

Août 2011



Analyse en bref

Mesures de contention et autres interventions de contrôle pour les patients hospitalisés en santé mentale en Ontario

Sommaire

Le recours à des interventions de contrôle, encadré par des politiques de contention minimale, se veut une méthode de dernier recours visant à réduire les risques d'automutilation et les risques pour autrui. Le recours à ces interventions de contrôle peut avoir des conséquences néfastes sur les patients comme sur le personnel hospitalier.

La présente analyse dresse un portrait des adultes hospitalisés en raison d'une maladie mentale qui, au cours de leur hospitalisation, ont été soumis à au moins un des trois types d'intervention de contrôle : contrôle médicamenteux en phase aiguë, contention mécanique ou physique et isolement.

Les relations entre plusieurs facteurs et le recours aux interventions de contrôle ont été examinées à l'aide de données du Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), recueillies de 2006-2007 à 2009-2010. On retrouve parmi ces facteurs un large éventail de renseignements contenus dans les données du SIOSM, dont les caractéristiques sociodémographiques, les comportements manifestés, les capacités cognitives ou communicationnelles, les facteurs de stress de la vie et les types de services.

En tout, près du quart des personnes admises à l'hôpital et qui ont occupé un lit réservé aux soins de santé mentale en Ontario (24 %) ont été soumises à au moins un type d'intervention de contrôle au cours de leur hospitalisation.

Types de soins

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

www.icis.ca



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

En comparaison avec les personnes hospitalisées n'ayant pas été soumises à une intervention de contrôle :

- Les patients hospitalisés en psychiatrie dans les hôpitaux généraux étaient 76 % plus susceptibles d'être soumis à une intervention de contrôle que les patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques. Ils étaient également 161 % (ou plus de deux fois et demie) plus susceptibles d'être soumis à une contention physique ou mécanique.
- Les personnes qui avaient les difficultés de communication les plus graves étaient plus de deux fois plus susceptibles d'être soumises à une intervention de contrôle.
- Les personnes ayant été soumises à une intervention de contrôle étaient 98 % plus susceptibles d'avoir récemment manifesté un comportement violent et de 53 % à 72 % plus susceptibles d'avoir manifesté tout autre comportement menaçant.
- Les personnes présentant des antécédents de violence physique, émotionnelle ou d'agression sexuelle étaient 16 % moins susceptibles d'avoir été soumises à une contention physique ou mécanique que celles ne présentant pas de tels antécédents.
- Les personnes ayant vécu au moins six hospitalisations en psychiatrie étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir été soumises à une intervention de contrôle que les personnes qui en étaient à leur première hospitalisation.

L'analyse cerne un ensemble de facteurs interreliés qui différencient les personnes soumises à des interventions de contrôle de celles qui ne l'ont pas été. Le plus évident de ces facteurs est lié à la tendance à manifester des comportements agressifs ou perturbateurs. Ces comportements, pour leur part, peuvent être liés à certains facteurs sous-jacents cliniques, cognitifs, de communication et liés au traitement, entre autres.

En comparaison avec d'autres provinces et territoires où le recours aux interventions de contrôle en milieu hospitalier de santé mentale a pour ainsi dire été éliminé, le taux global de recours aux interventions de contrôle en Ontario indique qu'il est possible de le réduire¹. L'analyse a déterminé les secteurs où des écarts exploitables peuvent faciliter cette réduction. Les taux de recours aux interventions de contrôle des hôpitaux généraux, qui sont plus élevés que ceux des hôpitaux psychiatriques et des établissements où on observe d'importantes difficultés de communication, indiquent qu'il existe deux secteurs où l'adoption de pratiques cliniques en évolution peut influencer sur l'élimination ou la réduction du recours aux interventions de contrôle.

Introduction

Les interventions de contrôle, c'est-à-dire le contrôle médicamenteux en phase aiguë, la contention mécanique ou physique et l'isolement, sont généralement utilisées dans le but d'empêcher une personne de s'automutiler ou de blesser autrui. Par contre, le recours aux interventions de contrôle a également été associé à certains résultats pouvant être défavorables, comme une agressivité exacerbée, des blessures aux membres du personnel ou aux patients, le souvenir d'abus antérieurs ou la distension des liens thérapeutiques entre les patients et le personnel^{2,3}. Dans les milieux où des pratiques visant la réduction du recours aux interventions de contrôle sont en vigueur, des recherches ont établi une corrélation entre la quantité de ressources et de temps accordés par le personnel à d'autres activités que les interventions de contrôle et la qualité des résultats pour les patients et le personnel⁴.

De nombreux efforts ont été déployés afin d'élaborer les pratiques exemplaires et les lignes directrices relatives au recours aux interventions de contrôle⁵⁻⁷ de même que certaines initiatives visant la réduction de la contention. Ces initiatives dépendent en partie de divers règlements ou lois. En Ontario, il s'agit de la *Loi de réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention sur les malades*⁸, la *Loi sur la santé mentale*⁹ et la *Loi sur le consentement aux soins de santé*¹⁰. Une enquête menée par un coroner en 2008¹¹ a recommandé aux établissements de tenter d'éliminer l'utilisation des moyens de contention et d'augmenter la participation des patients et de leurs défenseurs dans la gestion des risques pouvant entraîner l'utilisation de ce type d'intervention.

Bien que le recours aux interventions de contrôle soit considéré comme un indicateur de la qualité des soins psychiatriques¹², des écarts dans la façon dont les interventions sont définies, réglementées et déclarées entre différents pays, provinces ou territoires compliquent l'évaluation comparative du recours aux interventions de contrôle. Par exemple, un vaste écart au chapitre du recours a été démontré dans une récente étude de l'isolement et des mesures de contention dans 12 pays développés, où les taux variaient entre 580 et moins de 20 par 100 000 habitants¹³. De plus, l'intérêt est présent pour mener des recherches sur la diminution possible des taux de recours aux interventions de contrôle depuis la mise en œuvre de modifications de la réglementation et des pratiques cliniques destinées à la réduction du recours à ces interventions^{1, 14, 15}.

On ne dispose que de peu de données récentes sur les taux de recours aux interventions de contrôle en milieu hospitalier de santé mentale au Canada. Certaines données sur de tels taux dans d'autres milieux sont toutefois disponibles. Un rapport publié en 2009 a révélé que les taux de contention physique dans les centres de soins infirmiers de l'Ontario (moyenne de 31,4 %) étaient plus élevés que ceux observés en Finlande, à Hong Kong, en Suisse et aux États-Unis¹⁶. En outre, un rapport publié par l'ICIS a indiqué que la proportion de résidents évalués dans des milieux de soins complexes de longue durée ayant été soumis à la plupart des types de contention quotidienne¹ sur une période de sept jours avait diminué de 1996-1997 à 2002-2003¹⁷.

Des études publiées précédemment visant à différencier les caractéristiques des patients hospitalisés en psychiatrie ayant été soumis à une intervention de contrôle de celles des patients ne l'ayant pas été reposaient sur des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et liées au traitement et à l'établissement^{18, 19}. Certains facteurs couramment associés au recours aux interventions de contrôle sont le fait d'être de sexe masculin^{20, 21}, la manifestation de comportements agressifs²² ou perturbateurs et l'automutilation²³, les déficiences cognitives typiquement associées à la démence^{23, 24} et le diagnostic de schizophrénie ou de psychose^{21, 25}. De plus, des recherches portant sur le rôle des professionnels de la santé dans la prise de décisions relativement au recours aux interventions de contrôle ont permis de déceler des facteurs liés aux compétences ou à la formation²⁶ ainsi que, de manière générale, la perception d'un besoin de maîtriser les comportements potentiellement dangereux pour le patient ou pour autrui²⁷.

