

Programme de formation



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

Programme de formation

Partie 4 Cahier du participant



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

Édition produite par :

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

Ce document a été publié en quantité limitée et est diffusé uniquement dans le cadre de la formation.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN-13 : 978-2-550-48031-0 (version imprimée)

ISBN-10 : 2-550-48031-7 (version imprimée)

ISBN-13 : 978-2-550-48032-7 (version PDF)

ISBN-10 : 2-550-48032-5 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

REMERCIEMENTS

La Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec tient à remercier les membres du COMITÉ DIRECTEUR SCIENTIFIQUE et tous les partenaires qui ont accepté d'investir tant leurs compétences que leur précieux temps dans ce projet.

COORDINATION DU PROJET

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)

Michel Tanguay, MSSS

Hôpital Maisonneuve Rosemont (HMR) et autres établissements

Odette Roy, HMR

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

CONCEPTION

Odette Roy, HMR

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

Denyse Gilbert, consultante en formation

France Gilbert, consultante en formation

COMITÉ SCIENTIFIQUE RÉDACTEURS

Coprésidents

Odette Roy, Ph. D., infirmière clinicienne spécialisée – HMR

Michel Fréchette, md., psychiatre – Centre hospitalier universitaire de Québec – Pavillon CHUL

Chargés de projet

Marie Authier, Ph.D. agente de recherche - HMR; chargée d'enseignement de clinique, département de médecine familiale-Université de Montréal

Robin Gagnon, M. Sc. Inf., clinicien en soins spécialisés – CSSS du Nord de Lanaudière

Sylvie Garon, B. Sc., physiothérapeute - Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Silvana Mauro, BSc., ergothérapeute – Centre gériatrique Maimonides

Marcelle Monette, Ph. D., conseillère en éthique – HMR

Suzanne Plante, coordonnatrice clinico-administrative – Centre de réadaptation

Marie-Enfant – CHU Ste-Justine

Élaine Pruneau, médecin – Hôpital de Verdun

Catherine Sarrazin, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR

Anne-Marie Savard, LL.B., LL.M., juriste

AUTRES RÉDACTEURS

Louis Bolduc, M. Sc. Inf., conseiller spécialisé à l'amélioration continue de la qualité en soins infirmiers – HMR

Monique Bourque, M.A., conseillère clinicienne en soins infirmiers – CSSS - IUGS

Céline Carrier, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Josée Lamoureux, BSc., infirmière monitrice – HMR
Hélène Loiselle, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Olivette Soucy, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne spécialisée – consultante
Nicole Soulard, BSc., infirmière monitrice – HMR
Lise St-Pierre, M. Sc. Inf.(c), infirmière clinicienne spécialisée – HMR
Stéphanie Therrien, Ph.D., conseillère en éthique

COLLABORATION À LA GESTION DU PROJET

Serge Hamel, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

PARTENAIRES

Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre de la physiothérapie du Québec
Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
Collège des médecins du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des travailleurs sociaux du Québec
Fédération québécoise des sociétés Alzheimer du Québec
Fédération québécoise des centres en déficience intellectuelle du Québec
Association des centres jeunesse du Québec
Conseil pour la protection des malades du Québec
Le Curateur public
Le Protecteur des citoyens du Québec et des usagers en matière de santé et de services sociaux
Office des personnes handicapées du Québec
Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec

Directions du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
 Direction des services communautaires et des personnes handicapées
 Direction des personnes âgées
 Direction de la santé mentale

SECRÉTARIAT

Kathy Lafontaine, HMR
Lynda Blais, MSSS
Renée Vincent, MSSS
Louise Carignan, MSSS
Sylvie Boutin, MSSS

SUPERVISION DU PROJET

André Garon, MSSS

Nous tenons à souligner ici la contribution des nombreuses autres personnes qui ont participé entre autres au processus de validation du contenu scientifique des modules ainsi qu'au pilotage de la formation destinée aux formateurs régionaux. Dans un esprit d'équité et de reconnaissance, ces remerciements vous sont adressés.

INTRODUCTION

Depuis longtemps, l'utilisation des mesures de contrôle est un sujet de préoccupation dans nos milieux de soins. Au cours des dernières années, le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Association des Hôpitaux du Québec, les établissements de santé, les corporations professionnelles, les groupes de défense des droits et bien d'autres encore se sont impliqués afin d'en arriver à ce que les mesures de contrôle soient des mesures exceptionnelles et de dernier recours.

La contention et l'isolement sont des entraves à la liberté. Plus nous avons de respect pour les personnes hébergées ou hospitalisées, moins nous sommes enclins à utiliser ces mesures de contrôle et plus nous explorons et appliquons des mesures de remplacement.

Le *Programme national de formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle* que nous proposons maintenant s'adresse au personnel qui donne des soins et des services ainsi qu'aux gestionnaires du réseau québécois des établissements de santé.

Nous souhaitons que ce programme contribue substantiellement à une utilisation judicieuse et appropriée des mesures de contrôle.

Odette Roy, Ph. D.

Coprésidente

Michel Fréchette, MD
Coprésident

Août 2006

4

Cahier du participant



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



Programme de formation

Cahier du participant

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

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIFS GÉNÉRAUX	2
PLAN DE LA FORMATION NATIONALE	5
DIAPPOSITIVES DE LA FORMATION	7
ACTIVITÉS	18
GRILLE DE PRISE DE DÉCISION	19
LE CONSENTEMENT ET MOI!	25
SOINS ET SURVEILLANCE	26
AIDE-MÉMOIRE	29
1. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des personnes présentant des comportements d'errance	
2. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des 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 à la contention et à la contention auprès des personnes présentant un risque d'interférence aux traitements/soins	
5. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à la contention pour diminuer les comportements perturbateurs ou agressifs	
6. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des personnes présentant des comportements d'agressivité	
7. La grille de prise de décision	
PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION	61
RÉFÉRENCES	62



OBJECTIFS GÉNÉRAUX

NOTES PRÉLIMINAIRES

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.

Ce programme est interactif : il suppose une participation et une implication des participants pour chaque activité.

CLIENTÈLE VISÉE

Ce programme est destiné à l'ensemble des intervenants œuvrant au sein des établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec : les médecins, les infirmiers et infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les infirmiers et infirmières auxiliaires, les préposé(e)s aux bénéficiaires et tous les autres membres de l'équipe interdisciplinaire appelés à jouer un rôle dans la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle ainsi que les gestionnaires.

