

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

SUJET : Utilisation de la contention physique

RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS

OBJET :

- Définir les conditions et modalités d'utilisation de la contention physique
- Assurer la sécurité et l'intégrité des patients sous contention

PRÉAMBULE :

Depuis la modification du code des professions, l'infirmière « peut décider de l'utilisation des mesures de contention » pour un patient sur la base de son jugement clinique. (Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec chapitre I-VIII, art. 36 point 14) Bien qu'il ne soit plus nécessaire d'obtenir une ordonnance individuelle pour appliquer la mesure de contention, une démarche interdisciplinaire est favorisée.

Dans la présente règle de soins, l'application des mesures de contentions fait référence à l'utilisation des contentions physiques telles que la ceinture de taille (Ségufix) et les contentions de membres (poignets et chevilles) disponibles à l'ICM. Il est toutefois important de rappeler que toute entrave à la liberté des patients telle que le fait de monter toutes les ridelles de lit ou de mettre une tablette fixe devant une chaise gériatrique pour empêcher le patient de circuler librement est en soi une mesure de contention qui nécessite des soins et une surveillance précisés dans le plan thérapeutique infirmier (PTI). Cependant, les ridelles du lit ou de la civière de l'urgence peuvent être montées à la demande du patient sans être considérées comme des contentions physiques selon les conditions de l'annexe 2 de la présente règle de soins infirmiers.

INDICATIONS:

La règle de soins s'applique aux infirmières de toutes les unités de soins qui décident d'utiliser des mesures de contention physique dans un contexte d'intervention planifiée ou non planifiée.

- *Intervention planifiée:* L'utilisation des contentions est prévue et le contexte d'utilisation est inscrit au PTI à la suite d'une discussion interdisciplinaire où le patient est impliqué.
- *Intervention non planifiée:* L'utilisation des contentions est requise en réponse à un comportement inhabituel et imprévisible (situation d'urgence), qui met en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

N.B. La candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ne peut pas décider d'appliquer une mesure de contention.

CONDITIONS D'APPLICATION:

- L'infirmière décide de l'utilisation de la contention, comme mesure minimale, exceptionnelle et limitée dans le temps, afin d'empêcher le patient de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.
- L'infirmière implique le patient ou son représentant légal (peut être un membre de son entourage ou la curatelle publique ou privée) dans le processus décisionnel menant à l'utilisation de la contention et obtient son consentement libre et éclairé. Les éléments d'un consentement éclairé sont spécifiés à l'annexe 1a.
- L'infirmière, dans un contexte d'intervention non planifiée, peut prendre la décision d'installer la contention sans avoir obtenu le consentement du patient ou de son représentant, pour le temps minimum requis. Le représentant légal du patient doit être avisé en personne ou par téléphone dès que la situation le permet et le formulaire de consentement doit être alors complété.
- L'infirmière utilise les mesures de contention conformément à cette règle et aux techniques de soins en vigueur.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE:

L'infirmière:

1. Procède à l'évaluation initiale de la situation de santé du patient afin de déterminer la nature du problème (agitation, agressivité, confusion, errance ou fugue), les facteurs étiologiques (déficit cognitif, troubles du sommeil ou d'élimination, douleur, infection, souffrance psychologique, dangerosité) et les besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux du patient.
2. Pose un jugement clinique sur l'état de santé du patient et sur la sévérité du problème.
3. Évalue l'efficacité des mesures de remplacement tentées (voir annexe 3).
4. Analyse les effets indésirables et les avantages pour le patient et pour autrui liés aux mesures de contentions choisies afin de pouvoir justifier leur utilisation si les mesures de remplacement n'ont pas fourni les résultats escomptés.
5. Obtient le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant, sauf en situation d'urgence (*Consentement à l'application de contention physique, #84-791-412*). Les éléments d'un consentement éclairé sont spécifiés à l'annexe 1a.
6. Consigne au dossier du patient lors de la mise en place de la contention :
 - Dans les notes infirmières : une description détaillée du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de la mesure de contention;
 - Dans le formulaire *grille de surveillance et soins du patient sous contention physique, #84-791-411*: le type de contention utilisé, les mesures de remplacement tentées et les paramètres de surveillance.
7. S'assure de la surveillance et des soins requis par l'état de santé du patient et complète la *grille de surveillance et de soins du patient sous contention physique #84-791-411* (La surveillance et les soins sont précisés à l'annexe 1b).
8. Réévalue minimalement à chaque deux heures, la pertinence de maintenir ou de cesser la contention et le note au dossier **NB**. Lorsqu'un PAB assure un service privé, ce dernier permet d'agir comme mesure de remplacement. Les contentions physiques ne devraient donc pas être appliquées dans ce contexte.
9. Avise le médecin traitant dans les 24 h suivant la mise en place de la contention.
10. Avise l'AIC et l'équipe de soins.

