

LES MESURES DE CONTRÔLE EN SOUTIEN À DOMICILE : LES ALTERNATIVES ET L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE DES CONTENTIONS

Équipe de consultation sur les aides techniques

O'Dowd N., erg., Centre de Réadaptation InterVal

Girard V., erg., Centre de Santé Cloutier-Durivage

Damecour G., erg., Société d'habitation du Québec

Brochu S., erg., CLSC La Source

Boiteau Leclerc N., erg., Institut en déficience physique de Québec

De Serres L., erg., Institut de réadaptation de Montréal

Filion M.J., erg., CLSC Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est

Leclerc S., erg., Centre de réadaptation Estrie

Labrie M., erg., CLSC Suzor Côté

Boisvert-Lajoie L., erg., Centre de Réadaptation InterVal

Baribeau C., erg., CLSC St-Hubert

Delma Y., erg., Agence de SSS Montréal-Métropolitain

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Le contexte.....	1
3. Les définitions.....	2
4. Philosophie d'intervention, principes directeurs et aspects légaux	3
5. Problèmes en lien avec l'utilisation des contentions.....	6
Incapacités reliées au comportement.....	7
Incapacités reliées à la locomotion.....	7
Incapacités reliées aux restrictions dans les déplacements	8
Incapacités reliées à l'utilisation du corps pour certaines tâches	8
Incapacités reliées à la nutrition et aux autres soins corporels.....	8
6. Arbre décisionnel	9
7. Les contentions physiques : impacts positifs et négatifs	11
Sur le plan physique.....	12
Sur le plan cognitif	13
Sur les plans psychologique et émotionnel	13
Sur le plan fonctionnel (lorsqu'il y a diminution de la capacité de la personne de participer aux avq) ..	14
Pour l'environnement humain (la famille et l'entourage).....	14
8. Les alternatives aux contentions.....	15
9. Les alternatives à la contention liées à la personne.....	17
10. Les alternatives à la contention liées à l'organisation des soins.....	18
11. Les alternatives à la contention liées aux équipements et à l'environnement physique.....	18
12. Les alternatives de nature architecturale.....	19
13. Les alternatives de nature psycho-sociale, récréative ou occupationnelle.....	20
14. Autres alternatives.....	21
15. Le rôle de l'ergothérapeute dans la recommandation des mesures de contrôle.....	21
16. Éléments à inscrire au dossier.....	23
17. Éléments d'une grille décisionnelle d'analyse sur les mesures de contrôle.....	23
18. Conclusion	24
19. Bibliographie	26
20. Références bibliographiques sur les contentions - section documentation et sites web	28
Annexe 1 : philosophie d'intervention.....	29
Annexe 2 : principes directeurs.....	30
Annexe 3 : les contentions physiques.....	31
Annexe 4 : alternatives aux côtés de lit utilisés comme contentions	33
Annexe 5 : autres alternatives aux contentions	36
Annexe 6 : équipements alternatifs.....	38
Remerciements	39
Tableau 1 : processus décisionnel : mesures de contrôles	10
Tableau 2 : impacts positifs et négatifs de l'utilisation des mesures des contentions	12

1. INTRODUCTION

Le gouvernement du Québec via le Ministère de la Santé et des Services sociaux a produit deux documents portant sur la contention, l'isolement et les substances chimiques. L'un concerne les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle¹ et l'autre concerne le plan d'action². Toutefois, ces documents ont été écrits pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux tout comme la majorité des informations et textes portants sur le sujet.

La littérature est plutôt silencieuse sur le sujet des mesures de contrôle appliquées en contexte de soutien à domicile. Pourtant, de plus en plus de personnes confuses, agressives, agitées et présentant des problèmes cognitifs et de jugement vivent à domicile. L'équipe interdisciplinaire et la personne aidante doivent exceptionnellement utiliser des mesures de contention à domicile dans un contexte de risques imminents et lorsque les mesures alternatives n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Depuis l'adoption de la Loi 90, les ergothérapeutes sont une des catégories de professionnels visés pour la recommandation de l'application de mesures de contention, mais très peu de cadres de référence se situent dans un contexte de soutien à domicile. L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) recommande de suivre les lignes directrices des milieux institutionnels pour l'instant. L'équipe de consultation sur les aides techniques (ÉCAT) a constaté que l'utilisation de contentions à domicile comporte des éléments contextuels différents de ceux en établissement et vous propose une réflexion issue de différentes sources bibliographiques et d'échanges cliniques sur le sujet.

2. LE CONTEXTE

En établissement de santé, la contention ne doit pas suppléer à une pénurie de personnel. Qu'en est-il dans le milieu familial lorsqu'une personne aidante doit assurer seule les soins et la sécurité d'un individu présentant une déficience, et ce, 24 heures par jour en plus d'assurer la réalisation des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique pour cette personne et elle-même? L'ergothérapeute, la personne aidante et les autres intervenants doivent réfléchir aux mesures alternatives possibles et, si elles sont inefficaces, se questionner sur la pertinence d'utiliser des mesures de contrôle le moins contraignant possible à certaines périodes de la journée ou en certaines circonstances.

À partir de la littérature existante et de l'expérience clinique des membres, ce document vise à offrir une réflexion et un cadre de référence sur le sujet aux professionnels et particulièrement aux ergothérapeutes qui devront composer avec la problématique des mesures de contrôle en soutien à domicile.

Plus spécifiquement, le but du présent document est de :

¹ Gouvernement du Québec, "Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques", Gouvernement du Québec, 2002, 27 p.

² Gouvernement du Québec, "Le plan d'action des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques", Gouvernement du Québec, 2002, 19 p.

