

La géronto-gériatrie : défis, compétences et réalisations

18^e Congrès interdisciplinaire de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie

Conférence à groupes restreints # 4

28 avril 2006 9h à 10h30

conférencier : Robin Gagnon, inf. M.Sc.

L'implantation d'un programme de réduction des contentions physiques en CHSLD : enjeux et stratégies

De plus en plus de soignants sont sensibilisés au fait que la contention physique constitue une mesure exceptionnelle, temporaire et de dernier recours. La réduction de l'utilisation de la contention physique représente toujours un défi réel pour les soignants qui travaillent en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Étant donné que les infirmières gestionnaires et cliniciennes jouent un rôle majeur dans les décisions reliées aux soins qu'il faut prodiguer aux résidents, il est essentiel qu'elles acquièrent des connaissances pointues concernant les programmes d'intervention visant à réduire l'utilisation de la contention physique.

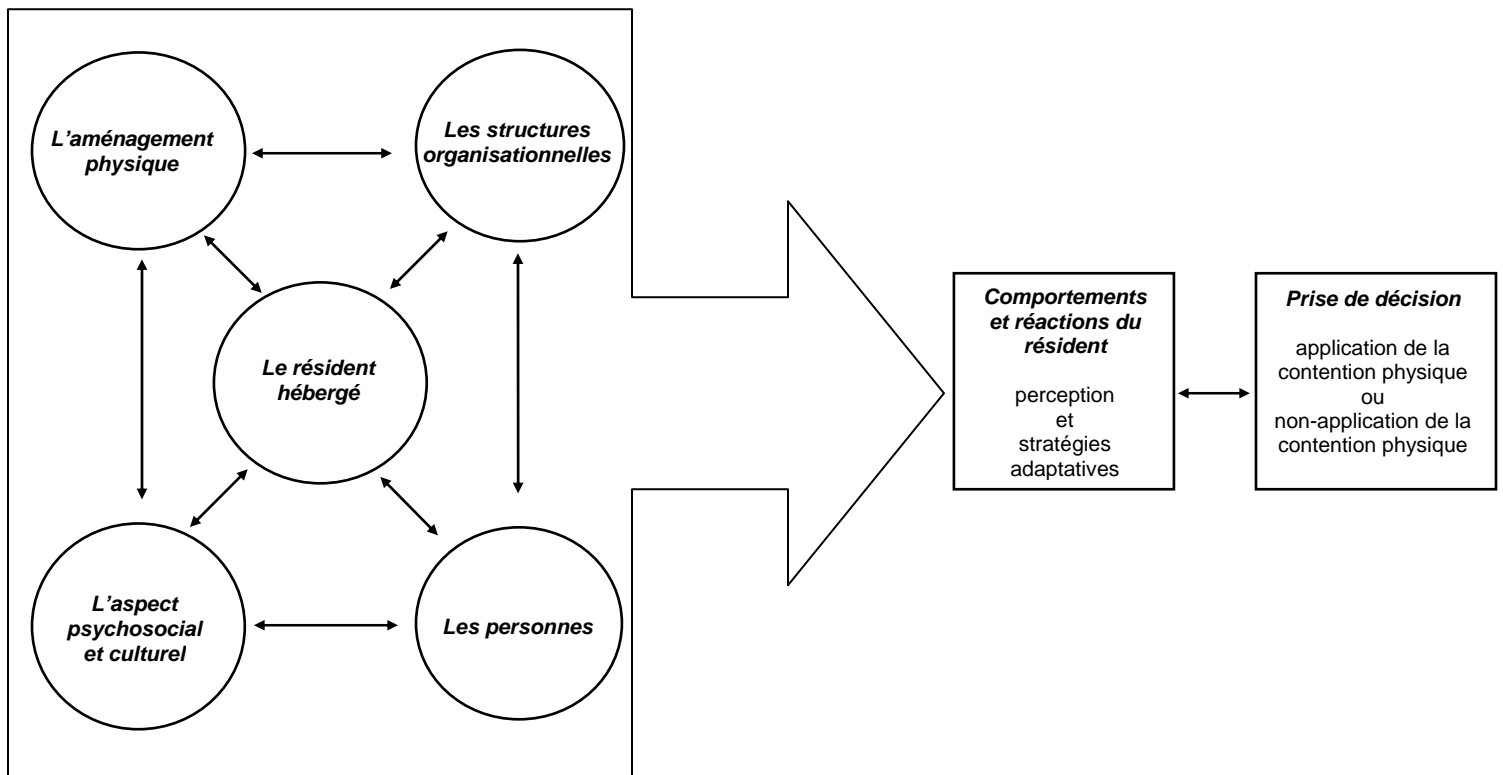
Par ailleurs, la modification de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 118.1) en 1998 ainsi que l'adoption en 2002 des orientations ministérielles et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (loi 90), démontrent la volonté du gouvernement provincial à vouloir améliorer les pratiques en regard de l'utilisation de la contention dans les établissements. Malheureusement, malgré ces changements législatifs, les milieux arrivent encore difficilement à diminuer significativement la prévalence de l'utilisation de la contention puisqu'ils n'ont pas de programme structuré pour favoriser et soutenir ce changement de pratique.

Une meilleure connaissance de l'interrelation qui existe entre tous les facteurs entourant la prise de décision de recourir ou non à l'utilisation de la contention physique permet de réaliser la complexité et l'ampleur du changement de pratique que comporte l'implantation d'un programme de réduction des contentions physiques en CHSLD.