11. Implique le patient et sa famille dans l'élaboration du PTI et collabore au plan d'intervention interdisciplinaire.
12. Fait un suivi régulier (q 1 h) auprès du préposé au bénéficiaire qui procède à l'installation de la contention et prodigue les soins de confort requis.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS :

1. La règle de soins infirmiers et les techniques concernant l'utilisation des contentions sont à jour et accessibles sur toutes les unités de soins via les documents cliniques informatisés.
2. Des activités de mise à jour concernant l'utilisation des contentions sont offertes aux infirmières et aux préposés aux bénéficiaires.
3. Les patients sous contention sont placés dans une chambre à proximité du poste des infirmières lorsque possible.
4. L'équipement de contention est accessible, en quantité suffisante pour les besoins de chaque unité de soins, conforme aux normes et en bonne condition.

INDICATEURS DE RÉSULTATS :

- Le patient est exempt de préjudice causé par l'utilisation abusive ou inadéquate de la contention physique.
- Les contentions sont appliquées avec le consentement du patient ou de son représentant (taux de conformité: 100%).

APPROUVÉ PAR :

Direction des soins infirmiers : 12 mars 2009

CII : 29 avril 2009

En vigueur le :

1 mai 2009

Date de révision : août 2003, octobre 2007, mars 2009, février 2016

ANNEXE 1

ANNEXE 1a

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Explications à donner au patient ou à sa famille :

1. Expliquer la raison nécessitant la mise en place d'une mesure de contention physique
2. Expliquer les mesures de remplacements qui ont été tentées et qui n'ont pas apportées les résultats souhaités
3. Préciser le type de contention(s) utilisée(s)
4. Expliquer les avantages et les inconvénients
5. Expliquer les conséquences possibles d'un refus de la mise sous contention
6. Préciser la durée potentielle de la mise en place de la mesure de contention
7. Expliquer les soins et la surveillance reliés à la mise sous contention
8. Présenter et faire signer le formulaire de consentement (84-791-412)

ANNEXE 1b

SURVEILLANCE ET SOINS

«La personne mise sous contention doit recevoir l'assistance nécessaire pour les besoins essentiels à la vie comme l'hydratation, la nutrition, le besoin d'éliminer, les soins de la peau et de la bouche. Elle doit aussi être libérée de ses contentions régulièrement afin de pouvoir bouger et se mobiliser.» (MSSS (2006), Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. Module Soins et surveillance, p.14)

Lors de la mise en place de la mesure de contention, l'infirmière fait une évaluation clinique, soit les signes vitaux, l'état mental et l'intégrité physique. Durant l'heure suivante, elle surveille l'état mental et l'intégrité physique q 15 min.

1. SURVEILLANCE

- **État de la contention q 2 h** ; contentions installées selon les normes du fabricant (*voir technique de soins*)
 - Les contentions sont fixées à la structure de la base du lit et non aux ridelles
 - Le matériel utilisé est intact
 - Le dispositif peut être retiré rapidement en cas d'urgence
 - Après le retrait des contentions, le matériel utilisé est examiné pour s'assurer qu'il est en bon état avant d'être envoyé à la désinfection ou jeté s'il est à usage unique
 - Les contentions ne nuisent pas à la circulation et à la respiration du patient
- **Intégrité physique q 2 h** : évaluation de la peau et de téguments ; couleur, chaleur, sensibilité, œdème, abrasion, remplissage capillaire
- **Signes vitaux q 1 à 4 h**, selon l'état du patient
- **État mental q 1 h** ;
 - Manifestations comportementales
 - État de conscience