- ❖ Définir les types de contentions;
 - ❖ Préciser la philosophie d'intervention en regard des recommandations des contentions en soutien à domicile;
 - ❖ Identifier les incapacités justifiant l'utilisation de contentions;
 - ❖ Proposer un arbre décisionnel;
 - ❖ Décrire les impacts positifs et négatifs des contentions physiques;
 - ❖ Énumérer et commenter les impacts de mesures alternatives;
 - ❖ Décrire le rôle de l'ergothérapeute;
-
- ❖ Énumérer les éléments à noter au dossier;
 - ❖ Proposer des éléments d'une grille d'analyse.

3. LES DÉFINITIONS

Selon les "Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle", l'article 118.1 de la Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (LSSSS) définit les mesures de contrôle de la manière suivante :

"La contention est une 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.

L'isolement est une mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

Les substances chimiques sont une mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament."³

La Loi sur les Services de Santé et les Services sociaux (LSSSS) s'applique spécifiquement dans les établissements de santé. Nous nous inspirons de celle-ci dans l'élaboration du présent document pour la réflexion sur l'utilisation à domicile des mesures de contrôle et d'alternatives.

Pour l'objet de ce document, nous retiendrons particulièrement la contention physique et les alternatives à celle-ci.

Selon le dictionnaire Larousse :

"Une contention est un appareil ou un procédé destiné à immobiliser un animal ou une partie du corps humain dans un but thérapeutique."⁴

³ Ibid 1, p. 14

⁴ "Petit Larousse en couleurs", Librairie Larousse, 1990, 1720 p.

Dans l'imagerie populaire, le mot "contention" réfère à des équipements ou appareils qui sont attachés ou adjacents au corps d'une personne et limitent les mouvements de cette personne. Ils sont généralement installés et enlevés par un tiers. Ils ne peuvent pas être enlevés facilement par l'utilisateur et parfois lui imposent une position donnée.

Par opposition aux contentions dites physiques (courroies, camisoles), les alternatives aux contentions (ex. : bracelet d'alarme) encadrent l'environnement d'une personne sans que cette dernière soit limitée dans la mobilité de son corps ou d'une partie de son corps.

Dans ce sens, la définition du dictionnaire est proche de la conception populaire qu'ont les gens sur les contentions. Les mesures dites alternatives, c'est-à-dire non adjacentes au corps ou celles qui délimitent une aire de déplacement, ne sont pas à proprement parler des contentions, mais des "alternatives aux contentions". Les alternatives aux contentions sont plutôt des stratégies d'intervention. Elles peuvent être orientées sur la personne elle-même, les personnes aidantes, les équipements, le déroulement de la routine quotidienne ou l'environnement physique.

Ce qui détermine si une aide technique est une contention dépend de l'objectif et de l'usage visés. À partir du moment où l'objectif est de limiter le mouvement, on peut parler de contention. Cependant, certains dispositifs, comme des côtés de lit qui servent d'appuis à une personne consentante afin de lui permettre de compléter ses transferts, ne seront généralement pas considérés comme une contention, lorsqu'utilisés dans cet objectif. Toutefois, il sera important préalablement à la recommandation d'expliquer à la personne les risques inhérents à l'utilisation de cette aide technique et de s'assurer d'avoir son consentement à une contention selon les politiques et procédures en vigueur dans l'établissement dont relève le service en soutien à domicile.

4. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION, PRINCIPES DIRECTEURS ET ASPECTS LÉGAUX

Les orientations proposées par le Ministère de la santé et des Services sociaux font valoir l'importance d'établir des pratiques plus uniformes : philosophie d'intervention précise, règles d'éthique et principes directeurs pour tous les établissements. Ces orientations doivent être resituées dans un contexte de soutien à domicile, ce que nous tenterons de faire dans ce document.

La philosophie d'intervention au niveau de l'application de mesures de contrôle à domicile s'inspire largement de ce qui est préconisé en établissement. Les mesures alternatives sont privilégiées le plus possible et les personnes ne sont contraintes physiquement qu'en dernier recours. Ces contraintes peuvent parfois ne s'appliquer que temporairement ou à des moments déterminés dans la journée.

Les "Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle"⁵ présentent des valeurs qui s'appliquent aussi en soutien à domicile concernant le respect de la personne, de sa dignité, de sa sécurité, de sa liberté de mouvement, de ses

⁵ Ibid 1, p. 9

ressources humaines et de son environnement (Voir annexe 1 : Philosophie d'intervention). Ces valeurs doivent être supportées par le code d'éthique de l'établissement et respecter le cadre légal relatif aux droits de la personne notamment la "Charte canadienne des droits et libertés"⁶ et la "Charte des droits et liberté de la personne"⁷.

Il est donc important pour les établissements qui dispensent des services en soutien à domicile de s'assurer que les usagers vivent dans un environnement sans risque. À cet égard, les établissements doivent adopter une philosophie de la contention minimale à domicile comme en hébergement.

Ces valeurs et ces croyances impliquent des changements importants dans nos façons de penser en regard des personnes concernées. Elles privilégient la prévention et la réduction du recours exceptionnel aux mesures de contrôle limitant la mobilité de la personne. Bien sûr, l'application de cette nouvelle philosophie impliquera de la formation auprès des intervenants et des personnes aidantes et pourrait éventuellement impliquer l'ajout de ressources humaines en soutien à domicile.

Les principes directeurs qui guident les interventions en soutien à domicile peuvent s'inspirer de ceux préconisés par le MSSS pour les établissements du réseau. (Voir annexe 2 : Principes directeurs).

Les contentions physiques devraient être prescrites en dernier recours et de manière très exceptionnelle, comme suite à l'essai non concluant de mesures alternatives et dans un contexte de risque imminent. On ne devrait pas considérer les contentions comme un moyen de contrôle, une forme de punition ou comme un substitut à un traitement actif. Elles ne doivent pas non plus être recommandées pour accommoder ou remplacer la surveillance du personnel ou des aidants naturels. Et si la contention est nécessaire, la mesure appliquée doit être la moins contraignante possible pour la personne. Donc, toutes les mesures de remplacement, qui seraient créatrices ou innovatrices et qui entraîneraient une diminution ou une élimination de mesures de contrôle, sont encouragées par le ministère.

