

Programme de formation

Cahier du participant



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

**BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT**

Programme de formation
Cahier du participant



*VERS UN CHANGEMENT DE PRATIQUE
AFIN DE RÉDUIRE LE RECOURS
À LA CONTENTION ET À L'ISOLEMENT*

**BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT**

**Santé
et Services sociaux**

Québec 

REMERCIEMENTS

La Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier toutes les personnes qui ont travaillé à la révision du programme de formation Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement pour l'adapter à la clientèle des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

Coordination du projet :

Johanne Delisle, Direction de la qualité, MSSS
Henriette Jacques, Direction de la qualité, MSSS

Adaptation du Programme :

- Marie Authier, agente de planification, de programmation et de recherche, hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- Sylvie Constant, conseillère au Programme à l'adulte, CSDI MCQ;
- Michèle Demers, physiothérapeute, CSDI MCQ;
- Claude Dufour, agent de planification, de programmation et de recherche, CRDI de Québec;
- Marie-Josée Duval, ergothérapeute, conseillère professionnelle, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ);
- Paule Lavoie, agente de planification, de programmation et de recherche, CRDI de Québec;
- Ginette Mercier, coordonnatrice au Programme santé, CSDI MCQ;
- Guy Sabourin, directeur du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC).

Relecture :

- France Bélanger, ergothérapeute, consultante;
- Jocelyne Bélanger, MSSS, Direction générale des services sociaux, Service des personnes handicapées;
- Gaëtan Coulombe, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec;
- Andrée Deschênes, directrice des services professionnels et de la recherche, CRDI Chaudière-Appalaches;
- Jacques Gauthier, Ordre des ergothérapeutes du Québec;
- Monique Rondeau, psychologue consultante et agente-conseil du Centre d'expertise de Montréal en troubles graves du comportement (CEMTGC);
- André Soulières, psychologue consultant et agent-conseil du Centre d'expertise de Montréal en troubles graves du comportement (CEMTGC).

Secrétariat :

Bianca Perri, Corinne Thieblemont et Colette Proulx, Direction de la qualité, MSSS.

Nous remercions également le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec pour sa grande collaboration dans ce dossier.

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-54265-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

TABLE DES MATIÈRES

1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX -----	5
1.1 OBJECTIF GÉNÉRAL 1 -----	6
1.2 OBJECTIF GÉNÉRAL 2 -----	7
2. HORAIRE ET PLAN D'UNE JOURNÉE DE FORMATION NATIONALE -----	8
3. DIAPOSITIVES DE LA FORMATION -----	10
4. QUESTIONNAIRE SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE -----	23
5. LES MESURES DE REMPLACEMENT -----	24
6. L'APPROCHE MULTIMODALE : UN APERÇU -----	27
7. ATELIER : SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE -----	31
8. GRILLE DE PRISE DE DÉCISION (EXERCICE) -----	32
9. LE CONSENTEMENT, ÉTAPE 4.1 -----	35
10. PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE, ÉTAPE 4.3 -----	36
11. LES AIDE-MÉMOIRE -----	39
11.1 PERSONNES PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS D'ERRANCE -----	40
11.2 PERSONNES À RISQUE DE CHUTE -----	44
11.3 PERSONNES EN DELIRIUM OU À RISQUE DE DELIRIUM -----	49
11.4 PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE D'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS OU AUX SOINS ---	52
11.5 PERSONNE PRÉSENTANT UN COMPORTEMENT PERTURBATEUR OU AGRESSIF -----	54
11.6 PERSONNE PRÉSENTANT UN COMPORTEMENT AGRESSIF -----	57
11.7 GRILLE DE PRISE DE DÉCISION (AIDE-MÉMOIRE) -----	62
12. SCHÉMA DE LA GRILLE D'ANALYSE -----	66
ANNEXE 1 PARAMÈTRES À SURVEILLER EN CAS DE RECOURS À L'ISOLEMENT -----	67
ANNEXE 2 PARAMÈTRES RELEVANT DE L'ÉTAT DE LA PERSONNE EN ISOLEMENT -----	69
ANNEXE 3 GLOSSAIRE -----	70
RÉFÉRENCES -----	71
BIBLIOGRAPHIE -----	72



1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Les objectifs généraux du programme vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement sont les suivants :

1. réfléchir à l'utilisation, à l'efficacité et aux effets véritables de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle d'une personne;
2. dans une perspective de changement de pratique, se familiariser avec une grille d'analyse conçue pour faciliter la prise de décision lorsque se pose la question du contrôle d'une personne.

REMARQUE PRÉLIMINAIRE

Le présent programme de formation est interactif : il propose la participation concrète des personnes inscrites à chaque activité.

PERSONNES VISÉES

Le programme de formation est destiné à l'ensemble des intervenants appelés à jouer un rôle dans la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle ainsi qu'aux gestionnaires des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

1.1. OBJECTIF GÉNÉRAL 1

Réfléchir à l'utilisation, à l'efficacité et aux effets véritables de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

À la fin de la formation relative au premier objectif général, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Nommer les trois catégories de mesures de contrôle pouvant être utilisées dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED);
- 2) Déterminer les types de clientèles touchées et faire l'inventaire des motifs les plus fréquemment invoqués par les intervenants pour justifier le recours à la contention et à l'isolement;
- 3) Estimer la fréquence et la durée moyenne du recours à la contention et à l'isolement dans leur propre établissement et dans les établissements de soins et services du Québec;
- 4) Examiner les principales croyances concernant l'efficacité de la contention et de l'isolement comme moyens de prévention ou de contrôle;
- 5) Décrire les effets à court et à long termes de l'isolement et de la contention, sur les plans physique et psychologique, sur la personne qui les subit;
- 6) Reconnaître les effets néfastes éventuels de la contention et de l'isolement sur la famille et les proches de la personne qui les subit, sur le personnel entrant en relation avec cette dernière ainsi que sur l'établissement;
- 7) Prendre connaissance des fondements éthiques et juridiques qui guident le changement de pratique proposé.

1.2. OBJECTIF GÉNÉRAL 2

Dans une perspective de changement de pratique, se familiariser avec une grille d'analyse conçue pour faciliter la prise de décision lorsque se pose la question du contrôle d'une personne.

Une décision réfléchie à cet égard passe par l'atteinte de quatre objectifs spécifiques.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

À la fin de la formation relative au deuxième objectif général, les participants devraient être en mesure de :

- 1) Relever, en tenant compte de l'environnement global de la personne, les éléments qui doivent être examinés afin de prendre une bonne décision en matière de contention et d'isolement (modèle Kayser-Jones), lorsque la situation nécessite une amélioration des pratiques;
- 2) Se prononcer sur les éléments à prendre en considération pour réussir un changement de pratique;
- 3) Se familiariser avec le processus de prise de décision et avec les questions auxquelles il faut répondre pour prendre une décision éclairée en matière de mesures de contrôle;
- 4) En se servant de la grille, analyser le processus de prise de décision concernant les comportements problématiques, les motifs de recours à un moyen de contrôle et les facteurs liés à l'environnement global.



2. HORAIRE ET PLAN D'UNE JOURNÉE DE FORMATION NATIONALE

DURÉE 7 HEURES

PREMIÈRE PARTIE DE LA JOURNÉE

8 h 00 - 8 h 10	1. Présentation de l'animateur, des participants et de la formule pédagogique
8 h 10 - 8 h 15	2. But du programme
8 h 15 - 8 h 20	3. Objectif général 1 : Détermination des mesures de contrôle
8 h 20 - 8 h 30	4. Objectif général 1 : mesures de contrôle - le matériel le plus utilisé
8 h 30 - 8 h 35	5. Appel à tous : Mise sous contention de volontaires
8 h 35 - 8 h 50	6. Atelier : Pourquoi et pour qui utilise-t-on les mesures de contrôle?
8 h 50 - 9 h 00	7. Objectif général 1 : la prévalence des mesures de contrôle
9 h 00 - 9 h 05	8. Atelier : libération des volontaires
9 h 05 - 9 h 10	9. Objectif général 1 : l'efficacité des mesures de contrôle
9 h 10 - 9 h 20	10. Séance plénière pour la correction de l'exercice
9 h 20 - 9 h 40	11. Les effets véritables des mesures de contrôle
9 h 40 - 10 h 05	12. Visionnement de DVD
10 h 05 - 10 h 20	• PAUSE
10 h 20 - 10 h 25	13. Les effets des mesures de contrôle sur la famille et les proches
10 h 25 - 10 h 30	14. Les effets sur des mesures de contrôle sur les intervenants et l'établissement
10 h 30 - 10 h 40	15. Objectif général 1 : les fondements éthiques et juridiques
10 h 40 - 10 h 45	16. Message clé relatif à l'objectif général 1
10 h 45 - 10 h 50	17. Objectif général 2 : éléments nécessaires à une décision éclairée en matière de mesures de contrôle
10 h 50 - 10 h 55	18. Tempête d'idées : l'environnement global
10 h 55 - 11 h 10	19. Les cinq catégories du modèle Kayser-Jones
11 h 10 - 11 h 20	20. L'importance des autres dimensions pour une vision globale de la situation
11 h 20 - 11 h 30	21. Les mesures de remplacement
11 h 30 - 11 h 40	22. Les mesures de prévention et de traitement pour les problèmes de comportement
11 h 40 - 12 h 00	23. Visionnement de DVD (suite)
12 h 00 - 12 h 10	24. Objectif général 2 : volonté de changement : la garantie d'une expérience réussie
12 h 10 - 12 h 12	25. Message clé relatif au principe général 2
	• DÎNER



2. HORAIRE ET PLAN D'UNE JOURNÉE DE FORMATION NATIONALE

DURÉE 7 HEURES

DEUXIÈME PARTIE DE LA JOURNÉE

13 h 15 – 13 h 30	26. Le processus de prise de décision passe par un questionnement structuré
13 h 30 – 13 h 50	27. Objectif général 2 : utilisation de la grille de décision pour une étude de cas
13 h 50 – 14 h 10	28. Séance plénière : la situation de monsieur Paquette (étapes 1, 2 et 3)
14 h 10 – 14 h 15	29. Exposé informel sur la communication (étape 4)
14 h 15 – 14 h 25	30. Le consentement (étape 4.1)
14 h 25 – 14 h 45	31. Correction du questionnaire sur le consentement (étape 4.1.1)
14 h 45 – 15 h 00	• PAUSE
15 h 00 – 15 h 10	32. La documentation, étape 4.2 (cas de monsieur Paquette)
15 h 10 – 15 h 25	33. Paramètres de surveillance, étape 4.3
15 h 25 – 15 h 40	34. Les paramètres de surveillance, étape 4.4
15 h 40 – 15 h 55	35. Séance plénière sur la réévaluation et le réajustement (étape 5)
15 h 55 – 16 h 05	36. Conclusion
16 h 05 – 16 h 15	37. Évaluation



3. DIAPOSITIVES DE LA FORMATION



Bienvenue au Programme de formation nationale

Bénéficiaires des services de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement

Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement



BUT DU PROGRAMME

- Le programme intitulé *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement* vise à instaurer dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement et, le cas échéant, d'en abrégier la durée.



LES OBJECTIFS DE LA FORMATION

1. Réfléchir à l'utilisation, à l'efficacité et aux effets véritables de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle.
2. Dans une perspective de changement de pratique, se familiariser avec une grille d'analyse conçue pour faciliter la prise de décision lorsque se pose la question du contrôle d'une personne.



L'ARTICLE 118.1, Loi sur les services de santé et les services sociaux

« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions »



L'ARTICLE 118.1, Loi sur les services de santé et les services sociaux

« L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne ».

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., Chap. S-4.2, article 118.1 (en vigueur depuis juin 1998).



LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Les orientations ministérielles (2002) ont énoncé six principes directeurs :

- 1) les mesures de contrôle sont utilisées uniquement dans un contexte de risque imminent ;
- 2) Les mesures de contrôle ne sont envisagées qu'en dernier recours ;
- 3) Les mesures appliquées sont le moins contraignantes possible ;



LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

- 4) l'application des mesures doit se faire dans le respect de la dignité et de la sécurité tout en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive ;
- 5) l'utilisation de mesures de contention doit être balisée et encadrée par un protocole et des procédures ;



LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée, le dossier doit contenir une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils sont utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure ;

- 6) L'utilisation des mesures doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi par le conseil d'administration de chaque établissement.



Message clé

- L'efficacité des mesures de contrôle à l'égard des problématiques les plus souvent rencontrées (chute, errance, agitation, agressivité, interférence aux traitements, etc.) est plus que douteuse.



Message clé

- Les nombreuses conséquences découlant des mesures de contrôle sont néfastes et ne sont pas du tout contrebalancées par des effets bénéfiques. Il n'y a généralement pas de conséquences favorables ni pour la personne qui subit ces mesures, ni pour le personnel qui les impose, ni pour les établissements qui les supportent.



Message clé

- En résumé, une utilisation des mesures de contrôle **non réfléchie** va à l'encontre des buts de nos interventions : dispenser des soins et services en respectant les droits fondamentaux de la personne et en préservant sa dignité, son autonomie, son intégrité, ainsi que sa qualité de vie et la sécurité de sa personne.



