ce, en consultation avec la famille. Tout comme pour les groupes de participants en psychiatrie, des craintes ont été soulevées au regard de l'utilisation de la médication comme alternative à la contention.

Mesures de remplacement

Selon les participants, une attitude d'écoute de la part du personnel, jumelée à une approche de communication et centrée sur l'évaluation des besoins du résident, sont des mesures favorables à la création d'un milieu de vie pouvant contribuer à réduire l'usage de la contention dans les milieux d'hébergement de longue durée. La stabilité du personnel et la possibilité d'attirer un préposé à un résident sont des conditions nécessaires pour créer un environnement favorable. La relation de familiarité qui se développe entre le résident et le préposé favorise l'interaction et les échanges ainsi qu'une compréhension des besoins de l'usager pouvant ainsi exercer une influence positive sur ses comportements. Comme l'ont rapporté certains participants, « ça va mieux quand ce sont les ressources habituelles qui connaissent bien les résidents et leurs habitudes ».

Les approches occupationnelles en soins de longue durée (p.ex. peinture, musicothérapie, zoothérapie, jardinage, etc.) sont perçues par les participants comme des alternatives pouvant permettre de réduire l'usage de la contention. Ces activités ont des effets positifs sur les résidents leur donnant des occasions de communiquer, d'avoir une vie sociale et également en contribuant à leur valorisation et à leur stimulation. Il est important que ces approches soient adaptées aux intérêts, aux besoins et à l'histoire de vie de l'usager. Le manque de personnel, la mobilité et les coupures de budget constituent des obstacles importants à la réalisation de ces activités.

L'aménagement des lieux physiques est également important pour la création d'un milieu de vie. La disponibilité d'une salle commune pour la réalisation des activités de groupe est un élément favorable. Les unités prothétiques constituent un modèle de milieu de vie intéressant pour les personnes ayant des troubles cognitifs.

Bien qu'un certain niveau de surveillance des usagers en soins prolongés soit nécessaire selon les participants, la surveillance directe leur apparaît irréaliste comme mesure de remplacement en raison de la pénurie de personnel. La surveillance directe est plutôt perçue comme une mesure d'accompagnement à d'autres approches comme celles de type occupationnel. C'est une alternative intéressante si elle permet d'accompagner le résident dans ses activités. Le regroupement des résidents au sein d'une même activité peut permettre la surveillance par un seul préposé. Les bénévoles pourraient jouer un rôle dans la surveillance et l'accompagnement des résidents dans les établissements. Toutefois, des limites ont été rapportées dont celle de la responsabilité légale en cas de problème de chute avec blessure.

Les participants connaissaient l'existence dans les centres d'hébergement de technologies d'aide à la surveillance (p.ex. alarmes au lit ou à la chaise, bracelet antifugue). Selon eux, ces systèmes peuvent avoir une certaine utilité pour réduire l'usage de la contention pourvu qu'ils s'accompagnent d'une surveillance par le personnel, ce qui ne semble pas toujours le cas. Les participants trouvent cependant peu efficaces les systèmes d'aide à la surveillance en raison des délais de réponse par le personnel. L'aménagement des lieux physiques qui occasionne dans certains cas de longues distances à parcourir entre le poste des infirmières et la chambre du patient est au nombre des exemples rapportés où le résident a le temps de se lever et, dans certains cas, de chuter malgré le déclenchement de l'alarme.

6 DISCUSSION

La présente évaluation a permis de mettre en lumière des préoccupations communes à l'ensemble des établissements et des milieux de soins du RUIS de l'Université Laval au regard des mesures de contrôle et de remplacement. Elle a également documenté les défis que leur utilisation représente pour notre réseau. Dans un environnement de soins où la gestion des risques est omniprésente, il semble se dégager une certaine tension dans les milieux entre le désir d'offrir des soins qui soient à la fois de qualité, sécuritaires et respectueux des besoins des patients. Plusieurs constats se dégagent de cette analyse systémique où des sources variées d'information, incluant des groupes de discussion auprès des proches et des patients, d'intervenants et de gestionnaires ainsi qu'une enquête par questionnaire dans les milieux de soins, ont été triangulées pour dresser un portrait le plus fidèle possible des pratiques liées aux mesures de remplacement dans les établissements de santé du RUIS de l'Université Laval. Les principaux constats qui se dégagent de cette démarche sont présentés ci-dessous.

6.1 La réduction des mesures de contrôle dans les établissements: un défi multifactoriel qui ne se limite pas qu'aux mesures de remplacement

En dépit des efforts déployés à ce jour dans les milieux de soins du RUIS-UL, l'objectif d'un environnement de soins sans mesures d'isolement ou de contention semble toujours difficile à atteindre, voire même peut-être irréaliste. Les observations tirées de l'enquête et des groupes de discussion suggèrent que plusieurs facteurs limitent la capacité des établissements à réduire l'utilisation des mesures de contrôle. Les principaux déterminants pouvant agir soit comme facilitateur ou barrière à l'implantation de mesures de remplacement se regroupent au sein des catégories suivantes : l'environnement humain (les soignants, les proches et la famille), les structures organisationnelles (p.ex. lois, règlements, organisation du travail), la culture organisationnelle en lien avec les croyances et les valeurs du milieu, l'aménagement physique des lieux et le patient lui-même [3].

Le déterminant ayant le plus grand potentiel de moduler les croyances et les valeurs des intervenants et de contribuer aux difficultés associées à la diminution du recours aux mesures de contrôle semble être la culture prédominante de sécurité et de gestion des risques dans les établissements. Les faits rapportés par les intervenants des milieux de soins, mais également par les proches et les familles consultés, appuient ce constat. Il faut protéger le patient de lui-même ou des autres patients et assurer la sécurité du personnel. Bien qu'il ne soit pas possible d'établir de lien de cause à effet sur le comportement des intervenants, il n'en demeure pas moins que les règles d'application d'une mesure de contrôle sont parfois contournées pour obtenir ou non un consentement. De plus, le sentiment de culpabilité et le spectre de la peur des poursuites judiciaires exprimés par le personnel soignant s'ajoutent en toile de fond à cette réalité. Le défi de préserver l'autonomie et la dignité des patients dans un environnement de travail où l'on accorde une grande importance à la sécurité est grand.

