

**La posture d'allié.e et le
devoir d'advocacy lors de
situations éthiquement
complexes :**
**le cas de l'administration
dissimulée de médicaments
en CHSLD**

Vincent Thériault, inf. M. Sc.

Étudiant au doctorat en sciences infirmières
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Chargé de formation pratique
École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke



La pratique infirmière en CHSLD est de plus en plus complexe.

Vieillesse accélérée de la population et ↑ TNC majeurs

Besoins des résidents et complexité des soins ↑

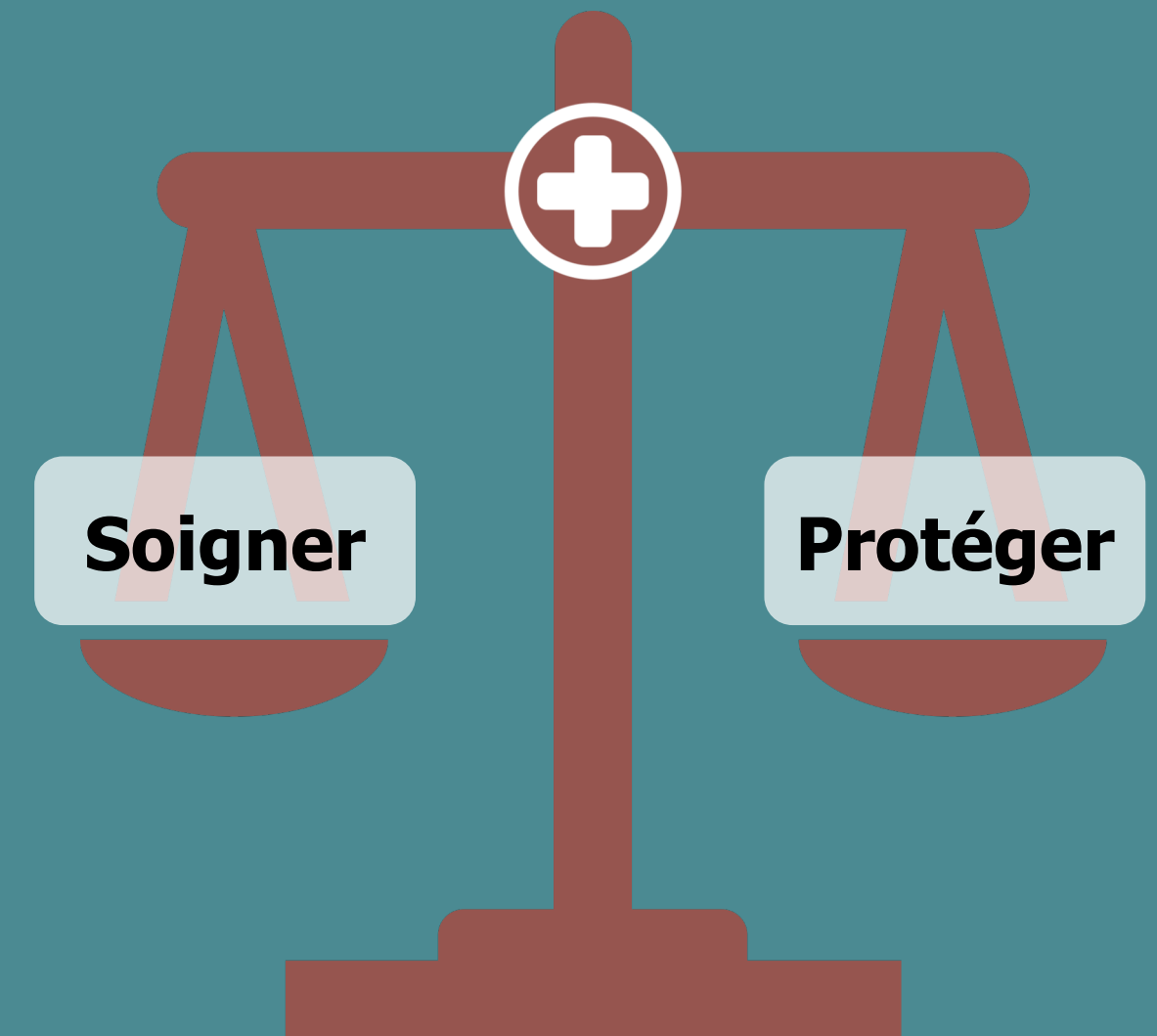
Soignants et résidents confrontés à des enjeux éthiques

- Respect de l'autonomie, manque de ressources, décisions de fin de vie, etc.