OBJECTIF 2

- Dans une perspective de changement de pratique, se familiariser avec une grille d'analyse conçue pour faciliter la prise de décision lorsque se pose la question du contrôle d'une personne.



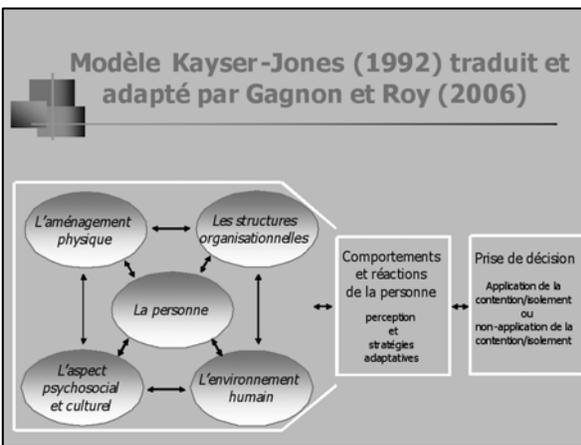
L'aspect psychosocial et culturel :

- Normes éthiques et juridiques.
- Les valeurs, les croyances et les attitudes de la personne, de ses proches, de sa famille, des intervenants et des gestionnaires.



L'environnement humain :

- Membres de la famille.
- Amis.
- Autres personnes hébergées ou hospitalisées.
- Intervenants.
- Membres de l'administration.
- Comité des usagers.
- Équipes interdisciplinaires.
- RNI (ressources non institutionnelles)
- etc.





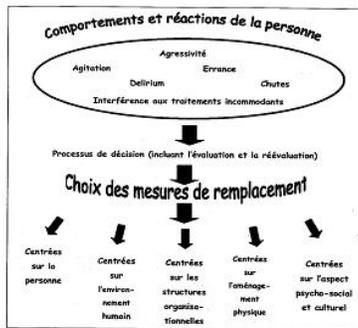
Les mesures de remplacement

- Définition : Stratégies d'interventions simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement.



Les mesures de remplacement peuvent viser à :

1. **prévenir,**
2. **réduire**
3. **éliminer** les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui.





Aménagement préventif

- Mesures **proactives** permettant d'éliminer ou d'atténuer les éléments déclencheurs, d'améliorer l'organisation physique afin de diminuer la probabilité d'apparition de déclencheurs ou de facteurs associés, d'encourager les comportements adéquats, etc.



Concept de prévention active

- Mesures **réactives** qui sont appliquées au début d'une escalade pour diminuer l'intensité et la durée des comportements indésirables et ultimement, prévenir l'apparition des comportements problématiques pouvant nécessiter le recours à une mesure de contrôle.



Les mesures de traitement

- Mesures permettant l'élimination des facteurs qui sont à l'origine des symptômes comportementaux tels que des causes médicales, physiologiques, de troubles de santé mentale ou de troubles neurologiques.



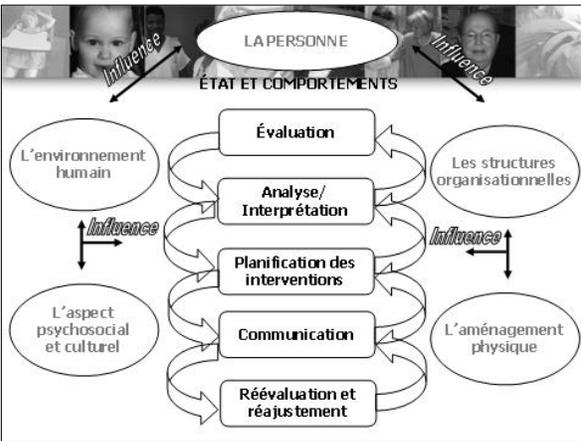
Les mesures de traitement ou d'apprentissage:

- Mesures visant à l'acquisition par l'utilisateur d'habiletés alternatives et socialement acceptables par rapport aux comportements problématiques (ex: comportement d'autocontrôle de la colère, etc.)



Message clé

- Pour réussir un changement de pratique, il faut d'abord et avant tout :
 - avoir une véritable volonté de changement;
 - avoir la capacité d'imaginer des mesures de remplacement;
 - avoir la conviction pour les mettre en place.





CONCLUSION

- La formation a offert un aperçu des changements de pratique.
- La formation a montré l'importance pour les intervenants et les gestionnaires des établissements de se mobiliser pour remettre en question l'utilisation des mesures de contrôle et leur durée d'application.
- Cette formation permet de constater qu'une décision réfléchie amène les équipes à utiliser des mesures de remplacement dans une perspective de préservation de la dignité des personnes.



4. QUESTIONNAIRE SUR L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE

L'EFFICACITÉ DES MESURES DE CONTRÔLE CONSIGNE : VEUILLEZ ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

1. Les personnes considérées qui risquent de tomber sont moins susceptibles de le faire et de se blesser si elles sont mises sous contention.

VRAI FAUX

2. La contention permet toujours de calmer une personne agitée.

VRAI FAUX

3. Tous les programmes mis en place pour réduire l'utilisation de moyens de contention ont entraîné une augmentation importante des chutes et des blessures sévères.

VRAI FAUX

4. Nous demandons à un usager de retrouver son calme et l'invitons à se rendre à sa chambre. La condition de retour est qu'il s'excuse auprès du responsable de la résidence d'accueil. Ce retrait est une mesure de contrôle.

VRAI FAUX

5. L'utilisation d'un moyen/outil technique (ceinture, plastron, table, etc.) pour assurer le maintien d'une position corporelle adéquate est une forme de contention.

VRAI FAUX

6. Un enfant est placé dans un parc où il a accès à des jeux et peut librement observer son environnement. Nous sommes ici dans un contexte d'isolement.

VRAI FAUX

7. Dans les CRDITED, l'agression est un des principaux motifs invoqués pour appliquer une mesure de contrôle.

VRAI FAUX

8. Une personne sous contention demande en moyenne beaucoup moins de temps de surveillance quotidienne.

VRAI FAUX

9. L'isolement constitue le MEILLEUR moyen qui soit pour réduire l'agressivité.

VRAI FAUX

10. La contention augmente considérablement le risque de mortalité si une chute survient.

VRAI FAUX

11. Une personne dans un lit dont les deux ridelles complètes sont montées est une personne en sécurité.

VRAI FAUX

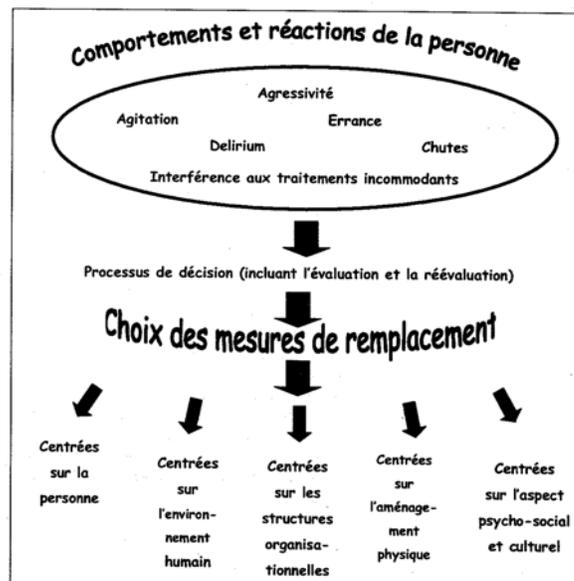
12. Nous devons mettre une ceinture à une personne pour la retenir à la table et ainsi favoriser son alimentation. Cette personne peut être un enfant ou un adulte. Cette mesure en est une de contention.

VRAI FAUX



5. LES MESURES DE REMPLACEMENT

Tel que présenté dans le schéma ci-dessous, le choix de mesures de remplacement pertinentes par rapport aux principaux comportements et réactions de la personne qui motive le recours à la contention (errance, risques de chute, delirium, interférences aux traitements, agressivité et agitation) exige une évaluation, voire une réévaluation continue de la personne.



L'étape du choix des mesures de remplacement est cruciale dans le processus décisionnel. En effet, elle permet aux intervenants de déceler les causes des comportements et réactions qui incitent au recours à la contention ainsi que de mieux connaître les besoins de la personne. La connaissance de ces causes et de ces besoins facilitera le choix des mesures de remplacement qui sont regroupées en fonction des cinq catégories du modèle Kayser-Jones soit :

- la personne,
- l'environnement humain,
- les structures organisationnelles,
- l'aménagement physique,
- l'aspect psychosocial et culturel.

Afin de faciliter la réflexion concernant le choix des mesures de remplacement, des exemples de questions pertinentes sont présentés dans le tableau suivant.

Ces questions sont reliées aux principaux comportements et réactions de la personne qui incitent aux recours de la contention (entre parenthèses).

Catégories du modèle de Kayser-Jones	Exemples de questions pouvant guider la recherche de mesures de remplacement
Personne	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce qu'on a tenu compte des informations concernant les habitudes de vie antérieures de la personne, informations recueillies lors de son évaluation? (Agitation, agressivité, errance) - Assure-t-on un horaire d'élimination régulier? (Risque de chute, agitation) - Les besoins de base, par exemple faim, soif, douleur, température, etc., de la personne sont-ils satisfaits? (Agitation, agressivité, errance, risque de chute, interférence aux traitements incommodants) - Peut-on impliquer la personne dans des activités à caractère répétitif, par exemple plier des serviettes, etc.? (Errance, agitation) - Est-ce que la personne a besoin de faire une sieste au lit ou dans un fauteuil? (Agressivité, agitation)
Aménagement physique	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que l'éclairage est adéquat? (Risque de chute, delirium, errance) - La disposition du mobilier est-elle sécuritaire? (Risque de chute, errance) - Les aides techniques sont-elles accessibles? (Risque de chute) - A-t-on besoin d'installer des barres d'appui dans les corridors ou les toilettes? (Risque de chute) - Les aires de marche sont-elles sécuritaires? (Errance, risque de chute) - Le fauteuil a-t-il besoin d'être adapté? (Risque de chute) - L'environnement est-il trop bruyant? Empêche-t-il le sommeil de la personne? (Delirium, agressivité, agitation, errance)

Catégories du modèle de Kayser-Jones	Exemples de questions pouvant guider la recherche de mesures de remplacement
Environnement humain	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que la famille a été impliquée dans la recherche des mesures de remplacement adaptées à la personne? (Delirium, risque de chute, errance, interférence aux traitements incommodes, agressivité, agitation) - L'environnement humain de la personne hospitalisée a-t-il une influence négative sur elle? (Delirium, agitation, agressivité) - Peut-on recourir aux services des bénévoles dans l'application des mesures de remplacement? (Errance, risque de chute)
Structures organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation des soins tient-elle compte des besoins de la personne hospitalisée? (Risque de chute, errance, agitation, agressivité, delirium, interférence aux traitements incommodes) - Assure-t-on la présence optimale d'intervenants dans l'unité en tout temps? (Risque de chutes, errance, agitation) - Le personnel est-il assez nombreux pour répondre aux besoins des usagers 24 heures sur 24? (Risque de chute, errance) - A-t-on fait appel aux autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire pour trouver des mesures de remplacement? (Errance, risque de chute, delirium, interférence aux traitements incommodes, agressivité, agitation)
Aspect psychosocial et culturel	<ul style="list-style-type: none"> - Le plan de soins tient-il compte des croyances et de la culture de la personne, par exemple sexe de l'intervenant pour les soins d'hygiène? (Agitation, agressivité) - Quelles sont les préférences de la personne en ce qui a trait aux relations interpersonnelles, par exemple activités solitaires ou en groupe? (Agitation, agressivité) - Le code d'éthique de l'établissement favorise-t-il les valeurs de respect, d'autonomie et de dignité qui influencent la réduction du recours à la contention et à l'isolement? - La sécurité représente-t-elle une valeur préconisée par l'ensemble du personnel? (Risque de chute, errance)



6. L'APPROCHE MULTIMODALE : UN APERÇU

L'APPROCHE MULTIMODALE : UN APERÇU

Guy Sabourin, Ph. D.

**Directeur du Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement (SQETGC)**

L'approche multimodale utilisée au Québec est inspirée des travaux de plusieurs spécialistes dont ceux du Dr Dorothy M. Griffiths, Ph. D. (Griffiths, Gardner et Nugent, 1998) et ceux du Dr William I. Gardner, Ph. D. (Gardner, 2002). Cette approche vise à donner un cadre théorique intégrateur d'analyse et d'intervention concernant les comportements problématiques de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Au Québec, le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (SQETGC DI-TED) a diffusé largement cette approche qu'il a raffinée et adaptée au contexte québécois. Les travaux des chercheurs cités ci-dessus, ont d'ailleurs permis récemment de tracer des lignes directrices pour le diagnostic, le traitement et les services de soutien relativement aux personnes manifestant des incapacités du développement et des comportements problématiques graves (Gardner, Dosen, Griffiths, King et Lapointe, 2006).