Le recours aux mesures de contrôle et de remplacement est également influencé par les croyances et les valeurs du personnel soignant, des patients et de leurs proches. Les différentes sources d'information consultées dans le cadre de la présente évaluation sont convergentes à cet effet. La frontière conceptuelle qui sépare une mesure de contrôle d'une mesure de remplacement ne semble pas aussi précise que peuvent le laisser croire les définitions. En effet, les données recueillies dans le cadre du projet indiquent que l'intention thérapeutique constitue l'un des éléments clés pour juger, selon la situation particulière du patient et de ses besoins, de la nature réelle d'une intervention. D'ailleurs, le cadre de référence du MSSS pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle appuie cette approche d'analyse de l'intervention basée sur le but visé et non pas seulement en fonction du dispositif ou de la mesure elle-même [3]. Forces est de constater qu'il existe des divergences entre l'état actuel des pratiques et l'application du cadre de référence. Quatre mesures dans les établissements du RUIS-UL, soit les ridelles de lits, la demi-porte, les ceintures avec attache à l'avant et le fauteuil gériatrique avec tablette, illustrent bien ce dilemme à savoir si une intervention constitue une mesure de contrôle ou une alternative, selon le contexte, l'intervenant et l'intention thérapeutique. Le vécu des milieux de soins illustre la nécessité de préserver et d'encadrer un espace suffisant à l'exercice du jugement clinique en impliquant à la fois les intervenants, le patient ainsi que sa famille et ses proches, au besoin. La popularité des approches d'*empowerment*, de décision partagée et de patient partenaire font ressortir l'importance pour les établissements de mettre en œuvre des approches cliniques réellement centrées sur les besoins biopsychosociaux des patients et sur leur implication dans les décisions qui concernent leurs soins. Ainsi, la décision de classer ou non une intervention à titre de mesure de contrôle

doit s'appuyer sur une bonne évaluation de l'épisode de soins et la concertation d'un ensemble d'intervenants en partenariat avec le patient et, au besoin, avec sa famille et ses proches.

La formation et le développement professionnels continus des compétences des intervenants figurent au chapitre des éléments clés à bonifier en vue de soutenir les changements souhaités quant aux valeurs et à la culture organisationnelle. Ce facteur sera discuté plus longuement au constat 6.3.

La pénurie et la stabilité du personnel soignant représentent également un enjeu de taille et un défi pour les organisations qui souhaitent promouvoir et implanter de nouvelles approches pour diminuer l'usage des mesures de contrôle. Par exemple, le recours à du personnel non qualifié pour intervenir auprès d'un patient qui, en plus de ne pas contribuer ou contribuer très peu à l'épisode de soins (p.ex. surveillance directe avec un agent de sécurité), peut nuire à l'objectif d'accroître l'utilisation des mesures de remplacement. Malgré la pénurie de personnel, l'expérience de certains établissements ayant regroupé ensemble des patients sous la responsabilité d'un même professionnel de la santé avec un objectif d'engagement thérapeutique (plutôt que de surveillance) semble avoir été positive. Une réflexion est à faire dans les établissements quant à la pertinence de certains soins, notamment en ce qui concerne la surveillance directe et la réallocation des ressources dans des mesures de remplacement à l'intérieur d'une vision plus large d'engagement thérapeutique.

La majorité des milieux de soins consultés possède des bases de données répertoriant l'utilisation des mesures de contrôle. Toutefois, bien que des données soient compilées, elles ne sont pas uniformes, empêchant ainsi toute comparaison et limitant grandement leur utilisation. Des divergences existent également entre les établissements quant aux interventions à comptabiliser comme mesures de contrôle. Cette situation n'est pas sans répercussion sur la fiabilité et la validité des données ni sur l'atteinte de l'objectif de réduction des mesures de contrôle. Ce point sera développé dans un prochain constat.

Sur le plan de l'environnement organisationnel, il a été rapporté que plusieurs comités d'un même établissement prennent des décisions en silos. Celles-ci sont parfois contradictoires et peuvent interférer dans l'atteinte des objectifs de soins fixés pour le patient. Un équilibre est nécessaire entre les objectifs de gestion des risques pour l'établissement et ceux liés aux rétablissements de l'épisode de soins du patient. Les exemples rapportés par les milieux de soins consultés lors de cette évaluation témoignent bien du point de rupture possible qui existe, par exemple, entre la prévention et le contrôle des infections et la promotion de l'approche adaptée à la personne âgée dans nos milieux de soins. Comme en ont témoigné des intervenants lors des groupes de discussion, l'aménagement physique des lieux compte aussi parmi les facteurs pouvant faire obstacle à l'utilisation optimale des mesures de remplacement dans les établissements. Une bonne analyse des contraintes liées à l'environnement physique devrait faire partie intégrante des éléments à prendre en considération lors de l'implantation de mesures de remplacement dans les milieux de soins.

Enfin, tel que rapporté par certains intervenants, la non-disponibilité ou l'accessibilité restreinte des mesures alternatives peut représenter un enjeu de taille nuisant considérablement à la possibilité de réduire le recours aux mesures de contrôle.

En somme, l'atteinte de l'objectif d'un environnement sans mesure de contrôle, sans un examen approfondi des différents facteurs qui font obstacle à l'utilisation des mesures de remplacement, n'apparaît pas réaliste pour le moment dans le réseau de la santé. Aux dires même des intervenants, des utilisateurs de services et des familles consultés lors des groupes de discussion, il peut parfois s'avérer nécessaire, lors de situations particulières, d'envisager l'utilisation en dernier recours d'une méthode de contrôle. L'information recueillie dans le cadre de cette évaluation suggère qu'il serait plus réaliste pour les milieux de soins de s'orienter à court terme vers un objectif de réduction des mesures de contrôle à un niveau le plus bas possible. Sans pour autant faire la promotion de cette approche, les établissements ont la responsabilité de mieux encadrer l'utilisation des mesures de contrôle dans leur milieu, notamment par le développement de normes de pratique.

6.2 Les mesures de remplacement de la contention et de l'isolement : mieux définir leurs rôles dans l'épisode de soins

Le processus de consultation a mis en évidence une multitude de mesures alternatives dont l'utilisation varie d'un milieu de soins à l'autre. De façon générale, il semble exister un biais favorable quant à l'efficacité des mesures de remplacement, et ce, sans qu'il y ait eu de démonstration de preuve dans la littérature scientifique [5]. Cependant, les intervenants demeurent très préoccupés par les inconvénients associés à leur utilisation, laquelle soulève des enjeux d'ordre éthique et légal.

L'utilisation des mesures de remplacement demeure déterminante parmi les stratégies à déployer pour arriver à réduire le recours à la contention et à l'isolement. Les mesures utilisées doivent être adaptées aux particularités de la personne malade et de sa situation, mais également tenir compte des ressources disponibles dans le milieu et parfois même des contraintes liées à l'aménagement physique des lieux. Plusieurs des intervenants consultés ont rappelé l'importance, avec les mesures de remplacement, d'adapter sur une base individuelle cette approche plutôt que d'essayer d'implanter une intervention pour une majorité de patients. Comme l'ont d'ailleurs souligné les utilisateurs de services et les proches consultés à l'occasion de cette démarche d'évaluation, quelle que soit la mesure de remplacement envisagée, elle doit être respectueuse de la personne, de sa dignité et de sa liberté. De plus, selon ces derniers, il est indispensable que l'écoute et la communication soient au cœur de l'approche utilisée par le personnel soignant, et ce, peu importe la mesure de remplacement choisie.