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 cette période, les participants devraient être en mesure de :

1. Nommer les 3 catégories de mesures de contrôle pouvant être utilisées dans les établissements de courte et longue durée.
2. Identifier les clientèles les plus susceptibles d'être mises sous contention ou en isolement.
3. Estimer la fréquence et la durée moyenne du recours à la contention et à l'isolement dans son propre établissement et dans les établissements de soins du Québec.
4. Faire l'inventaire des motifs les plus fréquemment invoqués pour justifier le recours à la contention et à l'isolement.
5. Examiner les principales croyances concernant l'efficacité de la contention et de l'isolement comme moyens de prévention ou de contrôle.
6. Décrire les effets à court et à long terme de l'isolement et de la contention sur les plans physique et psychologique pour la personne qui les subit.
7. Reconnaître les impacts néfastes que peuvent avoir la contention et l'isolement sur la perception de la famille et des proches, sur le personnel entrant en relation avec la personne ainsi que sur l'établissement.
8. Prendre connaissance des fondements éthiques et juridiques qui guident le changement de pratique proposé.

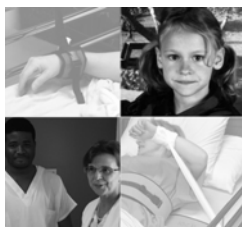
OBJECTIF GÉNÉRAL 2

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.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

À la fin de cette période, les participants devraient être en mesure de :

9. Définir, en tenant compte de l'environnement global, les éléments qui doivent être examinés lorsqu'on veut procéder à un changement de pratique afin de prendre une bonne décision en matière de contention et d'isolement (modèle de Kayser-Jones).
10. Se prononcer sur les éléments à prendre en considération pour réussir un changement de pratique.
11. 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.
12. Appliquer la grille de décision à un cas-problème.



PLAN DE LA FORMATION NATIONALE

DURÉE : 7 HEURES

8 h 00 – 8 h 10 Présentation de l'animateur Présentation des participants Présentation de la formule pédagogique 8 h 10 – 8 h 15 Présentation du but du programme 8 h 15 – 8 h 20 Appel à tous : Identification des mesures de contrôle 8 h 20 – 8 h 25 Appel à tous : Mesure de contrôle - Le matériel le plus utilisé 8 h 25 – 8 h 30 Appel à tous : Mise sous contention de volontaires 8 h 30 – 8 h 35 Appel à tous : Identification des clientèles les plus touchées 8 h 35 – 8 h 50 Exposé informel : La prévalence des mesures de contrôle 8 h 50 – 9 h 00 Atelier : Pourquoi utilise-t-on les mesures de contrôle? 9 h 00 – 9 h 04 Atelier : Libération des volontaires 9 h 04 – 9 h 14 Questionnaire sur les croyances relatives aux mesures de contrôle 9 h 14 – 9 h 34 Séance plénière pour la correction du questionnaire 9 h 34 – 9 h 54 Les effets véritables des mesures de contrôle 9 h 54 – 10 h 09 PAUSE SANTÉ	10 h 09 – 10 h 15 Les impacts sur la famille et les proches 10 h 15 – 10 h 25 Les impacts sur les intervenants et l'établissement 10 h 25 – 10 h 40 Les fondements éthiques et juridiques 10 h 40 – 10 h 46 Message clé 10 h 46 – 10 h 48 Introduction à l'objectif général 2 10 h 48 – 10 h 53 Tempête d'idées : L'environnement global 10 h 53 – 11 h 13 Les 5 catégories du modèle Kayser-Jones 11 h 13 – 11 h 17 L'adoption des autres perspectives 11 h 17 – 11 h 27 Atelier : « Moi, si j'étais le bon Dieu! » 11 h 27 – 11 h 37 La volonté de changement : UNE EXPÉRIENCE RÉUSSIE! 11 h 37 – 11 h 40 Message clé : Une vue d'ensemble et un bon questionnaire 11 h 40 – 11 h 55 Le processus de prise de décision : UN QUESTIONNEMENT STRUCTURÉ 12 h 00 – 13 h 00 BUFFET
---	--



PLAN DE LA FORMATION NATIONALE

DURÉE : 7 HEURES

13 h 00 – 13 h 15 Atelier : Le cas Mondrian 13 h 15 – 13 h 30 Séance plénière : Le cas Mondrian - Étapes 1 et 2 13 h 30 – 13 h 35 Les mesures de remplacement 13 h 35 – 13 h 40 Tempête d'idées sur les mesures de remplacement 13 h 40 – 13 h 50 Atelier : Trouver les mesures de remplacement adéquates pour M. Mondrian (étape 3) 13 h 50 – 14 h 00 Séance plénière sur les mesures de remplacement adéquates pour M. Mondrian (étape 3) 14 h 00 – 14 h 02 Exposé informel sur la communication (étape 4) 14 h 02 – 14 h 12 Le consentement et moi! (étape 4) 14 h 12 – 14 h 32 Correction du questionnaire sur le consentement (étape 4) 14 h 32 – 14 h 47 PAUSE	14 h 47 – 14 h 57 La communication 14 h 57- 15 h 10 Travail en dyade : Soins et surveillance (étape 4) 15 h 10 – 15 h 20 Étape 4 : Soins et surveillance 15 h 20 – 15 h 30 Étape 4 : Correction de la section Soins et surveillance 15 h 30 – 15 h 40 Étape 5 : Séance plénière sur la réévaluation et le réajustement 15 h 40 – 15 h 55 Conclusion 15 h 55 – 16 h 00 ÉVALUATION
---	---



DIAPOSITIVES DE LA FORMATION



Bienvenue au Programme de formation

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



BUT DU PROGRAMME

- Ce programme 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 abréger 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.



CONTENTION :

- Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (MSSS, 2002).



ISOLEMENT :

- Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne, pour un temps déterminé, dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement (MSSS, 2002).



SUSBTANCE CHIMIQUE :

- Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament (MSSS, 2002).



PRÉVALENCE ET DURÉE DES CONTENTIONS AU QUÉBEC en centre d'hébergement (excluant les ridelles de lit)

- Bernard (1999) : 28 CHSLD - 2332 personnes hébergées – mesures au cours d'une période de 24 heures
 - Prévalence de contentions : 32%
 - Durée moyenne : 9 h 48
 - 20 heures sur 24 : 17% des personnes
- Durand (1993) – 8 CHSLD – 377 personnes hébergées
 - Prévalence de contentions : 34 %



Au Québec, les types de contentions les plus utilisés sont :

- Fauteuil avec tablette : 21% à 24%
- Ceinture : 12,7%
- Gilet : 4%

Bernard, 1999; Durand, 1993.



PRÉVALENCE ET DURÉE DES CONTENTIONS AU QUÉBEC en centre hospitalier de courte durée

- Roy et Authier (2006) : 10 478 observations sur 4 semaines (5 observations par jour).
 - Prévalence (excluant ridelles) : 3,5%
 - Prévalence (incluant ridelles de lit) : 42%
 - Prévalence selon programmes (sans ridelles): 2,6% à 24,5% (soins intensifs)

N.B. Étude réalisée 18 mois après l'implantation d'un programme de formation visant une utilisation réfléchie de la contention.

- DURÉE : Inconnue.