En premier lieu, il importe de mentionner qu'il y a trois principes directeurs à la base de cette approche, soit :

- la centration sur la personne,
- la prévention de l'apparition des troubles du comportement,
- l'intervention au regard des causes.

Ainsi, toute intervention concernant les troubles du comportement (TC) d'une personne doit être fondée sur la compréhension des difficultés de cette personne et la centration sur les intérêts de cette dernière, la compréhension plus spécifiquement de son cheminement personnel, l'amélioration de sa qualité de vie (en particulier, la qualité des rapports avec elle et la qualité de ses conditions d'apprentissage), sur le développement de ses habiletés et l'augmentation de son contrôle sur sa vie. En effet, toute intervention efficace au regard des TC d'une personne ayant des incapacités intellectuelles doit être basée sur une approche globale de la personne et être élaborée à partir de ses motivations personnelles, pour lui permettre de développer de nouvelles habiletés pour modifier ses comportements jugés problématiques.

Deuxièmement, l'intervention dans une perspective multimodale mettra l'accent sur la prévention de l'apparition des TC plutôt que sur le contrôle de TC ou l'intervention directe au regard du comportement. En effet, de nombreux spécialistes dans le domaine ont démontré qu'il est beaucoup plus efficace d'agir de façon proactive sur les causes du comportement et de trouver de nouvelles réponses aux TC; cette approche préconise d'agir sur les antécédents et sur les facteurs permettant une désescalade des comportements problématiques, comportements qui, autrement, pourraient mener à une situation de crise psychosociale associée aux troubles graves du comportement de la personne.

Enfin, la majorité des efforts d'intervention doivent être axés sur les causes à la base des comportements problématiques de la personne. En effet, dans une approche multimodale, tout comportement problématique est considéré comme étant multifactoriel et multicausal.

Ainsi, il est plus efficace de modifier ou de faire disparaître les causes des TC que de chercher uniquement à contrôler les comportements de la personne par divers moyens de punition ou de contrainte. Il est crucial de reconnaître que tous les comportements de la personne visent à s'adapter à une situation telle qu'elle la perçoit ou l'interprète. Ainsi, la personne tente par des moyens, sans doute inappropriés, de répondre à des besoins, la plupart du temps, légitimes.

Un plan d'intervention en TGC inspiré de l'approche multimodale débute par une collecte de données permettant de déterminer toutes les causes possibles d'apparition et de maintien d'un ou de plusieurs comportements problématiques. Cette collecte de données peut être faite par une entrevue avec la personne et son entourage, par la lecture du dossier, par les réponses des questionnaires, ou par des observations systématiques dans le milieu naturel, ou même par des analyses fonctionnelles. Elle doit couvrir plusieurs aspects tels que le style de vie, les forces et les faiblesses des comportements adaptatifs, les intérêts de la personne, ses gênes ou ses projets. Ainsi, on obtient plus d'informations sur la qualité de vie de la personne, sur ses aspirations et sur son intérêt à améliorer les choses à cet égard.

Généralement, on utilise une grille d'analyse multimodale contextuelle pour prendre en note toutes les causes pertinentes qui découlent de cette collecte de données. L'utilisation de cette grille permet de ne rien oublier comme facteur causal pertinent.

Tout d'abord, des aspects concernant l'environnement de la personne : environnement physique, social, ou concernant le déroulement des activités ou son style de vie quotidienne sont évalués. En second lieu, on examine un certain nombre de caractéristiques psychologiques, soit les caractéristiques actuelles et les habiletés déficitaires chez la personne et qui peuvent expliquer l'apparition de TC. Troisièmement, il faut étudier les aspects de la santé physique pouvant expliquer les difficultés comportementales de la personne ainsi que les aspects de la santé mentale ou les caractéristiques des atteintes neurologiques. Pour être traduits plus facilement en hypothèses causales, les facteurs découlant de l'examen des différents aspects sont considérés comme des facteurs évocateurs (déclencheurs ou facteurs associés), comme des facteurs de traitement central ou comme des conditions de renforcement.

La grille d'analyse multimodale est utilisée pour un seul TC à la fois, de façon à mieux cerner les causes spécifiques d'apparition de tous les comportements problématiques dans un contexte particulier.

Après utilisation de la grille, il est donc possible de formuler diverses hypothèses sur la fonction des TC de la personne, telles que :

- obtenir un contrôle accru de son environnement;
- éviter une situation indésirable;
- soulager une douleur physique;
- diminuer l'irritabilité, ou le malaise lié à l'anxiété;
- etc.

Une fois les hypothèses formulées clairement, il est plus facile de déterminer les interventions à entreprendre susceptibles d'éliminer ou de réduire l'influence de ces facteurs explicatifs. Pour ce faire, un plan d'intervention dit « multimodal » doit comprendre trois étapes, soit :

- une première étape portant sur des aménagements préventifs;
- une deuxième étape pour déterminer les moyens de prévention active à utiliser lorsque les signes précurseurs comportementaux chez la personne indiquent une plus grande probabilité de passage à l'acte; et, enfin
- une étape sur le traitement direct des causes de TC.

La première étape d'un plan d'intervention multimodale comporte les moyens à prendre pour tenter de réduire l'apparition des facteurs évocateurs suscitant l'apparition des TC. On cherche donc à les retirer le plus possible de l'environnement de la personne, ou à les modifier pour en diminuer les effets. De plus, à cette étape, il est aussi très utile de prévoir des conditions favorables pour contrecarrer les effets négatifs du trouble du comportement, des conditions telles que :

- améliorer le style de vie ou la qualité des relations avec la personne;
- réduire sa sensibilité aux facteurs évocateurs;
- rendre la personne mieux disposée envers les changements ou les nouveaux apprentissages.

Dans l'élaboration de cette première étape du plan d'intervention, il faut souvent chercher à changer la façon d'interagir avec la personne, tolérer un temps de réaction plus lent ou moduler les activités en fonction de la sensibilité de la personne. C'est un moment privilégié pour lui donner accès à des activités agréables, et même, augmenter son contrôle sur son environnement. Cette façon de faire permet d'améliorer considérablement sa relation avec les intervenants et d'augmenter chez ces derniers le niveau de tolérance à la frustration ressentie par la personne. De plus, cette méthode stimule des attentes positives chez la personne.

À la deuxième étape du plan d'intervention, des actions doivent être planifiées pour intervenir à l'apparition des premiers signes précurseurs chez la personne. Ces signes peuvent, en effet, permettre de prédire l'apparition de comportements problématiques plus importants. Cette étape du plan d'intervention multimodal a pour but d'enrayer la progression des comportements précurseurs jusqu'à la crise et de mieux gérer celle-ci, si elle se produit. Les interventions à cette étape doivent surtout viser à ramener la personne à un état de calme et de disponibilité pour ses activités habituelles. De fait, on essaie ici de déterminer toutes les interventions immédiates pertinentes dès l'apparition des différents signes précurseurs et de mettre en place des moyens pour désamorcer ce qui contribue à l'escalade des comportements problématiques de la personne.

Cette deuxième étape du plan d'intervention multimodal doit aussi inclure des techniques à utiliser lors d'interventions de crise, à savoir tous les moyens techniques servant à sécuriser le personnel, les pairs et la personne, tout en préservant la relation de confiance avec la personne.

Ces deux premières étapes d'intervention ne parviendront sûrement pas à induire un changement durable chez la personne et dans son environnement. Il faut donc passer à une autre étape, plus cruciale celle-là, d'un plan d'intervention multimodale, soit la planification de mesures de traitement. Cette étape vise à induire des changements à plus long terme chez la personne et dans son environnement, autant sur le plan du développement de ses habiletés alternatives que de l'intervention sur les causes plus physiologiques et médicales de maintien des comportements problématiques de la personne.

Ainsi, dans une mesure de traitement, il s'agira très souvent de fournir à la personne une alternative socialement acceptable, pour remplir la même fonction ou une fonction équivalente à son comportement problématique. Il s'agit, entre autres, de concevoir des scénarios d'autocontrôle chez la personne (ex. : sortir, marcher à l'extérieur) scénarios qui lui permettront de mieux gérer ses émotions négatives, tout en préservant son environnement des conséquences négatives associées aux TC tels des comportements agressifs. Une autre mesure de traitement comportemental consiste à apprendre à la personne un système de communication non verbale pour exprimer ses besoins de base tels que boire, manger, aller aux toilettes et ainsi mieux maîtriser son environnement.

Et il y a, bien sûr, des traitements qui vont cibler plus particulièrement les problèmes de santé physique ou de santé mentale de la personne, tel qu'une médication pour aider celle-ci à mieux gérer son anxiété ou son problème d'hypothyroïdie. Compte tenu de la complexité du comportement humain, et particulièrement de notre compréhension des troubles graves du comportement chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, l'approche multimodale recommande de s'appuyer sur l'expérience quotidienne pour intervenir auprès de ces personnes.

En effet, les hypothèses causales identifiées plus tôt dans le processus d'analyse multimodale sont considérées, jusqu'à preuve du contraire, comme des hypothèses devant être remises en question à la lumière des résultats empiriques des actions entreprises. Par conséquent, un processus systématique de suivi d'intervention est fortement recommandé et fait maintenant partie des standards de pratique dans ce domaine.

Ce processus de suivi repose sur une collecte objective de données témoignant de l'effet des diverses actions de l'intervention autant sur les troubles graves du comportement de la personne que sur les causes de ces comportements problématiques. Il doit par ailleurs se faire à intervalles réguliers (ex. : deux fois par semaine) et impliquer tous les intervenants directement concernés par la personne (parents, intervenants soignants, etc.). De plus, il est fortement recommandé qu'une équipe-conseil de professionnels se joigne à l'équipe de base pour prendre des décisions médicales et administratives, pour ajuster le plan d'intervention en fonction de l'évolution de l'utilisateur et des résultats des interventions prévues dans le plan d'intervention.

Une analyse spécifique des résultats doit, par ailleurs, être incluse dans le processus de suivi, pour s'assurer que l'ensemble des interventions ont bien été faites tel que planifié, de façon à produire les meilleurs résultats pour la personne.

L'approche multimodale est tout à fait compatible avec le processus de prise de décision que comporte la présente formation. Le processus de décision de Roy et Gagnon (2006) préconise une évaluation globale de l'utilisateur avant d'intervenir. De plus, il favorise l'utilisation de mesures de remplacement avant de recourir à des mesures de contrôle. Ces deux étapes se retrouvent tout naturellement dans une démarche d'élaboration d'un plan d'intervention inspiré de l'approche multimodale, en particulier lorsqu'il y a planification d'une collecte de données sur l'ensemble des causes pertinentes et du développement des trois étapes du plan d'intervention, à savoir les aménagements préventifs, les mesures de prévention active et de traitement qui peuvent être équivalentes aux mesures de remplacement suggérées dans le processus décisionnel de Gagnon et Roy (2006).

Il nous apparaît clair qu'en suivant les diverses étapes recommandées dans l'approche multimodale, on peut éliminer, ou à tout le moins réduire de façon considérable, le recours à des mesures de contrôle des personnes pouvant manifester des troubles graves du comportement.

Références

- Griffiths, D. M., W. I. Gardner, et J.A. Nugent. *Behavioral Supports : Individual Centered Interventions. A Multimodal Functional Approach*, Kingston, NADD Press, 1998, p. 67-76;
- Gardner, W. I. *Aggression and other Disruptive Behavioral Challenges, Biomedical and Psychosocial Assessment and Treatment*, Kingston, NADD Press, 2002, 412 p.;
- Gardner et al. *Practice Guidelines for Diagnostic, Treatment and Related Support Services for Persons with Developmental Disabilities and Serious Behavioral Problems*, Kingston, NADD Press, 2006, 51 p.;
- Gagnon, R. et O. Roy, « La contention physique », dans P. VOYER [dir.], *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD*, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 311-324.



7. ATELIER : SITUATION DE MONSIEUR PAQUETTE

CONSIGNE : Formez des équipes de 3 à 4 personnes. Identifiez TOUTES les questions pertinentes qui doivent être examinées aux étapes 1, 2 et 3 pour prendre une décision éclairée relativement à la situation de Monsieur PAQUETTE.

DURÉE : 20 minutes

Monsieur PAQUETTE est un homme de 22 ans qui demeure dans une résidence à assistance continue avec quatre autres personnes depuis 10 mois. Ces dernières bougent beaucoup et sont bruyantes, ce qui fait réagir Monsieur PAQUETTE. Auparavant, l'usager vivait avec ses parents au domicile familial; il n'a aucune fratrie. Il présente une déficience intellectuelle sévère et des habiletés de communication réduites. Il fait peu d'activités à la résidence. Ses parents nous ont rapporté que Monsieur PAQUETTE a eu de nombreuses otites au cours de son enfance dont certaines ont occasionné une perforation du tympan. De plus, depuis son tout jeune âge, il manifeste par périodes des comportements d'automutilation qui, habituellement, cessent avec des interventions verbales. Ces dernières semaines toutefois, la problématique s'est considérablement aggravée, au point de lui occasionner des blessures. En effet, Monsieur PAQUETTE se donne fréquemment des coups aux oreilles avec le poing fermé. Les interventions verbales ne suffisent plus, on dirait presque que l'usager n'entend pas. La seule intervention qui fonctionne actuellement consiste à lui immobiliser les mains jusqu'à son retour au calme. Certains intervenants envisagent le recours à des attache-poignets.