Objectif

Cette analyse vise à déterminer les caractéristiques des personnes ayant été soumises à l'un ou l'autre des trois types d'intervention de contrôle au cours de leur hospitalisation dans un lit réservé aux soins de santé mentale en Ontario. Les caractéristiques de ces personnes en tant que groupe collectif sont ensuite comparées à celles des personnes n'ayant pas été soumises à une intervention de contrôle. L'analyse examine également les différences entre les trois types d'intervention de contrôle établis dans ce rapport.

Les données utilisées dans l'analyse proviennent du SIOSM et reposent sur l'instrument d'évaluation des résidents en santé mentale (RAI-MH©). Les divers types d'intervention de contrôle, tels que définis dans le RAI-MH²⁸, sont les suivants :

- **contrôle médicamenteux en phase aiguë** : médicaments psychotropes utilisés à titre d'intervention immédiate pour contrôler l'agitation ou les comportements menaçants, destructeurs ou agressifs en vue de prévenir des blessures à soi ou à autrui.
- **contention mécanique** : une personne est maîtrisée par des moyens mécaniques et peut se déplacer (p. ex. maîtrise des poignets seulement) ou ne peut se déplacer (p. ex. confinée au lit).

i. Le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) de l'ICIS définit le recours à une mesure de contention comme l'utilisation de tout dispositif (par exemple, un appareil ou un équipement physique ou mécanique fixé au corps du résident ou adjacent à celui-ci) servant à restreindre les mouvements du résident ou à l'empêcher d'atteindre diverses parties de son corps et dont il ne peut pas se défaire aisément.

© Gouvernement de l'Ontario, Association des hôpitaux de l'Ontario, interRAI.

- **contention physique** : une personne est physiquement retenue pour maîtriser ses mouvements pour une courte période, le temps qu'elle se calme; il ne s'agit pas de contenir une personne dans le but d'avoir recours à une contention mécanique.
- **isolement** : une personne est placée dans une pièce qui l'isole des autres et dont elle ne peut sortir librement.

Le Système d'information ontarien sur la santé mentale de l'ICIS

Le SIOSM a été créé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 2005 dans le cadre d'un partenariat avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario dans le but de normaliser la collecte et la déclaration de données sur les services de santé mentale aux adultes hospitalisés en Ontario. En 2010-2011, 68 hôpitaux ontariens ont participé au SIOSM, ce qui représente plus de 4 600 lits réservés. De ces 68 hôpitaux, 13 sont des hôpitaux psychiatriques spécialisés, qui offrent principalement des services en santé mentale, et 55 sont des hôpitaux généraux disposant de lits réservés aux soins de santé mentale pour adultes, qui offrent une vaste gamme de services et de soins de santé en plus des services en santé mentale.

Les données soumises à l'ICIS dans le cadre du SIOSM sont recueillies par le personnel des hôpitaux au moyen d'un instrument d'évaluation clinique normalisé, le RAI-MH, qui réunit des applications de planification des soins, d'évaluation des résultats, d'amélioration de la qualité ainsi que des applications liées aux groupes clients. Les données recueillies au moyen du RAI-MH visent à aider les professionnels de la santé et les administrateurs des hôpitaux dans le processus de prise de décisions, de même que les planificateurs du système et les décideurs à l'échelle régionale et provinciale.

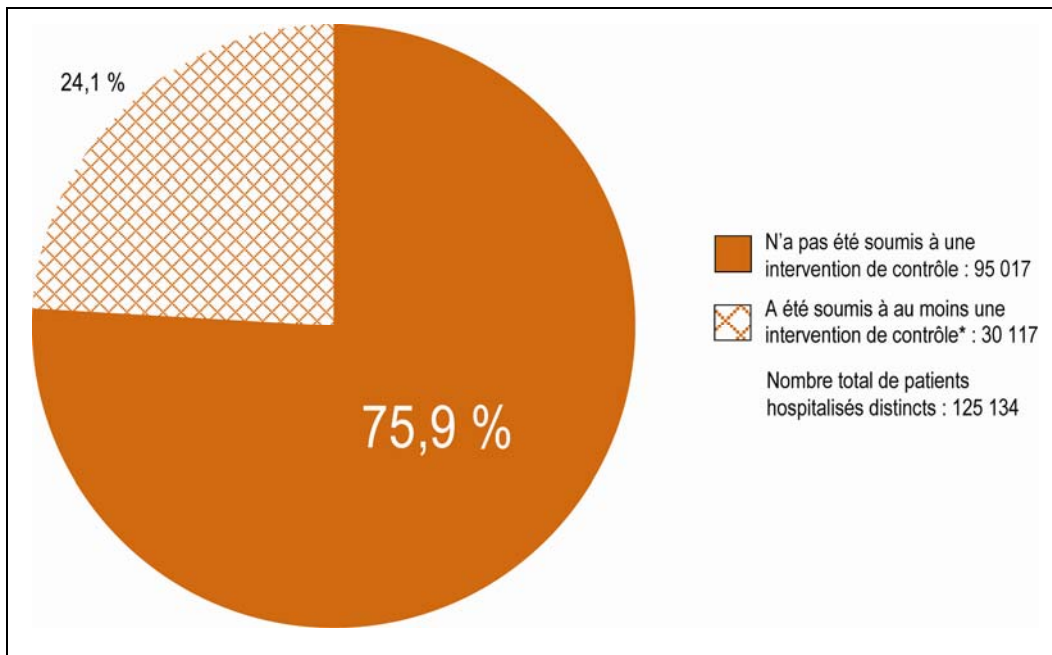
Pour obtenir des précisions sur le SIOSM, consultez le site www.icis.ca/siosm ou envoyez un courriel à siosm@icis.ca.

Constatations

Proportion des patients hospitalisés ayant été soumis à une intervention de contrôle

24,1 % des personnes hospitalisées en Ontario en raison d'une maladie mentale de 2006-2007 à 2009-2010 ont été soumises à au moins une intervention de contrôle (contrôle médicamenteux en phase aiguë, contention physique, contention mécanique ou isolement, figure 1).

Figure 1 : Proportion de patients hospitalisés ayant été soumis à au moins une intervention de contrôle de 2006-2007 à 2009-2010



Remarque

* Les types d'intervention de contrôle sont le contrôle médicamenteux en phase aiguë, la contention physique ou mécanique et l'isolement.

Source

Système d'information ontarien sur la santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé.

Caractéristiques des patients hospitalisés en psychiatrie ayant été soumis à une intervention de contrôle

Un sous-ensemble du nombre total de patients hospitalisés distincts ayant été soumis à une intervention de contrôle de 2006-2007 à 2009-2010 a été sélectionné aux fins d'analyse. Au total, plus de 92 000 personnes ayant fait l'objet d'une évaluation complète (voir l'annexe A) ont été prises en considération dans les analyses, soit près des trois quarts dans le groupe sans intervention et les autres dans l'un des trois groupes d'intervention de contrôle. De 2006-2007 à 2009-2010, parmi les personnes ayant été soumises à une intervention de contrôle, le contrôle médicamenteux en phase aiguë a été la méthode la plus couramment utilisée (58,9 %), suivie de la contention physique ou mécanique (20,7 %) et de l'isolement (20,4 %). Les personnes des trois groupes d'intervention de contrôle se ressemblaient en ce qui a trait à certaines caractéristiques comme l'âge et le quintile de revenu du quartier, mais étaient différentes pour ce qui est de bon nombre d'autres caractéristiques, comme le recours récent à la violence envers autrui.

L'âge moyen des personnes soumises à tout type d'intervention de contrôle, dont plus de la moitié était de sexe masculin, se situait dans le début de la quarantaine. Parmi ces personnes, environ le tiers détenaient un niveau de scolarité plus élevé que le secondaire, 16,9 % occupaient un emploi et la part la plus importante (le tiers, environ) se situait dans le dernier quintile de revenu.