PRÉVALENCE ET DURÉE DES CONTENTIONS À L'ÉTRANGER

- **Longue durée : de 4 à 40%** (Sullivan-Marx, *et alii*, 1999; Ljunggren, *et alii*, 1997).
- **Courte durée (unités de médecine, chirurgie et soins intensifs) : de 7 à 50%** (Stratmann, *et alii*, 1997; Minnick, *et alii*, 1998; Tutuarima, *et alii*, 2003).
- **DURÉE** Milieux de soins aigus : 2,4 à 4,5 jours (Evans, 2002).
- **Prévalence de l'isolement au Québec et Canada**
- Aucune donnée récente publiée.



PRÉVALENCE DE L'ISOLEMENT AU QUÉBEC ET AU CANADA

Aucune donnée québécoise ou canadienne récente publiée.

Canada : Étude ancienne (Guirguis et Durost, 1978) questionnaire dans 370 unités

La prévalence d'isolement

- 55% dans les unités psychiatriques.
- 69% dans les hôpitaux psychiatriques.



PRÉVALENCE DE L'ISOLEMENT À L'ÉTRANGER

AUSTRALIE :

- 1 fois par séjour = 31%
- 2 fois par séjour = 39%

DURÉE

- Australie : 9 heures en moyenne (1 à 49 heures) (Tunde-Ayinmode et Little, 2004).
- États-Unis : Une enquête dans 442 urgences a révélé un taux d'utilisation de 25,6% (Zun, *et alii*, 2005).



LES FONDEMENTS ÉTHIQUES

La personne est reconnue dans :

1. Son **autonomie** (choix et valeurs lors de la prise de décision).
2. Son **intégrité physique et psychologique** et la **qualité de sa vie**.
3. Sa **singularité**.
4. Sa **vulnérabilité**.



LES FONDEMENTS ÉTHIQUES

La personne est reconnue dans :

5. Sa capacité de **comprendre** la situation.
6. La recherche du **meilleur intérêt** de la personne et de ses proches.
7. La réduction des **impacts** néfastes s'il y a contention ou isolement.

Les intervenants sont les **GARDIENS** des droits fondamentaux de la 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 6 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 contrôlée 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 auprès du 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.



Modèle Kayser-Jones (1992) traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006) Composantes de l'environnement global impliquées dans la prise de décision

LA PERSONNE :

- Son âge.
- Son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive.
- Son état de santé physique et mentale.
- Sa sécurité.
- Sa liberté.
- Sa dignité.
- Etc.



L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE :

- Accès à du matériel et des installations physiques sécuritaires.
- Niveau sonore.
- Couleur des murs.
- Éclairage.
- Aération.
- Aménagement des espaces communs et privés.
- Espaces réservés à la marche.
- Sorties extérieures possibles.
- Disposition du mobilier.
- etc.



LES STRUCTURES ORGANISATIONNELLES :

- Travail en équipe interdisciplinaire.
- Politiques de l'établissement.
- Procédures d'encadrement des mesures de contrôle.
- Philosophie de soins.
- Disponibilité du personnel et le ratio patient-soignant.
- Ressources financières allouées à la formation du personnel.
- Leadership exercé par les gestionnaires et les cliniciens.
- etc.



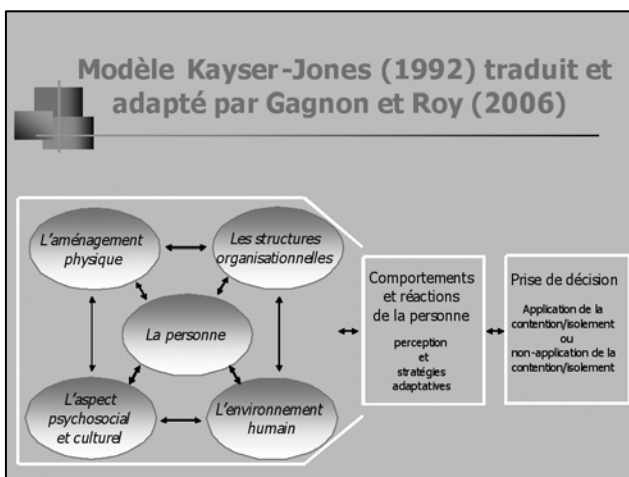
L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL :

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



L'ENVIRONNEMENT HUMAIN :

- Membres de la famille.
- Amis.
- Autres personnes hébergées ou hospitalisées.
- Intervenants.
- Membres de l'administration.
- Comité des usagers.
- Équipes interdisciplinaires.
- 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.



Les mesures de remplacement :

- 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** ou à
 3. **éliminer** les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui.



Respecter les exigences juridiques relatives au dossier

- **Pour prévenir** les poursuites en cas de blessures ou de décès.
- **Sanctions** = de la suspension sans salaire au congédiement.
- **L'absence de traces** au dossier est considérée comme une présomption d'absence d'actes.
- **La documentation** se doit de refléter rigoureusement toutes les interventions effectuées.



ACTIVITÉS

25. ATELIER : LE CAS MONDRIAN

ATELIER : ÉTUDE DU CAS DE M. MONDRIAN

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

DURÉE : 12 minutes.

M. Mondrian est âgé de 70 ans et il souffre de maladie pulmonaire obstructive chronique. Pour la première fois de sa vie, il a été hospitalisé il y a 3 jours en raison d'une surinfection. Il partage une salle avec 3 autres personnes.

Sa situation actuelle est la suivante :

- il est en position couchée;
- il a un soluté;
- il reçoit de l'oxygène;
- il gémit beaucoup;
- il a une forte fièvre;
- il a une toux grasse;
- il est agité et il essaie constamment de se lever;
- il essaie d'enlever son masque et d'arracher son soluté.

À plusieurs reprises, vous avez tenté de lui faire comprendre qu'il ne doit pas enlever son masque ni son soluté, mais il ne semble pas entendre ce que vous dites.

Sa fille est à son chevet. Elle semble anxieuse et inquiète. Elle n'arrête pas d'alerter le personnel pour leur dire que son père respire mal.



GRILLE DE PRISE DE DÉCISION

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
OBSERVER LES COMPORTEMENTS	Comportement : Quels sont les comportements de la personne?
DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE	LA PERSONNE État physique : Quelles sont les causes physiques pouvant expliquer les comportements observés? N.B. Ne pas oublier les médicaments. État psychologique : Quelles sont les causes psychologiques pouvant expliquer les comportements observés?

DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE (suite)	L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE : Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés? L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL : Les croyances ou valeurs peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez la personne? L'ENVIRONNEMENT HUMAIN Intervenants : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants qui peuvent expliquer certains des comportements de la personne? Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence/absence de la famille ou des proches sur la personne?
---	--

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

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

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
PLANIFIER LES INTERVENTIONS	Les buts : Quels sont les buts recherchés par les interventions? Les mesures de remplacement : Pour atteindre les buts visés, quelles seraient les meilleures mesures de remplacement possible? La personne et ses proches ont-ils été mis à contribution dans la planification des interventions? A-t-on leur accord?
PRIORISER LES INTERVENTIONS	Le plan d'interventions : Les actions à faire et les ordres de priorité. ACTIONS PRIORITAIRES : ACTIONS RAPPROCHÉES: ACTIONS À COURT TERME :

ÉTAPE 4 : COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
COMMUNIQUER LE PLAN À LA PERSONNE, À SES PROCHES ET À L'ÉQUIPE LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION	Communication : Qui doit connaître le plan d'interventions? Comment s'assurer que le plan d'interventions sera connu et appliqué par l'ensemble des intervenants (compte tenu de l'accès limité au dossier pour les non-professionnels, la personne et les proches)? TENUE DE DOSSIER : MESURES DE REMPLACEMENT : Le dossier doit contenir des traces claires du processus de décision. La décision doit être clairement énoncée et être suffisamment explicite pour en comprendre le bien-fondé (description des comportements et résultats de l'évaluation clinique, plan d'interventions individualisé et/ou ordonnance médicale, communication avec la personne, ses proches et l'équipe). MESURE DE CONTRÔLE : Si, en dernier recours, une mesure de contrôle est employée, le dossier doit alors contenir, en plus de l'information clinique : 1. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ 2. LES MODALITÉS D'APPLICATION RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE 3. LES MODALITÉS DE SOINS ET DE SURVEILLANCE RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE EMPLOYÉE

ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

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

32. LE CONSENTEMENT ET MOI! (ÉTAPE 4)

CONSIGNE : Encerclez votre réponse.

1. Comme la personne hébergée ou hospitalisée a déjà signé un consentement aux soins à son arrivée à l'établissement de santé, un consentement spécifique n'est pas requis pour l'application des mesures de contrôle.

VRAI

FAUX

2. La seule chose à faire pour respecter la loi relativement au consentement est de demander une signature à la personne hébergée au bas d'une feuille.

VRAI

FAUX

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

VRAI

FAUX

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

VRAI

FAUX

5. 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

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

VRAI

FAUX

7. 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

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

VRAI

FAUX

35. TRAVAIL EN DYADE : SOINS ET SURVEILLANCE (ÉTAPE 4)

PARAMÈTRES VITAUX

Les paramètres vitaux doivent être évalués régulièrement et à une fréquence assez rapprochée déterminée par la condition clinique de la personne.

La prise des paramètres vitaux effectuée au moment de l'application de la contention servira de _____ pour le suivi.

S'il y a administration de substances antipsychotiques, les signes vitaux devraient être mesurés fréquemment, soit chaque heure ou chaque deux heures.

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.

Pour effectuer une évaluation initiale de la peau, il faut vérifier la chaleur, la _____, la sensibilité, la présence d'œdèmes, les protubérances osseuses et la présence d'abrasion afin d'avoir des repères sur l'intégrité de la peau lors des évaluations subséquentes. Il faut refaire cette évaluation lors du _____ de la contention pour une pause/vérification.

Lors du retrait de la contention aux _____ heures, 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

Il faut laisser le maximum d'amplitude de mouvement au fur et à mesure que la personne est moins à risque pour lui-même ou pour les autres ou que l'interférence aux traitements diminue, ce qui lui permet une plus grande autonomie de mouvement et favorise une meilleure _____.

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 à toutes les 2 heures.

Pour répondre adéquatement aux besoins d'élimination de la personne mise sous contention ou en isolement, il faut offrir la possibilité d'éliminer régulièrement, c'est-à-dire aux heures ou au deux heures; il faut accompagner la personne à la toilette si son état le permet, car ceci favorise 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 à chaque _____ ou _____ 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 sous oxygène ou lorsqu'elles sont très _____.

CONFORT

Il faut changer la position du corps aux _____ heures et s'assurer d'un bon alignement corporel.

MATÉRIEL DE CONTENTION

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. 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 privation sensorielle 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 et sa famille afin d'éviter que cette mesure de contrôle ne soit perçue comme une mesure ____.

Il faut informer la famille des soins et de la surveillance qui sont requis par la mise sous contention ou en isolement afin de développer un(e) ____ 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 sa 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 de l'ordonnance médicale.



AIDE-MÉMOIRE

1. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des personnes présentant des **comportements d'errance**
2. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des 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 à la contention et à la contention auprès des personnes présentant un **risque d'interférence** aux traitements/soins
5. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à la contention pour diminuer les **comportements perturbateurs ou agressifs**
6. Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des personnes présentant des **comportements d'agressivité**

1.

AIDE-MÉMOIRE		Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des personnes présentant des comportements d'errance
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA PERSONNE		
CONNAISSANCE DU VÉCU ANTÉRIEUR DE LA PERSONNE		• Connaître le <i>parcours de vie</i> de la personne : son vécu antérieur, ses habitudes reliées à la marche. • Faire l'<i>analyse fonctionnelle</i> du comportement : destination, arrêts, recherche de compagnie. • Identifier les causes du comportement : facteurs qui prédisposent la personne et facteurs déclencheurs.
INITIATION D'UN ITINÉRAIRE DE MARCHÉ		• À l'unité, enseigner un itinéraire de marche (ex. : de sa chambre au salon). • Procurer à la personne de bons souliers de marche accessibles en tout temps.
DONNER LES SOINS REQUIS PAR LA CONDITION		• 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.
PARTICIPATION AUX SOINS		• Au moment des soins, respecter si possible l'horaire antérieur des habitudes de la personne : heure du réveil, de la douche, des repas, de l'élimination, etc. • Faire participer la personne aux soins (par exemple, utiliser des objets personnels).

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès des personnes présentant des comportements d'errance

FAVORISER DES ACTIVITÉS OCCUPATIONNEL LES

- Utiliser des barrières psychologiques dans la pièce où se déroulent les soins : fermer le rideau calmement pour conserver l'intimité, inviter la personne à fermer la porte de la pièce, etc.
- Entreprendre le 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.
- 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.
- Visite de bénévoles pour les activités.
- Faire chanter la personne, jouer à divers jeux.
- Favoriser les habiletés de la personne dans les activités.
- Utiliser la musicothérapie, la zoothérapie (selon tolérance).
- Favoriser les interactions sociales, même s'il y a présence de 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.

SOMMEIL ET 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.

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 (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 à l'unité et éviter le va-et-vient continu.
- Diffuser une musique douce.
- Assurer une luminosité reposante, des couleurs murales agréables à l'œil.
- Placer des tableaux reposants sur les murs.

**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, animaux en peluche, outils non dangereux, journaux).

**ACCOMPAGNEMENT
ET SURVEILLANCE
DES PERSONNES
ERRANTES**

- Améliorer et faciliter l'orientation de la personne : 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 soignants 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 institutionnelle (qui devrait être disponible dans tous les milieux) sur les actions à entreprendre dans cette situation. Lorsque l'épisode est passé, faire une évaluation des événements et apporter des correctifs.