Par ailleurs, Monsieur PAQUETTE a une démarche chancelante en raison d'une légère paralysie cérébrale. Il se lève régulièrement la nuit pour aller boire ou utiliser la toilette, et il lui arrive de faire des chutes. Les lieux sont mal éclairés. Il y a quelques mois, l'usager s'est cassé une clavicule en heurtant le coin d'un bureau situé dans le corridor, mais il est maintenant rétabli. Depuis cette chute, ses parents sont très présents à la résidence ; ils font souvent des suggestions et cela engendre de l'insécurité chez le personnel et parfois même de l'incohérence dans les interventions.



8. GRILLE DE PRISE DE DÉCISION (EXERCICE)

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
<p>Définir la problématique</p> <p>Décoder les comportements en recherchant ce qui les cause</p>	<p>Comportement : Quels sont les comportements de la personne?</p> <p>LA PERSONNE</p> <p>État physique-santé : Quelles sont les causes physiques, physiologiques pouvant expliquer les comportements observés? Ne pas oublier : médicaments, différents diagnostics associés, aspects du développement (ex. : puberté).</p> <p>État mental : Quelles sont les causes psychiatriques pouvant expliquer les comportements observés? Y a-t-il des causes neurologiques?</p> <p>État psychologique : Quelles sont les causes psychologiques pouvant expliquer les comportements observés? Y a-t-il des déficits psychologiques qui sont impliqués? (difficulté à communiquer, manque d'habiletés sociales, difficulté à gérer la colère, etc.).</p> <p>Activités : Y a-t-il des éléments dans les activités de la personne qui peuvent susciter ou amplifier les comportements? Y en a-t-il suffisamment? Sont-elles gratifiantes ou trop exigeantes?</p> <p>L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE</p> <p>Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés?</p> <p>L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</p> <p>Intervenants et autres usagers : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants et des autres usagers qui peuvent expliquer certains des comportements de la personne?</p> <p>Familles ou proches : Quelle est l'influence de la présence ou de l'absence de la famille ou des proches sur la personne?</p> <p>L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL</p> <p>Les croyances ou valeurs de la personne peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez elle?</p>

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
<p>PLANIFIER LES INTERVENTIONS</p>	<p>Quels sont les buts recherchés par les actions du plan d'intervention?</p> <p>-----</p> <p>→ Pour protéger monsieur Paquette, quelles seraient les meilleures <u>mesures de remplacement</u> possibles?</p> <p>→ Pour éliminer les comportements problématiques, quelles seraient les meilleures <u>mesures de prévention possibles</u>? (interventions permettant d'éviter le comportement, d'éliminer ou d'atténuer les déclencheurs, d'encourager le bon comportement, de désamorcer un début d'escalade, etc.)</p> <p>→ Pour éliminer les comportements problématiques, quelles seraient les meilleures <u>mesures de traitement</u> possibles? (mesures visant un changement durable : élimination définitive de facteurs; enseignement à l'usager d'alternatives aux comportements problématiques, etc.)</p> <p>→ Monsieur Paquette et ses parents ont-ils été mis à contribution dans la planification des interventions? A-t-on leur accord?</p>
<p>PRIORISER LES INTERVENTIONS</p>	<p>Le plan d'intervention</p>



9. LE CONSENTEMENT, étape 4 .1

LE CONSENTEMENT ET MOI !

CONSIGNE : ENCERCLER VRAI OU FAUX

1. La seule chose à faire pour respecter la Loi, relativement au consentement, est de demander une signature à la personne au bas d'une feuille.

VRAI

FAUX

2. Normalement, le consentement aux mesures de contrôle devrait être donné par la personne elle-même.

VRAI

FAUX

3. Dans certains cas, la personne ne pourra pas consentir elle-même à l'application des mesures de contrôle. Le consentement pourrait se faire alors par un proche de cette personne.

VRAI

FAUX

4. Si la personne majeure et apte refuse de donner un consentement à l'application de mesures de contrôle, les intervenants doivent respecter ce refus, même en cas d'urgence.

VRAI

FAUX

5. Un consentement écrit est nécessaire pour l'application d'une mesure de contrôle.

VRAI

FAUX

6. Si la famille a déjà signé un consentement pour l'application d'une mesure de contrôle, elle ne sera en aucun cas sollicitée pour donner un nouveau consentement ultérieurement.

VRAI

FAUX

7. Le médecin est le seul acteur qui peut ou doit obtenir le consentement et il est le seul responsable de la décision.

VRAI

FAUX



10. PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE, étape 4.3

ÉTAT GÉNÉRAL DE LA PERSONNE / PARAMÈTRES VITAUX

L'état général de la personne doit être évalué de façon régulière et à une fréquence déterminée par sa condition clinique préalablement identifiée par le professionnel autorisé.

INTÉGRITÉ PHYSIQUE

Lors de l'installation de la contention, il faut utiliser un matériel adéquat qui soit de la bonne dimension et il faut l'appliquer conformément aux _____ du _____ afin de ne pas nuire à la circulation sanguine ou à la _____ et de ne pas entraîner d'altération de l'intégrité de la peau en tenant compte de l'ordonnance du professionnel autorisé.

Pour effectuer une évaluation initiale de la peau, il faut vérifier la chaleur, la _____, la sensibilité, la présence d'oedèmes, les protubérances osseuses et la présence d'abrasion afin d'avoir des repères sur l'intégrité de la peau lors des évaluations subséquentes. En cours d'utilisation, cette réévaluation devra être répétée pour s'assurer que l'intégrité de la peau n'a pas changé depuis l'évaluation initiale.

Lors du retrait de la contention selon l'ordonnance du professionnel autorisé, il faut réévaluer l'intégrité de la peau afin de déceler une mauvaise circulation sanguine. Il faut retirer les contentions au moindre signe d'entrave à la _____ ou à la _____.

MOBILITÉ ET ÉLIMINATION

Pour la personne mise sous contention aux membres supérieurs ou inférieurs, il faut enlever les contentions en alternance pour permettre la _____ de chacun des membres régulièrement selon l'ordonnance du professionnel autorisé.

Pour répondre adéquatement aux besoins d'élimination de la personne mise sous contention ou en isolement, il faut offrir la possibilité d'éliminer régulièrement; il faut accompagner la personne à la toilette si son état le permet, car ceci favorisera sa _____ et préserve son _____.

Un besoin d'éliminer non satisfait peut engendrer de l'_____. Il est donc important d'y répondre promptement.

HYDRATATION

Il faut offrir à boire régulièrement ou laisser un verre d'eau à la portée de la personne si elle peut se servir elle-même.

Si l'hydratation de base n'est pas adéquate, cela peut créer, entre autres choses, un changement de comportement de type _____ dû à une modification du niveau de conscience de la personne.

Une attention accrue est requise lors de certaines conditions particulières telles les périodes de _____ ou lorsque les personnes sont très _____.

CONFORT

Il faut changer la position du corps selon l'ordonnance du professionnel autorisé et s'assurer d'un bon alignement corporel.

MATÉRIEL

Lors de l'installation et du retrait de la contention, il faut _____ le matériel afin de s'assurer qu'il est _____.

Il faut s'assurer que le dispositif de contention peut être retiré rapidement s'il advenait une situation d'urgence.

ÉTAT MENTAL

Il faut évaluer l'état mental de la personne lors de la mise sous contention ou en isolement et lors de chaque réévaluation de l'état général. Il faut considérer tout changement.

Les dimensions les plus importantes sont l'orientation dans les _____, l'altération de la pensée (contenu et cours de la pensée), la modification des perceptions et les manifestations comportementales (agitation, _____, changement de comportement).

MAINTIEN DE LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ET DE LA COMMUNICATION

Il faut demeurer à l'écoute de la personne en lui permettant d'exprimer ses _____, ses _____, ses perceptions et son anxiété, ce qui lui permettra de percevoir la situation plus positivement.

Il faut se rappeler que la diminution des stimuli engendrée par l'isolement peut créer de l'agitation. Il faut reparler régulièrement du but de la mise sous contention ou en isolement

avec la personne, sa famille ou une personne significative afin d'éviter que cette mesure de contrôle ne soit perçue comme une mesure _____.

Il faut informer la famille ou le représentant légal des soins et de la surveillance qui sont requis par la mise sous contention ou en isolement afin de développer un _____ avec elle et de l'impliquer au maximum dans le plan d'intervention.

NIVEAU DE SURVEILLANCE ET RÉÉVALUATION

Le début de la période de la mise sous contention ou en isolement constitue une période charnière, le niveau de sévérité du risque étant à son point le plus élevé; il faut donc une surveillance étroite durant cette période.

Le niveau de surveillance doit être évalué de façon continue et doit tenir compte du type de contention, du niveau de restriction de la _____, de la condition _____ de l'utilisateur préalable à la mise sous contention ou en isolement de l'évolution de cette condition et du niveau d'agitation.

Chaque changement apporté au type de contention tout au long du processus constitue une nouvelle _____ qui amène un retour de la surveillance étroite.

À chaque évaluation de la condition clinique de la personne, il faut examiner la possibilité de _____, de _____ ou de _____ la contention en place. Il en va de même pour l'isolement tout en respectant les directives du professionnel autorisé.

MOTS MANQUANTS

Retirer	couleur	punitive	clinique	mobilité
partenariat /alliance	3 sphères	respiration	mobilisation	agitation
mobilité	désorientation	canicule	modifier	agitées
période critique	autonomie	maintenir	agressivité	peurs
circulation sanguine	normes du fabricant	évaluer /examiner	Complet en bon état, non altéré	Sentiments ou émotions
respiration				



11. LES AIDE-MÉMOIRE

1. Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant des **comportements d'errance**
2. Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes à **risque de chute**, en tenant compte des principaux facteurs de risque
3. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des personnes en **delirium** ou à **risque de delirium**
4. Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un **risque d'interférence** aux traitements ou aux soins
5. Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour diminuer les **comportements perturbateurs** ou **agressifs**
6. Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un **comportement agressif**
7. **Grille de prise de décision**



11.1 PERSONNES PRÉSENTANT DES COMPORTEMENTS D'ERRANCE

AIDE-MÉMOIRE	Actions ou mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant des comportements d'errance
CONNAÎTRE LE VÉCU ANTÉRIEUR DE LA PERSONNE	<p style="text-align: center;">INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA <i>PERSONNE</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître le <i>parcours de vie</i> de la personne : son vécu antérieur, ses habitudes reliées à la marche; • Faire <i>l'analyse fonctionnelle</i> de son comportement : destination, arrêts, recherche de compagnie; • Rechercher les causes de son comportement : facteurs qui prédisposent la personne et facteurs déclencheurs.
FAMILIARISER LA PERSONNE AVEC UN ITINÉRAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Dans son milieu de vie, enseigner à la personne un itinéraire (ex. : de sa chambre au salon); • Lui procurer de bons souliers de marche accessibles en tout temps.
DONNER LES SOINS REQUIS PAR LA CONDITION DE LA PERSONNE	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas négliger les raisons médicales nécessitant un traitement rapide : anxiété, douleur, réactions aux médicaments, etc.; • Répondre aux besoins de base : faim, soif, élimination, communication, chaleur, tendresse, etc.; • Adopter une attitude de réconfort; • Soulager la douleur; • Respecter le rythme de la personne; • Être un point de repère pour la personne.
FAIRE PARTICIPER LA PERSONNE AUX ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE	<ul style="list-style-type: none"> • Au moment des activités de la vie quotidienne (AVQ), tenter de respecter l'horaire de vie antérieur de la personne : heure du réveil, de la douche, des repas, de l'élimination, etc.; • La faire participer à ses AVQ (en utilisant des objets personnels); • Utiliser des barrières psychologiques dans la pièce où se déroulent les AVQ : fermer le rideau calmement pour conserver l'intimité, inviter la personne à fermer la porte de la pièce, etc.

AIDE-MÉMOIRE**Actions ou mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant des comportements d'errance****FAVORISER DES
ACTIVITÉS
OCCUPATIONNELLES**

- Entreprendre un bricolage, le pliage de linge ou d'autres petits travaux connus et aimés;
- Planifier et superviser des exercices ou des marches régulières selon les préférences;
- Faire profiter la personne de la présence de bénévoles pour les activités;
- Faire chanter la personne, la faire jouer à divers jeux;
- Planifier des activités structurées à l'intérieur et à l'extérieur : activités simples, concrètes, répétitives, de courte durée et qui ne demandent pas de concentration;
- Favoriser les habiletés de la personne dans les activités;
- Utiliser la musicothérapie, la zoothérapie (selon sa tolérance);
- Favoriser les interactions sociales, même s'il y a déficience cognitive sévère;
- Amener les personnes qui sont capables de tenir en place aux services religieux de leur appartenance religieuse, réciter des prières en groupe, chanter des hymnes religieux;
- Faire des activités en soirée et durant les fins de semaine.