2. SOINS

1. **Hydrater** : si l'état clinique du patient le permet, offrir de l'eau ou des glaçons q. h.
2. **Mobiliser** : changer la position du patient toutes les 2 h pour éviter la formation de plaies de pression et s'assurer qu'il est confortable dans son lit. Protéger au besoin les membres qui sont exposés à de la friction excessive (talons, coudes, etc.)
3. **Retirer la contention q 2 h** : si l'état du patient le permet, retirer la contention pour 5 min. à chaque membre afin de favoriser la circulation et permettre l'évaluation de l'intégrité physique.
4. **Évaluer la diminution ou le retrait de la mesure q 2 h** : vérifier si l'état du patient permet de cesser la mesure de contention physique. La réévaluation du retrait de la contention doit demeurer une préoccupation constante de l'infirmière afin de réduire au minimum la durée de mise sous contention.
5. **Rassurer et orienter** régulièrement le patient dans les 3 sphères. Demeurer à son écoute. Impliquer les proches dans les interventions et les informer de l'évolution de la situation.

ANNEXE 2

Utilisation des ridelles

PRÉAMBULE : *Remonter toutes les ridelles d'un lit ou d'une civière est normalement considéré comme une mesure de contention et la surveillance prévue dans l'actuelle règle de soins infirmiers doit s'appliquer. Cependant, lorsque les ridelles d'un patient sont remontées à sa demande, ces dernières n'ont pas à être considérées comme une mesure de contention physique si toutes les conditions suivantes sont respectées.*

CONDITION D'APPLICATION :

Le patient :

- Demande explicitement que toutes les ridelles de son lit ou de sa civière soient remontées
- Est apte à donner son consentement libre et éclairé (selon l'annexe 1 de la présente règle). Dans le cas d'un doute sur l'aptitude à consentir du patient, l'infirmière doit valider avec le médecin.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE :

L'infirmière :

1. Procède à l'évaluation clinique du patient
2. Explique les risques potentiels inhérents au fait d'avoir toutes les ridelles montées
3. Inscrit dans ses notes d'observation son évaluation du patient, son enseignement quant aux risques possibles et le fait qu'elle a obtenu son consentement verbal
4. S'assure que le lit ou la civière dont toutes les ridelles sont montées soit au plus bas
5. S'assure que le patient a sa cloche d'appelle à sa portée et sait comment l'utiliser
6. S'assure qu'une tournée auprès du patient qui ne peut sortir de manière autonome de son lit soit faite minimalement à chaque heure.

AIDE-MÉMOIRE



*MESURES DE REMPLACEMENT
DE LA CONTENTION
ET DE L'ISOLEMENT*

Remerciements

La Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier Madame Odette Roy, infirmière, MAP, PhD, adjointe à la direction des soins infirmiers (volet clinique et recherche) à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et son équipe pour la réalisation de l'aide mémoire des mesures de remplacement de la contention et de l'isolement.

Des remerciements sont également adressés à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pour sa collaboration dans l'élaboration de ce document. Cet aide-mémoire a été élaboré à partir du Programme de formation « 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 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 :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou 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, 2008

Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-51908-9 (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.

Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes en, ou à risque de delirium

Tiré de Loiselle, H., Roy, O. (2006). Module problématique clinique : Le delirium. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS.

Interventions centrées sur la personne

Orientation

- 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

- Promouvoir le port de lunettes et de l'appareil auditif.
- Utiliser des aides visuelles (ex. : une loupe).
- Utiliser des techniques de communication.

Mobilité

- Promouvoir des activités physiques 3 fois par jour.
- Favoriser la marche.
- Minimiser les éléments limitant la mobilisation (ex. : sonde urinaire, soluté).
- Limiter le nombre de tubulures (ex. : sonde, tube nasogastrique, soluté).
- Consulter en physiothérapie au besoin.

Volume hydrique

- Repérer les signes de déshydratation et instaurer une mesure adéquate des ingesta (ex. : encourager la prise de liquide oral).

Sommeil

- Administrer le protocole de sommeil non pharmacologique (breuvage chaud : lait, tisane), musique de relaxation et massage.
- Coordonner les soins et la médication pour éviter d'interrompre le sommeil 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

- Surveiller les S.V.
- Surveiller les résultats de laboratoire.
- 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 et la sous-stimulation.
- Avoir des repères 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 la personne.

