

COMPRENDRE L'IMPACT DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

Perceptions et recommandations discutées lors de la journée d'étude tenue à l'HLHL.

PAR MARIE-HÉLÈNE GOULET, INF., M.A., CAROLINE LARUE, INF., PH.D. ET ROMANIA BASALSKI, INF., B.SC.



© Marcel La Haye

Une journée d'étude intitulée « Réfléchir et comprendre ensemble : impacts et réalités de l'isolement et de la contention », tenue le 29 octobre 2010 à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, a regroupé une centaine de participants qui ont pu assister à des conférences scientifiques et s'exprimer sur cette pratique comportant de nombreux enjeux éthiques.

Cet article présente le contexte d'utilisation de l'isolement et de la contention en milieu psychiatrique, ainsi qu'une synthèse des perceptions et des recommandations de différents participants quant aux préoccupations devant faire l'objet de recherche.

L'importance d'une relation préventive, d'une alliance thérapeutique et d'un lien de confiance est la clé de la qualité des soins.

DES CONFÉRENCES

L'isolement avec ou sans contention (IC) est défini comme une mesure visant à retirer une personne de son environnement et à limiter ses contacts avec ses pairs en la contraignant à demeurer dans une pièce verrouillée ; la contention implique quant à elle une contrainte par des moyens physiques (Kipman, 2005).

Depuis 1997, l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., 2011) stipule que l'IC doit être utilisée de manière exceptionnelle, minimale et en dernier recours. La Loi prévoit aussi qu'un protocole doit guider l'application de l'IC et que ces mesures doivent être consignées au dossier du patient. Enfin, l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (L.R.Q., 2011) réserve aux infirmières l'évaluation de la condition

physique et mentale d'une personne symptomatique, ainsi que la décision d'appliquer des mesures de contention en partage avec les médecins, ergothérapeutes et physiothérapeutes. Voilà autant de raisons de s'intéresser à la façon dont les infirmières interviennent pendant les périodes d'IC et d'apporter un nouvel éclairage sur l'expérience des patients, de leur famille et de leur entourage.

Parmi les conférenciers, le psychologue Niels Beck, professeur au département de psychiatrie de l'Université du Missouri, a présenté les trajectoires de patients isolés et en contention en distinguant les grands utilisateurs de ces mesures de ceux qui les utilisent peu (Beck *et al.*, 2008). L'infirmière en santé mentale Kevin Ann Huckshorn, leader reconnue du National Coordinating Center to Reduce and Eliminate the Use of Seclusion and Restraint aux États-Unis, a exposé les grands principes d'un programme visant à prévenir l'utilisation de l'IC (Huckshorn, 2004).

Centre d'étude sur les
mesures de contrôle
en santé mentale
prevenirautrement.ca

Depuis la tenue de cette journée, un Centre d'étude sur les mesures de contrôle en santé mentale a été mis sur pied. Dirigé par Caroline Larue, le Centre s'adresse à tous ceux et celles qui s'intéressent aux questions de l'isolement, de la contention et de l'utilisation des autres mesures de contrôle en santé mentale. Pour en savoir plus : www.prevenirautrement.ca.

LA TABLE RONDE

Une table ronde a permis d'entendre le point de vue d'utilisateurs de services et d'intervenants impliqués dans l'expérience de l'IC.

Les sentiments

Les sentiments exprimés par les participants pour décrire l'expérience de l'IC sont plutôt négatifs : inconfort, impression d'impuissance et de perte de compétence sont évoqués par les intervenants tandis que les patients et leurs proches parlent d'injustice, d'isolement et de « vivre l'enfer ». Ces émotions négatives sont abondamment décrites dans les articles scientifiques (Larue *et al.*, 2010 ; Mayers *et al.*, 2010). Les infirmières se questionnent, s'agit-il véritablement d'un soin thérapeutique ?

Réduire l'IC

Les principaux facteurs nuisant à la réduction des mesures d'IC sont liés aux caractéristiques de l'équipe de soins ou de l'environnement. Les équipes plus centrées sur l'application stricte des règles plutôt que sur la communication avec le patient, celles évo-

« Si on décide de mettre de l'avant les droits, de reconnaître les particularités des patients, d'essayer de mieux les comprendre et de ne pas s'arrêter seulement à leur comportement agressif, il faut qu'il y ait une volonté politique et que ça s'incarne dans les politiques. »

Propos d'un participant

quant dans un environnement stressant et celles ne cherchant pas la signification du comportement agressif nuiraient à la réduction de l'IC. Des chercheurs rapportent d'ailleurs une diminution de la durée de l'IC après l'implantation de soins axés sur le patient et non sur la tâche (Sullivan *et al.* 2004). D'autres facteurs, peu mentionnés par les participants, tels les caractéristiques des patients et des intervenants et les facteurs organisationnels, influencent la décision d'utiliser l'IC (Larue *et al.*, 2010).