En ce qui a trait aux facteurs comportementaux des personnes soumises à une intervention de contrôle, plus de la moitié ont été hospitalisées parce qu'elles représentaient un danger ou une menace pour elles-mêmes, et environ le tiers ont été hospitalisées parce qu'elles représentaient un danger ou une menace pour autrui. Bon nombre de ces personnes avaient agi de manière violente envers autrui (29,4 %) ou de manière à nécessiter l'intervention des policiers (37,4 %), et plus de la moitié d'entre elles avaient été incapables de

prendre soin d'elles-mêmes. Près du tiers de ces personnes présentaient des antécédents d'abus émotionnel, physique ou sexuel, et une faible proportion éprouvaient des difficultés au chapitre de la communication ou des fonctions cognitives.

En ce qui a trait au traitement, la durée médiane de l'hospitalisation des personnes soumises à une intervention de contrôle dépassait tout juste deux semaines. De ces personnes, plus de 70 % avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie, plus de 40 % ont manifesté un manque significatif d'observance du traitement médicamenteux prescrit et plus de 80 % ont été traités dans un hôpital général et non dans un hôpital psychiatrique spécialisé.

En ce qui concerne les diagnostics de santé mentale les plus couramment déclarés parmi les personnes soumises à une intervention de contrôle, la part la plus importante (41,5 %) avait reçu un diagnostic de schizophrénie et de troubles psychotiques. Moins de 20 % des personnes avaient reçu un diagnostic concomitant de toxicomanie ou de trouble de la personnalité. Un résumé des caractéristiques des personnes dans les groupes d'intervention de contrôle et dans le groupe sans intervention se trouve dans le tableau B1.

Quels sont les facteurs associés au recours à une intervention de contrôle?

Au total, 19 facteurs prédictifs possibles ont été inclus dans cette analyse. Ils ont été regroupés dans six domaines : facteurs sociodémographiques, facteurs comportementaux, facteurs cognitifs ou de communication, facteurs de stress de la vie, facteurs liés au traitement et facteurs cliniques (tableau 1).

Tableau 1 : Cadre conceptuel

Facteurs socio-démographiques	Facteurs comportementaux	Facteurs cognitifs ou de communication	Facteurs de stress de la vie	Facteurs liés au traitement	Facteurs cliniques
Sexe	Danger ou menace envers soi	Capacité de consentir au traitement	Agression ou abus émotionnel, physique ou sexuel	Durée du séjour	Diagnostic principal de santé mentale
Âge	Danger ou menace envers autrui	Capacité d'expression		Nombre d'hospitalisations en psychiatrie à vie	Toxicomanie concomitante
Éducation	Incapacité de prendre soin de soi en raison d'une maladie mentale			Observance de la médication	Trouble de la personnalité concomitant
Statut d'emploi	Intervention de la police pour comportement violent ou non violent			Type d'établissement	
Quintile de revenu du quartier	Violence envers autrui				

Source

Système d'information ontarien sur la santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé.

Certains facteurs parmi ces six domaines ont permis de différencier les patients hospitalisés en psychiatrie ayant été soumis à une intervention de contrôle de ceux ne l'ayant pas été. Ces constatations sont généralement représentatives des études publiées précédemment et témoignent de personnes qui, même lorsque comparées à d'autres personnes hospitalisées pour une maladie mentale grave (mais qui n'ont pas été soumises à une intervention de contrôle), éprouvaient d'importantes difficultés dans certains domaines. De façon générale, les personnes ayant été soumises à une forme ou une autre d'intervention de contrôle éprouvaient des difficultés plus marquées au chapitre du comportement, de la capacité cognitive, de la communication et de l'observance du traitement, et leurs antécédents en matière d'hospitalisation en psychiatrie étaient de plus longue durée que les personnes n'ayant pas été soumises à une intervention de

contrôle. L'analyse de ces constatations laisse entendre que les facteurs influant sur les interventions de contrôle sont généralement interreliés, l'influence la plus évidente étant celle des comportements agressifs ou perturbateurs et la plus subtile étant l'interrelation entre l'échec du traitement, la sévérité des symptômes cliniques et les difficultés relatives aux capacités cognitives, de communication et de soins personnels. Les facteurs et leurs interrelations ont été analysés, domaine par domaine, au moyen d'un modèle de régression logistique multivariable. Des résultats détaillés de cette analyse statistique se retrouvent dans le tableau B2.

Facteurs sociodémographiques

Parmi les facteurs sociodémographiques étudiés, l'âge et le statut d'emploi semblent avoir eu des répercussions de manière constante sur les différentes interventions de contrôle. Les probabilités de recours à une intervention de contrôle diminuent avec l'âge; ainsi, les personnes les plus âgées étaient 46 % moins susceptibles que les plus jeunes d'être soumises à l'un des trois types d'intervention de contrôle. Les personnes n'occupant pas d'emploi étaient 22 % plus susceptibles d'être soumises à une intervention de contrôle que celles occupant un emploi. Bien que des études publiées précédemment aient conclu que le recours aux interventions de contrôle était plus fréquent chez les hommes que chez les femmes²⁹, les résultats de la présente analyse indiquent que cette constatation ne s'appliquait qu'aux personnes mises en isolement. En d'autres mots, les hommes étaient plus susceptibles d'être mis en isolement que les femmes. Le fait que les personnes les plus âgées étaient beaucoup moins susceptibles d'être soumises à une intervention de contrôle que les personnes les plus jeunes pourrait rendre compte du type d'interventions observées dans la présente analyse. En effet, ces interventions visent à prévenir les comportements agressifs ou perturbateurs plutôt que, par exemple, prévenir les blessures à la suite de chutes, comme le font les fauteuils qui empêchent la personne de se lever, lesquels sont plus couramment utilisés auprès des personnes âgées.

Facteurs comportementaux

Lorsqu'un comportement menaçant ou dangereux constitue la raison de l'admission d'une personne à l'hôpital, celle-ci était plus susceptible d'être soumise à une intervention de contrôle. Les personnes admises à l'hôpital parce qu'elles représentaient un danger ou une menace pour elles-mêmes ou pour autrui étaient, respectivement, plus de 50 % et plus de 70 % plus susceptibles d'être soumises à une intervention de contrôle que celles n'ayant pas été admises à l'hôpital pour cette raison. De même, les personnes pour qui l'intervention des policiers avait été nécessaire avant leur hospitalisation étaient plus susceptibles d'être soumises à une intervention de contrôle, particulièrement lorsque l'intervention des policiers était récente (50,7 %), en comparaison avec les personnes n'ayant pas nécessité ce type d'intervention. Les répercussions étaient plus marquées chez les personnes ayant récemment eu le plus recours à la violence envers autrui. Elles étaient presque deux fois plus susceptibles d'être soumises à une intervention de contrôle que celles qui n'avaient pas eu recours à la violence envers autrui.

Il est possible que les comportements menaçants et violents qui caractérisent l'hospitalisation de nombreuses personnes ayant été soumises à une intervention de contrôle se soient poursuivis en milieu hospitalier. Ces constatations mettent en lumière la relation entre les comportements perturbateurs ou agressifs et le recours aux interventions de contrôle, c'est-à-dire que ces comportements représentent un danger évident pour la sécurité des patients et du personnel. Si de tels comportements ne sont pas maîtrisés d'une autre manière, comme en tentant de dissuader la personne verbalement, ils peuvent avoir des répercussions immédiates sur la décision clinique qu'est le recours aux interventions de contrôle^{22, 30}.

En plus des problèmes causés par les comportements agressifs, l'analyse avance des difficultés de gestion des tâches de bases liées aux soins personnels et la dépendance aux autres qui en résulte. Les constatations indiquent que les personnes incapables de prendre soin d'elles-mêmes en raison de leur maladie mentale étaient 60,2 % plus susceptibles d'être soumises à une intervention de contrôle que les personnes qui

n'éprouvent pas de telles difficultés. L'incapacité de prendre soin de soi peut indiquer que les symptômes d'une maladie mentale sont débilitants et qu'ils affectent certaines capacités relatives à la cognition et à la communication, par exemple.