En milieu naturel, on doit néanmoins tenir compte des réalités de la personne aidante et de sa tolérance face au risque de chute, d'errance ou d'automutilation de l'utilisateur, selon le cas. L'approche multidisciplinaire incluant les professionnels impliqués et les aidants naturels (ou l'utilisateur lui-même, s'il est apte à comprendre) est une façon de favoriser une décision plus éclairée qui saura répondre au besoin de l'utilisateur.

Les principes directeurs ont été énoncés dans un contexte d'établissement de santé. Les établissements concernés par le soutien à domicile devront produire un guide de procédures concernant les contentions en milieu naturel. Par exemple, en contexte de soutien à domicile, certaines modalités sont difficilement applicables telles celles, particulièrement en ce qui a trait à la supervision par le personnel professionnel et aux révisions périodiques. En effet, les mesures de contention sont appliquées par des personnes aidantes ou la famille et, dans ce contexte, la supervision ne peut être faite qu'à

⁶ Charte des droits et liberté, L.R.C. (1985), art. 1, 7, 9, 12.

⁷ Charte des droits et liberté de la personne, L.R.Q. (1975), art. 1, 3, 4, 9.1.

distance par les intervenants. Quant à la périodicité des suivis (aux 3 mois ou plus souvent au besoin), cela demande des ressources humaines au niveau des établissements et suppose que les dossiers ne soient jamais fermés tant qu'il y a des mesures de contention appliquées à une personne. Dans cet esprit, certains établissements vont jusqu'à bannir les contentions à domicile⁸, sauf les côtés de lit et les tables de fauteuil roulant. Il appartiendra à chaque établissement de statuer sur ses procédures et de mettre en place des ressources à cet effet.

Dans le cas des positionnements et de l'utilisation des côtés de lit, la politique des établissements pourrait être plus souple, ces aides étant utilisées de façon courante pour le confort et la sécurité des usagers. De plus, les côtés de lit aident souvent les personnes à se mobiliser de manière autonome au lit et sont recommandés pour cette raison. En regard de ces deux équipements, il pourrait être appliqué aux clients en soutien à domicile les principes énoncés par le curateur public Pierre Gabrièle⁹ qui, pour la clientèle sous tutelle, précisait dans une lettre les éléments suivants :

"L'application de mesures de contention et d'isolement doit être conforme aux protocoles en vigueur dans chaque milieu et une procédure de suivi de la personne à laquelle elles sont appliquées doit être présente et accessible dans son dossier.

Il importe de souligner les contextes suivants, dans lesquels le consentement du Curateur public n'est pas requis :

[...]

- ❖ Pour l'application de mesures de positionnement qui visent le confort et le bien-être de la personne;
- ❖ Pour l'utilisation des côtés de lit seulement, bien qu'il s'agisse de moyens qui restreignent la liberté de mouvement d'une personne, ces mesures de protection étant employées dans des situations bien définies et délimitées dans le temps."

Donc, les protocoles sur l'utilisation des contentions physiques à titre de mesure de contrôle doivent faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements. À cet effet, l'application d'une mesure de contention doit être mise en place selon un code de politiques et procédures de l'établissement, s'appliquer dans un cadre précis et faire l'objet d'une supervision et d'un suivi.

Si la contention devenait nécessaire en certaines circonstances ou lors de certaines activités, elle devrait être appliquée dans le cadre d'une intervention planifiée par l'ensemble des intervenants. L'application de cette mesure devrait être peu contraignante et limitée dans le temps. À noter qu'en cas d'urgence, la décision d'appliquer des contentions n'est pas régie par la loi et n'est donc pas limitée aux groupes de professionnels visés par la Loi 90¹⁰.

⁸ Dallaire N., "Utilisation de contentions en résidence d'accueil", CLSC du Rivage, lettre du 16 mai 1994, 1 p.

⁹ Gabrièle Pierre, "Orientations du curateur public concernant le consentement à l'utilisation de mesures de contention et d'isolement chez les personnes qu'il représente", Lettre, 8 décembre 2000, p. 4.

¹⁰ Ordre des ergothérapeutes du Québec, "Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, (Projet de loi 90, sanctionné), Guide de l'ergothérapeute", Février 2004, p.18.

5. PROBLÈMES EN LIEN AVEC L'UTILISATION DES CONTENTIONS

Une des principales raisons évoquées pour justifier l'application de mesures de contrôle est de prévenir les chutes chez des personnes à risque qui ont un problème d'ordre physique ou de santé mentale. Les études semblent toutefois démontrer que le seul usage d'une contention n'est pas une assurance concernant la prévention des chutes ou autres accidents.

Certaines personnes vivant à domicile présentent des déficits cognitifs ou des problèmes importants de comportement. Les comportements adoptés par ces personnes perturbées peuvent entraîner des situations de risque ou de blessures pour elles-mêmes ou pour autrui. Il est impensable qu'une personne aidante en soutien à domicile puisse exercer une surveillance continue sur la personne à risque. De plus, il est parfois difficilement tolérable à long terme, pour cette personne aidante, de surveiller la personne dont elle est la seule responsable 24 heures par jour.

Les problèmes menant à une réflexion sur l'application d'alternatives aux mesures de contrôle, ou l'application de mesures de contrôle elles-mêmes, pour une personne, varient selon sa pathologie d'origine, son comportement, son niveau cognitif, la disponibilité des ressources humaines, financières ou communautaires. Selon le type de pathologie présentée par une personne ou les circonstances de l'apparition du comportement dysfonctionnel à l'origine de cette réflexion, les moyens ou les solutions à préconiser pourront être différents.