**IMPLICATION DE
LA FAMILLE ET
LES PROCHES**

- Rassurer les membres des familles sur le comportement du parent. Leur décrire le milieu sécuritaire.
- Encourager la compréhension des problèmes par la famille ou les proches.
- 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 et, finalement, le ramener en douceur vers le milieu de vie.

INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE**ENVIRONNEMENT
ADÉQUAT**

- Offrir un environnement adéquat : aménagement des espaces de déambulation, personnel suffisant.
- Informer et former le personnel en plus d'offrir du soutien aux soignants.
- Disposer d'un programme de soins relié à cette problématique.
- Avoir une équipe dont le nombre d'intervenants (de soignants) est suffisant.
- Avoir une politique en cas de fugue d'une personne.

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque de chute en tenant compte des principaux facteurs de risque
HISTOIRE DE CHUTES ANTÉRIEURES	• Documenter soigneusement les chutes dès l'admission : moments, lieux et circonstances. • Identifier les facteurs « prédisposants » et précipitants associés à la chute. • Impliquer la famille pour mieux comprendre le contexte de la chute. • Utiliser des moyens pour diminuer les conséquences des chutes (ex. : protecteur de hanche, casque (si accepté), etc.) et les noter au plan d'intervention. • Maintenir l'indépendance fonctionnelle en maximisant la participation de la personne à ses soins. • Consulter en ergothérapie et en physiothérapie au besoin.
ADMISSION OU TRANSFERT RÉCENT	• Tenir compte des habitudes de vie antérieures (sommeil, alimentation, soins d'hygiène). • Développer une bonne orientation physique des lieux pour la personne hébergée ou hospitalisée et ses proches. • Bien indiquer les salles de bains et toilettes. • Utiliser la veilleuse dans la chambre. • Discuter des habitudes de vie de la personne et les intégrer dans le plan d'interventions.
DÉFICITS PERCEPTUELS ET COGNITIFS	• Évaluer la condition mentale de la personne. • Utiliser des aide-mémoire (par exemple, pour rappeler l'utilisation du déambulateur). • Communiquer dans un langage simple et direct. • Réorienter régulièrement les personnes désorientées (delirium). • Avoir des repères dans l'environnement : horloge, calendrier, objets significatifs, etc.

AIDE-MÉMOIRE

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

- 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 impacts des déficits.
- 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 par la personne.
- Évaluer les comportements perturbateurs (grille de comportement) afin de comprendre ce qui se passe et impliquer les intervenants dans les soins.

TÉMÉRITÉ

- Montrer à la personne à évaluer ses limites et à adapter ses comportements.
- Enseigner des modes de comportements sécuritaires.
- Utiliser les détecteurs de mouvements dans des endroits comme le lit ou la salle de bains.
- Utiliser l'aide-mémoire approprié (par exemple, celui du déambulateur).
- Établir un horaire pour répondre aux besoins de la personne (ex. : besoin d'éliminer, faim, soif, etc.).

AGITATION

- Faire une évaluation pour comprendre ce qui se passe (delirium, démence, dépression, infection, etc.).
- Corriger la ou les causes de l'agitation.
- Développer des stratégies pour diminuer les problèmes comportementaux.
- Mieux comprendre les raisons de l'agitation, le message de la personne.
- Diminuer les stress environnementaux.
- Utiliser de la musique dans la chambre.
- Intégrer les proches dans les activités ou la surveillance en période d'agitation.

AIDE-MÉMOIRE

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

- Encourager la personne à faire des siestes.
- Proposer des diversions (télévision, radio, jeux, etc.).
- Impliquer les membres de l'équipe interdisciplinaire.
- Utiliser un fauteuil roulant de type léger ayant un siège bas afin que la personne puisse se propulser facilement.

MÉDICAMENTS

- Évaluation du profil pharmacologique par le médecin, le pharmacien et l'infirmière.
- Questionner la pertinence de certains médicaments.
- Rechercher les effets indésirables possibles et les interactions médicamenteuses.

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

- Faire le dépistage de l'hypotension orthostatique.
- Enseigner les bonnes méthodes pour se lever du lit ou du fauteuil afin d'éviter les étourdissements.
- Réviser la médication.
- Accompagner la personne lors de la marche au besoin.
- S'assurer que la personne est bien hydratée.

PROBLÈME DE MOBILITÉ

- Encourager la marche.
- Faire marcher les personnes dans le corridor une ou deux fois par quart de travail (plan de marche).
- Consulter en physiothérapie et en ergothérapie 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 les programmes d'exercices pour augmenter la mobilité, l'équilibre, la tolérance (ex. : tai-chi, danse, programme de marche, etc.).

AIDE-MÉMOIRE

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

- 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 au transfert du lit.
- Utiliser le fauteuil roulant le plus bas pour réduire l'impact d'une chute.
- Utiliser un fauteuil d'aisance près du lit pour réduire la distance du déplacement la nuit.
- Encourager l'utilisation des auxiliaires à la marche, tels la canne ou le déambulateur, par toute l'équipe.
- Installer des barres d'appui (toilette, corridor).

TROUBLES D'ÉLIMINATION

- Évaluer les causes médicales (ex. une infection urinaire).
- Développer un plan d'interventions pour répondre aux besoins, surtout pour les personnes souffrant de démence ou ayant de la difficulté à communiquer leurs besoins.
- Offrir une assistance plus étroite aux personnes qui reçoivent des laxatifs ou des diurétiques.
- Répondre promptement à la demande d'aide (cloche d'appel).
- Utiliser des bandes adhésives antidérapantes près de la toilette.
- Utiliser les chaises d'aisance s'il y a une perte de mobilité.
- Utiliser des détecteurs de mouvement pour alerter les intervenants dans les cas où la personne est incapable d'utiliser la cloche d'appel.
- Ajuster l'environnement pour que la personne ait accès au papier hygiénique et aux autres objets utilitaires.
- S'assurer que la toilette ait des barres d'appui fixées au mur pour faciliter le transfert.
- Enseigner la nécessité de réduire l'ingestion de liquide en soirée et montrer à se lever avec prudence.
- Utiliser la culotte d'incontinence (type Pull-Up) pour préserver le plus possible l'autonomie.

AIDE-MÉMOIRE

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

TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS

- S'assurer d'une évaluation et d'un bon suivi médical pour ces problèmes.
- S'assurer que la personne porte toujours ses lunettes et que celles-ci soient propres.
- S'assurer que l'appareil auditif soit fonctionnel.
- Utiliser la lumière pour bien éclairer la chambre et la salle de bains, surtout la nuit.
- S'assurer que l'aménagement physique soit sécuritaire : réduire le nombre d'équipements et de meubles, éviter les encombrements et les planchers mouillés, etc.
- S'assurer que tous les objets utilitaires requis (mouchoir, cadran, cloche d'appel, etc.) soient à portée de main.
- Diminuer les stimuli de l'environnement (ex. : bruit excessif, forte luminosité, etc.).