Facteurs cognitifs ou de communication

Les personnes incapables de consentir au traitement étaient 39,3 % plus susceptibles d'avoir été soumises à une intervention de contrôle que celles qui en étaient capables, tandis que les personnes éprouvant des difficultés à se faire comprendre étaient plus de deux fois plus susceptibles d'y être soumises que celles qui n'en éprouvaient pas. Comme dans le cas de l'incapacité de prendre soin de soi, ces facteurs peuvent témoigner de difficultés cognitives qui nuisent à la capacité de communiquer ou de prendre des décisions et qui entraînent parfois une confusion dans la compréhension d'instructions et indiquent souvent des symptômes graves de maladie mentale. Comme l'ont démontré d'autres publications^{2, 31}, les difficultés de communication peuvent avoir réduit l'efficacité d'approches plus modérées de gestion des comportements agressifs. Les difficultés liées à la capacité cognitive et à la communication comme les pensées instables ou délirantes sont des symptômes de schizophrénie, de troubles psychotiques, de démence et de trouble bipolaire.

Facteurs cliniques

Les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble organique, de trouble bipolaire ou de schizophrénie et de trouble psychotique étaient 68,7 %, 50,3 % et 40,2 % plus susceptibles, respectivement, d'être soumises à une intervention de contrôle que les personnes ayant reçu un diagnostic de dépression. Ces données sont conformes aux résultats d'études précédentes²² ainsi qu'aux conclusions relativement aux difficultés cognitives et de communication. Aucun lien n'a été établi entre la présence d'une toxicomanie concomitante ou d'un trouble de la personnalité et l'augmentation du recours aux interventions de contrôle, à l'exception du contrôle médicamenteux en phase aiguë.

Facteurs liés au traitement

Les personnes ayant déclaré une observance de leur traitement médicamenteux inférieure à 80 % étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir été soumises à une intervention de contrôle que celles ayant observé leur traitement fidèlement. Les probabilités de faire l'objet d'une intervention de contrôle ont semblé augmenter au même rythme que le nombre total d'hospitalisations déclaré par les personnes. Par exemple, dans le cas des personnes ayant vécu au moins six hospitalisations en psychiatrie, les probabilités de faire l'objet d'une intervention de contrôle étaient deux fois plus élevées que dans le cas des personnes dont c'était la première hospitalisation. Ces deux facteurs indiquent que le recours aux interventions de contrôle pourrait être lié à des problèmes antérieurs relatifs aux traitements de santé mentale. Un constant manque d'observance du traitement prescrit peut se traduire par l'aggravation de l'état d'une personne, qu'on remarque par la récurrence de symptômes psychiatriques graves exigeant l'admission ou la réadmission en raison d'une maladie mentale.

Les résultats de cette analyse indiquent que, peu importe les autres facteurs, les personnes traitées dans un hôpital général étaient 76,3 % plus susceptibles d'être soumises à une intervention de contrôle que celles ayant été traitées dans un hôpital psychiatrique. Cette statistique pourrait être attribuable, du moins en partie, aux avantages avérés des pratiques cliniques spécialisées ainsi qu'à l'expérience du personnel des hôpitaux psychiatriques lorsqu'il s'agit de maîtriser les patients en santé mentale et les situations de crise qui y sont liées³². Elle pourrait également indiquer que les hôpitaux généraux jouent en quelque sorte un rôle de ressource de base ou de première ligne pour de nombreuses personnes qui présentent une instabilité psychiatrique et une tendance à se comporter de manière agressive. Puisque, chaque année, environ 80 % des services d'hospitalisation en santé mentale sont offerts dans des hôpitaux généraux, comparer ces derniers aux hôpitaux psychiatriques ayant adopté des pratiques et des cheminements de soins visant la réduction au minimum de l'utilisation des moyens de contention pourrait contribuer à la réduction globale du recours aux interventions de contrôle.

Facteurs de stress de la vie

La présente analyse indique qu'il existe une relation inversement proportionnelle entre les cas antérieurs de violence physique ou émotionnelle ou d'abus sexuel et l'exposition aux interventions de contrôle. Les personnes présentant des antécédents d'abus étaient 8,2 % moins susceptibles d'être mises en isolement et 15,9 % moins susceptibles d'être soumises à une contention physique ou mécanique que celles ne présentant pas de tels antécédents. Il se peut que le personnel, qui est au courant des antécédents d'abus des patients, ait évité d'avoir recours aux interventions de contrôle (la contention physique et mécanique en particulier) afin d'éviter de les traumatiser de nouveau. Puisque les traumatismes, dont l'abus, font partie des antécédents de nombreuses personnes souffrant de maladie mentale, il faudrait envisager la possibilité d'entreprendre un examen approfondi de l'importance des soins éclairés en fonction des traumatismes du patient pour la réduction du recours aux interventions de contrôle.

Différences entre les interventions de contrôle

Des différences ont été observées relativement à un certain nombre de facteurs entre les personnes soumises à un contrôle médicamenteux en phase aiguë, à une contention physique ou mécanique et à un isolement. Les personnes pour qui il y a eu recours à la contention physique ou mécanique étaient les plus susceptibles d'avoir été admises parce qu'elles avaient menacé (ou représenté un danger pour) d'autres personnes et les plus susceptibles d'avoir récemment manifesté des comportements violents envers autrui, comparativement aux autres groupes d'intervention de contrôle et au groupe sans intervention. Les personnes ayant été soumises à une contention physique ou mécanique étaient également celles qui avaient le plus de difficulté à consentir au traitement, à se faire comprendre et à observer leur médication. Ces conclusions nous portent à croire que les personnes soumises à des mesures de contention physique et mécaniques se distinguaient sur le plan comportemental et à l'égard d'autres aspects de l'analyse, même par rapport aux autres personnes ayant été soumises à une intervention de contrôle. Un examen plus approfondi de la relation entre les prédicteurs et le recours aux interventions de contrôle chez ces personnes s'impose, notamment dans un hôpital général où la grande majorité de telles mesures de contention sont utilisées.

Conclusion

À une époque où la législation et les lignes directrices de pratique clinique cherchent à diminuer, voire à éliminer les interventions de contrôle, l'information analytique décrivant les circonstances entourant leur utilisation peut s'avérer utile. Le profil des interventions de contrôle défini dans la présente analyse démontre la relation entre le recours à de telles interventions et les comportements agressifs, et cerne un certain nombre de facteurs possiblement sous-jacents à ces comportements. Les lignes directrices visant à réduire au minimum les interventions de contrôle et à en faire une option de dernier recours insistent sur la nécessité de comprendre les comportements difficiles en procédant à l'évaluation des facteurs, comme la non-observance de la médication, qui mènent à leur utilisation⁵. Cette approche peut appuyer les mesures préventives fondées sur la planification axée sur le patient, dont le but est de gérer les comportements difficiles, en améliorant les circonstances reliées à la sécurité du patient, en éliminant les facteurs de déclenchement, en réduisant l'agitation et en désamorçant les crises.

L'analyse a révélé des différences importantes entre l'utilisation d'interventions de contrôle dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. Des analyses futures pourraient être consacrées à la comparaison des pratiques et des cheminements cliniques relativement aux interventions de contrôle dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques comme moyen de déterminer les différences exploitables pour la réduction de l'utilisation des interventions de contrôle. Dans les contextes où les initiatives de réduction ont été fructueuses, on peut conclure que des changements organisationnels ont eu lieu, notamment sur le plan du leadership et de l'orientation politique, de la formation du personnel à l'égard d'autres modes de prise en charge des situations de crise et de la participation des patients à la formulation de stratégies de gestion individualisées^{1, 33}.

Limites

Les taux présentés dans cette analyse représentent probablement une estimation prudente des chiffres réels de recours aux interventions de contrôle chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Cette constatation est en partie attribuable à la façon dont sont déclarées les interventions de contrôle dans le SIOSM : les évaluations de routine ont habituellement lieu sur une base trimestrielle prédéterminée et les données ne tiennent pas nécessairement compte des incidents qui se sont produits entre ces évaluations. Comme il n'existe pas d'exigence de déclaration relative aux interventions de contrôle, il se peut qu'un nombre plus important d'interventions de contrôle n'aient pas été déclarées dans les cas de séjours à l'hôpital plus longs.