Famille

- Encourager la présence de la famille au chevet. Inviter les proches à se répartir les visites entre eux.
- Faire participer les proches aux diverses activités préventives d'orientation, de stimulations cognitives et de mobilité.

Intervenants

- Être à l'écoute et avoir une approche rassurante, calme et douce.
- L'aider à reconnaître son anxiété, ses peurs.
- L'informer et ainsi que 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

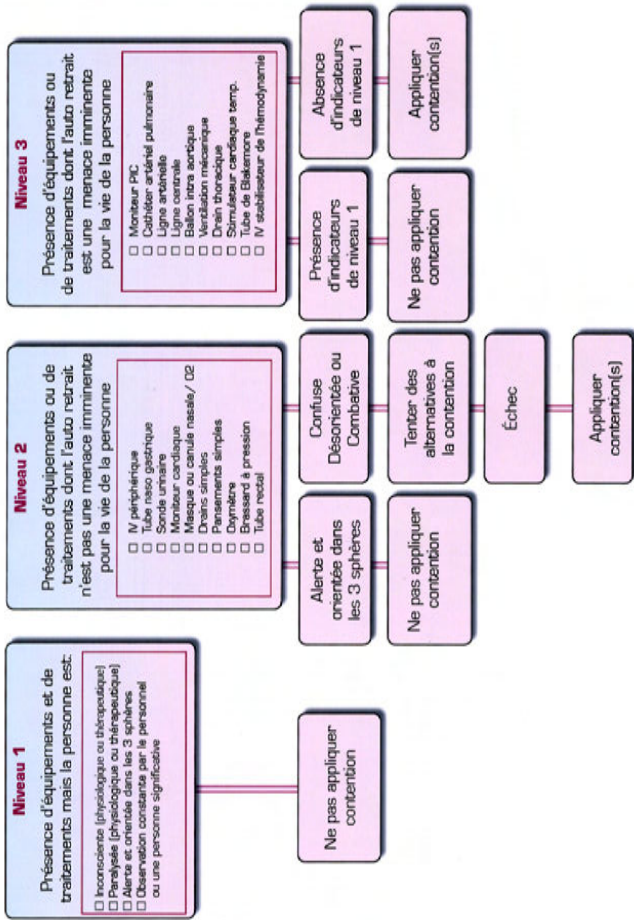
- L'encourager à participer à des activités de stimulation cognitive trois fois par jour (ex. : discussion des évènements de l'actualité).

Autres consultations

- Consultation proactive en psychiatrie ou en gériatrie chez les personnes présentant plusieurs facteurs de risque de delirium.

Évaluation de la pertinence de l'utilisation de la contention physique chez la personne hospitalisée en soins intensifs

Traduction libre et adaptation de Vence (2003) par LSTP dans MSSS (2006)



Mesures de remplacement à la contention lors d'Interférence aux traitements

Tiré de : St-Pierre, L., Plante, S., Carrier, C. (2006). Module problématique clinique : Interférence aux traitements incommodants. Dans Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS

Interventions centrées sur la personne

Surveillance

- Garder le patient continuellement à vue.
- Voir souvent le patient (travail d'équipe).

Communication

- Parler souvent au patient.
- Écouter ses sentiments, ses craintes et préoccupations.

Préparation aux soins

- Bien expliquer la procédure au patient, à l'enfant et aux parents afin de diminuer leur anxiété.

Participation aux soins

- Faire participer aux soins demeure une intervention aidante tant chez l'adulte que l'enfant et ses parents; cela leur procure un sentiment de contrôle sur la situation.

Douleur

- Évaluer et soulager la douleur et l'inconfort.
- S'interroger sur la pertinence des actes répétitifs douloureux.
- Donner un analgésique avant un soin douloureux.

Confort

- Positionner confortablement.

Besoins

- Être à l'écoute et répondre aux besoins de base (chaud, froid, faim, etc.) avant d'effectuer un acte douloureux.

Sommeil

- Respecter autant que possible la routine de la personne.

Audition ou vision

- Mettre les lunettes ou l'appareil auditif.

Soins médicaux

- Vérification de l'adaptation des paramètres de ventilation aux besoins du patient 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.).
- Évaluer si signes d'infection (changement de comportement).
- Vérifier la médication, les interactions médicamenteuses.