Conséquences négatives pour les soignants et les résidents.

- Détresse morale
- Non-respect des droits et désirs
- Qualité des soins ↓
- Pénurie de personnel

Qu'arrive-t-il lorsque l'obligation de soigner et celle de protéger les droits fondamentaux des résidents entrent en conflit apparent ?



Un exemple frappant :



Administration dissimulée de médicaments (ADM)

- Courant dans les CHSLD
- vise à passer outre le refus de traitements et calmer des comportements considérés comme étant perturbateurs.
- Pourrait permettre de donner des traitements nécessaires, mais au risque de :
 - Nuire à la relation de confiance
 - Nuire à l'alimentation
 - Induire des effets indésirables
- Doutes sur la légalité et la légitimité éthique de la pratique

Légalement, ce qui devrait se produire :

« L'autorisation du tribunal est nécessaire [...] si le majeur inapte à consentir **refuse catégoriquement** de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence »

(CcQ, art. 16)

« Un refus qui ne laisse aucun doute quant à son existence **et qui se distingue d'un simple réflexe biologique** totalement étranger à l'expression de la volonté, que la décision soit rationnelle ou délirante »

(Kouri et Philips-Nootens, 2003, p. 16)

Ce qui semble réellement se produire :

« Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester. [...] »

(CcQ, art. 12)

« [...] certains établissements peuvent être tentés d'exiger une expression tellement claire de ce refus qu'en pratique, cela équivaut à refuser au majeur inapte le droit de refuser des soins. »

(Ménard-Martin, s.d, paragr. 4)

Ce qu'on sait de l'ADM :

Au Royaume-Uni, en Norvège et en Australie, entre 43 et 71 % des *nursing homes* rapportent que la pratique se produit et qu'elle touche 1,5 à 17 % de leurs résidents

Les infirmières initient souvent elles-mêmes l'ADM, sans en informer les proches ou le reste de l'équipe médicale

Très peu d'études empiriques

(grande majorité > 10 ans)

et aucune étude au Canada

(textes théoriques et données anecdotiques)

Ce qui est incertain :

Très difficile d'avoir des chiffres fiables à cause du **tabou** et de la **culture de la peur** entourant l'ADM

Les soignants éviteraient de discuter de la pratique et de la documenter

➤ "[...] *the potential for abuse is increased when practices are not documented or monitored*" (Treolar et al., 2000, p.410)

Semble y avoir d'importants facteurs culturels et systémiques liés à la pratique et au tabou qui l'entoure.

L'impact de la culture des CHSLD



L'impact du conformisme chez les infirmières

Larue et al. (2009)

Facteurs liés à l'équipe de soin influençant la décision d'appliquer une contention ou un isolement en milieu clinique :

- Les normes informelles du milieu
- Contrôle du patient, culture autoritaire, culture de solidarité de l'équipe

« Une infirmière a tendance à prendre une décision contraire à sa propre évaluation afin de maintenir la solidarité avec le reste du personnel et de s'assurer que ses collègues la soutiennent si elle a besoin d'aide [traduction libre] » (p.442)

Dierckx de Casterlé et al. (2008)

Méta-analyse de neuf études dans quatre pays, portant sur la réponse des infirmières aux dilemmes éthiques dans la pratique.

Constats :

- La plupart des infirmières perçoivent des barrières dans leur environnement qui compromettent leurs capacités à une pratique éthique.
- **Tendance à respecter les conventions** dans leur prise de décision plutôt que de considérer les besoins personnels et le bien-être du patient.

Mon projet doctoral (Dirigé par les Professeur.es Anne Bourbonnais et Bryn Williams-Jones)

Les expériences morales liées à la pratique d'administration dissimulée de médicaments en CHSLD : une ethnographie herméneutique

Questions de recherche :

1. Quelles sont les normes et les pratiques qui forment la culture d'un CHSLD en relation avec l'ADM ?
2. Quelles sont les expériences morales des soignants, des résidents et des membres de la famille impliqués ou affectés par l'ADM ?
3. Quelles approches de soins sont actuellement utilisées et pourraient potentiellement être utilisées pour concilier les préoccupations éthiques, cliniques et juridiques associées à l'ADM ?

Retombées potentielles :

- Développer des connaissances sur une pratique peu étudiée.
- Stimuler la réflexion des soignants, des personnes soignées, des proches-aidants, etc.
- Contribuer à mieux encadrer la pratique.