Selon les observations tirées des groupes de discussion avec les intervenants et des données de l'enquête, les actions menées à ce jour par les établissements pour réduire le recours à la contention dans leurs milieux ciblent principalement le recours aux mesures de remplacement. Toutefois, en l'absence de données probantes supportant l'efficacité des diverses mesures de remplacement, ces derniers doivent demeurer prudents et éviter d'entretenir une pensée magique à l'égard de la valeur ajoutée de ces interventions. La consolidation d'une approche de soins centrée sur le patient où les efforts consentis dans les mesures de remplacement sont balancés avec d'autres investissements par exemple pour l'amélioration de l'organisation du travail et le développement des compétences des intervenants mais aussi des familles, semble une voie plus prometteuse pour les établissements du réseau.

6.3 La formation, le développement et le maintien des compétences du personnel : un pivot indispensable

À la lumière de l'information rapportée, il apparaît nécessaire que le niveau actuel de formation des intervenants soit rehaussé dans la majorité des établissements consultés. Le manque de formation du personnel constitue sans aucun doute un obstacle à la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle. Tous les intervenants des milieux consultés ont témoigné de l'importance de la formation dans le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles. Cependant, en dépit des efforts déployés à ce jour, la formation sur les mesures de remplacement ne semble pas optimale dans plusieurs des milieux où, de façon générale, une seule journée est consacrée à cette thématique, et ce, pour un nombre restreint de catégories de professionnels. Selon les intervenants consultés, la formation académique de base des professionnels de la santé est insuffisante au regard des mesures de remplacement et de contrôle. La formation et le développement professionnels continus des connaissances et des compétences des intervenants figurent au chapitre des éléments clés à bonifier en vue de soutenir les changements souhaités au regard des valeurs et de la culture organisationnelle. La présente consultation a fait ressortir l'importance de dispenser la formation à une plus grande variété d'intervenants et de la répéter régulièrement en cours d'emploi afin de favoriser le maintien des compétences. En outre, la création d'un regroupement des milieux de soins autour de la formation pourrait venir en aide aux établissements de plus petite taille dont les ressources budgétaires sont limitées, leur permettant ainsi d'assurer le développement et le maintien des compétences de leur personnel via un partage d'expertise.

D'un point de vue plus macroscopique, il y aurait certainement lieu que les établissements d'enseignement revoient le curriculum de formation des futurs professionnels de la santé à tous les niveaux (enseignement professionnel, collégial et universitaire). Cette démarche est souhaitable afin de s'assurer qu'un minimum de connaissances et de compétences soient acquises dans le cadre de la formation de base au regard de l'approche de soins auprès des personnes qui présentent des comportements à risque (p.ex. chute, fugue, agressivité, comportements perturbateurs).

6.4 L'implication des familles et des pairs aidants dans l'épisode de soins : un partenariat à consolider

La pertinence d'impliquer davantage les familles et les proches dans l'épisode de soins n'est pas remise en question dans les différents milieux de soins consultés. Comme plusieurs l'ont souligné, les familles et les proches des patients sont davantage en mesure de comprendre et d'apporter leur contribution lorsqu'ils sont informés au sujet des éléments entourant le choix des interventions. Ils peuvent ainsi se révéler être des acteurs clés dans l'atteinte de l'objectif de diminution de l'usage des mesures de contrôle. Les utilisateurs de services et les familles consultés partageaient cet avis. Ceci peut s'avérer une méthode efficace pour faciliter l'écoute et la communication et même désamorcer une crise. L'implication des familles peut aider à la compréhension des raisons et des causes sous-jacentes à la désorganisation de leur parent. De plus, les familles sont habituellement des ressources précieuses pour aider à documenter les habitudes de leur proche. Ce fait est bien illustré dans l'exemple qui a été rapporté d'un patient en centre d'hébergement dont l'agitation a cessé suite à la suggestion de sa fille qu'on lui apporte chaque matin un journal à lire comme il avait l'habitude à la maison. Le recueil des habitudes et des comportements d'une personne est sans aucun doute un élément essentiel pour mieux planifier l'approche de soins aux patients. L'expérience de pairs-aidants dans l'un des milieux de soins consultés en santé mentale constitue un bon exemple de la façon dont il est possible d'impliquer d'autres types de ressources pour intervenir auprès des patients. Cette approche avec les pairs-aidants s'avère prometteuse si l'on se rapporte aux dires des usagers consultés dans le cadre de la présente démarche d'évaluation. Le bien-fondé d'impliquer les familles, les proches ou des pairs-aidants dans l'épisode de soins est très présent dans le discours des intervenants du réseau mais des difficultés sont rencontrées sur le terrain, sur la manière d'implanter une telle approche dans les établissements de santé. Des problématiques sont soulevées sur les plans juridique, logistique, de la sécurité et au regard de la disponibilité de matériel pour supporter les familles dans le développement des connaissances. Il ne serait pas souhaitable à cet égard que chaque établissement développe, par exemple, son propre programme de formation pour mieux impliquer les familles. Il y a certes un besoin d'établir à un niveau provincial des lignes directrices pour définir, encadrer et supporter l'implication des familles et des proches dans les établissements afin de s'assurer de la valeur ajoutée de cette stratégie dans l'épisode de soins. L'établissement d'un réel partenariat avec les familles et les pairs-aidants nécessitera le développement d'outils et de formations pour améliorer leurs connaissances et leurs compétences ainsi que pour encadrer leur rôle de soutien dans les équipes de soins.

6.5 Faire évoluer le paradigme de la culture organisationnelle centrée sur la sécurité et la gestion du risque

La présente consultation a permis de constater l'importance accordée à la sécurité des patients. La gestion du risque repose d'ailleurs sur des obligations légales qu'ont les établissements de déclarer les incidents et les accidents impliquant des patients, mais aussi de mettre en place les mesures nécessaires pour prévenir ces événements lors de la prestation des soins. Sans remettre en question le bien-fondé de cette approche, il s'avère qu'une telle culture organisationnelle peut exercer une influence dominante sur les croyances et les valeurs du personnel. Cet aspect dominant de la culture pourrait se traduire par une trop grande légalisation de l'approche de soins dans les milieux et ainsi nuire à la promotion de l'utilisation des mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. Les intervenants sont confrontés au quotidien à des situations où il est nécessaire de trouver pour leurs patients un juste équilibre en gestion des risques entre les droits individuels et les droits collectifs. Tout en maintenant prioritaire la sécurité des patients et du personnel, le défi pour les établissements qui souhaite accorder une plus grande place à l'expérience des patients en prenant le virage de nouvelles approches de soins centrées sur le patient, sera d'ajuster leurs discours et actions sur le terrain en ayant une perspective de risque acceptable pour la santé plutôt que d'absence de risque. De tels changements dans les établissements ne pourront se réaliser sans l'appui de la haute direction et la mise en œuvre de mesures concrètes pour faire évoluer la culture organisationnelle. L'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée dans les établissements de santé au Québec est un bon exemple de stratégies qui peuvent avoir une influence positive sur les croyances et les valeurs du personnel et faire avancer la culture de l'organisation au regard de la prise en charge globale des patients.