FACTEURS EXTRINSÈQUES

- S'assurer que les souliers soient sécuritaires : talons bas, semelles antidérapantes, souliers bien ajustés et fermes.
- S'assurer que les pantalons soient bien tenus par un élastique ou une ceinture et de la bonne longueur.
- S'assurer que la culotte d'incontinence soit de la bonne taille pour éviter qu'elle ne tombe lors des déplacements.
- Utiliser et vérifier les aides techniques à la mobilité : déambulateur, 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 du sol.
- Utiliser les chaises berçantes qui se bloquent automatiquement au moment du lever de la personne.

AIDE-MÉMOIRE

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

- Utiliser des bandes antidérapantes sur les chaises afin d'éviter le glissement.
- Garder la main courante du corridor libre d'accès.
- Éviter les encombrements dans les chambres et les corridors.
- Porter une attention spéciale au plancher mouillé ou encombré d'objets.

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès de personnes en delirium ou à risque de delirium
ORIENTATION	INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA PERSONNE • 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. • Promouvoir une conversation portant sur l'orientation au moins une fois par jour (chez les patients avec un MMSE inférieur à 20, cette activité est augmentée à 3 fois par jour).
AUDITION OU VISION	• Promouvoir le port des lunettes (nettoyer ou réparer au besoin) et le port de l'appareil auditif. • Utiliser des aides visuelles (par exemple, une loupe). • Renforcer quotidiennement l'utilisation des supports visuels ou auditifs. • Utiliser des techniques de communication spéciales.
MOBILITÉ	• Promouvoir des activités physiques 3 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 contentions physiques. • Consulter en physiothérapie.
VOLUME HYDRIQUE	• Repérer les signes de déshydratation et instaurer une mesure adéquate des ingesta (ex. : encourager la prise de liquide oral).

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès de personnes en delirium ou à risque de delirium

SOMMEIL

- Administrer le protocole de sommeil non pharmacologique qui consiste en un breuvage chaud (lait, tisane), une musique de relaxation et un massage du dos.
- Coordonner les soins et la médication pour éviter d'interrompre les périodes de sommeil dans la nuit.
- Mettre en place des stratégies pour diminuer les bruits à l'unité dans la nuit.

MÉDICATION

- Réviser la médication au moment de l'admission : cesser les médicaments qui sont inutiles ou nuisibles et choisir judicieusement les nouveaux.
- Consulter un pharmacien.

SOINS MÉDICAUX

- Réduire au minimum les causes prévisibles.
- Assurer un suivi médical attentionné.
- Bien maîtriser la douleur.
- Prévenir les symptômes de sevrage.

INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT

STIMULATION

- Doser la stimulation : éviter la surstimulation environnementale (séjour prolongé à l'urgence, aux soins intensifs, à l'unité coronarienne) et la sous-stimulation (isolement).
- Avoir des repères dans l'environnement qui favorisent l'orientation : calendrier, horloge, photographie de personnes connues, objets familiers ou personnels.
- Favoriser un environnement calme avec une luminosité indirecte.
- Utiliser la veilleuse la nuit.
- Faire écouter de la musique significative pour le patient.

AIDE-MÉMOIRE		Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement auprès de personnes en delirium ou à risque de delirium
FAMILLE		• Encourager la présence de la famille au chevet. 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 stimulations cognitives et de mobilité, entre autres.
INTERVENANTS		• Encourager le personnel à être à l'écoute et à avoir une approche rassurante, calme et douce. • Aider la personne à reconnaître son anxiété, ses peurs. • Informer le patient et la famille sur le risque de delirium relié à l'état de santé et au nouvel environnement de soins. • Établir une routine de soins structurée. • Assurer la présence des mêmes intervenants au chevet.
ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES		• Encourager le patient 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). • Impliquer un spécialiste en thérapie récréative.
AUTRES CONSULTATIONS		• Consultation proactive en psychiatrie ou en gériatrie chez les patients présentant plusieurs facteurs de risque de delirium.

4.

AIDE-MÉMOIRE		Interventions/mesures de remplacement à la contention auprès de personnes présentant un risque d'interférence aux traitements/soins
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR LA PERSONNE		
SURVEILLANCE		• Garder la personne « à vue ». • Accroître les visites de surveillance (travail d'équipe). • Rapprocher la personne près du « poste des infirmières ».
COMMUNICATION		• Mettre les lunettes ou l'appareil auditif. • Parler souvent à la personne et la rassurer. • Écouter ses sentiments, ses craintes et ses préoccupations.
PRÉPARATION ET PARTICIPATIONS AUX SOINS		• Bien expliquer la procédure à la personne, à l'enfant et aux parents afin de diminuer leur anxiété. • Faire participer aux traitements/soins car cela procure un sentiment de contrôle sur la situation.
SOULAGEMENT DE LA DOULEUR ET CONFORT		• Évaluer et soulager la douleur et l'inconfort. • 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 confort. • Lubrifier les narines. • Positionner confortablement.
SATISFAIRE DES BESOINS RELIÉS AU MAINTIEN DE LA VIE		• Satisfaire les besoins de base (faim, soif, élimination, communication, etc.). • Respecter autant que possible les habitudes de sommeil (éviter de réveiller inutilement). • Concentrer les soins pour éviter de réveiller la personne la nuit.

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement à la contention auprès de personnes présentant un risque d'interférence aux traitements/soins

SOINS MÉDICAUX ET INFIRMIERS

- Vérifier l'adaptation des paramètres de ventilation aux besoins de la personne hospitalisée de façon systématique pour éviter les troubles de comportement dus à la mauvaise oxygénation.
- Évaluer les résultats de laboratoire (hypoxie, hyponatrémie, hypotension, changement métabolique, etc.).
- Vérifier s'il y a des signes d'infection : SV et changement de comportement comme de l'agitation.
- Allouer des périodes de repos entre les procédures (ex. le nourrisson épuisé peut développer hypothermie ou hypoxémie).
- Vérifier la médication, les interactions médicamenteuses.

SOINS DE PRÉVENTION

- Garder les tubulures hors de la vue de la personne. Limiter le nombre de tubulures (ex : sonde, tube naso-gastrique, soluté).
- Positionner et fixer adéquatement les sondes et les cathéters pour diminuer la gêne, l'inconfort ou la douleur.
- Vérifier l'absence d'occlusion de la sonde urinaire.
- Questionner la pertinence de maintenir le traitement sous sa forme actuelle – par exemple le substituer à un mode d'administration P.O. plutôt que I/V.

ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE

- Adopter une attitude calme et rassurante.
- Organiser des temps de présence des intervenants auprès de la personne.
- Faire en sorte que la personne connaisse les intervenants.

CAMOUFLAGE

- Appliquer un bandage de protection sur le bandage.
- Dissimuler les tubulures.
- Dissuader la personne en camouflant les équipements avec les draps ou les bandages.