Basé sur les travaux de Lawton et Moos, le modèle conceptuel de Kayser-Jones (1992) permet de comprendre que l'utilisation de la contention physique en CHSLD résulte de l'interaction entre les caractéristiques personnelles du résident et celles de l'environnement dans lequel il vit (voir figure 1).

Figure 1

Modèle conceptuel visant à expliquer le recours ou le non recours à la contention physique



Source : J. Kayser-Jones. (1992). Culture, environment, and restraints : a conceptual model for research and practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (11), 13-20.

Traduction et adaptation par Robin Gagnon et Odette Roy (2006)

Ce modèle, centré sur le résident, met en évidence l'importance déterminante que jouent les composantes environnementales telles l'aménagement physique, les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel ainsi que les autres personnes dans la décision des intervenants de recourir ou non à la contention physique. Il met aussi en évidence tous les éléments à prendre en compte par l'établissement qui s'engage dans une démarche d'implantation d'un programme de réduction des contentions visant à n'utiliser la contention physique qu'en dernier recours, de façon exceptionnelle et temporaire.

Des expériences cliniques en regard de l'implantation d'un programme de réduction de l'utilisation de la contention physique ont fait l'objet de plusieurs recherches aux Etats-Unis au cours des deux dernières décennies. Malheureusement, au Québec, malgré nos préoccupations face à l'utilisation de la contention physique, peu d'études ont été réalisées dans ce domaine. Toutefois, quelques établissements, dont le centre Maimonides, l'hôpital Sainte-Anne, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont et le CSSS du Nord de Lanaudière, ont implanté ce genre de programme avec des résultats plus que satisfaisants.

Selon la littérature, il ressort que l'efficacité d'un programme dépend en grande partie des interventions mises en place lors de l'implantation de ce dernier dans le milieu de soins. Ces interventions peuvent varier d'un milieu à l'autre mais à la lumière de ce qu'avancent les auteurs, certaines sont plus probantes de succès que d'autres. Il s'agit entre autres de :

- a) l'adoption d'une politique organisationnelle
- b) la mise en place d'une approche interdisciplinaire
- c) la formation des intervenants, des médecins, des résidents et des proches
- d) le respect et la reconnaissance du travail accompli par les soignants
- e) la disponibilité de ressources professionnelles à titre de consultants et de modèles de rôle
- f) la stabilité du personnel d'encadrement et du personnel soignant
- g) l'évaluation continue de l'utilisation des contentions physiques.

Il faut toutefois se rappeler que le choix des interventions doit tenir compte des différentes composantes de l'environnement du résident. En effet, Godkin et Onyskiw (1999) ont noté que les programmes les plus efficaces sont ceux qui misent sur le chevauchement de plusieurs stratégies, telles que l'engagement formel du CHSLD, la formation continue des soignants et l'approche favorisant l'utilisation du plan d'intervention individualisé.

Cette approche individualisée est d'une importance capitale dans une démarche de réduction des contentions physiques puisqu'elle permet aux membres de l'équipe interdisciplinaire dont fait partie l'infirmière, de reconnaître l'unicité du résident ainsi que la singularité et la complexité des situations cliniques. La réduction des contentions ne doit donc pas se limiter uniquement à une description d'interventions liées aux situations cliniques mais doit plutôt mettre l'accent sur le processus de décision de l'infirmière. Ce choix s'explique par le fait que depuis juin 2002, l'infirmière peut, sans avoir d'ordonnance médicale et sur la base de son jugement clinique, décider d'utiliser ou de retirer une contention physique. Elle devient donc un intervenant clé de l'équipe interdisciplinaire lors de la mise sur pied d'un programme de réduction des contentions dans un CHSLD. L'application d'une démarche systématique et rigoureuse va lui permettre de passer à travers les différentes étapes charnières du processus de décision en matière d'utilisation de la contention physique. Il s'agit a) de l'évaluation initiale et continue de la situation, b) du choix des interventions infirmières (mesures de remplacement), c) de la planification des soins, d) de l'évaluation des interventions et e) de l'établissement d'une documentation.

Ainsi, un programme efficace de gestion de la contention physique en CHSLD passe principalement par un engagement des dirigeants et des intervenants à remettre constamment en question les pratiques entourant l'utilisation d'une telle mesure. L'infirmière doit évidemment assumer un rôle de leadership dans cette démarche.

BIBLIOGRAPHIE

- Godkin, M.D. et Onyskiw, J.E. (1999). A systematic overview of interventions to reduce physical restraint use in long-term care settings. *Worldviews on Evidence-based Nursing presents the archives of Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, E6 (1), 81-94.
- Kayser-Jones, J. (1992). Culture, environment, and restraints : a conceptual model for research and practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (11), 13-20.

QUELQUES SUGGESTIONS DE LECTURE

- Evans, L. K., & Strumpf, N. E. (1989). Tying down the elderly : a review of the literature on physical restraint. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 65-74.
- Strumpf, N. E., & Evans, L. K. (1988). Physical restraint of the hospitalized elderly : perceptions of patients and nurses. *Nursing Research*, 37, 132-137.
- Werner, P.; Cohen-Mansfield, J.; Koroknay, V.,& Braun, J. (1994). The impact of a restraint-reduction program on nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 15, 142-146.
- Werner, P., Koroknay, V., Braun, J., & Cohen-Mansfield, J. (1994). Individualized care alternatives used in the process of removing physical restraints in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 321-325.