6.6 Promouvoir et rendre disponible les ressources pour développer une culture de la mesure et de l'évaluation

L'information recueillie porte à croire que la qualité des données sur l'utilisation des mesures de contrôle n'est pas égale d'un établissement à l'autre ni entre les unités d'un même établissement. Ceci soulève des questions de fiabilité et de

validité des données. Sur le plan de la fiabilité, il appert que chaque établissement ne collige pas la même information selon la définition de mesure de contrôle acceptée dans le milieu. Ceci est particulièrement vrai pour quatre mesures qui sont classées ou non dans la catégorie d'une mesure de contrôle en fonction de divers facteurs qui varient aussi d'un milieu de soins à l'autre. L'impact réel de ce phénomène peut se traduire autant par une surdéclaration qu'une sous-déclaration de l'utilisation des mesures de contrôle dans les établissements, et ce, sans changement des pratiques sur le terrain.

Les préoccupations quant à la fiabilité des données conduisent à une remise en question des critères utilisés pour définir ce qu'est une mesure de contrôle et de l'impact exercé par la culture organisationnelle. Par exemple, est-ce que la définition du MSSS est assez spécifique ou mériterait-elle d'être modulée pour tenir compte de la réalité des milieux? L'obsession du risque nul et de la peur des poursuites dans les milieux pourraient-elles également avoir une influence sur ce qui est perçu et rapporté comme mesure de contrôle? Ces questions méritent une attention de la part des établissements afin de s'assurer que la qualité des données n'est pas affectée par l'effet de ces facteurs. Tant et aussi longtemps que persistera la problématique entourant la validité des données, il demeurera difficile de porter un jugement éclairé sur les tendances observées quant à l'utilisation des mesures de contrôle dans les établissements de santé. Ainsi, il se dégage un certain sentiment d'urgence face à l'idée d'uniformiser et de standardiser la collecte d'information sur les mesures de contrôle dans les établissements. Au-delà de l'aspect de reddition de compte, la production de données de qualité sur les mesures de contrôle pourrait également servir à développer des indicateurs pour soutenir les changements dans la pratique des intervenants. À l'heure actuelle, la rétroaction de l'information au personnel basée sur la compilation des données des mesures de contrôle n'est pas une pratique très répandue dans les établissements. Pourtant, tout en soutenant les établissements dans le déploiement des mesures de remplacement et de nouvelles approches de soins, cette stratégie peut devenir un levier pour faciliter le transfert des connaissances et contribuer à l'amélioration continue des pratiques.

7. RECOMMANDATIONS

Considérant que le portrait des pratiques réalisé auprès des milieux de soins du RUIS-UL a révélé :

- que les pratiques au regard de l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement varient entre les milieux de soins et les établissements;
- que l'encadrement de l'usage des mesures de contrôle et de remplacement n'est pas optimal dans les établissements incluant l'application de protocoles et de cadre de référence;
- l'importance pour les établissements d'adopter une approche d'analyse systémique (p ex. structure et culture organisationnelle, croyances et valeurs du milieu, formation des intervenants, aménagement physique) pour identifier les besoins et planter les stratégies les mieux adaptées au milieu;
- que la formation et le maintien des compétences des intervenants au regard d'une part, de l'approche de soins auprès des usagers avec des comportements à risque et d'autre part, de l'usage des mesures de contrôle et de remplacement, doivent être révisés et harmonisés quant au contenu, la fréquence et l'auditoire cibles;
- que des pratiques prometteuses pour réduire l'usage des mesures de contrôle et promouvoir les mesures de remplacement ont été implantées dans certains établissements;
- que l'usage des mesures de contrôle et de remplacement dans certaines circonstances peut représenter un risque pour la santé des usagers;
- l'importance accordée par les milieux de soins de même que les usagers, leurs proches et leur famille pour réduire l'usage des mesures de contrôle dans les établissements;
- que l'écoute et la communication de la part des intervenants, de même que l'implication des familles, des proches ou de pairs-aidants dans l'épisode de soins sont des éléments-clés à explorer pour réduire l'usage des mesures de contrôle;
- l'importance d'impliquer lors de la prise de décision concernant l'usage des mesures de contrôle et de remplacement les intervenants, les usagers ainsi que leur famille et leurs proches, au besoin;
- qu'il y a une nécessité aux plans juridique, éthique, de la gestion, de la sécurité et de l'organisation des soins de mieux définir et encadrer dans les établissements l'implication des familles, des proches ou de pairs-aidants dans l'épisode de soins;
- que la collecte de données sur l'usage des mesures de contrôle dans les établissements devrait davantage être supportée et normée pour faciliter le développement d'indicateurs de performance pour le suivi et l'évaluation des actions implantées dans les milieux de soins;
- que la culture de la sécurité et de la gestion des risques est primordiale dans les établissements mais qu'elle doit être adaptée à des approches de soins innovantes visant à réduire l'usage des mesures de contrôle;

7.1 Recommandations au RUIS-UL:

- De soutenir la création d'une communauté de pratique avec les établissements dans le but de faciliter le partage des meilleures pratiques et le développement de normes et de guides de pratiques pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement.

7.2 Recommandations aux agences de la santé sur le territoire du RUIS-UL:

- De soutenir les établissements dans la révision, l'harmonisation et le financement du curriculum de formation des intervenants pour accroître leurs compétences au regard de l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement;
- De soutenir les établissements dans le cadre de leur mandat de gestion des risques pour le développement de normes pour le suivi de l'utilisation des mesures de contrôle;
- De mener une démarche concertée auprès du MSSS en vue d'établir des normes nationales pour encadrer dans les établissements l'implication des familles, des proches ou de pairs-aidants dans l'épisode de soins comme stratégie pour réduire l'usage des mesures de contrôle et promouvoir celles de remplacement;
- De contribuer avec le RUIS-UL à la création d'une communauté de pratique sur les meilleures pratiques pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement dans les établissements.