AIDE-MÉMOIRE	Interventions/mesures de remplacement à la contention auprès de personnes présentant un risque d'interférence aux traitements/soins
DISTRACTION	• 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	• Encourager la présence de la famille/proche au chevet et d'élaborer une stratégie d'interventions adaptée.
FAMILLE / ENFANT	• Encourager la présence et la collaboration des parents. • Prendre l'enfant : « Kangourou care ». • Utiliser les informations des parents pour tenter de prévoir la réaction de l'enfant et d'élaborer une stratégie d'intervention adaptée.
INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT	
ADAPTATION DU MILIEU PHYSIQUE	• Diminuer les stimuli auditifs (cloche, sonnerie des équipements, voix forte, téléphone, etc.). • Avoir un éclairage suffisant. • Rendre disponible la cloche d'appel. • Rendre accessible verre, eau, lunettes etc.
AUTRES	• Réduire les équipements technologiques. • Questionner la pertinence de maintenir les équipements.

5.

AIDE-MÉMOIRE

Mesures de remplacement pour diminuer les comportements perturbateurs ou agressifs

INTERVENTIONS DE BASE AUPRÈS DE LA 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.
- Accorder de l'attention à la personne par le regard, le toucher, sa présence générale.
- Utiliser le toucher affectif 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 automatismes de la personne.

INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

Lors du bain :

- Si la personne refuse d'aller au bain, lui proposer cette activité plus tard.
- 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 bains.
- Préparer la salle de bains 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 intervenant effectue le soin sans parler et sans perdre de temps.
- Connaître les habitudes antérieures de la personne et tenter de les reproduire.

- Se centrer sur les réactions de la personne et être attentif aux plaintes (froid, peur, douleur).
- Diminuer les bruits et l'éclairage dans la salle de bains.
- Diminuer le temps où la personne est dévêtue.
- Laisser la personne porter une jaquette d'hôpital tout au long de la toilette partielle ou du bain (laver sous la jaquette).
- 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 2 petites minutes ».
- Récompenser la personne en lui offrant, à la fin du bain, une activité agréable (alternance : activité agréable, désagréable, agréable).
- Sécuriser la personne, surtout lors des transferts au levier (être 2 soignants).
- Utiliser la double assise plutôt que le bain si la personne présente trop d'agitation au bain.
- Éviter de faire fonctionner le tourbillon dans le bain.
- 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).

Lors d'une agression entre 2 personnes hébergées :

- 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 défaire la prise de la personne (par exemple, si elle retient le gilet d'un autre résident).
- 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.

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement pour les personnes présentant des comportements d'agressivité

ÉVALUATION DU POTENTIEL D'AGRESSIVITÉ ET RECHERCHE DES CAUSES ASSOCIÉES

IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE PRÉSENTÉS

Les antécédents d'agressivité ou de violence semblent être le meilleur élément prédictif d'une manifestation d'agressivité.

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

Dimension comportementale

- Expression faciale tendue et irritée;
- Augmentation ou prolongement de l'agitation psychomotrice ou, au contraire, arrêt soudain de l'activité psychomotrice;
- Augmentation du volume 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

Dimension physique

- Modification de paramètres physiologiques : augmentation de la fréquence 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 de l'affect;
- Euphorie excessive et inappropriée.

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement pour les personnes présentant des comportements d'agressivité

Dimension cognitive

- 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 clients pour les aider à mieux identifier 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;
- Prendre une marche.

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.).

ENSEIGNEMENT À LA CLIENTÈLE ET ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES

SURVEILLANCE ET ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

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

**TECHNIQUES ET
STRATÉGIES DE
BASE DE
DÉSESCALADE DE
L'AGRESSIVITÉ**

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

- Approcher le client avec précaution, c'est-à-dire en gardant une distance raisonnable pour respecter l'espace vital de la personne;
- Ne pas surprendre le client ou le faire sursauter lorsque l'on entre en relation avec lui (un client), c'est-à-dire établir d'abord un contact visuel puis verbal;
- Éviter de confronter ou de provoquer le client;
- Être conscient de ses expressions faciales et de sa posture en présence du client (ex. : éviter d'avoir les bras croisés);
- Être calme;
- Utiliser un langage et un ton de voix respectueux;
- Poser des questions ouvertes qui permettent au client de verbaliser ce qu'il ressent;
- Éviter de faire des promesses au client si on n'est pas certain de pouvoir les tenir;
- Enlever au client 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 au client;
- 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 l'on travaille sont disponibles et savent ce qui se passe;

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement pour les personnes présentant des comportements d'agressivité

- Parler calmement et clairement en utilisant des phrases courtes;
- Exprimer clairement au client ce qu'on attend de lui;
- **Reconnaître les émotions exprimées par le client;**
- Négocier tant qu'on le peut et toujours laisser un choix avantageux pour le client;
- Garder une distance psychologique, c'est-à-dire ne pas se sentir concerné par l'agressivité verbale et/ou physique exprimée par le client;
- **Connaître ses propres limites** afin de ne pas se mettre ou mettre ses collègues en danger indûment.

UTILISATION DE LA MÉDICATION PSYCHOTROPE

- Revoir le profil pharmacologique de la personne puisque la médication peut être offerte au client afin de l'aider à reprendre contrôle sur ses pulsions agressives.

INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ENVIRONNEMENT

L'environnement physique et thérapeutique doit être exempt d'objets pouvant représenter une arme potentielle, par exemple :

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET THÉRAPEUTIQUE SÉCURITAIRE

- 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**RETOUR
POSTÉVÉNEMENT**

Le retour post-événement est nécessaire pour toutes les situations amenant une escalade de l'agressivité, mais particulièrement pour celles ayant nécessité le recours à des mesures de contrôle.

Les buts du retour post-événement pour les intervenants sont de s'interroger sur :

- la qualité des soins donnés;
- la pertinence des interventions réalisées auprès de la clientèle.

**INTERVENTIONS CENTRÉES SUR L'ÉTABLISSEMENT ET LA STRUCTURE
ORGANISATIONNELLE****FORMATION SUR
LA GESTION DES
COMPOTEMENTS
D'AGRESSIVITÉ**

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

**QUALITÉ DES
SOINS ET
SERVICES**

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

- Les fenêtres et les portes sont sécuritaires et respectent les normes établies;
- Les chambres seules sont en nombre suffisant;
- Des chambres d'observation sont disponibles;
- Une réduction des stimuli excessifs (bruit, circulation, lumière intense) est préconisée.

AIDE-MÉMOIRE

Interventions/mesures de remplacement à la contention et à l'isolement pour les personnes présentant des comportements d'agressivité

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 :

- Le personnel est compétent et en nombre suffisant;
- La routine peut être adaptée aux besoins individualisés des personnes hébergées (et non l'inverse);
- Une politique claire sur la non-violence dans l'établissement est établie;
- Le fonctionnement de l'équipe et la communication entre ses membres sont efficaces;
- Le respect et la dignité des patients sont valorisés;
- Les activités thérapeutiques et récréatives sont suffisantes.