L'analyse a été limitée par l'exclusion des personnes dont le séjour à l'hôpital était de trois jours ou moins. En effet, l'évaluation des séjours de courte durée à l'aide du RAI-MH ne nécessite pas que tous les éléments de données soient codifiés et est donc généralement inadéquate à de telles fins d'analyse.

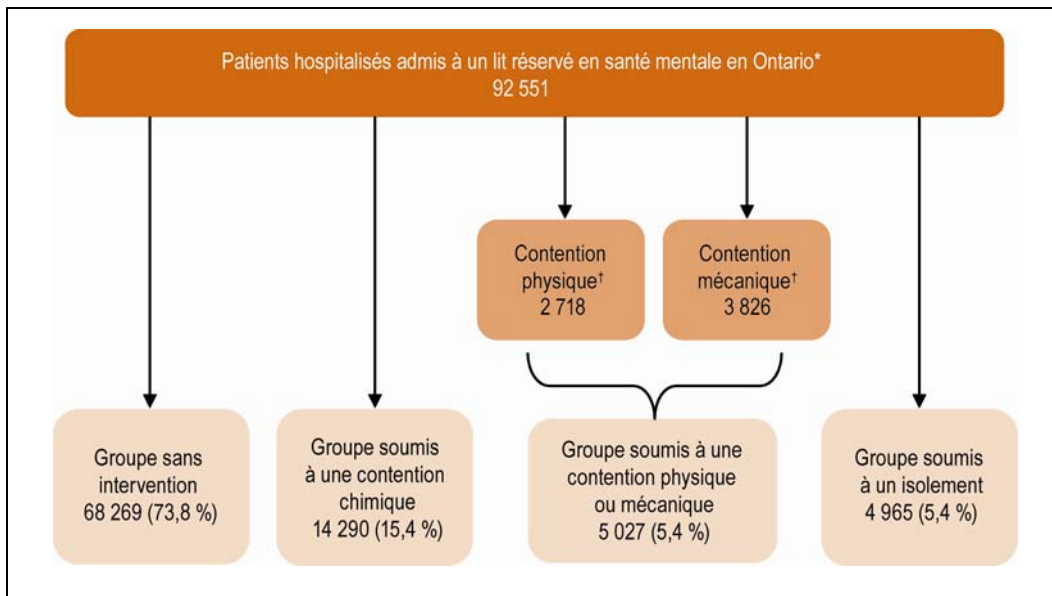
Enfin, l'analyse aurait gagné à disposer de renseignements plus détaillés concernant les établissements et le personnel, par exemple concernant le niveau de formation sur le recours aux interventions de contrôle et sur la présence de lignes directrices favorisant un environnement sans mesure de contention dans certains établissements.

Annexe A : Notes méthodologiques

Source des données et critères d'inclusion

La cohorte ayant fait l'objet de la présente analyse a été composée à partir de renseignements contenus dans le SIOSM. Les données utilisées pour l'analyse reposent essentiellement sur l'instrument RAI-MH du SIOSM. La cohorte était formée d'adultes ayant obtenu leur congé d'un hôpital de l'Ontario entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2010, où ils occupaient un lit réservé aux soins de santé mentale pour adultes. Pour être inclus dans l'analyse, les enregistrements devaient comporter un numéro d'assurance-maladie valide ainsi qu'un diagnostic principal de santé mentale (selon le DSM-IV) et préciser le sexe du patient (homme ou femme). Une évaluation complète devait en outre avoir été effectuée dans le cadre de l'hospitalisation, ce qui signifiait que la durée du séjour à l'hôpital était supérieure à trois jours. Les enregistrements relatifs aux personnes dont l'évaluation portait sur des séjours de courte durée ont été exclus de l'analyse en raison des données manquantes. Dans le cas des personnes qui ont été hospitalisées à plusieurs reprises au cours de la période de quatre ans, la première hospitalisation pendant laquelle une intervention de contrôle et une évaluation complète ont eu lieu a été sélectionnée aux fins de l'analyse.

Figure A1 : Nombre de patients hospitalisés ayant été soumis à des interventions de contrôle entre 2006-2007 et 2009-2010, par groupe



Remarques

* Exclut les patients hospitalisés soumis à une combinaison de contention physique ou mécanique et d'isolement dans le cadre d'une hospitalisation donnée et ceux dont le séjour était de trois jours ou moins.

† Il est possible qu'un patient ait été soumis à la fois à une contention physique et mécanique dans le cadre d'une hospitalisation donnée au cours de la période de quatre ans; par conséquent, la somme des patients soumis à une contention physique et mécanique ne correspond pas au nombre total de patients du groupe soumis à une contention physique ou mécanique.

Source

Système d'information ontarien sur la santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé.

Résultat et variables prédictives

Les groupes d'intervention étaient mutuellement exclusifs, et les contentions mécaniques et physiques ont été regroupées ensemble. Dans les cas où on a eu recours au contrôle médicamenteux en phase aiguë en combinaison avec la contention physique, la contention mécanique ou l'isolement, les personnes ont été classées dans le groupe pertinent autre que le groupe ayant été soumis à un contrôle médicamenteux en phase aiguë. Par exemple, une personne soumise à un contrôle médicamenteux en phase aiguë et à une contention physique aurait été classée dans le groupe ayant été soumis à une contention physique ou mécanique. Le groupe ayant été soumis à un contrôle médicamenteux en phase aiguë était donc composé de personnes ayant uniquement fait l'objet d'un contrôle médicamenteux en phase aiguë. Un quatrième groupe, comportant les trois catégories d'intervention de contrôle, a également été créé. Les personnes qui ont été soumises à une combinaison d'isolement et à une contention mécanique ou physique au cours d'une même hospitalisation ou d'hospitalisations distinctes pendant la période de quatre ans ont été exclues de l'analyse. Le groupe sans intervention était formé des personnes chez qui aucune des quatre interventions n'a été utilisée pendant leur séjour à l'hôpital en raison d'une maladie mentale au cours de la période de quatre ans.

Variables prédictives possibles

Au total, 19 prédicteurs possibles fondés sur une revue de la documentation, sur les décisions relatives à la qualité et à l'intégralité des données et sur la parcimonie analytique ont été inclus dans l'analyse. Les variables ont été regroupées en six domaines, selon un cadre qui tenait compte de leur lien unique avec les interventions de contrôle ainsi que de leur similarité sur le plan conceptuel et pratique.

Analyse statistique

Les taux globaux de recours aux interventions de contrôle ont été calculés en divisant le nombre de personnes soumises à un contrôle médicamenteux en phase aiguë, à une contention physique ou mécanique ou à un isolement au cours d'un épisode complet d'hospitalisation par le nombre total de personnes ayant obtenu leur congé à la suite d'une hospitalisation pour cause de maladie mentale pendant la période de référence.

L'analyse principale a été réalisée au moyen d'une régression logistique multidimensionnelle, où chaque intervention de contrôle a servi de variable de résultat dichotomique dans l'un des quatre modèles entièrement corrigés. Les modèles ont évalué l'incidence indépendante des 19 prédicteurs possibles sur chaque résultat ou groupe d'interventions de contrôle par comparaison avec le groupe sans intervention. Les rapports de cote corrigés et les intervalles de confiance de 95 % sont indiqués pour les modèles multidimensionnels.