La protection d'une personne est la principale raison qui est énoncée pour justifier cette démarche. Ainsi, on veut :

- ❖ prévenir le risque de blessures en cas de chute;
- ❖ s'assurer de la sécurité de la personne perturbée et de celle des autres, lorsqu'il y a risque que la première agresse les autres ou soit agressée par celles-ci en cas d'agitation;
- ❖ s'assurer de la sécurité de la personne qui a des problèmes cognitifs;
- ❖ limiter l'errance et, si possible, l'éliminer;
- ❖ empêcher l'automutilation.

Les raisons nous amenant à penser à des alternatives aux contentions ou aux contentions elles-mêmes sont reliées à certaines incapacités relatives au comportement, à la locomotion, aux déplacements, à l'utilisation du corps dans certaines tâches, aux soins corporels, à la nutrition, à la dépendance et la résistance physique.

Incapacités reliées au comportement

Les difficultés reliées au comportement peuvent découler de l'incapacité de la personne à se situer dans le temps et l'espace, à s'identifier, à assurer sa sécurité personnelle et adapter son comportement aux situations. L'utilisateur qui a des incapacités au niveau du comportement présente des problèmes tels que :

- ❖ De l'errance à l'extérieur de la chambre et/ou du domicile;
- ❖ De la confusion;
- ❖ De la désorientation dans le temps;
- ❖ De la démence entraînant une altération cognitive sévère;
- ❖ Une gestion inadéquate de ses médicaments par l'utilisateur;
- ❖ Un comportement agité lors des soins : perfusion, transfusion, soins dentaires, risque d'ouverture d'une plaie suturée;
- ❖ Des problèmes de jugement;
- ❖ De la désorganisation importante dans un nouvel environnement;
- ❖ Des lésions de grattage;
- ❖ De l'automutilation;
- ❖ L'arrachement des vêtements;
- ❖ De l'agitation;
- ❖ Une attitude combative et parfois rigide;
- ❖ Des comportements violents pouvant menacer sa sécurité et sa protection ou celles d'autrui.

Incapacités reliées à la locomotion

Au niveau de la locomotion, les déplacements pédestres ou pour franchir certains obstacles peuvent présenter un risque de chute pour une personne. Ces incapacités se manifestent par exemple par :

- ❖ De la déambulation excessive, une crainte de voir la déambulation conduire l'utilisateur avec un syndrome démentiel à l'épuisement;
- ❖ Des chutes reliées à des problèmes d'équilibre, une atteinte des réflexes et autres raisons médicales (hypotension, orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil, dépression, déshydratation, pathologies cardio-vasculaires, problèmes d'associations médicamenteuses);
- ❖ Des chutes reliées aux barrières architecturales.

Incapacités reliées aux restrictions dans les déplacements

Les déplacements nécessitant de changer de position ou de transporter des objets peuvent également représenter un risque dans certaines circonstances, par exemple :

- ❖ Lors des mobilisations au lit;
- ❖ Lorsque la personne veut se lever du lit ou du fauteuil et présente de la difficulté à le faire.

Incapacités reliées à l'utilisation du corps pour certaines tâches

L'utilisation du corps pour certaines tâches telles que ramasser ou déplacer des objets peut aussi présenter des risques de chutes ou de blessures graves pour certaines personnes qui ont des problèmes de contrôle de leur corps ou de leur équilibre, par exemple, dans les situations suivantes :

- ❖ Lorsque la personne doit maintenir de la posture assise (Ex. : sur une chaise, au fauteuil roulant, au bain, à la toilette, au lit, sur un tricycle);
- ❖ Lors de glissement au lit ou au fauteuil.

Incapacités reliées à la nutrition et aux autres soins corporels

Les fonctions excrétrices et l'ingestion des repas peuvent aussi conduire à des situations nécessitant des interventions ou des équipements pour compenser la déficience. Ce sont des problèmes présentés chez des usagers qui ont des dispositifs palliatifs qui ne doivent pas être arrachés, tels que :

- ❖ Sonde nasogastrique;
- ❖ Sonde d'intubation trachéale;
- ❖ Sonde de trachéotomie;
- ❖ Sonde nasopharyngée;
- ❖ Pansement, suture chirurgicale, cathéter veineux périphérique ou central;
- ❖ Port d'une sonde nasopharyngée ou lunettes nasales pour oxygénothérapie en ventilation spontanée;
- ❖ Gastrostomie;
- ❖ Sonde urinaire;
- ❖ Sac de colostomie.

Au niveau des comportements qui consistent à arracher des dispositifs palliatifs pour la nutrition ou l'élimination, avant de recommander des contentions, il y a lieu de se

questionner sur les raisons du comportement de la personne. Même si la personne présente des problèmes cognitifs, son comportement agité peut être dû à des douleurs ou de l'inconfort généré par l'appareillage. Il est donc très important de trouver la source du comportement à contrôler, pour éviter des contentions inutiles.

6. ARBRE DÉCISIONNEL

Appliquer des contentions ou isoler une personne dépasse la simple intervention en vue de lui éviter des chutes, des blessures ou diminuer les troubles de comportement. La décision d'appliquer des contentions ou d'isoler une personne exige une évaluation interdisciplinaire de la personne et un plan d'intervention individualisé (PII) afin de déterminer, dans un premier temps, les mesures alternatives à considérer. L'analyse de la situation problématique est une étape cruciale qui permet de s'assurer que l'orientation du PII respecte les intérêts de la personne concernée et que la personne elle-même ou son mandataire est d'accord avec la décision issue de ce processus.

Il est important d'avoir un processus décisionnel clair, connu de l'établissement ou de l'employeur et accepté par les membres de l'équipe interdisciplinaire. Ce processus est représenté par l'arbre décisionnel illustré au tableau 1. L'évaluation de l'utilisateur est à la base de la démarche. L'identification du problème doit y être bien décrite. Elle doit tenir compte des causes et des besoins biopsychosociaux et environnementaux qui en découlent.