**FAVORISER LE
SOMMEIL POUR
ÉVITER L'ERRANCE
NOCTURNE**

- Établir un horaire régulier pour l'heure du coucher (routine);
- Favoriser une bonne hygiène de sommeil, c'est-à-dire éviter les stimulants (cigarettes, caféine, cola, exercice dans la soirée);
- Éviter les siestes durant la journée ou s'assurer qu'elles ne durent pas trop longtemps.

Aide-mémoire

Action ou mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant des comportements d'errance

INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE SÉCURITAIRE

- Rendre le milieu sécuritaire : système de sécurité sur les portes et les fenêtres, planchers non glissants;
- Solidifier les barres d'appui dans les corridors et dans la salle d'eau;
- Installer des barrières psychologiques sur les portes d'urgence et autres lieux dangereux pour la personne errante (ex. : tissu de même couleur que le mur pour masquer la poignée de porte, portes de sortie dissimulées, etc.);
- Utiliser un système électronique sur les portes de sortie et sur les portes d'ascenseur.

MILIEU CALME

- Réduire les stimuli visuels ou auditifs inutiles (ex. : sonnerie, interphone, télévision, etc.);
- Garder une atmosphère de calme dans le milieu de vie et éviter le va-et-vient continu;
- Diffuser une musique douce;
- Placer des tableaux reposants sur les murs;
- Assurer une luminosité reposante, des couleurs murales agréables.

MILIEU ENCADRANT

- Prévoir un espace de marche à l'intérieur et à l'extérieur;
- Enlever les obstacles qui pourraient barrer la route;
- Bien identifier la chambre au nom de la personne avec, si possible, sa photo ou toute autre indication connue d'elle (par exemple, la photo d'une scène de ski pour un ancien skieur);
- Fournir et respecter l'espace personnel (sa chambre), laisser la personne agir sur son environnement.
- Au bout d'un corridor, installer une « armoire de fouille » contenant des objets familiers qui attirent l'attention (ex. : sacs à main, peluches, outils non dangereux, journaux).

Aide-mémoire	Action ou mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant des comportements d'errance
ACCOMPAGNEMENT ET SURVEILLANCE DES PERSONNES ERRANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer et faciliter l'orientation de la personne dans les lieux : présenter les lieux, expliquer le déroulement d'une journée, réitérer les rappels, réorienter calmement; • Avoir un registre des personnes à risque de fugue avec une photo récente; • Diffuser le signalement aux unités voisines et aux postes stratégiques de sortie; • Accroître l'assistance et la surveillance; • Même si un système électronique est en place, les intervenants ont toujours la responsabilité d'assurer une étroite surveillance des personnes errantes; • En cas de fugue : Mobiliser toutes les ressources pour la recherche et identifier l'individu capable de ramener la personne. Suivre la politique de l'établissement (qui devrait être disponible dans tous les milieux) sur les actions à entreprendre dans cette situation. Après l'épisode, évaluer les événements et apporter des correctifs.
IMPLICATION DE LA FAMILLE ET LES PROCHES	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer les membres des familles sur le comportement du parent. Leur décrire le milieu comme un endroit sécuritaire; • Inciter la famille ou les proches à amener le parent se promener; • Enseigner à la famille ou aux proches comment agir si le parent refuse de revenir : le prendre par la main, lui parler d'autre chose, attendre qu'il se calme puis le ramener en douceur vers le milieu de vie; • Encourager la compréhension des problèmes par la famille ou les proches.
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA <i>STRUCTURE ORGANISATIONNELLE</i>	
ENVIRONNEMENT ADÉQUAT	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un environnement adéquat : aménagement des espaces pour marcher, prévoir du personnel en nombre suffisant; • Informer, former et soutenir le personnel; • Disposer d'un plan d'action ou d'intervention relié à cette problématique; • Avoir une équipe dont le nombre d'intervenants est suffisant; • Avoir une politique en cas de fugue d'une personne.



11.2 PERSONNES À RISQUE DE CHUTE

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention pour les personnes à risque de chute en tenant compte des principaux facteurs de risque
GARDER AU DOSSIER L'HISTOIRE DES CHUTES ANTÉRIEURES	<ul style="list-style-type: none"> • Documenter les chutes lorsqu'elles sont récurrentes : moments, lieux et circonstances; • Relever les facteurs « susceptibles d'entraîner une chute»; • S'informer auprès de la famille pour mieux comprendre le contexte de la chute; • Utiliser des aides techniques pour diminuer les conséquences des chutes (ex. : protecteur de hanche, casque si accepté, canne, marchette, etc.) et les noter dans le plan d'intervention; • Maintenir l'autonomie fonctionnelle en maximisant la participation de la personne à ses activités de vie quotidiennes; • Consulter un ergothérapeute et un physiothérapeute au besoin.
PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES PARAMÈTRES ALIGNÉS CI-DESSOUS : RELOCALISATION RÉCENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte des habitudes de vie antérieures (sommeil, alimentation, soins d'hygiène); • Faciliter une bonne orientation de la personne hébergée dans les lieux; • Bien indiquer les salles de bains et les toilettes; • Utiliser une veilleuse dans la chambre; • Discuter des habitudes de vie de la personne avec elle et les intégrer dans le plan d'intervention.
DÉFICITS PERCEPTUELS ET COGNITIFS	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la condition mentale de la personne; • Utiliser des aide-mémoire (par exemple, pour rappeler l'utilisation de la marchette); • Communiquer dans un langage simple et direct; • Réorienter régulièrement la personne désorientée (delirium); • Avoir des repères dans l'environnement : horloge, calendrier, objets significatifs, etc.; • Avoir recours aux proches pour surveiller la personne dont les fonctions cognitives sont altérées; • Informer la personne, ses proches et les membres de l'équipe des conséquences des déficits;

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention pour les personnes à risque de chute en tenant compte des principaux facteurs de risque
	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des stratégies de réduction de stress en offrant des activités adaptées (ex. : musique, aide-mémoire, etc.); • Adapter l'environnement pour diminuer les stimuli à interpréter; • Évaluer les comportements perturbateurs (grille de comportement) afin de comprendre ce qui se passe.
TÉMÉRITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Montrer à la personne à évaluer ses limites et à adapter ses comportements; • Enseigner à la personne des comportements sécuritaires; • Utiliser les détecteurs de mouvements dans des endroits comme le lit ou la salle de bain; • Utiliser l'aide-mémoire approprié (par exemple, celui de l'ambulateur); • Établir un horaire pour répondre aux besoins de la personne (ex. : besoin d'éliminer, faim, soif, etc.).
AGITATION	<ul style="list-style-type: none"> • Faire une évaluation pour comprendre ce qui se passe (delirium, démence, dépression, infection, etc.); • Corriger la ou les causes de l'agitation; • User de stratégies appropriées pour diminuer les problèmes comportementaux; • Tenter de mieux comprendre les raisons de l'agitation, le message de la personne; • Diminuer les stress environnementaux; • Faire jouer de la musique dans la chambre; • Obtenir la participation des proches aux activités ou leur contribution à la surveillance en période d'agitation; • Encourager la personne à faire des siestes; • Proposer des activités divertissantes (télévision, radio, jeux, etc.); • Obtenir le concours des membres de l'équipe interdisciplinaire; • Utiliser un fauteuil roulant de type léger ayant un siège bas afin que la personne puisse se déplacer facilement.
MÉDICAMENTS	<ul style="list-style-type: none"> • Faire évaluer le profil pharmacologique de la personne par le médecin traitant, le pharmacien et l'infirmière; • Mettre en question la pertinence de certains médicaments; • Rechercher les effets indésirables possibles et les interactions médicamenteuses.

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention pour les personnes à risque de chute en tenant compte des principaux facteurs de risque
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister/décélérer les risques d'hypotension orthostatique; • Enseigner les bonnes façons de sortir du lit ou du fauteuil afin d'éviter les étourdissements; • Accompagner la personne dans ses marches au besoin; • S'assurer que la personne est bien hydratée.
PROBLÈME DE MOBILITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager la marche; • Faire marcher la personne dans le corridor deux ou trois fois par jour (plan de marche); • Consulter un physiothérapeute et un ergothérapeute pour des traitements de réadaptation; • Utiliser des moyens pour diminuer les conséquences des chutes (ex. : protecteur de hanche, casque si accepté, détecteur de mouvements près du lit ou dans la salle de bain, etc.); • Encourager la personne à suivre un programme d'exercices pour augmenter sa mobilité, son équilibre, sa tolérance (ex. : tai-chi, danse, programme de marche); • Utiliser un tapis de chute près du lit pour réduire l'impact d'une chute possible; • Maintenir le lit dans la position la plus basse possible; • Utiliser des demi-ridelles pour aider à sortir la personne de son lit; • Utiliser un fauteuil roulant le plus bas pour réduire l'impact d'une chute; • Utiliser un fauteuil d'aisance près du lit pour réduire la distance de déplacement la nuit; • Encourager l'utilisation des aides à la marche, tels la canne ou l'ambulateur; • Installation de barres d'appui aux toilettes, dans le corridor).
TROUBLES D'ÉLIMINATION	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les causes médicales du problème d'élimination (par exemple, une infection urinaire); • Prévoir/ concevoir un plan d'intervention pour répondre aux besoins, surtout pour les personnes qui souffrent de démence ou celles qui ont de la difficulté à communiquer leurs besoins; • Offrir une assistance plus étroite aux personnes qui reçoivent des laxatifs ou des diurétiques;

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention pour les personnes à risque de chute en tenant compte des principaux facteurs de risque
	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre promptement à la demande d'aide (cloche d'appel); • Utiliser des bandes adhésives antidérapantes près de la cuvette aux toilettes; • Utiliser une chaise d'aisance s'il y a une perte de mobilité; • Utiliser des détecteurs de mouvement pour alerter les intervenants lorsque la personne est incapable d'utiliser la cloche d'appel; • Adapter l'environnement pour que la personne ait accès au papier hygiénique et aux autres objets utilitaires; • S'assurer qu'il y a des barres d'appui fixées au mur des toilettes pour faciliter le déplacement de la personne sur le siège; • Enseigner à la personne la nécessité de réduire l'ingestion de liquide en soirée et lui montrer à se lever avec prudence; • Utiliser la culotte d'incontinence (type Pull Up) pour préserver le plus possible l'autonomie de la personne.
TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer qu'une évaluation de ces problèmes est faite et qu'il y a un bon suivi médical pour ces derniers; • S'assurer que la personne porte toujours ses lunettes et que celles-ci soient propres; • S'assurer que l'appareil auditif est fonctionnel; • Utiliser la lumière pour bien éclairer la chambre et les toilettes, surtout la nuit; • S'assurer que l'aménagement physique est sécuritaire : réduire le nombre d'appareils et de meubles, éviter les encombrements et les planchers mouillés, etc.; • S'assurer que tous les objets utilitaires requis (mouchoirs, réveille-matin, cloche d'appel, etc.) soient à portée de main; • Diminuer les stimuli de l'environnement (ex. : bruit excessif, forte luminosité, etc.).
FACTEURS EXTRINSÈQUES	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les souliers soient sécuritaires : talons bas, semelles antidérapantes, souliers bien ajustés et fermés; • S'assurer que les pantalons soient bien tenus par un élastique ou une ceinture et qu'ils sont de la bonne longueur; • S'assurer que la culotte d'incontinence est de la bonne taille pour éviter qu'elle ne tombe lors des déplacements; • Utiliser et vérifier les aides techniques à la mobilité :

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement de la contention pour les personnes à risque de chute en tenant compte des principaux facteurs de risque

ambulateur, fauteuil roulant, etc.;

- S'assurer que le lit soit maintenu à la bonne hauteur pour la personne et que les freins soient enclenchés;
 - S'assurer que les freins du fauteuil roulant soient fonctionnels pour des transferts sécuritaires. Au besoin, mettre une rallonge de poignée pour faciliter l'utilisation;
 - S'assurer que les chaises soient à la bonne hauteur;
 - Utiliser les chaises berçantes qui se bloquent automatiquement au moment du lever de la personne;
 - Utiliser des bandes antidérapantes sur les chaises afin d'éviter le glissement;
 - Garder la main courante du corridor libre;
 - Éviter les encombrements dans les chambres et les corridors;
 - Porter une attention spéciale au plancher mouillé ou encombré d'objets.
-



11.3 PERSONNES EN DELIRIUM OU À RISQUE DE DELIRIUM

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes en delirium ou à risque de delirium
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA <i>PERSONNE</i>	
PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES PARAMÈTRES ALIGNÉS CI-DESSOUS : ORIENTATION	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des repères temporels (calendrier), spatiaux (objets familiers, photos) et humains (proches au chevet, personnel stable) et resituer souvent la personne dans le temps et l'espace.
AUDITION OU VISION	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir le port des lunettes (les nettoyer ou les réparer au besoin) et le port de l'appareil auditif, en renforcer quotidiennement le port; • Utiliser des aides visuelles (par exemple, une loupe); • Utiliser des techniques de communication spéciales.
MOBILITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir des activités physiques trois fois par jour (ex. : « ambulation or range-of-motion »); • Minimiser le recours à des éléments limitant la mobilisation (ex. : sonde urinaire, contention); • Favoriser la marche; • Limiter le nombre de tubulures (ex. : sonde, tube nasogastrique, soluté); • Éviter les moyens de contention physique; • Consulter un physiothérapeute.
VOLUME HYDRIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Décélérer les signes de déshydratation et instaurer une mesure adéquate des ingesta (ex. : encourager la prise de liquide oral).
SOMMEIL	<ul style="list-style-type: none"> • Respecter le protocole de sommeil non pharmacologique (boisson chaude comme du lait, ou une tisane), musique de relaxation et massage; • Coordonner les soins et la médication pour éviter d'interrompre les périodes de sommeil dans la nuit; • User de stratégies pour diminuer les bruits à la résidence durant la nuit.

