

**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 ↑

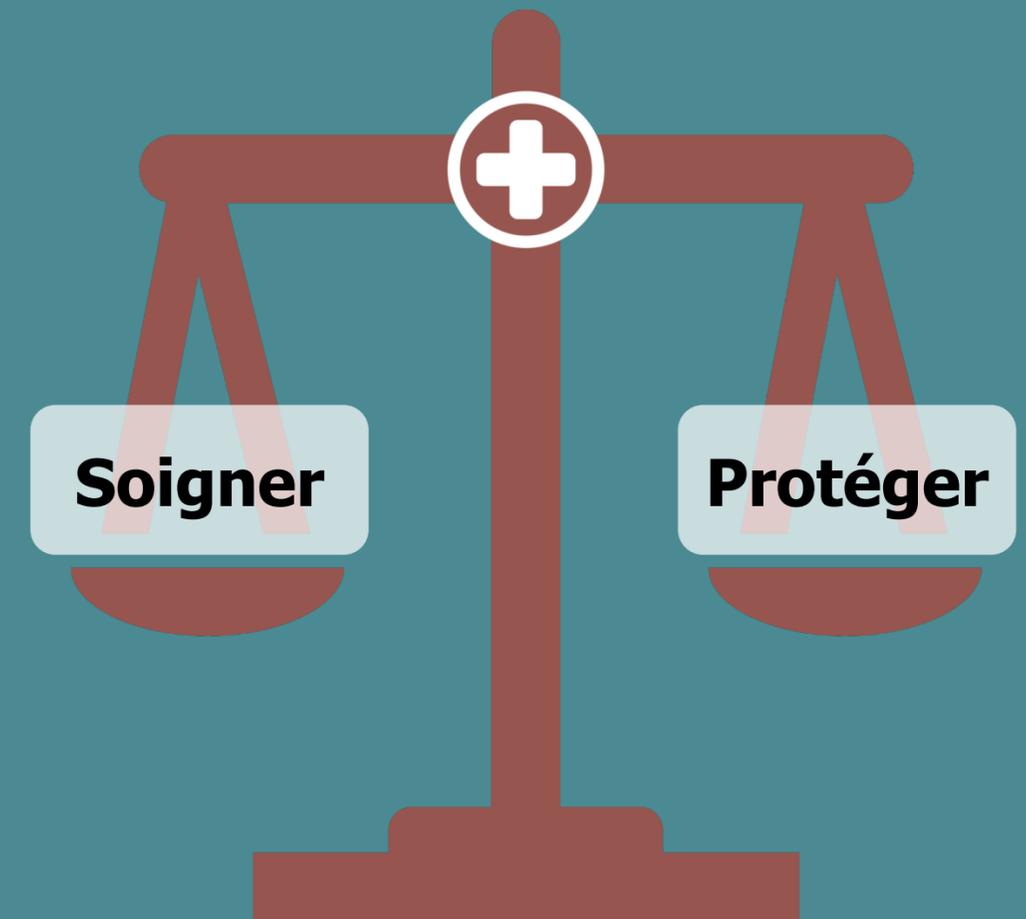
Soignants et résidents confrontés à des enjeux éthiques

- 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.