Lorsque la problématique a été bien ciblée et décrite, il faudra élaborer un plan d'intervention qui visera à prévenir ou à éliminer la cause des comportements perturbateurs. C'est à ce stade que se fera la recherche de mesures alternatives à la contention.

Lorsque les mesures alternatives s'avèrent inefficaces ou ne peuvent être mises en place, la sévérité et la nature du problème devront être documentées afin de déterminer la contention appropriée. L'application de mesures de contrôle devra se faire en suivant un protocole rigoureux : recherche de consentement, recherche du modèle à utiliser, recommandations et formation des aidants naturels.

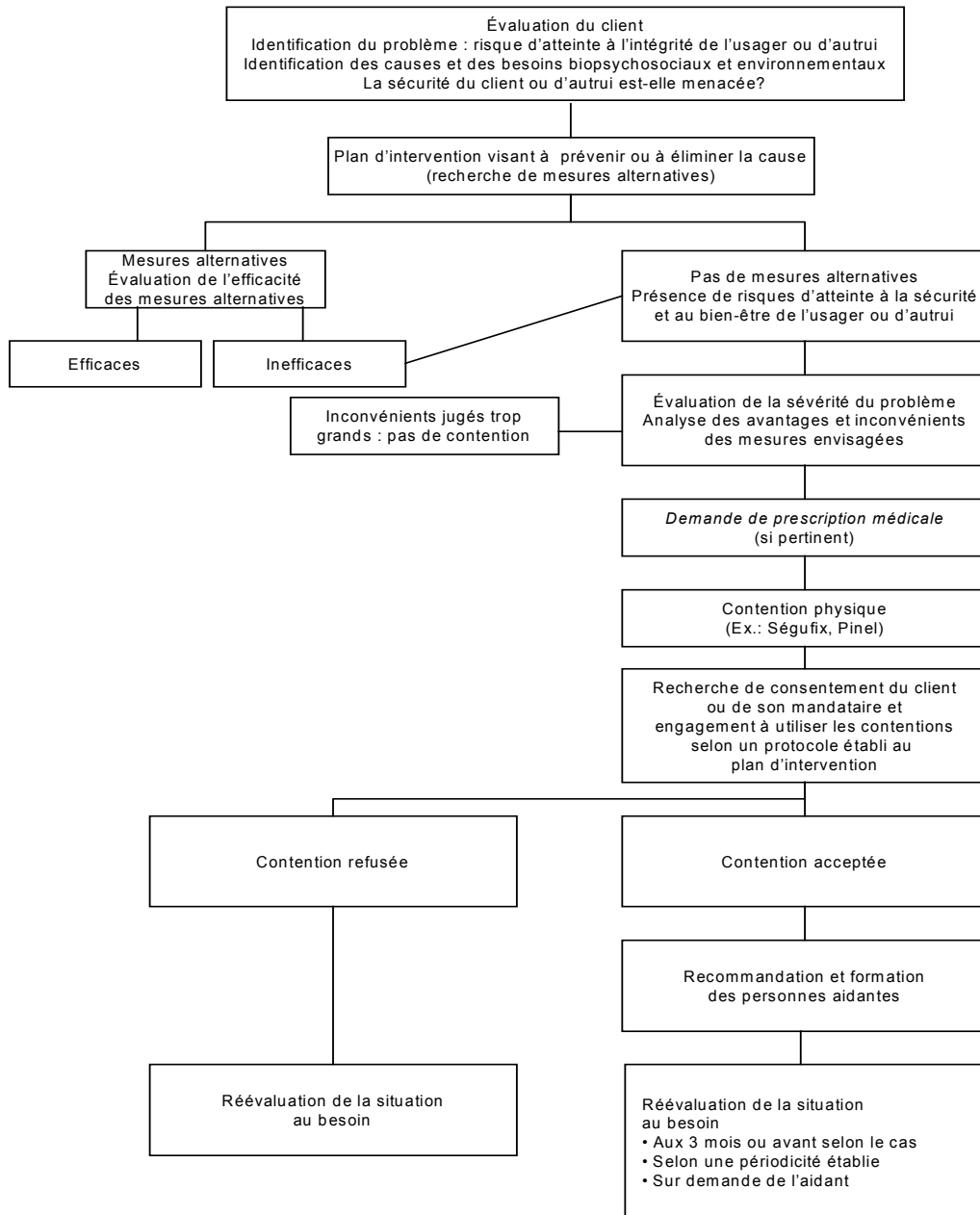
L'intervenant concerné devra convenir d'une périodicité à respecter en vue d'un suivi.

En résumé, l'équipe devra, en collaboration avec les aidants naturels, procéder à la démarche suivante :

1. Évaluer de manière détaillée la situation problématique, incluant les causes, la signification du comportement, sa fréquence, le moment de la journée et la durée du problème;
2. Prendre en considération la personne, ses valeurs, son milieu physique et humain;
3. Trouver une réponse individualisée pour l'utilisateur;
4. Obtenir le consentement des personnes concernées;
5. Établir des priorités et un plan d'intervention.

TABLEAU 1 :

Processus décisionnel : mesures de contrôle



Inspiré de : AHQ, Utilisation de la contention auprès de la personne handicapée, Avril 2001

7. LES CONTENTIONS PHYSIQUES : IMPACTS POSITIFS ET NÉGATIFS

Nous observons, dans les écrits, que plusieurs croyances amènent le personnel et/ou la famille à utiliser les contentions physiques comme solution première. Les contentions sont utilisées pour limiter la liberté de mouvement d'une personne, que ce soit la liberté de tous ses membres ou seulement d'une partie du corps. L'utilisation de la contention peut être en lien avec une localisation anatomique. Les contentions physiques réfèrent particulièrement aux camisoles, attaches aux poignets et au bassin, les côtés de lit, les tables de fauteuil roulant limitant les mouvements et imposant certains positionnements au fauteuil roulant.