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes en delirium ou à risque de delirium
MÉDICATION	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser la médication: cesser de donner les médicaments qui sont inutiles ou nuisibles et choisir judicieusement les nouveaux; • Consulter un pharmacien.
SOINS MÉDICAUX	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire au minimum les causes prévisibles; • Assurer un suivi médical attentionné. <p style="text-align: center;">INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT</p>
PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES PARAMÈTRES ALIGNÉS CI-DESSOUS : STIMULATION	<ul style="list-style-type: none"> • Doser la stimulation de la personne : éviter de lui offrir trop d'activités ou pas assez d'activités (isolement); • Avoir des repères dans l'environnement qui favorisent l'orientation de la personne : calendrier, horloge, photographies de personnes connues, objets familiers ou personnels; • Favoriser un environnement calme avec une luminosité indirecte; • Utiliser une veilleuse la nuit; • Faire écouter de la musique significative pour la personne.
FAMILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager la présence de la famille au chevet de la personne : inviter les proches à se répartir les visites entre eux afin d'assurer une présence régulière auprès de leur proche; • Faire participer les proches aux diverses activités préventives d'orientation, de stimulation cognitive et de mobilité, entre autres.
INTERVENANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager le personnel à être à l'écoute de la personne et à avoir une approche rassurante, calme et douce; • Aider la personne à reconnaître son anxiété, ses peurs; • Informer la personne et sa famille sur le risque de delirium relié à l'état de santé et au nouvel environnement de soins; • Établir une routine des activités de vie quotidienne structurée; • Assurer la présence des mêmes intervenants pour offrir la stabilité.

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes en delirium ou à risque de delirium
ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES	<ul style="list-style-type: none">• Encourager la personne à participer à des activités de stimulation cognitive trois fois par jour (ex. : discussion des événements de l'actualité, activité de réminiscence structurée, jeux de mots, activités artistiques);• Recourir aux services d'un spécialiste en thérapie récréative.
AUTRES CONSULTATIONS	Consultation proactive en psychiatrie ou en gériatrie chez les personnes présentant plusieurs facteurs susceptibles d'entraîner un delirium.



11.4 PERSONNES PRÉSENTANT UN RISQUE D'INTERFÉRENCE AUX TRAITEMENTS OU AUX SOINS

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un risque d'interférence aux traitements ou aux soins
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA <i>PERSONNE</i>	
PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES PARAMÈTRES ALIGNÉS CI-DESSOUS : SURVEILLANCE	<ul style="list-style-type: none"> • Garder la personne « à vue »; • Accroître les visites de surveillance (travail d'équipe); • Rapprocher la personne du poste des infirmières.
COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à la personne ses lunettes ou son appareil auditif; • Parler souvent à la personne et la rassurer; • Écouter ses sentiments, ses craintes et ses préoccupations.
PRÉPARATION ET PARTICIPATION AUX SOINS	<ul style="list-style-type: none"> • Bien expliquer la procédure à la personne, à l'enfant et aux parents afin de diminuer leur anxiété; • Faire participer la personne aux traitements et aux activités de vie quotidiennes, car cela lui procure un sentiment de contrôle de la situation.
SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ET CONFORT	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer et soulager la douleur et les malaises / les gênes; • S'interroger sur la pertinence des actes répétitifs douloureux; • Donner un analgésique avant un soin douloureux; • Placer un bandage sur le nez, sous le masque à oxygène pour augmenter le bien-être; • Lubrifier les narines; • Positionner confortablement la personne.
SATISFAIRE DES BESOINS RELIÉS AU MAINTIEN DE LA VIE	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaire les besoins de base (faim, soif, élimination, etc.); • Respecter autant que possible les habitudes de sommeil (éviter de réveiller la personne inutilement); • Concentrer les soins pour éviter de réveiller la personne la nuit.
SOINS DE PRÉVENTION	<ul style="list-style-type: none"> • Garder les tubulures hors de la vue de la personne et limiter le nombre de tubulures (ex : sonde, tube nasogastrique, soluté); • Placer et fixer adéquatement les sondes et les cathéters pour diminuer la gêne ou la douleur; • Vérifier l'absence d'occlusion de la sonde urinaire;

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un risque d'interférence aux traitements ou aux soins
	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en question la pertinence de maintenir le traitement sous sa forme actuelle, par exemple, lui substituer un mode d'administration par voie orale plutôt que par intraveineuse.
ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer dans des mots simples la situation à la personne; • Adopter une attitude calme et rassurante; • Prévoir des temps de présence des intervenants auprès de la personne; • Faire en sorte que la personne connaisse les intervenants.
CAMOUFLAGE	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer un bandage de protection sur le bandage; • Dissimuler les tubulures; • Dissuader la personne d'interférer dans le traitement ou les soins en camouflant le matériel avec les draps ou les bandages.
DISTRACTION	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les techniques d'imagerie mentale et de relaxation; • Garder la personne occupée en lui donnant quelque chose à faire; • Faire le traitement sous forme de jeux.
FAMILLE	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager la présence de la famille ou d'un proche au chevet de la personne et élaborer une stratégie d'intervention adaptée.
FAMILLE /ENFANT	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager la présence et la collaboration des parents; • Utiliser les informations des parents pour prévoir la réaction de l'enfant et élaborer une stratégie d'intervention adaptée.
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT	
PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES PARAMÈTRES ALIGNÉS CI-DESSOUS : ADAPTATION DU MILIEU PHYSIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer les stimuli auditifs (cloche, sonnerie de l'équipement, voix forte, téléphone, etc.); • Avoir un éclairage suffisant; • Placer la cloche d'appel pour qu'elle soit accessible; • Placer verre, eau, lunettes, etc. pour qu'ils soient accessibles.
AUTRES	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire le matériel technologique; • Mettre en question la pertinence de maintenir l'usage de ce matériel.



11.5 PERSONNE PRÉSENTANT UN COMPORTEMENT PERTURBATEUR OU AGRESSIF

AIDE-MÉMOIRE Mesures de remplacement pour diminuer les comportements perturbateurs ou agressifs

INTERVENTIONS DE BASE EN PRÉSENCE D'UNE PERSONNE ATTEINTE DE DÉFICITS COGNITIFS

- Commencer la conversation en nommant la personne par son nom et en s'identifiant;
- Utiliser un ton de voix plus doux et rassurant;
- Établir le contact avec la personne par le regard, la voix ou le toucher affectif, si approprié ;
- Accorder de l'attention à la personne par le regard, par le toucher, si approprié, ou simplement par sa présence;
- Utiliser le toucher affectif, si approprié, lorsque la personne est calme;
- Aborder la personne avec un visage souriant et détendu (interprétation positive);
- Utiliser des gestes, des mimiques et la démonstration pour se faire comprendre;
- Utiliser des phrases simples, courtes et concrètes;
- Parler lentement et prononcer les mots clairement;
- Poser une question à la fois, ne donner qu'une consigne à la fois;
- Répéter la question avec les mêmes termes que ceux utilisés la première fois;
- Respecter le rythme de la personne (temps de réponse plus long);
- Éviter de hausser le ton si la personne ne répond pas;
- Accorder de l'importance à la communication non verbale;
- Se déplacer lentement, éviter les gestes brusques et spontanés;
- Éviter les demandes trop exigeantes (qui augmentent la frustration, l'anxiété);
- Renforcer les comportements positifs;
- Être conscient de ses propres émotions et réactions et en tenir compte;

- Développer le sens de l'observation (décrire plutôt que porter des jugements).
- Décoder les besoins de base exprimés à travers les comportements et réactions de la personne;
- Être créatif et tenter de reproduire les habitudes de vie et les automatismes de la personne.

INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS PENDANT LE BAIN

- Reporter le bain si la personne refuse cette activité au moment prévu;
- Aborder la personne en lui parlant d'un sujet qui fait appel à ses souvenirs anciens significatifs (ex. : Vous êtes née à Sherbrooke, vous avez longtemps habité sur la rue Belvédère, etc.). C'est très important de connaître son histoire de vie;
- Éviter de parler à la personne du bain comme tel, mais la conduire tranquillement à la salle de bain;
- Préparer la salle de bain à l'avance (accessoires de toilette, vêtements de rechange, eau, etc.);
- Utiliser la diversion à deux intervenants. Un premier intervenant capte le regard de la personne et lui parle de souvenirs anciens significatifs, tandis que l'autre prodigue le soin sans parler et sans perdre de temps;
- Connaître les habitudes antérieures de la personne et tenter de les reproduire;
- Se concentrer sur les réactions de la personne et être attentif aux plaintes (froid, peur, douleur);
- Diminuer les bruits et l'éclairage dans la salle de bain;
- Diminuer le temps où la personne est dévêtue;
- Laisser la personne porter une chemise d'hôpital tout au long de la toilette partielle ou du bain (laver sous la chemise);
- Écourter le temps du bain (faire vite tout en demeurant calme). Si la personne montre des signes d'impatience, lui dire : « C'est fini dans deux petites minutes ».
- Récompenser la personne en lui offrant, à la fin du bain, une activité agréable ;
- Sécuriser la personne, surtout lors des transferts au levier (être deux intervenants);
- Éviter de faire fonctionner le tourbillon dans le bain;

AIDE-MÉMOIRE

Mesures de remplacement pour diminuer les comportements perturbateurs ou agressifs

- Terminer le bain par le lavage de la tête (prendre un pichet d'eau tiède pour arroser la tête ou utiliser une débarbouillette bien trempée pour les cheveux très courts).

INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS EN CAS D'ATTAQUE D'UN BÉNÉFICIAIRE CONTRE UN AUTRE

- Utiliser un ton de voix ferme, mais non menaçant;
- Éviter l'argumentation, la confrontation.
- Utiliser des consignes simples et courtes;
- Bouger lentement, éviter d'agiter les bras, les mains, etc.;
- Demeurer calme en tout temps en prenant conscience de ses propres émotions et réactions;
- Diminuer les stimuli de l'environnement (diminuer le ton de la voix, le volume de la télévision ou de la musique, l'intensité de la lumière, etc.);
- Éloigner les autres résidents de la situation conflictuelle;
- Planifier l'intervention : un seul intervenant parle à la personne tandis qu'un autre essaie de séparer les personnes qui se sont empoignées (par exemple, si une retient l'autre par un vêtement);
- Utiliser la diversion avec la personne (tenter de lui changer les idées en évoquant un souvenir ancien significatif ou en lui proposant une activité qu'elle aime faire);
- Laisser une distance de 20 à 75 centimètres, ce qui permet de respecter l'espace vital de la personne et de ne pas être frappé;
- Éviter de tourner le dos à la personne;
- Approcher la personne à un angle de 45 degrés du côté faible ou non dominant;
- Faire marcher, si possible, la personne vers un endroit calme.



11.6. PERSONNE PRÉSENTANT UN COMPORTEMENT AGRESSIF

AIDE-MÉMOIRE Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un comportement agressif

ÉVALUATION DU POTENTIEL D'AGRESSIVITÉ ET RECHERCHE DES CAUSES QUI Y SONT ASSOCIÉES

DÉTERMINER DES FACTEURS DE RISQUE

Les antécédents de la personne semblent être le meilleur moyen de prédire une manifestation d'agressivité.

Exemples de signaux d'alarme prévenant les intervenants qu'une escalade des comportements agressifs est en cours :

Sur le plan comportemental :

- Expression faciale tendue et irritée;
- Augmentation ou prolongement de l'agitation psychomotrice ou, au contraire, arrêt soudain de l'activité psychomotrice;
- Augmentation du volume de la voix et du débit verbal;
- Contact visuel prolongé ou, au contraire, évitement du regard;
- Menaces verbales ou comportementales;
- Similarité entre les comportements présentés et ceux manifestés lors d'un épisode précédent d'agressivité.

IDENTIFICATION DES SIGNES PRÉCURSEURS

Sur le plan physique :

- Modification de paramètres physiologiques : augmentation des fréquences respiratoire et cardiaque, augmentation des contractions musculaires et dilatation des pupilles.