Annexe B : Tableaux de données

Tableau B1 : Statistiques descriptives, par type de groupe d'intervention de contrôle

Domaine	Variable et catégories	Contrôle médicamenteux en phase aiguë (n = 14 290)	Contention physique ou mécanique (n = 5 027)	Isolement (n = 4 965)	Tous les groupes d'intervention (n = 24 282)	Aucune intervention de contrôle (n = 68 269)
		Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Facteurs socio-démographiques	Sexe					
	Femme	49,5	45,2	40,5	46,7	50,5
	Homme	50,5	54,8	59,5	53,3	49,5
	Âge (à l'admission)					
	Moyenne (écart-type)	42,6 (16,1)	43,1 (18,2)	40,0 (15,2)	42,2 (16,4)	44,5 (16,3)
	Médiane	41,0	41,0	39,0	41,0	44,0
	Éducation					
	Moins que les études secondaires	32,8	33,9	36,8	33,8	28,7
	Études secondaires uniquement	32,3	33,2	33,9	32,8	31,9
	Études postsecondaires	34,9	33,0	29,3	33,4	39,4
	Statut d'emploi					
	Occupe un emploi	18,0	14,6	16,2	16,9	27,9
	Sans emploi	63,5	64,5	67,4	64,5	51,8
	Absent du marché du travail*	18,6	21,0	16,5	18,7	20,3
	Quintile de revenu du quartier					
	Le plus faible	32,9	35,1	35,6	33,9	29,4
	2	22,5	22,2	20,0	21,9	20,9
	3	17,2	16,4	17,8	17,2	18,1
	4	15,0	14,5	15,7	15,0	16,7
	Le plus élevé	12,5	11,8	10,8	12,0	14,9

Tableau B1 : Statistiques descriptives, par type de groupe d'intervention de contrôle (suite)

Domaine	Variable et catégories	Contrôle médica- menteux en phase aiguë (n = 14 290)	Contention physique ou mécanique (n = 5 027)	Isolement (n = 4 965)	Tous les groupes d'intervention (n = 24 282)	Aucune intervention de contrôle (n = 68 269)
		Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Facteurs comportementaux	Danger ou menace envers soi					
	Non	43,5	48,5	50,7	46,0	55,3
	Oui	56,5	51,5	49,3	54,0	44,7
	Danger ou menace envers autrui					
	Non	73,6	55,4	61,9	67,4	86,9
	Oui	26,4	44,6	38,1	32,6	13,1
	Incapacité de prendre soin de soi en raison d'une maladie mentale					
	Non	48,6	41,5	49,9	47,4	69,1
	Oui	51,4	58,5	50,1	52,6	30,9
	Intervention de la police pour comportement violent ou non violent					
	Jamais	65,7	59,2	57,1	62,6	74,8
	Il y a 8 jours ou plus	21,8	19,0	26,1	22,1	19,3
	Il y a 7 jours ou moins	12,5	21,8	16,8	15,3	6,0
	Violence envers autrui					
	Jamais	75,7	60,2	66,2	70,6	84,4
Il y a 8 jours ou plus	15,4	15,2	19,3	16,1	12,0	
Il y a 7 jours ou moins	8,9	24,5	14,5	13,3	3,7	
Facteurs cognitifs ou de communication	Capacité de consentir au traitement					
	Incapable de consentir	10,2	18,7	13,2	12,6	5,8
	Capable de consentir	89,8	81,3	86,8	87,4	94,2
	Capacité d'expression					
	Est compris	79,4	71,0	79,5	77,7	89,6
	Est normalement ou souvent compris	16,8	20,1	14,8	17,1	8,4
Est parfois ou rarement compris	3,8	8,9	5,6	5,2	2,0	
Facteurs de stress de la vie	Aggression ou abus émotionnel, physique ou sexuel					
	Non	65,4	73,8	70,4	68,1	63,5
	Oui	34,6	26,2	29,7	31,9	36,6
Facteurs liés au traitement	Durée du séjour (jours)					
	Moyenne (écart-type)	34,8 (141,0)	35,9 (141,0)	49,4 (191,1)	38,0 (152,7)	32,7 (130,8)
	Médiane	16,0	16,0	18,0	16,0	16,0
	Nombre d'hospitalisations en psychiatrie à vie					
	Aucune	29,0	28,9	26,1	28,4	43,2
	1-3	36,2	35,6	36,3	36,1	35,7
	4-5	14,7	15,3	16,0	15,1	9,9
6 et plus	20,2	20,3	21,6	20,5	11,2	

Tableau B1 : Statistiques descriptives, par type de groupe d'intervention de contrôle (suite)

Domaine	Variable et catégories	Contrôle médicamenteux en phase aiguë (n = 14 290)	Contention physique ou mécanique (n = 5 027)	Isolement (n = 4 965)	Tous les groupes d'intervention (n = 24 282)	Aucune intervention de contrôle (n = 68 269)
		Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
	Observance de la médication					
	Toujours	30,3	20,5	28,3	27,9	48,9
	80 % du temps ou plus	24,7	22,2	21,2	23,5	22,5
	Moins de 80 % du temps et non-achat des médicaments	37,1	47,8	41,4	40,1	19,3
	Aucun médicament prescrit	7,9	9,4	9,1	8,5	9,3
	Type d'établissement					
	Psychiatrique ou spécialisé	18,1	12,5	23,6	18,1	28,8
	Hôpital général	81,9	87,5	76,4	81,9	71,2
Facteurs cliniques	Diagnostic principal de santé mentale					
	Dépression et autres troubles de l'humeur	25,4	14,2	17,8	21,6	33,9
	Troubles organiques	3,7	8,5	3,4	4,6	3,0
	Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	10,2	8,5	9,0	9,6	18,1
	Troubles schizophréniques et psychotiques	38,7	44,9	46,3	41,5	23,7
	Troubles bipolaires	13,8	18,0	17,4	15,4	10,8
	Troubles anxieux	2,7	1,2	0,8	2,0	3,7
	Autres troubles	5,5	4,8	5,2	5,3	6,8
	Toxicomanie concomitante					
	Non	82,0	85,0	80,8	82,4	81,6
	Oui	18,0	15,0	19,3	17,6	18,4
	Trouble de la personnalité concomitant					
	Non	85,7	89,1	88,2	86,9	88,2
	Oui	14,4	10,9	11,8	13,1	11,8

Remarque

* Le statut d'emploi « absent du marché du travail » comprend par exemple les retraités, les étudiants et les personnes au foyer.

Source

Système d'information ontarien sur la santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau B2 : Résultats des modèles de régression logistique des facteurs influant sur les interventions de contrôle

Domaine	Variable prédictive possible	Contrôle médicamenteux en phase aiguë				Contention mécanique ou physique				Isolement				Toutes les interventions de contrôle			
		Entièrement corrigé				Entièrement corrigé				Entièrement corrigé				Entièrement corrigé			
		Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p†	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p†	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p†	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p†
Facteurs socio-démographiques	Sexe																
	Femme	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Homme	0,97	0,92	1,01	n.s.	0,98	0,90	1,07	n.s.	1,18	1,09	1,28	< 0,01	1,01	0,97	1,05	n.s.
	Âge (années)																
	18-24	1,00				1,00				1,00				1,00			
	25-34	0,90	0,83	0,97	< 0,01	0,68	0,60	0,77	< 0,01	0,70	0,62	0,78	< 0,01	0,81	0,76	0,86	< 0,01
	35-44	0,82	0,76	0,89	< 0,01	0,63	0,55	0,71	< 0,01	0,61	0,54	0,68	< 0,01	0,73	0,69	0,78	< 0,01
	45-54	0,75	0,69	0,81	< 0,01	0,56	0,49	0,64	< 0,01	0,53	0,47	0,60	< 0,01	0,66	0,62	0,70	< 0,01
	55-64	0,65	0,59	0,71	< 0,01	0,43	0,37	0,51	< 0,01	0,47	0,41	0,54	< 0,01	0,57	0,53	0,61	< 0,01
	65-74	0,65	0,58	0,73	< 0,01	0,45	0,37	0,55	< 0,01	0,33	0,27	0,41	< 0,01	0,53	0,48	0,59	< 0,01
	75 et plus	0,64	0,56	0,74	< 0,01	0,59	0,48	0,74	< 0,01	0,22	0,16	0,29	< 0,01	0,54	0,48	0,61	< 0,01
	Éducation																
	Moins que les études secondaires	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Études secondaires uniquement	1,05	0,99	1,11	n.s.	1,09	0,99	1,19	n.s.	0,98	0,90	1,07	n.s.	1,04	0,99	1,09	n.s.
	Études postsecondaires	1,08	1,02	1,14	0,01	1,14	1,03	1,25	0,01	0,84	0,77	0,93	< 0,01	1,03	0,98	1,08	n.s.
	Statut d'emploi																
	Occupe un emploi	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Sans emploi	1,22	1,15	1,30	< 0,01	1,13	1,01	1,26	< 0,01	1,28	1,15	1,41	< 0,01	1,22	1,16	1,28	< 0,01
	Absent du marché du travail†	1,05	0,98	1,13	n.s.	1,00	0,88	1,15	n.s.	1,09	0,96	1,23	n.s.	1,05	0,99	1,12	n.s.
	Quintile de revenu du quartier																
	Le plus faible	1,00				1,00				1,00				1,00			
	2	1,10	1,03	1,17	< 0,01	0,99	0,89	1,10	n.s.	0,90	0,81	0,99	0,04	1,04	0,98	1,09	n.s.
	3	1,02	0,95	1,09	n.s.	0,96	0,86	1,07	n.s.	1,00	0,90	1,11	n.s.	1,00	0,94	1,06	n.s.
4	1,01	0,94	1,08	n.s.	0,97	0,87	1,10	n.s.	1,04	0,93	1,16	n.s.	1,01	0,95	1,07	n.s.	
Le plus élevé	0,99	0,92	1,06	n.s.	0,92	0,81	1,05	n.s.	0,84	0,74	0,96	< 0,01	0,94	0,89	1,01	n.s.	