Ces mesures de contrôle doivent être évitées le plus possible. Si la contention s'avérait absolument nécessaire en certaines circonstances, elle doit être appliquée dans le cadre d'une intervention planifiée par l'ensemble des intervenants, acceptée par l'usager ou son mandataire, être la moins contraignante possible et n'être appliquée que sur une base très exceptionnelle pour une durée limitée.

Le tableau 2 illustre quelques impacts positifs et négatifs de l'application de contentions physiques. Une liste non exhaustive de ces contentions se trouve à l'annexe 3 de même que les avantages et inconvénients de certaines de celles-ci.

- ❖ **Note : Les contentions peuvent présenter des effets positifs et thérapeutiques, mais elles ont aussi des impacts négatifs importants. Les impacts tendent à être positifs si la contention est appliquée dans un temps déterminé, dans un but précis, pour un usager particulier et qu'un suivi est assuré. Cependant, les contentions physiques limitent la mobilité et il peut en résulter une détérioration de la condition physique et mentale de la personne tel qu'illustré au tableau suivant.**

TABLEAU 2: IMPACTS POSITIFS ET NÉGATIFS DE L'UTILISATION DES CONTENTIONS

Sur le plan physique	
Impacts positifs	Impacts négatifs
<p>La contention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Favorise un meilleur positionnement; ❖ Offre un sentiment de sécurité à l'usager et à sa famille; ❖ Diminue le stress et l'anxiété chez les aidants naturels; ❖ Évite des blessures; ❖ Peut améliorer la qualité des mouvements distaux; ❖ Facilite l'administration des traitements médicaux. 	<p>La contention peut provoquer la détérioration de l'état général car il y a diminution de la mobilité (syndrome d'immobilisation).</p> <p>Il peut en résulter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Une diminution de la force et de la masse musculaires; ❖ Une variation du tonus musculaire; ❖ Des contractures, des limitations des amplitudes articulaires; ❖ Une déminéralisation osseuse; ❖ Une diminution de l'équilibre; ❖ Une diminution de la stabilité et une augmentation de la précarité à la marche; ❖ Un déconditionnement cardio-pulmonaire; ❖ De la haute tension artérielle; ❖ Un ralentissement du métabolisme (constipation); ❖ De l'incontinence ou de la rétention urinaire; ❖ Des infections (urinaires, etc.); ❖ De l'abrasion de la peau, des infections, des ruptures, des plaies, des irritations de la peau; ❖ Des engourdissements, de l'œdème des membres; ❖ Des atteintes du système vestibulaire se traduisant en trouble de l'équilibre; ❖ De la douleur; ❖ Une perte de poids, de la déshydratation.

Sur le plan cognitif

Impacts positifs

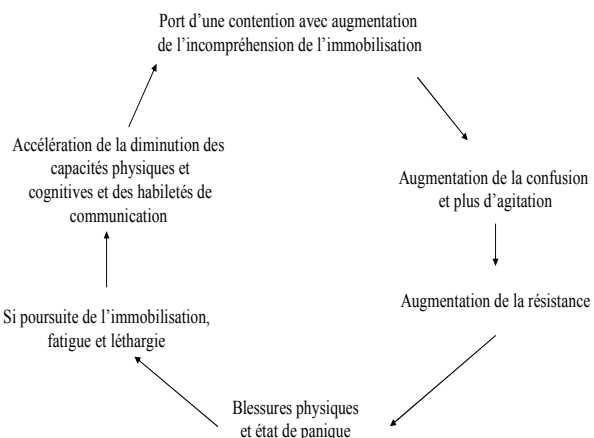
La contention :

- ❖ Protège les autres usagers et le personnel de l'usager agressif;
- ❖ Préviend des accidents ou d'autres traumatismes.

Impacts négatifs

La contention peut provoquer :

- ❖ L'apparition de nouveaux troubles cognitifs;
- ❖ L'aggravation de troubles cognitifs déjà en place selon un cycle présenté dans le diagramme ci-après :



Sur les plans psychologique et émotionnel

Impacts positifs

La contention peut :

- ❖ Représenter un élément de sécurité;
- ❖ Favoriser l'acceptation de l'usager par l'entourage.

Impacts négatifs

La contention peut provoquer :

- ❖ De la peur, de la colère, de l'agitation, de l'agressivité;
- ❖ De la frustration, de la rage, de l'humiliation;
- ❖ Un sentiment de punition;
- ❖ Des craintes d'abandon;
- ❖ Une altération de l'image de soi, une baisse de l'estime de soi;
- ❖ De la résignation;
- ❖ Une impression de déni du problème de la part du personnel traitant;

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Une augmentation de l'isolement de l'utilisateur; ❖ Une diminution de la qualité de vie; ❖ De la dépression.
--	--

Sur le plan fonctionnel (lorsqu'il y a diminution de la capacité de la personne de participer aux AVQ)

Impacts positifs	Impacts négatifs
<p>La contention peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Favoriser la participation de la personne à une activité. 	<p>La contention peut amener :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Un état de dépendance; ❖ Une diminution de l'autonomie fonctionnelle; ❖ Une augmentation des heures/soins; ❖ De l'incontinence; ❖ Une diminution de la capacité à la marche; ❖ Une perte de l'appétit; ❖ Un isolement social; ❖ Des chutes; ❖ De l'errance; ❖ Une perte de tout choix et de l'indépendance; ❖ Une augmentation des risques de blessure; ❖ Une strangulation et une mort possibles.