Dimension émotionnelle :

- Sentiments de colère, d'hostilité, d'anxiété extrême ou d'irritabilité exprimés;
- Labilité affective;
- Euphorie excessive et inappropriée.

AIDE-MÉMOIRE Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un comportement agressif

Sur le plan cognitif :

- Processus de la pensée peu clair;
- Hallucination ou illusion dont le contenu est violent;
- Confusion, désorientation ou altération de la mémoire.

INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA *PERSONNE*

Exemples de différentes activités à proposer aux personnes agressives pour les aider à mieux connaître leurs sentiments, leurs besoins et leurs désirs ainsi qu'à mieux communiquer avec les autres :

Activités physiques :

- Faire des exercices physiques;
- Faire des exercices de respiration;
- Marcher.

**ENSEIGNEMENT AUX
PERSONNES
AGRESSIVES ET
ACTIVITÉS
THÉRAPEUTIQUES**

Activités cognitives :

- Écrire sur ses sentiments;
- Lire;
- Compter lentement jusqu'à 50.

Activités sociales :

- Parler avec un ami ou un intervenant;
- Téléphoner.

Activités environnementales :

- Écouter de la musique;
- Diminuer les stimulations (lumière, bruits, etc.);
- Sortir à l'extérieur.

Activités spirituelles :

- Faire de la méditation;
- Prier, (etc.).

**SURVEILLANCE ET
ALLIANCE
THÉRAPEUTIQUE**

- Augmenter le niveau de surveillance de la personne;
- Diminuer le ratio intervenant;
- Miser sur la qualité du lien thérapeutique entre l'intervenant et la personne.

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un comportement agressif

TECHNIQUES ET STRATÉGIES DE BASE DE DÉSESCALADE DE L'AGRESSIVITÉ

Exemples de techniques et de stratégies bénéfiques pouvant être utilisées en prévention, c'est-à-dire avant qu'on remarque une escalade de l'agressivité chez la personne

- S'approcher de la personne avec précaution, c.-à-d. en gardant une distance raisonnable pour respecter son espace vital;
- Ne pas surprendre la personne ou la faire sursauter lorsqu'on entre en relation avec elle, il faut établir d'abord un contact visuel puis verbal;
- Éviter d'affronter ou de provoquer la personne;
- Être conscient de ses expressions faciales et de sa posture en présence de la personne (ex. : éviter d'avoir les bras croisés);
- Être calme;
- Utiliser un langage et un ton de voix respectueux;
- Poser des questions ouvertes qui permettent à la personne de verbaliser ce qu'elle ressent;
- Éviter de faire des promesses sans certitude de pouvoir les tenir;
- Enlever tout objet potentiellement dangereux (voir la section sur l'environnement physique);
- Connaître l'emplacement des portes de sortie dans l'éventualité où l'on aurait à sortir vite de la pièce;
- Éviter d'adopter des positions vulnérables comme tourner le dos à la personne;
- Utiliser la distraction (voir la section sur l'enseignement et les activités thérapeutiques);
- Être affirmatif sans être autoritaire.

Exemples de techniques et stratégies de désescalade de l'agressivité qui visent à résoudre graduellement une situation présentant un potentiel d'agressivité :

- Intervenir le plus tôt possible afin de prévenir l'escalade;
- S'assurer que les autres intervenants avec qui on travaille sont disponibles et savent ce qui se passe;
- Parler calmement et clairement en utilisant des phrases courtes;
- Exprimer clairement à la personne ce qu'on attend d'elle;
- **Reconnaître les émotions exprimées par la personne;**

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un comportement agressif
TECHNIQUES ET STRATÉGIES DE BASE DE DÉSESCALADE DE L'AGRESSIVITÉ (SUITE)	<ul style="list-style-type: none"> • Négocier tant qu'on le peut et toujours laisser un choix avantageux à la personne; • Garder une distance psychologique, c.-à-d. ne pas se sentir concerné par l'agressivité verbale ou physique exprimée par la personne; • Connaître ses propres limites afin de ne pas se mettre ou mettre ses collègues en danger indûment.
UTILISATION DE LA MÉDICATION PSYCHOTROPE	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir le profil pharmacologique de la personne puisqu'une médication peut lui être offerte afin de l'aider à reprendre le contrôle sur ses pulsions agressives.
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT	
PRENDRE EN CONSIDÉRATION : ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET THÉRAPEUTIQUE SÉCURITAIRE	<p>Exemple d'objets pouvant représenter une arme potentielle dans l'environnement physique et thérapeutique</p> <ul style="list-style-type: none"> • des objets coupants (canif, coupe-papier, couteau, verre, etc.); • des allumettes, des briquets; • des ustensiles; • des pilules; • des sacs de plastique; • des ceintures; • des cordes; • des lames de rasoir; • des miroirs; • des lacets; etc.
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LES INTERVENANTS	
PRENDRE EN CONSIDÉRATION : RETOUR SUR POSTÉVÉNEMENT	<p>Un retour sur l'événement est nécessaire dans tous les cas où il y a eu escalade de l'agressivité, mais particulièrement dans les cas ayant nécessité le recours à des mesures de contrôle.</p> <p>Pour les intervenants, le but du retour sur un événement est de s'interroger sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la qualité des interventions réalisées; • la pertinence des interventions réalisées auprès de la clientèle.

AIDE-MÉMOIRE Interventions/mesures de remplacement de la contention et de l'isolement pour les personnes présentant un comportement agressif

INTERVENTIONS CENTRÉES SUR *L'ÉTABLISSEMENT ET LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE*

PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES PARAMÈTRES ALIGNÉS CI-DESSOUS : FORMATION SUR LA GESTION DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

L'objectif d'une formation sur la gestion des comportements agressifs est de permettre aux intervenants d'acquérir des connaissances, des habiletés et un langage commun, pour les amener à reconnaître les signes précurseurs d'agressivité afin de désamorcer toute escalade éventuelle.

QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

Exemples de moyens qui peuvent être adoptés par les établissements afin de rendre les milieux le plus sécuritaires possible et les mieux adaptés aux besoins de leurs clientèles :

- Fenêtres et portes sécuritaires et conformes aux normes établies;
- Réduction des stimuli excessifs (bruit, circulation, lumière intense).

INVESTISSEMENT DANS L'AMÉNAGEMENT DU MILIEU PHYSIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Exemples de moyens pouvant être trouvés par les établissements pour favoriser, d'une part, le développement et le maintien d'un climat respectueux et paisible et, d'autre part, la prestation de soins et de services efficaces et appropriés :

- Personnel compétent et en nombre suffisant;
- Routine adaptée aux besoins individualisés des personnes (et non l'inverse);
- Adoption d'une politique claire sur la non-violence dans l'établissement;
- Efficacité de l'équipe et de la communication entre ses membres;
- Valorisation du respect et de la dignité des usagers;
- Offre adéquate d'activités thérapeutiques et récréatives.



11.7 GRILLE DE PRISE DE DÉCISION (AIDE-MÉMOIRE)

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
<p>DÉFINIR LA PROBLÉMATIQUE</p> <p>DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE</p>	<p>Comportement : Quels sont les comportements de la personne?</p> <p><u>LA PERSONNE</u></p> <p>État physique/santé : Quelles sont les causes physiques, physiologiques pouvant expliquer les comportements observés? Ne pas oublier : médicaments, différents diagnostics associés, aspects développementaux (ex. puberté).</p> <p>État mental : Quelles sont les causes psychiatriques pouvant expliquer les comportements observés? Y a-t-il des causes neurologiques?</p> <p>État psychologique : Quelles sont les causes psychologiques pouvant expliquer les comportements observés? Y a-t-il des déficits psychologiques qui sont impliqués? (difficulté à communiquer, manque d'habiletés sociales, difficulté à gérer la colère, etc.).</p> <p>Activités : Y a-t-il des éléments dans les activités de la personne qui peuvent susciter ou amplifier les comportements? Y en a-t-il suffisamment? Sont-elles gratifiantes ou trop exigeantes?</p> <p><u>L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE</u></p> <p>Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés?</p> <p><u>L'ENVIRONNEMENT HUMAIN</u></p> <p>Intervenants et autres usagers : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants et des autres usagers qui peuvent expliquer certains des comportements de la personne?</p> <p>Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence ou de l'absence de la famille ou des proches sur la personne?</p> <p><u>L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL</u></p> <p>Les croyances ou valeurs de la personne peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez elle?</p>

ÉTAPE 2 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES DANS UN CONTEXTE DE RÉADAPTATION

Repères	Les questions à se poser
<p>FORMULER DES HYPOTHÈSES LIÉES À LA PERSONNE OU À L'ENVIRONNEMENT</p> <p>ÉMETTRE UN JUGEMENT PROFESSIONNEL</p>	<p>Selon toute évidence, à quelles causes peut-on attribuer les comportements observés?</p> <p>État de santé : La condition clinique de la personne nécessite-t-elle une intervention rapide?</p> <p>Niveau de sévérité du risque de lésion : Le comportement de la personne présente-t-il pour elle-même ou pour les autres un risque imminent nécessitant le recours à une mesure de contrôle ou de prévention?</p>

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
<p>PLANIFIER LES INTERVENTIONS</p>	<p>Les buts : Quels sont les buts recherchés par les actions du plan d'intervention?</p> <p>-----</p> <ul style="list-style-type: none"> → Pour atteindre les buts visés, quelles seraient les meilleures mesures de remplacement possibles? (<u>protection</u> de l'usager) → Pour atteindre les buts visés, quelles seraient les mesures de prévention (interventions permettant d'éviter le <u>comportement</u>, d'éliminer ou d'atténuer les déclencheurs, d'encourager le bon comportement, de désamorcer un début d'escalade, etc.)? → Pour atteindre les buts visés, quelles seraient les mesures de traitement (mesures visant un changement durable : élimination définitive de facteurs; enseignement à l'usager de nouveaux comportements en remplacements problématiques; etc.)? → La personne et ses proches ont-ils été mis à contribution dans la planification des interventions? A-t-on leur accord? → Les mesures de contrôle sont-elles bien prévues comme mesures ultimes d'intervention? → Quels moyens a-t-on pris pour limiter le plus possible la durée de la mesure si on doit y recourir?

ORDONNER LES INTERVENTIONS PAR LEUR NIVEAU DE PRIORITÉ	Le plan d'intervention : Les interventions à faire et les ordres de priorité.
	Protection Comportement
	ACTIONS PRIORITAIRES :
	ACTIONS RAPPROCHÉES :
ACTIONS À COURT TERME :	