Soins infirmiers

- Concentrer les soins pour éviter de réveiller le patient la nuit ou de modifier les AVQ.
- Allouer des périodes de repos entre les procédures (ex. : le nourrisson épuisé peut développer hypothermie ou hypoxémie).

Soins de prévention

- Garder les tubulures hors de la vue du patient.
- 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.

Soins de confort / Oxygénothérapie

- Placer un bandage sur le nez, sous le masque à oxygène pour augmenter le confort.
- Lubrifier les narines.

Camouflage

- Appliquer un bandage de protection sur le pansement.
- Dissuader le patient en camouflant les équipements avec les draps ou des pansements.

Distraction

- Imagerie mentale, relaxation.
- Garder le patient occupé en lui donnant quelque chose à faire.

Famille

- Encourager la famille à surveiller le patient.

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.

Interventions centrées sur l'environnement

Milieu physique

- Rendre disponible la cloche d'appel.
- Rendre accessible verre, eau, lunettes, etc.
- Réduire le bruit et autres stimuli.
- Avoir un éclairage suffisant.

Intervenants

- Maintenir une bonne communication.
- Permettre à la personne de faire des choix.

Autres

- Réduire les équipements technologiques.

Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque de chute

Tiré de Roy, O., Mauro, S., Garon, S. (2006). *Module problématique clinique : Risque de chute. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS*

Interventions centrées sur la personne

Histoire de chutes antérieures

- Questionner si chute récente (+< 6 mois).
- Documenter les chutes : moments, lieux et circonstances.
- Identifier les facteurs prédisposants et précipitants associés.
- Impliquer la famille pour comprendre la chute.

Admission ou transfert récent

- Tenir compte des habitudes de vie antérieures (sommeil, alimentation, soins d'hygiène).
- Développer une bonne orientation physique des lieux.
- Bien indiquer les toilettes.
- Utiliser la veilleuse dans la chambre.

Déficits perceptuels et cognitifs

- Évaluer la condition mentale.
- Utiliser des aide-mémoire (ex. : pour rappeler l'utilisation du déambulateur).
- Communiquer dans un langage simple.
- Réorienter régulièrement les personnes désorientées (delirium).
- Avoir des repères dans l'environnement : horloge, calendrier, objets significatifs, etc.
- Adapter l'environnement pour diminuer les stimuli.
- Évaluer les comportements difficiles avec la grille de comportement.

Témérité

- Montrer à la personne à évaluer ses limites et à adapter ses comportements.
- Enseigner des comportements sécuritaires.
- Utiliser les détecteurs de mouvements.
- 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, etc.).
- Mieux comprendre les raisons de l'agitation «le message derrière le comportement».
- Corriger la ou les causes de l'agitation.
- Intégrer les proches dans les activités et la surveillance.
- Encourager la personne à faire des siestes.
- Proposer des diversions (télévision, radio, jeux, etc.).

Médicaments

- Évaluer le profil pharmacologique.
- Questionner la pertinence de certains médicaments.
- Rechercher les effets indésirables possibles et les interactions médicamenteuses.

Hypotension orthostatique

- Dépister l'hypotension orthostatique.
- Enseigner les méthodes pour se lever du lit ou du fauteuil.
- Réviser la médication.
- S'assurer que la personne est bien hydratée.

Problème de mobilité

- Faire marcher une ou deux fois par quart de travail (plan de marche).
- Utiliser des moyens pour diminuer les conséquences des chutes (ex. : protecteur de hanche, détecteur de mouvements, tapis de chute, etc.).
- Encourager les programmes d'exercices pour augmenter la mobilité, l'équilibre, la tolérance, (ex. : tai-chi, danse, programme de marche).
- Maintenir le lit dans la position la plus basse possible.
- Utiliser des demi-ridelles pour aider au transfert du lit.
- Encourager l'utilisation d'auxiliaires à la marche.
- Installer des barres d'appui (toilette, corridor).
- Consulter en physiothérapie et en ergothérapie au besoin.

Troubles d'élimination

- Évaluer les causes médicales (ex. : une infection urinaire).
- 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.

Troubles auditifs et visuels

- S'assurer du port des lunettes et de l'appareil auditif.
- Bien éclairer la chambre et la salle de toilette.
- S'assurer que tous les objets utilitaires soient à portée de main.
- Diminuer les stimuli (bruit, luminosité).