7.3 Recommandations aux établissements du RUIS-UL:

- De répertorier dans leurs milieux de soins les approches déjà implantées pour réduire l'utilisation des mesures de contrôle et promouvoir celles de remplacement, et de procéder à une analyse systématique des besoins pour définir les actions prioritaires à mener en fonction des différents facteurs reliés à la culture et la structure organisationnelles, les croyances et les valeurs du milieu, la formation, l'aménagement physique, etc.
- Collaborer avec les acteurs du milieu, les Agences et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux à l'élaboration de normes de pratique pour encadrer l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement.
- Mettre sur pied un ou des groupes de travail interétablissements (il pourrait s'agir d'un ou des sous-comités de la communauté de pratique) pour mener une réflexion et une consultation élargie sur :
 - o l'utilisation de la surveillance constante dans les milieux de soins;
 - o l'implication accrue dans l'épisode de soins du patient lui-même, de sa famille (ou ses proches), ou de pairs-aidants sous l'angle des approches de l'expérience patient et du patient partenaire.
- Contribuer à mettre sur pied un programme de mise à jour des connaissances, de maintien et de développement continu des compétences des intervenants sur des thématiques favorisant les meilleures pratiques au regard des mesures de contrôle et de remplacement. À noter que cette recommandation devrait être regardée à l'échelle du RUIS-UL, des Agences et même du MSSS.
- Développer la culture de la mesure et de l'évaluation en supportant la création de base de données fiables et valides pour assurer le suivi des mesures de contrôle et de remplacement dans les milieux de soins et en facilitant également la rétroaction de l'information aux différents paliers de l'organisation.
- Collaborer à la mise sur pied d'une communauté de pratique au sein du RUIS-UL pour partager les expériences et accroître la capacité d'ETMIS au regard des mesures de remplacement.

8. CONCLUSION

L'objectif de réduction des mesures de contrôle dans les établissements du réseau de la santé demeure un sujet d'actualité puisqu'il interpelle directement des aspects de dignité et d'approche plus humaine dans les soins. Au cours de la dernière décennie, des efforts importants ont été menés dans les établissements de santé afin de limiter l'usage de la contention et de l'isolement, mais des actions sont encore requises pour promouvoir davantage l'implantation de mesures de remplacement adaptées à la réalité du patient et basées sur les meilleures pratiques. Le présent rapport d'évaluation portant sur le portrait des pratiques a mis à jour différents facteurs dans les milieux de soins qui à des degrés divers freinent l'atteinte d'un objectif de réduction de l'usage des mesures de contrôle au niveau le plus faible possible. La quasi-élimination des mesures de contrôle est un objectif atteignable dans le réseau de la santé, mais elle requiert des actions additionnelles voire même un certain virage pour aborder les solutions sous plusieurs angles de la gestion et de l'organisation des soins. Remettre le patient au cœur des soins par une meilleure écoute et compréhension de la personne est un défi auquel sont invités tous les établissements qui désirent améliorer l'expérience de soins au regard des mesures de contrôle et de remplacement.

ANNEXES

Annexe 1 – Liste des membres du groupe de travail

CHU de Québec – UETMIS

- Lynda Bélanger
- Martin Coulombe
- Mélanie Hamel
- Dr Marc Rhainds

CHU de Québec

- Katia Boivin
- Kelly Brennan
- Christine Danjou
- René Verreault
- Isabelle Yelle

IUSMQ

- Lise Kasprzak
- Diane Lalancette
- Alain Rioux
- Luc Vigneault

IRDPQ

- Danielle Levesque
- Isabelle Paradis

Apur de Québec

- Caroline Busque

L'A-Droit de Chaudière-Appalaches

- François Winter

ASSS de la Côte-Nord

- Ginette Fournier

CRDI du Bas-Saint-Laurent

- Chantale Lefrançois

CRDI de Chaudière-Appalaches

- Johanne Delisle

CRDI de Québec

- Christian Beaulieu

CSSS Alphonse-Desjardins

- Julie Mercier

CSSS de Chandler

- Stella Travers

CSSS Cléophas-Claveau

- Lynda Tremblay

CSSS de la Côte-de-Gaspé

- Micheline Proulx

CSSS de La Mitis

- Julie Gagnon

CSSS de Montmagny-L'Islet

- Manon Laverdure

CSSS de Portneuf

- Sylvie Rey

CSSS de Québec-Nord

- Diane Claveau

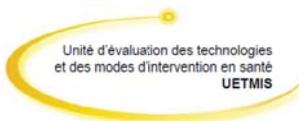
CSSS de Rimouski-Neigette

- Thérèse Morency

CSSS de la Vieille-Capitale

- Hélène Riverin

Annexe 2 – Questionnaire auto-administré destiné aux membres du groupe de travail



Évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement
chez les patients adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

Les membres de la Table sectorielle en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) ont priorisé comme sujet d'intérêt en 2010 l'évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez les adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement.

La mise en œuvre de ce projet d'évaluation a été confiée à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Ce projet sera réalisé en étroite collaboration avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), le CSSS de la Vieille-Capitale de même qu'en partenariat avec des établissements de diverses régions du RUIS-UL (Bas-St-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Côte-Nord, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches).

Le questionnaire suivant vise à dresser un portrait sommaire des pratiques concernant l'utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement) et de leurs alternatives (aussi appelées mesures de remplacement) sur le territoire du RUIS-UL. Nous désirons également comprendre les enjeux qui préoccupent les intervenants concernés par l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement. Veuillez noter que les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle. Les résultats seront présentés globalement. Aucun nom de participant ou d'établissement ne sera mentionné.

L'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement peut être très différente selon le milieu de soins. Nous sommes intéressés à comprendre l'utilisation de ces mesures pour trois types de milieux pouvant exister dans votre établissement :

1. Hébergement en soins de longue durée;
2. Hospitalisations en soins de courte durée – unité(s) de psychiatrie;
3. Hospitalisations en soins de courte durée – autres unités de soins (par ex. médecine, chirurgie ou courte durée gériatrique). Les soins intensifs, l'urgence et la pédiatrie sont cependant exclus du projet.

Si plus d'un de ces milieux de soins se retrouvent dans votre établissement, nous aimerions qu'un questionnaire distinct soit rempli pour chacun d'entre eux.

Merci de votre précieuse collaboration !