ÉTAPE 4 : COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTION

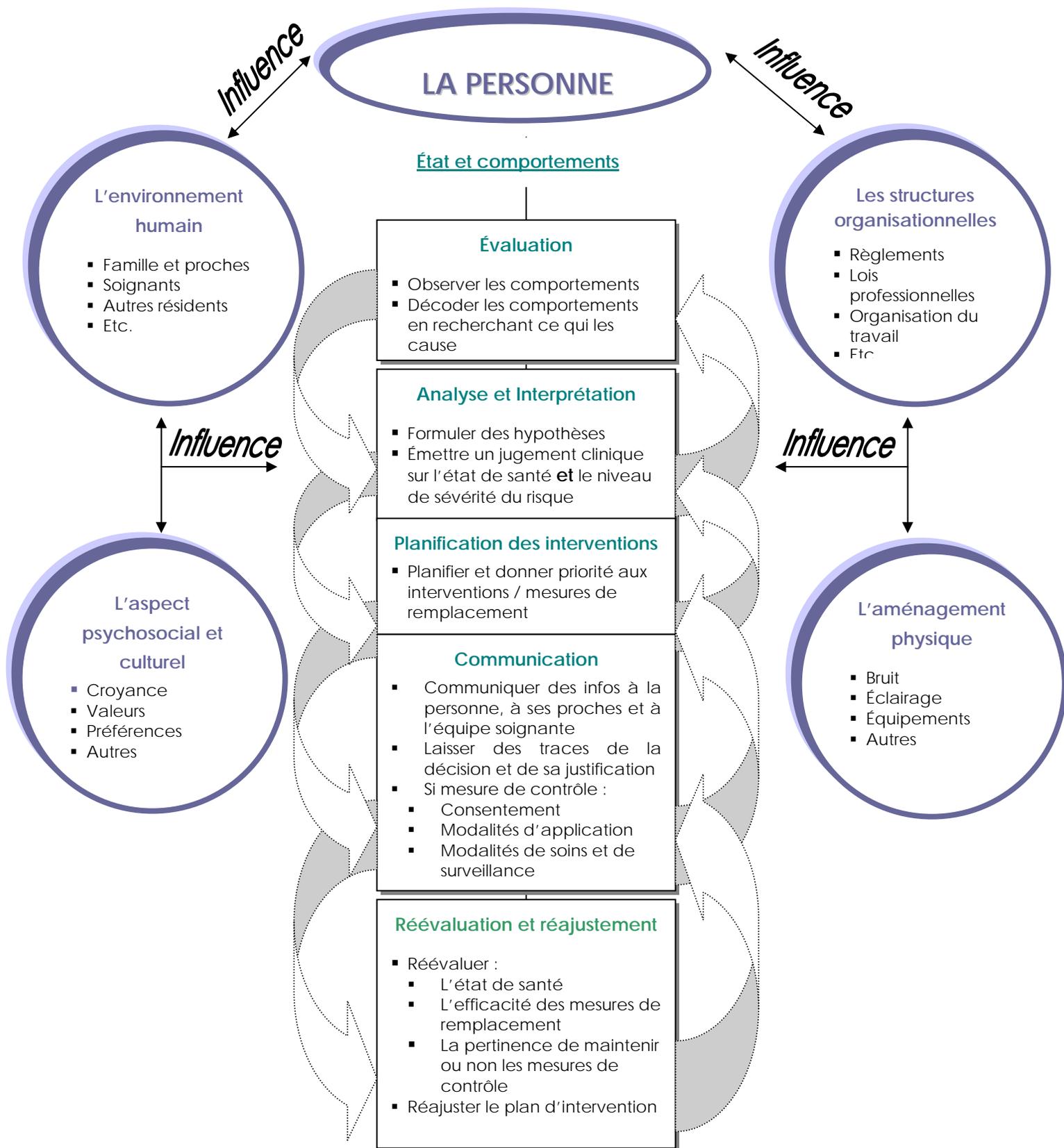
Repères	Les questions à se poser
COMMUNIQUER LE PLAN À LA PERSONNE, À SES PROCHES ET À L'ÉQUIPE	<p>→ Qui doit connaître le plan d'intervention?</p> <p>→ Comment s'assurer que le plan d'intervention sera <u>connu</u> de l'ensemble des intervenants <u>et appliqué</u> par ces derniers (compte tenu de l'accès limité au dossier pour les non-professionnels, la personne et les proches)?</p>
TENUE DE DOSSIER : LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION	<p><u>MESURES DE REMPLACEMENT</u> : Le dossier doit contenir des traces claires du processus de décision. La décision doit être clairement énoncée et être suffisamment explicite pour les personnes qui y ont accès en comprenant le bien-fondé (description des comportements et résultats des évaluations médicales et psychosociales, plan d'intervention individualisé ou ordonnance, communication avec la personne, ses proches et l'équipe).</p> <p><u>MESURE DE CONTRÔLE</u> : Si, en dernier recours, une mesure de contrôle est employée, le dossier doit alors contenir, en plus de l'information pertinente :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le consentement libre et éclairé de la personne; 2. les modalités d'application reliées à la mesure de contrôle tel que prévu au protocole de chaque établissement; 3. les paramètres de surveillance reliés à la mesure de contrôle employée.

ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

Repères	Les questions à se poser
RÉÉVALUER ET RÉAJUSTER	<p><u>RÉÉVALUATION</u></p> <p>→ État de santé physique, mentale et psychologique : Que doit-on réévaluer en ce qui a trait à la condition clinique de la personne?</p> <p>→ Efficacité du plan d'intervention : Les mesures de remplacement ont-elles été efficaces? Si non, y a-t-il d'autres mesures envisageables?</p> <p>→ Décision relative à la contention et à l'isolement : L'application de la mesure de contrôle est-elle toujours pertinente?</p> <p><u>RÉAJUSTEMENT DU PLAN D'INTERVENTION</u></p> <p>Y a-t-il des interventions qui doivent être achevées ou complétées en fonction des besoins évolutifs de la personne?</p>

12. SCHÉMA DE LA GRILLE D'ANALYSE

D'APRÈS ROY (2005) ET GAGNON ET ROY (2006)





ANNEXE 1 PARAMÈTRES À SURVEILLER EN CAS DE RECOURS À L'ISOLEMENT

- En cas de recours à l'isolement, le personnel soignant doit veiller à la sécurité de la personne qui le subit en tenant compte de l'aménagement physique du lieu d'isolement et de l'état général de la personne en isolement.

PARAMÈTRES RELEVANT D'UN AMÉNAGEMENT PHYSIQUE SÉCURITAIRE

- De façon générale, si du mobilier est requis et que plusieurs objets sont à portée de la main (par exemple dans une chambre), s'assurer que la personne isolée n'utilise pas les meubles et les objets pour s'étrangler, se blesser, se barricader, obstruer l'entrée ou faire du vandalisme;
- Contrôler les stimuli afin d'assurer une atmosphère paisible et tranquille dans le but de favoriser la maîtrise de soi chez la personne. Si possible, privilégier les couleurs calmes;
- Plus spécialement, afin d'assurer la sécurité maximale de la personne isolée, se poser les questions suivantes :
 - Est-ce que la personne risque de briser la fenêtre? Si oui, installer une vitre incassable;
 - Est-ce que la personne risque d'introduire dans son corps ou de lancer de petits objets? Si oui, les retirer de la pièce;
 - Est-ce que la personne risque de lancer ou de renverser de gros objets ou du mobilier? Si oui, les retirer de la pièce ou les avoir au préalable solidement fixés au sol;
 - Est-ce que la personne risque de sortir à l'extérieur par la fenêtre? Si oui, adapter la fenêtre avec une vitre incassable et une ouverture limitée en respectant les normes de sécurité (par exemple, en cas de feu);
 - Est-ce que la personne risque de se blesser en se heurtant contre les murs, le sol, le mobilier ou d'autres objets? Si oui, adapter l'environnement (planchers et murs absorbant les chocs, radiateur adapté, commutateurs et réglage du chauffage à l'extérieur de la pièce, etc.);
 - Est-ce que la personne risque de s'automutiler pendant l'isolement? Si oui, prévoir des mesures de surveillance continue assurant une protection appropriée (voir modalités de surveillance).

Si plusieurs de ces adaptations sont nécessaires pour assurer la sécurité de la personne isolée, il sera préférable d'utiliser une pièce aménagée spécifiquement pour l'isolement ou de procéder à un autre type d'action que l'isolement.

Si les modalités d'aménagement et les paramètres de sécurité ci-dessus mentionnés ne peuvent être respectés, qu'ils comportent malgré tout un quelconque danger et ne permettent pas d'assurer la sécurité de la personne isolée et celle d'autrui (autres usagers, personnel soignant, responsables, etc.), on doit envisager d'autres mesures (par exemple un changement de milieu de vie, un transfert dans un endroit plus sécuritaire, un ajout de ressources, appel logé au 911, etc.).



ANNEXE 2 PARAMÈTRES RELEVANT DE L'ÉTAT DE LA PERSONNE EN ISOLEMENT

- Surveillance auditive continue

La personne responsable doit toujours être en mesure d'entendre si la personne en isolement est éveillée, si elle bouge, si elle s'agite, si elle formule des demandes (appareil de type « moniteur » peut être requis).

- Surveillance visuelle

La personne responsable doit être en mesure d'établir une surveillance visuelle régulière selon les intervalles préalablement convenus et prescrits;

- Si la personne en isolement présente des signes d'agitation, ajuster la fréquence et les modalités de surveillance visuelle et auditive;
- Si la personne en isolement présente des comportements dangereux, une surveillance visuelle est requise de façon continue mais, également, une autre mesure que l'isolement doit alors être envisagée;
- Pendant l'isolement, et tout en s'assurant que les actions de surveillance ne contrecarrent pas l'effet souhaité par l'isolement (couper de l'attention, éviter que le contact exacerbe le comportement), **S'ASSURER DE LA SATISFACTION DES BESOINS PHYSIOLOGIQUES DE LA PERSONNE** (alimentation, hydratation, élimination, température corporelle, etc.).

- Surveillance médicale

- Pendant la période d'isolement, il serait idéal que **LA PERSONNE REÇOIVE SA MÉDICATION COMME PRÉVU**. Lorsque l'isolement est bref (max. 30 minutes), il pourra être plus indiqué de remettre la médication à la fin de la période, et ce, avec l'approbation préalable du médecin ou du pharmacien.

ANNEXE 3

GLOSSAIRE

Ankylose :	Diminution ou impossibilité des mouvements d'une articulation qui est habituellement mobile
Atrophie musculaire :	Diminution notable du volume des muscles
Hypotension orthostatique :	Diminution de la pression artérielle en position debout pouvant s'accompagner d'un vertige ou d'une impression d'évanouissement
Incontinence urinaire ou fécale :	Émission involontaire de matières fécales ou d'urine
Ingesta :	Nom générique donné à tous les aliments solides ou liquides
Œdème :	Gonflement de la peau indolore et sans rougeur
Protubérances osseuses :	Saillies/renflement/bosse au niveau de l'os
Rétention urinaire :	Accumulation d'urine dans la vessie pouvant constituer un danger soit par leur volume, soit par l'intoxication qu'elle provoque
Thrombose :	Formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin (veine ou artère)

RÉFÉRENCES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, 55 pages.

Ce document est disponible à la section documentation, sous la rubrique « publications » du site Web du ministère de la Santé et des Services Sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUDOIN, C., Des personnes âgées enfin libérées, dans *Objectif Prévention*, vol. XXVIII, n° 5, p. 30-31.
- BERNARD, S., Étude descriptive de l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes âgées hébergées en centres d'hébergement et de soins de longue durée, Mémoire de maîtrise présenté à l'Université Laval, Québec, 1999, 99 p.
- BOWER, F. L., McCullough, C. S. et Timmons, M. E., A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings : 2003 updates, dans *The Online Journal of knowledge synthesis for nursing*, Volume X, (2003) document 1.
- Bureau des matériels médicaux 2001 : SANTÉ Canada, L'utilisation des côtés de lit à l'hôpital, dans les foyers de soins et dans le cadre des soins à domicile, [en ligne]. <http://www.hc-sc.gc.ca> [page consultée le 23 août 2006].
- CAPEZUTI, Elizabeth, Greg MAISLIN, Neville STRUMPF, *et alii*, Side Rail Use and Bed-Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents, dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. L, n° 1 (janvier 2002), p. 90-96.
- CAPEZUTI, Elizabeth, Neville STRUMPF, Lois K. EVANS, *et alii*, The Relationship Between Physical Restraint Removal and Falls and Injuries Among Nursing Home Residents, dans *The Journals of Gerontology Series A : Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. LIII, n° 1 (janvier 1998), p. 47-52.
- DURAND, Pierre J., Concordance entre la déclaration et l'observation de la contention physique en soins de longue durée. Thèse inédite, Québec, Université Laval, 1993.
- EJAZ, F.K., Jones, J.A. et Rose, M.S., Falls among nursing home residents : an examination of incident reports before and after restraint reduction programs, dans *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. XLII, n° 9, (1994), p. 960-964.
- GAGNON, R. et Roy O., La contention physique, dans P. VOYER [dir.], Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD, Saint-Laurent, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2006, p. 311-324.
- GARDNER, W.I. Aggression and other Disruptive Behavioral Challenges; Biomedical and psychosocial Assessment and treatment, Kingston, NADD Press, 2002, 412 p.

- GARDNER et al. Practice Guidelines for Diagnostic, Treatment and Related Support Services for People with Developmental Disabilities and Serious Behavioral Problems, Kingston, NADD Press, 2006, 51 p.
- GOLDSMITH, J., Freeing the ties that bind, dans *Reflections*, vol. XXII, n° 3, p. 8-10.
- GRIFFITHS, D.M., W.I. Gardner et J.A. NUGENT, Behavioral Support : Individual Centered Interventions. A Multimodal Functional Approach, Kingston, NADD Press, 1998, p. 67-76.
- GUIRGUIS, E. F. et Durost, H. B., The role of mechanical restraints in the management of disturbed behaviour, dans *Canadian Psychiatry Association Journal*, vol. XXIII, n° 4, p. 209-219.
- MEYER, R.M., Kraenzle, R.N., German, J. & Morely, M.B., The effect of reduction in restraint use on falls and injuries in two nursing home, *Nursing Home Medecine*, Volume 2, numéro 6, 1994, p. 23-26.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle [en ligne] www.msss.gouv.qc.ca [page consultée le 23 août 2006].
- NEUFELD, R.R., LIBOW, L.S., FOLEY, W.J., DUNHAR, J.M., COHEN, C. ET B. BREUER, Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents, dans *Journal of American Geriatric Society*, vol. XLVII, n° 10, (1999), p. 1202-1207.
- OLIVER, D., Bed falls and bedrails- what should we do?, dans *Age and aging*, vol. XXXI, (2002), p. 415-418.
- Phillips, Charles D., Catherine Hawes, and Brat E. Fries, Reducing the use of physical restraints in nursing homes : will it increase costs? *American Journal of Public Health*, vol. LXXXIII, (1993), p. 342-348.
- ROY, O. ET AUTHIER, M., Utilisation de la contention physique, dans *La Gérontoise*. Vol. XVII, n° 2, (2006), p. 4-13.
- WERNER, P., G. MENDELSSON, Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people : testing the theory of reasoned action, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, no 5, septembre 2001, p. 784-791.
- ZUN, L. et DOWNEY, L., The use of seclusion in emergency medicine, dans *General Hospital Psychiatry*, vol. XXVII, (2005), p. 365-371.
-