Facteurs extrinsèques

- Éviter les encombrements dans les chambres et les corridors.
- Garder la main courante du corridor libre d'accès.
- Porter une attention spéciale au plancher mouillé ou encombré d'objets.
- S'assurer que les souliers soient sécuritaires : talons bas, semelles anti-dérapantes, souliers bien ajustés et fermes.
- S'assurer de pantalons bien tenus (élastique ou ceinture) et de longueur adéquate.
- S'assurer que la culotte d'incontinence soit de la bonne taille.
- S'assurer d'une bonne hauteur de lit et des chaises.
- S'assurer de freins au fauteuil enclenchés et fonctionnels.
- Utiliser des bandes antidérapantes sur les chaises.
- Rendre accessible verre, eau, lunettes, etc.
- Réduire le bruit et autres stimuli.
- Avoir un éclairage suffisant.

Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes présentant des comportements agressifs

Tiré de Sarrazin, C., Fréchette, M. (2006). Module problématique clinique : Agressivité.

Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS .

Évaluation du potentiel d'agressivité des causes associées

Identification des signes précurseurs

Dimension comportementale : observer les signes et symptômes

- Expression faciale tendue et irritée ou prolongement.
- ↑ ou arrêt soudain de l'agitation psychomotrice.
- ↑ 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 lors d'un épisode précédent d'agressivité.

Dimension physique : observer les signes et symptômes

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

Dimension émotionnelle : observer les signes et symptômes

- Sentiments exprimés : colère, hostilité, anxiété extrême ou irritabilité,
- Humeur la bile,
- Euphorie excessive et inappropriée.

Dimension cognitive : observer les signes et symptômes

- Processus de la pensée peu clair,
- Hallucination ou illusion avec contenu violent,
- Confusion, désorientation ou altération de la mémoire.

Interventions centrées sur la personne

Enseignement à la clientèle et activités thérapeutiques

Activités physiques

- Faire des exercices physiques (ex. : marche) et de respiration.

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, les stimulations (lumière, bruits), sortir à l'extérieur.

Activités spirituelles

- Faire de la méditation, prier.

Surveillance et alliance thérapeutique

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

Technique et stratégies de base de désescalade de l'agressivité

- Approcher la personne avec précaution, i.e. en gardant une distance raisonnable pour respecter son espace vital.
- Ne pas surprendre la personne ou la faire sursauter lorsque l'on entre en relation avec elle, établir d'abord un contact visuel puis verbal.
- Éviter de confronter ou de provoquer la personne.
- Être conscient de ses expressions faciales et de sa posture en présence de la personne.
- Être calme et 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.
- Connaître l'emplacement des portes de sortie si besoin d'un départ rapide.
- Éviter d'adopter des positions vulnérables, être affirmatif sans être autoritaire.
- Utiliser la distraction (voir la section sur l'enseignement et les activités thérapeutiques).

Stratégies pour 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 de l'équipe 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.
- Négocier autant que possible et toujours laisser un choix avantageux à la personne.
- Garder une distance psychologique.
- 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.

Interventions centrées sur l'environnement

Environnement physique et thérapeutique sécuritaire

- S'assurer que l'environnement physique et thérapeutique est exempt d'objets pouvant représenter une arme potentielle, ex. : objets coupants (canif, coupe-papier, couteau, verre), 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 post-événement

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

Interventions centrées sur l'établissement et la structure organisationnelle

Qualité des soins et des services

- Rendre les milieux de soins les plus sécuritaires possibles et les mieux adaptés aux besoins de leurs clientèles : les fenêtres et les portes, les chambres privées, les chambres d'observation et une réduction des stimuli excessifs.

Investissement dans l'aménagement du milieu physique et thérapeutique

- Développement et maintien d'un climat respectueux et paisible.

Mesures de remplacement pour diminuer les comportements perturbateurs

Tiré de Bourque, M. (2006). Module problématique clinique : Comportements perturbateurs. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS.

Relation avec la personne

- Établir le contact avec la personne par le regard, la voix ou le toucher.
- Aborder la personne avec un visage souriant et détendu.
- 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).
- Être créatif et tenter de reproduire les habitudes de vie et automatismes de la personne.