Marc Rhainds, MD, MSc, FRCPC
Cogestionnaire médical et scientifique
Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé
CHUQ

Martin Coulombe, MSc, MAP
Cogestionnaire clinico-administratif
Unité d'évaluation des technologies
et des modes d'intervention en santé
CHUQ

SECTION 1 : Informations générales

Nom :	
Fonction :	
Téléphone :	
Télécopieur :	
Adresse électronique :	

1. Quel établissement représentez-vous ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASSS de la Côte-Nord
<input type="checkbox"/> Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA)
<input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
<input type="checkbox"/> CRDI Chaudière-Appalaches
<input type="checkbox"/> CRDI de Québec
<input type="checkbox"/> CSSS de Rimouski-Neigette
<input type="checkbox"/> CSSS de La Mitis
<input type="checkbox"/> CSSS Cléophas Claveau
<input type="checkbox"/> CSSS de la Vieille-Capitale | <input type="checkbox"/> CSSS du Rocher-Percé
<input type="checkbox"/> CSSS de La Côte-de-Gaspé
<input type="checkbox"/> CSSS du Grand Littoral
<input type="checkbox"/> CSSS de Portneuf
<input type="checkbox"/> CSSS de Montmagny-L'Islet
<input type="checkbox"/> Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)
<input type="checkbox"/> Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) |
| <input type="checkbox"/> Autre milieu (spécifiez) : _____ | |

2. Dans l'établissement que vous représentez, quels milieux de soins retrouve-t-on ? Vous pouvez cocher plus d'une réponse.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hébergement en soins de longue durée
<input type="checkbox"/> Hospitalisations en soins de courte durée – unité(s) de psychiatrie
<input type="checkbox"/> Hospitalisations en soins de courte durée – autres unités de soins (par ex. médecine, chirurgie ou courte durée gériatrique). Les soins intensifs, l'urgence et la pédiatrie sont cependant exclus du projet | <input type="checkbox"/> Autre type de clientèle (précisez) : _____ |
|--|---|

3. Il est important que les réponses au questionnaire ne s'appliquent qu'à un seul milieu de soins. En fonction de quel milieu de soins désirez-vous répondre aux questions restantes (3 à 16) ? Merci de ne cocher qu'une seule réponse.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hébergement en soins de longue durée
<input type="checkbox"/> Hospitalisations en soins de courte durée – unité(s) de psychiatrie
<input type="checkbox"/> Hospitalisations en soins de courte durée – autres unités de soins (par ex. médecine, chirurgie ou courte durée gériatrique). Les soins intensifs, l'urgence et la pédiatrie sont cependant exclus du projet | <input type="checkbox"/> Autre type de clientèle (précisez) : _____ |
|--|---|

SECTION 2 : Contention et isolement

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. »²

4. Quelles sont les mesures de contention les plus utilisées dans votre milieu ? Débutez par la plus fréquente.

Mesures de contention les plus utilisées	
1	
2	

Aucune mesure de contention utilisée Ne sais pas

Isolement : « Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. »¹

² Gouvernement du Québec (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Québec, MSSS, 27 p.

5. Quelles sont les mesures d'isolement les plus utilisées dans votre milieu ? Débutez par la plus fréquente.

Mesures d'isolement les plus utilisées	
1	
2	
3	

Aucune mesure d'isolement utilisée

Ne sais pas

6. Dans votre milieu, quelles sont les principales raisons qui motivent l'utilisation d'une mesure d'isolement ou de contention ? Cochez un maximum de trois raisons.

Agitation

Assauts physiques sur le personnel ou les patients

Bris de matériel

Comportement autodestructeur

Comportement perturbateur

Refus de coopérer (interférence aux traitements)

Risque de chute

Risque de fugue

Risque d'errance

Violence verbale

Autres (précisez) : _____

Ne sais pas

SECTION 3 : Mesures alternatives

Mesures alternatives à la contention et à l'isolement (ou mesures de remplacement) : « Stratégies d'intervention faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement. Ces mesures peuvent viser à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui. »³

7. Quelles sont les mesures alternatives à la contention et à l'isolement (mesures de remplacement) les plus utilisées dans votre milieu ? Débutez par la plus fréquente.

Mesures alternatives les plus utilisées	
1	
2	
3	

Aucune mesure alternative utilisée

8. Dans votre milieu, l'utilisation de certaines mesures alternatives est-elle remise en question ? Veuillez remplir le tableau ci-dessous en précisant s'il s'agit d'un doute relié à :

- a) L'efficacité de la mesure à réduire l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement;
- b) La sécurité de la mesure pour le patient, l'entourage ou les intervenants;
- c) Le coût élevé de la mesure alternative;
- d) L'impact de la mesure sur la dignité ou la qualité de vie du patient.

EFFICACITÉ DE LA MESURE	
Nom de la mesure	Raison
B) SÉCURITÉ DE LA MESURE	
Nom de la mesure	Raison

3 Gouvernement du Québec (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Québec, MSSS, 27 p.

C) COÛT DE LA MESURE	
Nom de la mesure	Raison
D) IMPACT SUR LA DIGNITÉ OU LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT	
Nom de la mesure	Raison

L'utilisation d'aucune mesure alternative à la contention et à l'isolement n'est remise en question dans notre milieu

SECTION 3 : Contexte organisationnel

9. Dans votre milieu, quels sont les principaux facteurs qui facilitent ou font obstacle à l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement ?

Facteurs qui facilitent l'utilisation des mesures alternatives	
1	
2	
3	

Aucun facteur ne facilite l'utilisation des mesures alternatives

Facteurs qui font obstacle à l'utilisation des mesures alternatives	
1	
2	
3	

Aucun facteur ne fait obstacle à l'utilisation des mesures alternatives

10. Dans votre milieu, y a-t-il un comité actif qui a mis de l'avant des initiatives (par ex. formation, protocole, lignes directrices) concernant les mesures de contention et d'isolement et les mesures alternatives ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si vous avez répondu oui à la question 9, précisez :

- | | | |
|-------------------|--|--|
| Le type de comité | <input type="checkbox"/> Clinique (cliniciens seulement) | <input type="checkbox"/> Administratif (gestionnaires seulement) |
| | <input type="checkbox"/> Clinico-administratif (cliniciens et gestionnaires) | <input type="checkbox"/> Ne sais pas |

Le mandat du comité

11. Dans votre milieu, est-ce que les intervenants reçoivent une formation spécifique sur les mesures de contention et d'isolement ainsi que sur leurs alternatives ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si vous avez répondu oui à la question 10, précisez :

Nature de la formation :	<input type="checkbox"/> Formation développée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) : « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement ».			
	<input type="checkbox"/> Autre formation (précisez) : _____			
Profession des intervenants qui la reçoivent :	<input type="checkbox"/> Infirmières	<input type="checkbox"/> Médecins	<input type="checkbox"/> Ergothérapeutes	<input type="checkbox"/> Physiothérapeutes
	<input type="checkbox"/> Psychologues	<input type="checkbox"/> Éducateurs spécialisés		
	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____			
Durée de la formation :	<input type="checkbox"/> ½ journée	<input type="checkbox"/> 1 journée	<input type="checkbox"/> 2 journées	
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____			
Fréquence de la formation :	<input type="checkbox"/> À l'embauche	<input type="checkbox"/> Annuelle		
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____			
Autres commentaires :				

12. Dans votre milieu, existe-t-il des outils (par ex. guides de pratique, protocoles) sur l'utilisation des mesures de contention et d'isolement ainsi que leurs alternatives ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si oui, précisez :

13. Dans votre milieu, y a-t-il une compilation de données sur l'utilisation des mesures de contention et d'isolement ou sur l'utilisation des mesures alternatives (élaboration de statistiques ou de portraits généraux) ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si oui, précisez :

14. Dans votre milieu, avez-vous accès facilement à des mesures alternatives à la contention et à l'isolement ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Commentaires :

15. Connaissez-vous une ou des équipes de soins ou bien un établissement du réseau de la santé qui a (ont) obtenu(s) de bons résultats suite à l'implantation de certaines mesures alternatives à la contention et à l'isolement ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

16. L'UETMIS du CHU de Québec s'apprête à évaluer l'efficacité, la sécurité, les coûts et les enjeux organisationnels, éthiques et juridiques reliés à l'utilisation de certaines mesures alternatives. L'évaluation de quelles mesures alternatives serait la plus utile pour votre milieu ? Débutez par la mesure la plus prioritaire.