Tableau B2 : Résultats des modèles de régression logistique des facteurs influant sur les interventions de contrôle (suite)

Domaine	Variable prédictive possible	Contrôle médicamenteux en phase aiguë				Contention mécanique ou physique				Isolement				Toutes les interventions de contrôle			
		Entièrement corrigé				Entièrement corrigé				Entièrement corrigé				Entièrement corrigé			
		Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]
Facteurs comportementaux	Danger ou menace envers soi																
	Non	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Oui	1,64	1,56	1,71	< 0,01	1,33	1,23	1,44	< 0,01	1,29	1,20	1,40	< 0,01	1,53	1,47	1,59	< 0,01
	Danger ou menace envers autrui																
	Non	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Oui	1,48	1,39	1,57	< 0,01	2,14	1,95	2,34	< 0,01	2,00	1,83	2,19	< 0,01	1,72	1,64	1,81	< 0,01
	Incapacité de prendre soin de soi en raison d'une maladie mentale																
	Non	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Oui	1,65	1,57	1,73	< 0,01	1,66	1,53	1,80	< 0,01	1,37	1,27	1,49	< 0,01	1,60	1,54	1,67	< 0,01
	Intervention de la police pour comportement violent ou non violent																
	Jamais	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Il y a 8 jours ou plus	1,09	1,02	1,16	0,01	1,00	0,90	1,12	n.s.	1,12	1,01	1,24	0,03	1,08	1,02	1,14	< 0,01
	Il y a 7 jours ou moins	1,35	1,24	1,46	< 0,01	1,62	1,45	1,81	< 0,01	1,64	1,46	1,83	< 0,01	1,51	1,41	1,61	< 0,01
	Violence envers autrui																
	Jamais	1,00				1,00				1,00				1,00			
Il y a 8 jours ou plus	1,11	1,03	1,19	< 0,01	1,30	1,16	1,47	< 0,01	1,17	1,04	1,30	< 0,01	1,16	1,09	1,23	< 0,01	
Il y a 7 jours ou moins	1,54	1,40	1,70	< 0,01	3,11	2,76	3,49	< 0,01	1,99	1,75	2,26	< 0,01	1,98	1,84	2,14	< 0,01	
Facteurs cognitifs ou de communication	Capacité de consentir au traitement																
	Capable de consentir	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Incapable de consentir	1,19	1,09	1,30	< 0,01	1,90	1,69	2,14	< 0,01	1,38	1,22	1,56	< 0,01	1,39	1,30	1,50	< 0,01
	Capacité d'expression																
	Est compris	1,00				1,00				1,00				1,00			
Est normalement ou souvent compris	1,71	1,60	1,83	< 0,01	1,78	1,60	1,97	< 0,01	1,41	1,26	1,57	< 0,01	1,68	1,59	1,78	< 0,01	
Est parfois ou rarement compris	1,60	1,39	1,84	< 0,01	2,92	2,46	3,48	< 0,01	2,36	1,96	2,85	< 0,01	2,09	1,87	2,34	< 0,01	

Tableau B2 : Résultats des modèles de régression logistique des facteurs influant sur les interventions de contrôle (suite)

Domaine	Variable prédictive possible	Contrôle médicamenteux en phase aiguë				Contention mécanique ou physique				Isolement				Toutes les interventions de contrôle			
		Entièrement corrigé				Entièrement corrigé				Entièrement corrigé				Entièrement corrigé			
		Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]
Facteurs de stress de la vie	Agression ou abus émotionnel, physique ou sexuel																
	Non	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Oui	1,03	0,98	1,08	n.s.	0,84	0,77	0,92	< 0,01	0,92	0,85	1,00	0,04	0,97	0,93	1,01	n.s.
Facteurs liés au traitement	Nombre d'hospitalisations en psychiatrie à vie																
	0	1,00				1,00				1,00				1,00			
	1-3	1,31	1,24	1,38	< 0,01	1,29	1,16	1,42	< 0,01	1,42	1,29	1,56	< 0,01	1,33	1,26	1,39	< 0,01
	4-5	1,69	1,56	1,82	< 0,01	1,58	1,38	1,80	< 0,01	1,86	1,64	2,10	< 0,01	1,71	1,60	1,82	< 0,01
	6 et plus	1,98	1,84	2,13	< 0,01	2,00	1,76	2,26	< 0,01	2,21	1,96	2,49	< 0,01	2,03	1,90	2,16	< 0,01
	Observance de la médication																
	Toujours	1,00				1,00				1,00				1,00			
	80 % du temps ou plus	1,45	1,37	1,54	< 0,01	1,65	1,48	1,84	< 0,01	1,25	1,13	1,38	< 0,01	1,43	1,36	1,50	< 0,01
	Moins de 80 % du temps et non-achat des médicaments	1,86	1,75	1,97	< 0,01	2,61	2,36	2,89	< 0,01	1,82	1,66	2,00	< 0,01	1,95	1,86	2,05	< 0,01
	Aucun médicament prescrit	1,28	1,17	1,39	< 0,01	1,87	1,61	2,17	< 0,01	1,40	1,22	1,61	< 0,01	1,37	1,27	1,47	< 0,01
	Type d'établissement																
	Psychiatrique ou spécialisé	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Hôpital général	1,68	1,58	1,79	< 0,01	2,61	2,32	2,93	< 0,01	1,45	1,31	1,59	< 0,01	1,76	1,68	1,86	< 0,01

Tableau B2 : Résultats des modèles de régression logistique des facteurs influant sur les interventions de contrôle (suite)