Pour l'environnement humain (la famille et l'entourage)

Impacts positifs	Impacts négatifs
<p>La contention peut représenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Un répit pour la famille; ❖ Un élément de sécurité; ❖ Le prolongement du maintien à 	<p>La contention peut causer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Un malaise ou un conflit moral parmi les membres de la famille; ❖ De la frustration, de la colère, de la

domicile.	peine; ❖ Une augmentation des responsabilités en termes de soins à donner et de surveillance à exercer; ❖ Une image de la personne allant vers la fin de sa vie.
-----------	--

L'application de mesures de contrôle soulève d'autres problèmes tels : le manque de formation des intervenants, les révisions systématiques à périodes déterminées difficiles à appliquer et par conséquent le manque de suivi. Des accidents graves ont été associés à des personnes sous contention qui, à la suite d'une tentative de s'en dégager ou à la suite d'une mauvaise installation, se sont blessées mortellement. Ces conséquences graves nous amènent à réfléchir sur les mesures alternatives à appliquer lorsqu'une personne présente un comportement à risque de se blesser ou de blesser autrui et nous incitent à s'assurer de bien connaître ces équipements.

8. LES ALTERNATIVES AUX CONTENTIONS

La recherche de mesures alternatives s'inscrit dans un processus de compréhension du problème qui amène les intervenants à se questionner sur des mesures de contrôle à prendre dans un contexte où une personne présente un comportement perturbateur. Afin de faire un choix judicieux, il importe de très bien connaître l'usager. Qui était-il avant d'être dans cet état d'agitation ou de confusion? Qu'est-ce qu'il aime? Quelle est la cause du comportement dysfonctionnel? À quel moment se produit ce comportement? Voilà autant de questions sur lesquelles l'équipe interdisciplinaire aura à se pencher avant d'appliquer des mesures de contrôle. Ce questionnement vise à limiter l'utilisation de mesures de contrôle, voire à les éliminer. Les personnes aidantes doivent être informées et impliquées dans la prise de décision et dans la recherche de solutions dans leur environnement particulier. Ce sont elles qui auront à appliquer les mesures alternatives aux contentions. Selon la nature du problème à l'origine du besoin qui soulève la réflexion sur les mesures de contrôle, les alternatives à proposer seront différentes.

Les mesures alternatives aux contentions sont des stratégies d'intervention qui peuvent être liées à la personne, à l'organisation des soins, aux équipements utilisés, à l'environnement physique ou être de nature psychosociale, récréative ou occupationnelle. Elles visent à limiter au maximum les mesures de contrôle appliquées à une personne.

L'alternative à la contention d'une personne âgée légèrement confuse qui chute parce qu'elle fait des efforts pour se lever et se rendre à la toilette sera différente de celle requise par une personne agitée ou agressive ou de celle d'un enfant qui s'automutile, par exemple. Dans tous les cas, il est important de bien connaître la personne et de discuter en équipe interdisciplinaire des meilleures alternatives possible et des objectifs poursuivis. Il n'y a pas de recette toute faite. Dans chaque cas, il pourra y avoir une combinaison d'un ou de plusieurs éléments, que ce soit au niveau humain, de l'environnement physique ou des aides techniques.

Selon la problématique identifiée, l'application des mesures alternatives permet de poursuivre différents objectifs tels que :

- ❖ limiter le périmètre de déplacement (ou d'errance), ou encore l'augmenter de façon satisfaisante (pour que la personne se sente moins confinée) et le rendre sécuritaire;
 - ❖ assurer une surveillance, permettre un contact visuel;
 - ❖ améliorer le sentiment de sécurité de la personne;
-
- ❖ orienter son attention;
 - ❖ faciliter l'orientation dans l'espace;
 - ❖ favoriser l'utilisation sécuritaire des capacités existantes et faciliter les changements de position ou les déplacements ainsi que l'intervention des aidants;
 - ❖ permettre l'utilisation sécuritaire d'une autre aide, par exemple : les déplacements en fauteuil roulant;
 - ❖ accommoder certains aspects du comportement qui pourraient être dérangeants (manies) et assurer un cadre de vie sécuritaire;
 - ❖ isoler la personne pour augmenter sa sécurité ou assurer la qualité de vie des autres occupants.

Selon l'origine du problème et le contexte, certains éléments appliqués à la personne, à l'organisation des soins, aux équipements ou à l'environnement physique peuvent corriger la situation problématique. Il est donc important dans la démarche d'identifier la source possible des problèmes afin de mieux orienter les intervenants dans le choix d'une solution appropriée pour l'usager. Les solutions à privilégier comprennent généralement : une démarche d'évaluation, des stratégies d'intervention, des équipements ou des modifications aux équipements ou à l'environnement. Les différents types d'alternatives aux contentions physiques (de type courroies) sont liés à la personne, à l'organisation des soins, aux équipements et à l'environnement physique.

Parmi les alternatives aux contentions, l'approche prothétique permet à la personne de garder le contrôle de son corps dans une certaine mesure. Elle garde ainsi sa mobilité, mais aussi sa dignité, son moral et sa qualité de vie.

L'approche prothétique est un nouveau modèle d'intervention qui prévient, diminue et permet de gérer les comportements dysfonctionnels et perturbateurs des personnes avec un syndrome démentiel et leur permet d'actualiser leur potentiel fonctionnel. L'approche est basée sur la personne concernée elle-même, une approche humaine et un environnement adapté. Elle peut inclure des éléments architecturaux, des éléments psychosociaux, des stratégies d'intervention ou autres.

9. LES ALTERNATIVES À LA CONTENTION LIÉES À LA PERSONNE

Ces alternatives demandent une bonne connaissance de la personne, particulièrement au niveau de ses capacités résiduelles et de ses limites, mais aussi au niveau de ses goûts, de ses valeurs et de ses expériences de vie antérieure. Chaque personne est unique et les solutions à appliquer se réalisent au cas par cas et donc elles sont pratiquement infinies. On ne doit pas perdre de vue qu'il n'y a pas de règle préétablie dans cette décision de l'application de mesures alternatives à la contention. Il y a donc place pour le jugement clinique et le gros bon sens dans chaque cas considéré.