Mesures alternatives à évaluer en priorité	
1	
2	
3	

COMMENTAIRES

N'hésitez pas à ajouter tout élément que vous jugez bon de nous indiquer afin de bien exposer la situation actuelle de votre milieu de même que vos préoccupations concernant le recours aux mesures de contrôle et à leurs alternatives.

ANNEXE 3 - Étapes de recrutement des participants aux groupes de discussion

Étapes de recrutement des participants aux groupes de discussion

1. Transmettre le feuillet d'information et de consentement expliquant le projet aux participants potentiels.
2. Signature du formulaire de consentement (le formulaire pouvait être signé au moment de la discussion).
3. Recrutement d'un total de six à huit personnes en fonction des critères de sélection.
4. Identifier un lieu convenant le mieux pour la tenue de la discussion
5. Déterminer le moment de la rencontre.
6. Transmettre à l'UETMIS du CHUQ les coordonnées des participants, le lieu et le moment de la rencontre

Provenance des intervenants pouvant participer au groupe de discussion	<p>A. Certains groupes seront formés d'intervenants travaillant auprès d'une clientèle adulte hospitalisée en soins de courte durée (p.ex. unité de psychiatrie) et à risque de contention ou d'isolement. D'autres groupes seront formés de cliniciens travaillant auprès d'une clientèle adulte en hébergement (p.ex. CSSS) et à risque de contention ou d'isolement. Déterminer a priori lequel de ces deux types de groupes sera formé.</p> <p>B. Selon le milieu représenté, le bassin de participants potentiels sera différent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En CSSS, les cliniciens doivent provenir de différents établissements sur le territoire du CSSS. Pour une meilleure représentativité, le plus grand nombre possible d'établissements devraient être représentés. ▪ Pour les établissements ne faisant pas partie d'un CSSS (établissement universitaire), les cliniciens doivent provenir de différents secteurs de l'établissement. Pour une meilleure représentativité, le plus grand nombre possible de secteurs ou d'unités différentes devraient être représentés.
--	--

ANNEXE 4 - Questionnaire pour les groupes de discussion

1. Nous aimerais savoir comment ça se passe (comment ça se déroule, comment c'est géré...) dans votre milieu lorsqu'un patient a un comportement problématique (ou à risque) pouvant mener à une contention ou un isolement (10 minutes)

Pour les gestionnaires, modifier la question et demander comment a évolué l'utilisation des contentions et de l'isolement (et la préoccupation pour cette question).

Déroulement	Évaluation du patient
	Intervention - Recherche de mesures de remplacement
	Intervention - Mise en place de la contention ou de l'isolement
	Retrait de la contention ou de l'isolement
	Surveillance de l'utilisation
Autres informations	

2. Certaines mesures de contrôle (contention et d'isolement) sont utilisées dans les centres d'hébergement (ou hôpitaux). Parlez-nous de votre vision de ce qu'entraîne l'utilisation des mesures de contrôle pour le patient, son entourage et les intervenants. (10 minutes)

Impacts sur le patient	Impact sur la sécurité
	Impacts sur la qualité de vie et la dignité
Impacts sur les intervenants	Impact sur la sécurité
	Impact sur le bien-être
Impacts sur les proches	Impact sur le bien-être
Autres informations	

3. Pour vous, qu'est-ce qu'une mesure de remplacement (ou mesure alternative) de la contention et de l'isolement ? (15 minutes)

Définition	
Types de mesures	Patient
	Intervenant
	Famille et proches
	Environnement physique
	Environnements organisationnel et culturel
Autres informations	

4. Pouvez-vous nous parler des facteurs qui **facilitent** l'utilisation de mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. (15 minutes)

Facilitateurs	Facteurs liés au patient
	Facteur lié aux intervenants
	Facteurs liés à la famille et aux proches
	Facteurs liés à l'environnement
	Facteurs organisationnels
Autres informations	

5. Pouvez-vous nous parler des facteurs qui nuisent ou qui font obstacle à l'utilisation de mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. (15 minutes)

Obstacles	Facteurs liés au patient
	Facteur lié aux intervenants
	Facteurs liés à la famille et aux proches
	Facteurs liés à l'environnement
	Facteurs organisationnels
Autres informations	

6. Pouvez-vous donner des exemples de bons coups (ou de moins bons coups...) que vous avez observés dans votre milieu ou ailleurs face à l'utilisation de mesures de remplacement de la contention et de l'isolement ? (10 minutes)

Exemples	Exemples positifs / mesures les plus efficaces
	Exemples négatifs / mesures les moins efficaces
Autres informations	

7. Y a-t-il d'autres éléments que vous aimeriez mentionner ?

Autres commentaires	
---------------------	--

Annexe 5 Feuillet d'information et formulaire de consentement



FEUILLET D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET :

Évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez les patients adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement

RESPONSABLE(S) :

Marc Rhainds, MD, MSc et Martin Coulombe, MSc, MAP, Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (UETMIS) du CHUQ

ORGANISME DE SUBVENTION :

Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS UL)

INTRODUCTION :

Nous vous invitons à participer à un projet portant sur l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez les adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement. Nous aimerions vous entendre parler de ce sujet dans le cadre d'un groupe de discussion aussi appelé *focus group*.

Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

NATURE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

L'utilisation de mesures de contention et d'isolement dans les établissements de santé est une pratique controversée et soulevant plusieurs enjeux éthiques. Certains considèrent la contention et l'isolement comme des mesures thérapeutiques. À l'opposé, d'autres les perçoivent comme des mesures de contrôle et affirment que des alternatives (aussi appelées mesures de remplacement) doivent être privilégiées.