Domaine	Variable prédictive possible	Contrôle médicamenteux en phase aiguë				Contention mécanique ou physique				Isolement				Toutes les interventions de contrôle			
		Entièrement corrigé				Entièrement corrigé				Entièrement corrigé				Entièrement corrigé			
		Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]	Rapport de cotes*	LCI	LCS	Valeur p [†]
Facteurs cliniques	Diagnostic principal de santé mentale																
	Dépression et autres troubles de l'humeur	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Troubles organiques	1,42	1,22	1,65	< 0,01	2,66	2,13	3,32	< 0,01	1,97	1,51	2,57	< 0,01	1,69	1,49	1,91	< 0,01
	Troubles liés à la consommation de substances psychotropes	0,88	0,81	0,95	< 0,01	1,37	1,17	1,60	< 0,01	0,87	0,75	1,01	n.s.	0,91	0,85	0,98	0,01
	Troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques	1,28	1,20	1,37	< 0,01	1,82	1,61	2,05	< 0,01	1,51	1,35	1,68	< 0,01	1,40	1,33	1,48	< 0,01
	Troubles bipolaires	1,22	1,14	1,32	< 0,01	2,27	1,99	2,59	< 0,01	2,09	1,86	2,36	< 0,01	1,50	1,41	1,60	< 0,01
	Troubles anxieux	1,10	0,96	1,26	n.s.	0,93	0,67	1,30	n.s.	0,43	0,30	0,63	< 0,01	0,96	0,85	1,08	n.s.
	Autres troubles	0,94	0,85	1,04	n.s.	1,07	0,88	1,30	n.s.	0,98	0,82	1,17	n.s.	0,95	0,87	1,04	n.s.
	Toxicomanie concomitante																
	Non	1,00				1,00				1,00				1,00			
	Oui	1,07	1,01	1,14	0,02	0,96	0,86	1,08	n.s.	1,02	0,93	1,13	n.s.	1,04	0,99	1,10	n.s.
	Trouble de la personnalité concomitant																
	Non	1,00				1,00				1,00				1,00			
Oui	1,13	1,06	1,21	< 0,01	1,10	0,97	1,24	n.s.	0,90	0,80	1,01	n.s.	1,09	1,03	1,16	< 0,01	

Remarques

* 1,00 indique les groupes de référence.

† Valeur p associée au chi carré de Wald pour l'estimation du paramètre.

‡ Le statut d'emploi « absent du marché du travail » comprend par exemple les retraités, les étudiants et les personnes au foyer.

LCI : Limite de confiance inférieure de 95 %.

LCS : Limite de confiance supérieure de 95 %.

n.s. : non statistiquement significatif.

Source

Système d'information ontarien sur la santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. L. Ashcraft et W. Anthony, « Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services », *Psychiatric Services*, vol. 59, n° 10 (2008), p. 1198-1202.
2. R. Almvik et coll., « Challenging Behaviour in the Elderly—Monitoring Violent Incidents », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 21, n° 4 (2006), p. 368-374.
3. W. A. Fisher, « Restraint and Seclusion: A Review of the Literature », *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 11 (1994), p. 1584-1591.
4. J. LeBel et R. Goldstein, « The Economic Cost of Using Restraint and the Value Added by Restraint Reduction or Elimination », *Psychiatric Services*, vol. 56, n° 9 (2005), p. 1109-1114.
5. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Practice Standard: Restraints*, Toronto (Ont.), Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009.
6. D. Stewart et coll., « A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion Among Adult Psychiatric Inpatients », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 31, n° 6 (2010), p. 413-424.
7. C. J. Gaskin et coll., « Interventions for Reducing the Use of Seclusion in Psychiatric Facilities: Review of the Literature », *British Journal of Psychiatry*, vol. 191 (2007), p. 298-303.
8. Gouvernement de l'Ontario, *Patient Restraint Minimization Act, 2001 [Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades]*, Toronto (Ont.), gouvernement de l'Ontario, 2001.
9. Gouvernement de l'Ontario, *Mental Health Act [Loi sur la santé mentale]*, Toronto (Ont.), gouvernement de l'Ontario, 2001.
10. Gouvernement de l'Ontario, *Health Care Consent Act, 1996 [Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé]*, Toronto (Ont.), gouvernement de l'Ontario, 2010.
11. Bureau du coroner en chef de l'Ontario, *Inquest Into the Death of Jeffrey James: Jury Recommendation*, Toronto (Ont.), Bureau du coroner en chef de l'Ontario, 2008.
12. Press Ganey Associates, *International Quality Indicator Project: Psychiatric Care Indicators*. Internet : <<http://www.internationalqip.com>>.
13. T. Steinert et coll., « Incidence of Seclusion and Restraint in Psychiatric Hospitals: A Literature Review and Survey of International Trends », *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, vol. 45, n° 9 (2010), p. 889-897.
14. J. LeBel, « Regulatory Change: A Pathway to Eliminating Seclusion and Restraint or 'Regulatory Scotoma'? », *Psychiatric Services*, vol. 59, n° 2 (2008), p. 194-196.
15. J. N. Scanlan, « Interventions to Reduce the Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatric Settings: What We Know So Far—A Review of the Literature », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 56, n° 4 (2010), p. 412-423.
16. Z. Feng et coll., « Use of Physical Restraints and Antipsychotic Medications in Nursing Homes: A Cross-National Study », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 24, n° 10 (2009), p. 1110-1118.
17. Institut canadien d'information sur la santé, *Resident Demographics and System Characteristics: Complex Continuing Care in Ontario [Soins complexes de longue durée en Ontario : caractéristiques démographiques des pensionnaires et particularités du système]*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2004.

18. T. L. Husum et coll., « A Cross-Sectional Prospective Study of Seclusion, Restraint and Involuntary Medication in Acute Psychiatric Wards: Patient, Staff and Ward Characteristics », *BMC Health Services Research*, vol. 10 (2010), p. 89.
19. N. K. Ray et M. E. Rappaport, « Use of Restraint and Seclusion in Psychiatric Settings in New York State », *Psychiatric Services*, vol. 46, n° 10 (1995), p. 1032-1037.
20. C. J. Ryan et L. Bowers, « An Analysis of Nurses' Post-Incident Manual Restraint Reports », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 13, n° 5 (2006), p. 527-532.
21. D. L. Goldbloom et coll., « Weekend Prescribing Practices and Subsequent Seclusion and Restraint in a Psychiatric Inpatient Setting », *Psychiatric Services*, vol. 61, n° 2 (2010), p. 193-195.
22. J. Raboch et coll., « Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries », *Psychiatric Services*, vol. 61, n° 10 (2010), p. 1012-1017.
23. J. DeSantis et coll., « Geropsychiatric Restraint Use », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 45, n° 12 (1997), p. 1515-1518.
24. B. Berland et coll., « Patient Characteristics Associated With the Use of Mechanical Restraints », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 5, n° 6 (1990), p. 480-485.
25. T. Steinert et coll., « Diagnosis-Related Frequency of Compulsory Measures in 10 German Psychiatric Hospitals and Correlates With Hospital Characteristics », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 42, n° 2 (2007), p. 140-145.
26. A. M. Gerolamo, « The Conceptualization of Physical Restraint as a Nursing-Sensitive Adverse Outcome in Acute Care Psychiatric Treatment Settings », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 20, n° 4 (2006), p. 175-185.
27. L. C. Mion et coll., « Effect of Situational and Clinical Variables on the Likelihood of Physicians Ordering Physical Restraints », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 58, n° 7 (2010), p. 1279-1288.
28. Institut canadien d'information sur la santé, *Ontario Mental Health Reporting System Resource Manual, 2011–2012, Module 1—Clinical Coding*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2011.
29. D. Stewart et coll., « Manual Restraint of Adult Psychiatric Inpatients: A Literature Review », *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, vol. 16, n° 8 (2009), p. 749-757.
30. L. DeBenedictis et coll., « Staff Perceptions and Organizational Factors as Predictors of Seclusion and Restraint on Psychiatric Wards », *Psychiatric Services*, vol. 62, n° 5 (2011), p. 484-491.
31. K. A. Talerico et coll., « Mental Health Correlates of Aggression in Nursing Home Residents With Dementia », *Gerontologist*, vol. 42, n° 2 (2002), p. 169-177.
32. J. Duxbury, « An Exploratory Account of Registered Nurses' Experience of Patient Aggression in Both Mental Health and General Nursing Settings », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 6, n° 2 (1999), p. 107-114.
33. K. A. Huckshorn, « Reducing Seclusion Restraint in Mental Health Use Settings: Core Strategies for Prevention », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 42, n° 9 (2004), p. 22-33.