Communication

- Commencer la conversation en nommant la personne par son nom et en s'identifiant.
- Utiliser un ton de voix plus doux et rassurant.
- 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 1^{ère} 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.
- Décoder les besoins de base exprimés à travers les comportements et réactions de la personne.

Lors des soins d'hygiène

- 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.
- Éviter de parler à la personne du bain, mais la conduire tranquillement à la salle.
- Préparer la salle de bain à l'avance (accessoires de toilette, vêtements, etc.).
- Utiliser la diversion à deux intervenants. Un premier intervenant capte le regard de la personne et lui parle de souvenirs significatifs. L'autre intervenant effectue le soin sans parler et sans perdre de temps.
- Connaître ses habitudes antérieures et tenter de les reproduire.
- Se centrer sur ses réactions et être attentif aux plaintes.
- Diminuer les bruits et l'éclairage dans la salle de bain.
- Diminuer le temps où elle est dévêtue.
- La laisser 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).
- La récompenser en lui offrant, à la fin du bain, une activité agréable.
- La sécuriser, surtout lors des transferts au levier (être 2 soignants).
- Utiliser la douche assise plutôt que le bain si elle présente trop d'agitation.
- Éviter de faire fonctionner le tourbillon dans le bain.
- Terminer le bain par le lavage de la tête.

Lors d'une agression entre deux 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 prenant conscience de ses propres émotions et réactions.
- Diminuer les stimuli (volume TV ou radio, luminosité).
- Éloigner les autres résidants de la situation conflictuelle.
- Planifier l'intervention : un intervenant parle à la personne tandis que l'autre essaie de défaire la prise (ex. : retient le gilet d'un autre résidant).
- Utiliser la diversion (tenter de lui changer les idées).
- Laisser une distance de 20 à 75 cm (respect de l'espace vital pour ne pas être frappé).
- Éviter de lui tourner le dos.
- L'approcher à un angle de 45 degrés du côté faible ou non dominant.
- La faire marcher, si possible vers un endroit calme.

Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque d'errance

Tiré de Soucy, O. (2006). Module problématique clinique : Errance. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS

Interventions centrées sur la personne

Connaissance du vécu antérieur de la personne

- Connaître son parcours de vie, faire l'analyse fonctionnelle du comportement et identifier les causes.

Initiation d'un itinéraire de marche

- À l'unité, enseigner un itinéraire de marche.
- Lui procurer de bons souliers de marche accessibles en tout temps.

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 son rythme.
- Être un point de repère pour elle.

Participation aux soins

- Au moment des soins, tenter de respecter son horaire de vie antérieur.
- La faire participer à ses soins (en utilisant des objets personnels).
- 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.

Activités occupationnelles

- Entreprendre le bricolage, le pliage de linge ou d'autres petits travaux connus et aimés.
- Planifier et superviser des exercices ou des marches régulières, la faire chanter, jouer à divers jeux.
- Planifier des activités structurées à l'intérieur et à l'extérieur.
- 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 (ex. : prière, chant).

Sommeil et errance nocturne

- Établir un horaire régulier pour l'heure du coucher (routine).
- Favoriser une bonne hygiène de sommeil, en évitant les stimulants.
- Éliminer ou limiter les siestes durant la journée.

Interventions centrées sur l'environnement

Environnement physique sécuritaire

- Rendre le milieu sécuritaire : portes et fenêtres, planchers non glissants
- Solidifier les barres d'appui.
- Installer des barrières psychologiques sur les portes d'urgence et autres lieux dangereux.
- Utiliser un système électronique sur les portes de sortie et ascenseur.

Milieu calme

- Réduire les stimuli visuels ou auditifs inutiles.
- Garder une atmosphère calme à l'unité 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 sans obstacle à l'intérieur et à l'extérieur.
- Bien identifier la chambre à son nom avec, si possible, sa photo ou toute autre indication connue d'elle.
- Fournir et respecter l'espace personnel (sa chambre), la laisser agir sur son environnement.

Accompagnement et surveillance des personnes errantes

- 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 avec un système électronique.
- En cas de fugue : mobiliser toutes les ressources du milieu. Pour la recherche utiliser surtout les personnes les plus significatives pour elle. Suivre la politique institutionnelle (code jaune). Après l'épisode, évaluer les 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 pour lui.
- Inciter les proches à promener leur parent.
- Enseigner 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 les proches.

Santé
et Services sociaux

Québec