De plus en plus de mesures alternatives à la contention et à l'isolement sont développées. Cependant, la valeur et l'utilité de plusieurs d'entre elles demeurent à préciser. Il existe aussi de nombreux enjeux d'ordre organisationnel liés à l'implantation et à l'utilisation des mesures alternatives dans les hôpitaux et les centres de santé et services sociaux (CSSS) au Québec.

Des membres du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS UL) ont récemment priorisé comme sujet d'intérêt les alternatives à la contention et à l'isolement chez les patients hospitalisés ou en centre d'hébergement. Le mandat a été confié au Centre hospitalier universitaire de Québec (plus précisément à l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé ou UETMIS). Le projet est réalisé en étroite collaboration avec l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ), l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), le CSSS de la Vieille-Capitale de même qu'en partenariat avec des intervenants de plusieurs régions du Québec qui constituent le RUIS UL.

Ce projet vise principalement à évaluer l'efficacité, la sécurité et les coûts de certaines mesures alternatives à la contention et à l'isolement. Un groupe de travail interdisciplinaire a été formé pour accompagner la démarche d'évaluation et pour préciser les mesures qui devront être regardées de plus près. L'évaluation des mesures alternatives se fera principalement par des recherches documentaires.

De plus, une démarche de consultation est menée en ce moment. Elle vise entre autres à comprendre quelles sont les conditions propices à l'implantation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement. Les thèmes suivant sont abordés :

- L'utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement) dans votre milieu;
- Les impacts de l'utilisation de ces mesures;
- L'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement dans votre milieu;
- Les facteurs qui facilitent ou qui font obstacle à l'utilisation des mesures alternatives;
- Les bons coups observés quant à l'utilisation des mesures alternatives.

Cette consultation couvre l'ensemble du territoire du RUIS UL (régions du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac-St-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches). Des groupes de cliniciens et des groupes de gestionnaires sont formés pour discuter des thèmes mentionnés plus haut. Les intervenants doivent être concernés de près par les enjeux entourant l'utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement) et des mesures alternatives.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

Nous croyons que vous pouvez contribuer, grâce à votre expertise, à fournir de l'information à propos de l'utilisation des mesures alternatives. Si vous acceptez de participer à ce projet, nous vous demanderons de prendre part à un des groupes et de participer à la discussion sur les thèmes mentionnés plus haut. La discussion durera 90 minutes. L'entretien sera enregistré (enregistrement sonore).

RISQUES POTENTIELS ET AVANTAGES POSSIBLES :

Le seul inconvénient prévu est le temps de participation au groupe de discussion (90 minutes). Dans la majorité des cas, la consultation se déroulera dans votre établissement ou dans un établissement à proximité.

Les informations obtenues contribueront à améliorer les connaissances sur l'utilisation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement sur le territoire du RUIS UL. Ces informations aideront également à identifier des actions qui pourraient permettre d'améliorer l'utilisation de ces mesures.

DROITS DU PARTICIPANT :

Votre participation à ce groupe de discussion est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de la discussion à tout moment durant le déroulement de la rencontre, et ce, sans préjudice. Au terme du projet, vous recevrez un résumé des résultats, si vous le souhaitez.

QUESTIONS AU SUJET DE L'ÉTUDE :

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter Mélanie Hamel, agente de programmation, de planification et de recherche à l'UETMIS du CHUQ au numéro de téléphone suivant : **418 525-4444** poste 53533 ou par courriel : melanie.hamel@chuq.qc.ca. Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant au projet, vous pouvez vous adresser au directeur des services professionnels du CHUQ au numéro 418 691-5521.

COMPENSATION :

L'UETMIS du CHUQ ne remet pas de compensation financière aux participants.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES RÉSULTATS :

Les informations recueillies lors de la rencontre seront confidentielles dans les limites inhérentes à une discussion de groupe. Toutefois, il est demandé au participant de préserver la confidentialité des propos tenus pendant la discussion. L'animateur fera un enregistrement sonore des discussions et prendra des notes écrites. Lors de la transcription des informations, l'identité des intervenants ne pourra être retracée. Dans le rapport du projet, les données resteront non nominales et il ne sera pas possible ni d'identifier un participant ni de déceler son lieu de travail. Les fichiers audios seront conservés à l'UETMIS du CHUQ à un endroit sécuritaire sous clé. Ces fichiers seront détruits après une période maximale de cinq ans.

Titre du projet : Évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez les patients adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement

Responsable(s) du projet : Marc Rhainds, MD, MSc, FRCPC
Martin Coulombe, MSc, MAP

- 1) Le (la) responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de cette étude ainsi que de son déroulement;
- 2) Le (la) responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à ma participation;
- 3) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux la retirer en tout temps sans préjudice;
- 4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 6) Ma décision de participer à cette étude ne libère ni les responsables, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 7) Je sais qu'aucune compensation financière n'est rattachée à ma participation;
- 8) Le (la) responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude;

10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude oui (courriel : _____)

non

Nom et prénom du participant

Date

Signature

Nom du responsable

Date

Signature

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. . www.msss.gouv.qc.ca, 2002.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. www.msss.gouv.qc.ca, 2006.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. www.msss.gouv.qc.ca, 2011.
4. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier universitaire de Québec, Évaluation des lits bas comme mesure alternative à la contention et à l'isolement chez des personnes hospitalisées ou en centres d'hébergement. Note informative préparée par Martin Bussières, Mélanie Hamel, Martin Coulombe et Marc Rhainds (UETMIS 04-11), Québec, 2011. 12 p.
5. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du CHU de Québec, Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement – Rapport d'évaluation préparé par Lynda Bélanger, Mélanie Hamel, Martin Coulombe, Marc Rhainds (UETMIS 07-12) Québec, 2012. 65 p.
6. Huberman A.M. and Miles M.B., Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 1994.
7. Huckshorn K.A., Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. Journal of Psychological Nursing,, 2004. 42(9): p. 22-33.
8. Larue C., et al., The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility. Issues in Mental Health Nursing, 2010. 31: p. 208-215.
9. Lewis, M., K. Taylor, and J. Parks, Crisis prevention management: a program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. Issues Ment Health Nurs, 2009. 30(3): p. 159-64.
10. Scanlan, J.N., Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. Int J Soc Psychiatry, 2010. 56(4): p. 412-23.
11. Kwok, T., et al., Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? J Clin Nurs, 2006. 15(5): p. 581-7.
12. Verreault, R., L. Lévesque, and S. Lauzon, Programme de réduction des contention physiques. Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval, 1999: p. 275p.

CHU DE QUÉBEC

Direction de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique

Module Évaluation - Unité d'évaluation des technologies

et des modes d'intervention en santé (UETMIS)

Hôpital Saint-François d'Assise

10, rue de l'Espinay, Édifice D, bureau D7-724

Québec (Québec) G1L 3L5

Téléphone : 418 525-4444 poste 54682