Quant aux facteurs qui contribueraient au développement de mesures alternatives à l'IC, ils convergent tous vers l'engagement de l'intervenant dans une relation aidante et vers l'acceptation de cette relation par le patient : faire connaissance, établir la confiance, tenir compte des besoins, trouver des accommodements et personnaliser les soins en faisant appel à sa créativité et en sortant des sentiers battus.

À cet égard, les patients interrogés dans le cadre d'une étude signalent avoir besoin d'aide pour gérer les émotions négatives causées par l'IC et ne pas pouvoir obtenir l'écoute dont ils ont besoin (Ryan et Happell, 2009). L'importance d'une relation préventive, d'une alliance thérapeutique et d'un lien de confiance est la clé de la qualité des soins.

DES ATELIERS DE TRAVAIL

Les participants ont été répartis en six ateliers regroupant de onze à quinze personnes. Chacun s'était vu confier le même mandat fictif : informer le ministre de la Santé des problèmes prioritaires et des activités

à mettre en place pour améliorer les interventions en matière d'IC. De façon générale, tous observent que le recours à l'IC diminue et qu'un changement de culture est déjà amorcé, soit d'une culture de contrôle vers une culture de partenariat. Comme mesure de dernier recours, l'IC est perçu comme essentiel. Certains s'inquiètent du remplacement de l'IC par des mesures de contention chimique plutôt que par des moyens alternatifs non coercitifs.

Les recommandations proposées visent à améliorer le suivi des patients ayant des comportements agressifs par l'adoption de diverses mesures, par exemple de la formation continue et du soutien clinique (coaching, retours post-isolement, histoires de cas aléatoires) menant à des changements durables ou encore la formation d'une équipe « code blanc ». D'autres mesures comme des ateliers de gestion de la colère, des moyens de contention non mécaniques (p. ex., couvertures proprioceptives), un accès rapide à des médicaments d'appoint et une meilleure collaboration de l'équipe interdisciplinaire ont été abordées.

Les patients et leurs proches ont abordé des préoccupations souvent ignorées : l'importance d'être soutenus, de clarifier les notions de confidentialité et de consentement et d'être informés du protocole utilisé, par exemple leur montrer le matériel et leur en expliquer le fonctionnement. Il importe que les infirmières accompagnent mieux les personnes les plus vulnérables, par exemple les aînés, les jeunes délinquants et les déficients intellectuels.



En brisant le cloisonnement entre les différents acteurs, cette journée d'étude a permis de proposer des recommandations basées sur les besoins et les préoccupations du milieu. Les recommandations devraient avoir des répercussions positives sur la pratique infirmière et sur le bien-être des patients. ■

Cette journée a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada et organisée par l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Les principaux chercheurs étaient Caroline Larue, Alexandre Dumais, Jean-François Pelletier et Alain Lesage.

Références

- Beck, N.C., C. Durrett, J. Stinson, J. Coleman, P. Stuve et A. Menditto. « Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital », *Psychiatric Services*, vol. 59, n° 9, sept. 2008, p. 1027-1032.
- Huckshorn, K.A. « Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention », *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, vol. 42, n° 9, sept. 2004, p. 22-33.
- Kipman, S.D. *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*, Rueil-Malmaison (France), Doin, 2005.
- Larue, C., M. Piat, H. Racine, G. Ménard et M.H. Goulet. « The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 31, n° 3, mars 2010, p. 208-215.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., 2011, c. 5-4.2.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., 2011, c. 1-8.
- Mayers, P., N. Keet, G. Winkler et A.J. Flisher. « Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 56, n° 1, janv. 2010, p. 60-73.
- Ryan, R. et B. Happell. « Learning from experience: using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 18, n° 2, avril 2009, p. 100-107.
- Sullivan, D., M. Wallis et C. Lloyd. « Effects of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit », *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, vol. 11, n° 11, nov. 2004, p. 503-508.