Pour conclure :

Certains contextes (ex. CHSLD) et certaines pratiques (ex. ADM) peuvent accroître la difficulté de répondre à nos différentes obligations déontologiques et éthiques.

Adopter une posture d'allié.e et remplir son devoir d'advocacy nécessite de s'examiner attentivement soi-même, mais aussi la culture dans laquelle on évolue.

Avez-vous déjà senti que votre posture d'allié.e et/ou votre devoir d'advocacy entrerait en contradiction avec la culture de votre milieu de soin ?

Avez-vous des expériences personnelles en lien avec la pratique de l'ADM ou tout autre pratique qui vous paraissait éthiquement ambiguë ?

Références

- Bosco, A., Schneider, J., Coleston-Shields, D. M., Jawahar, K., Higgs, P., & Orrell, M. (2019). Agency in dementia care: systematic review and meta-ethnography. *International Psychogeriatrics*, 31(5), 627–642. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001801>
- Code civil du Québec, LRQ c CCQ-1991.
- Dierckx de Casterlé, B., Izumi, S., Godfrey, N. S., Denhaerynck, K. (2011). Nurses' Responses to Ethical Dilemmas in Nursing Practice: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 540-549.
- Garratt, S. M., Jonas, M. F., Peri, K., et Kerse, N. (2021). To crush, or not to crush? Unauthorised covert administration of medication in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 16(5), article no e12393. <https://doi.org/10.1111/opn.12393>
- Haw, C., & Stubbs, J. (2010). Covert administration of medication to older adults: a review of the literature and published studies. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 17(9), 761–768. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01613.x>
- Hopia, H., Lottes, I. et Kanne, M. (2016, Sep). Ethical concerns and dilemmas of finnish and dutch health professionals. *Nursing Ethics*, 23(6), 659-673. <https://doi.org/10.1177/0969733015579311>
- Klaassens, M., & Meijering, L. (2015). Experiences of home and institution in a secured nursing home ward in the netherlands: a participatory intervention study. *Journal of Aging Studies*, 34, 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.05.002>
- Kouri, R.P., et Philips-Nootens, S. (2003). Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu. *Revue du Barreau*, Tome 63, printemps 2003.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Berneim, E. & Mailhot, M.-P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 440-446.
- Macauley, R. C. (2016). Covert medications: Act of compassion or conspiracy of silence? *Journal of Clinical Ethics*, 27(4), 298-307.
- Ménard-Martin. (s.d.). Le majeur inapte. *Vos droits en santé*. <http://www.vosdroitsensante.com/1041/le-majeur-inapte#formulaire>
- Morley G. (2018). What is "moral distress" in nursing? How, can and should we respond to it?. *Journal of clinical nursing*, 27(19-20), 3443–3445. <https://doi.org/10.1111/jocn.14332>
- Munden, L. M. (2017). The Covert Administration of Medications: Legal and Ethical Complexities for Health Care Professionals. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), 182–192. <https://doi.org/10.1177/1073110517720647>
- Munkeby, H., Bratberg, G. et Devik, S. A. (2023, Feb). Meanings of troubled conscience in nursing homes: Nurses' lived experience. *Nursing Ethics*, 30(1), 20-31. <https://doi.org/10.1177/09697330221117261>
- Östlund, L., Ernsth Bravell, M. et Johansson, L. (2023, Jan). Working in a gray area-healthcare staff experiences of receiving consent when caring for persons with dementia. *Dementia (London)*, 22(1), 144-160. <https://doi.org/10.1177/14713012221137472>
- Seaman, A. T., & Stone, A. M. (2017). Little White Lies: Interrogating the (Un)acceptability of Deception in the Context of Dementia. *Qualitative health research*, 27(1), 60–73. <https://doi.org/10.1177/1049732315618370>
- Simpson, C. (2017). Covering It Up? Questions of Safety, Stigmatization, and Fairness in Covert Medication Administration. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 45(2), 204–211. <https://doi.org/10.1177/1073110517720649>
- Treloar, A., Beats, B., & Philpot, M. (2000). A pill in the sandwich: covert medication in food and drink. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93(8), 408–411. <https://doi.org/10.1177/014107680009300805>
- Young, J. M., & Unger, D. (2016). Covert Administration of Medication to Persons with Dementia: Exploring Ethical Dimensions. *The Journal of clinical ethics*, 27(4), 290–297.