AIDE-MÉMOIRE

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION DE LA SITUATION

Repères	Les questions à se poser
OBSERVER LES COMPORTEMENTS	Comportement : Quels sont les comportements de la personne?
DÉCODER LES COMPORTEMENTS EN RECHERCHANT CE QUI LES CAUSE	LA PERSONNE État physique : Quelles sont les causes physiques pouvant expliquer les comportements observés? N.B. Ne pas oublier les médicaments. État psychologique : Quelles sont les causes psychologiques pouvant expliquer les comportements observés? L'AMÉNAGEMENT PHYSIQUE : Y a-t-il des éléments dans l'environnement qui peuvent susciter ou amplifier les comportements observés? L'ASPECT PSYCHOSOCIAL ET CULTUREL : Les croyances ou valeurs peuvent-elles expliquer certains des comportements observés chez la personne? L'ENVIRONNEMENT HUMAIN Intervenants : Y a-t-il des éléments dans la conduite des intervenants qui peuvent expliquer certains des comportements de la personne? Famille ou proches : Quelle est l'influence de la présence/absence de la famille ou des proches sur la personne?

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

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

ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Repères	Les questions à se poser
PLANIFIER LES INTERVENTIONS	Les buts : Quels sont les buts recherchés par les interventions? Les mesures de remplacement : Pour atteindre les buts visés, quelles seraient les meilleures mesures de remplacement possible? La personne et ses proches ont-ils été mis à contribution dans la planification des interventions? A-t-on leur accord?
PRIORISER LES INTERVENTIONS	Le plan d'interventions : Les actions à faire et les ordres de priorité. ACTIONS PRIORITAIRES : ACTIONS RAPPROCHÉES : ACTIONS À COURT TERME :

ÉTAPE 4 : COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTIONS

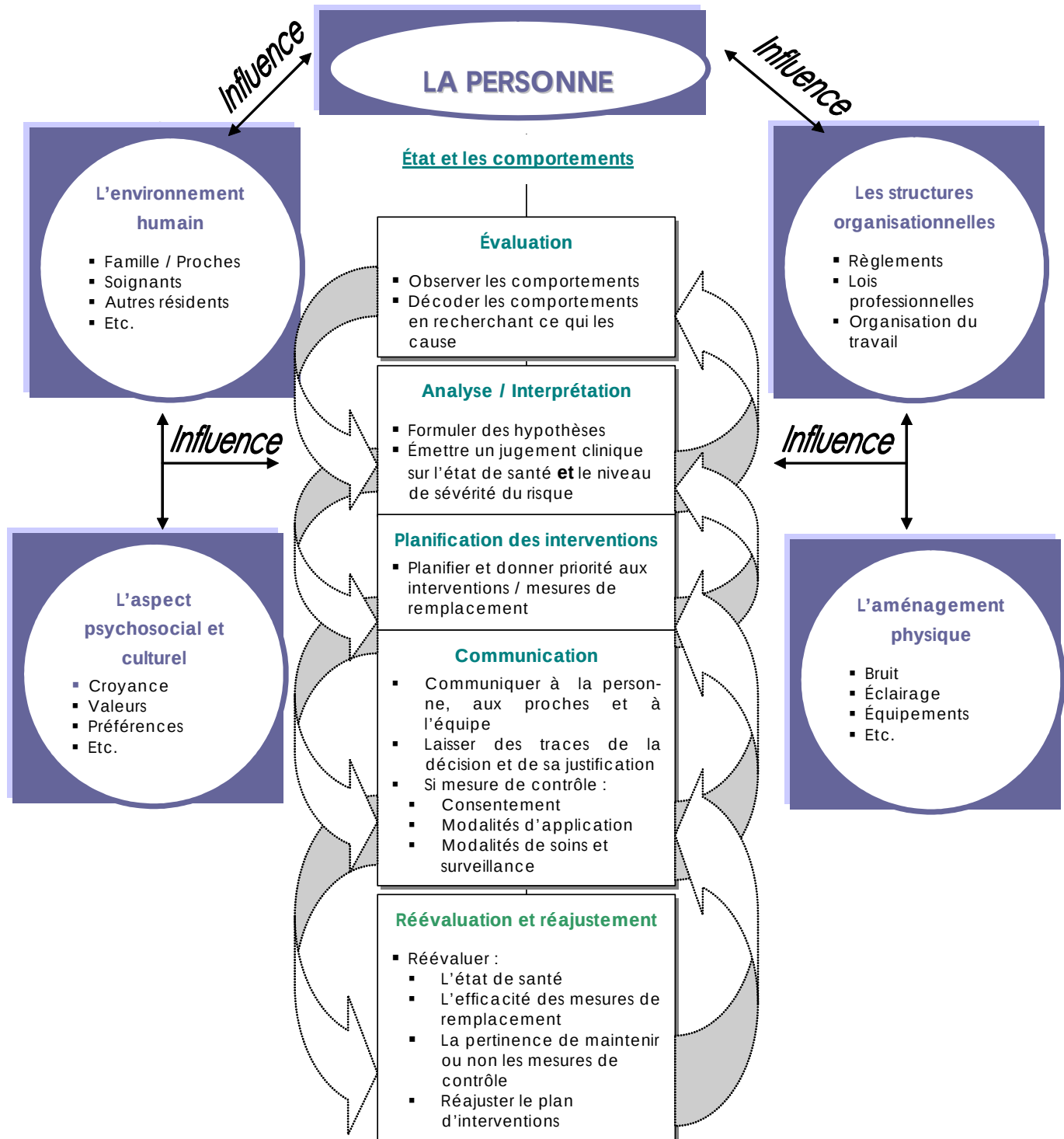
Repères	Les questions à se poser
COMMUNIQUER LE PLAN À LA PERSONNE, À SES PROCHES ET À L'ÉQUIPE	Communication : Qui doit connaître le plan d'interventions? Comment s'assurer que le plan d'interventions sera connu et appliqué par l'ensemble des intervenants (compte tenu de l'accès limité au dossier pour les non-professionnels, la personne et les proches)?
LAISSER DES TRACES DE LA DÉCISION ET DE SA JUSTIFICATION	TENUE DE DOSSIER : MESURES DE REMPLACEMENT : Le dossier doit contenir des traces claires du processus de décision. La décision doit être clairement énoncée et être suffisamment explicite pour en comprendre le bien-fondé (description des comportements et résultats de l'évaluation clinique, plan d'interventions individualisé et/ou ordonnance médicale, communication avec la personne, ses proches et l'équipe). MESURE DE CONTRÔLE : Si, en dernier recours, une mesure de contrôle est employée, le dossier doit alors contenir, en plus de l'information clinique : 1. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ 2. LES MODALITÉS D'APPLICATION RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE 3. LES MODALITÉS DE SOINS ET DE SURVEILLANCE RELIÉES À LA MESURE DE CONTRÔLE EMPLOYÉE

ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT

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

PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION

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





RÉFÉRENCES

Document du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec intitulé
« Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle », MSSS, 2005.

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