Voici une liste non exhaustive d'alternatives liées à la personne proposées :

- ❖ Évaluation d'éventuels déficits sensoriels;
- ❖ Connaissance des habitudes de vie antérieure de l'utilisateur;
- ❖ Recours à des mécanismes antérieurs d'adaptation;
- ❖ Organisation d'activités de loisirs (musicothérapie, jardinage, zoothérapie, aromathérapie, activité de réminiscence, etc.);
- ❖ Planification d'activités dirigées à caractère répétitif (plier des serviettes);
- ❖ Programme d'exercices (à la marche ou autre);
- ❖ Révision de la médication;
- ❖ Sieste au lit;
- ❖ Fauteuil confortable et adapté à la morphologie de l'utilisateur;
- ❖ Gestion des comportements perturbateurs;
- ❖ Planification de rencontres avec la famille;
- ❖ Application d'un horaire d'élimination régulier;
- ❖ Recherche de causes physiologiques de l'agitation (douleur, constipation, déshydratation, infection, glycémie, troubles de sommeil, hypotension orthostatique, etc.);
- ❖ Utilisation des aides techniques selon le besoin (lunettes, marchettes, appareils auditifs, etc.);
- ❖ Rappel à l'utilisateur de demander de l'aide avant de se lever;
- ❖ Utilisation de la diversion (télé, radio, musique, etc.);
- ❖ Respect du besoin de l'utilisateur de se sentir utile par des activités significatives pour la personne.

10. LES ALTERNATIVES À LA CONTENTION LIÉES À L'ORGANISATION DES SOINS

Ces alternatives interpellent davantage les personnes aidantes, mais peuvent néanmoins constituer un élément de solution au problème des mesures de contrôle pour certaines personnes :

- ❖ Adaptation ou révision de la routine;
- ❖ Stabilité des intervenants;
- ❖ Continuité dans les soins à donner;
- ❖ Surveillance adéquate;
- ❖ Intégration des membres de la famille.

11. LES ALTERNATIVES À LA CONTENTION LIÉES AUX ÉQUIPEMENTS ET À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Certaines aides techniques ou modifications à l'environnement peuvent rendre l'utilisateur plus confortable ou plus sécuritaire, cela contribue à diminuer son comportement indésirable. Par exemple, citons :

- ❖ Les vêtements adaptés (avec protecteur de hanche, combinaison une pièce, etc.);
- ❖ Les coussins de positionnement et fauteuils adéquats;
- ❖ Les coussins sur le plancher près du lit;
- ❖ La modification du fauteuil ou du fauteuil roulant;
- ❖ L'installation d'effets personnels et familiers près du patient (lunettes, montre, photos, etc.);
- ❖ L'alarme de positionnement;
- ❖ Le détecteur de mouvement;
- ❖ L'ajustement de la hauteur du lit, de la chaise;
- ❖ L'inclinaison du dossier du fauteuil de repos;
- ❖ La diminution des stimuli (lumière, bruit, etc.);
- ❖ Le changement dans la disposition des meubles;
- ❖ L'installation de barres d'appui;
- ❖ L'installation de bandes antidérapantes sur le plancher;
- ❖ Un bon éclairage;
- ❖ L'aménagement de certaines aires de vie dans la maison;
- ❖ Les alternatives aux côtés de lit (Voir en annexe 4).

D'autres alternatives sont proposées aux annexes 5 et 6 en regard des comportements d'agitation, des risques de chute et de l'errance.

12. LES ALTERNATIVES DE NATURE ARCHITECTURALE

Les alternatives de nature architecturale peuvent se définir par les modifications apportées au domicile de la personne pour restreindre ou contrôler son aire de déplacement afin d'assurer sa sécurité et celle des autres. Ces alternatives architecturales limitent la liberté d'un usager de se déplacer à l'extérieur de certaines limites sans contraindre sa mobilité dans l'espace où il lui est permis de circuler. Les alternatives de nature architecturale peuvent être intérieures ou extérieures et les plus fréquentes sont les adaptations à la chambre, les clôtures, les poignées de porte, les serrures de portes, la télésurveillance et la surveillance du voisinage.

Outre la clientèle âgée présentant des problèmes cognitifs, il faut également considérer les enfants avec troubles du comportement ou encore les personnes avec une déficience intellectuelle. Il peut s'agir de confusion, d'hyperactivité, d'agitation, d'agressivité, d'inconscience du danger, de manie ou de tout autre comportement perturbateur ou destructeur. La présence d'un déficit moteur n'est surtout pas implicite.

Les moyens possibles à envisager au niveau environnemental sont nombreux :

- ❖ Barres d'appui aux endroits stratégiques, mains courantes le long des corridors;
- ❖ Adaptation du domicile pour un fauteuil roulant par des ouvertures de portes adéquates, une rampe d'accès ou une plate-forme élévatrice;
- ❖ Douche sans seuil pour des soins d'hygiène assistés (avec chaise d'aisance au besoin) ou encore un transfert facilité;
- ❖ Surélévation du cabinet de toilette;
- ❖ Portes ou armoires des endroits non sécuritaires déguisés avec des miroirs, des rideaux;
- ❖ Ajout d'une demi-porte, d'une fenêtre (mur intérieur ou extérieur), pour permettre une surveillance ou un contact visuel de l'utilisateur avec l'aidant;
 - Ajout de barrières : clôture extérieure;
 - garde-corps de balcon surélevé;
 - porte / portillon (porte extérieure, intérieure);
 - grilles / recouvrement aux fenêtres, aux prises électriques, aux éléments de chauffage ou aux luminaires; relocalisation au besoin (ex. : en hauteur);
 - signaux visuels tels un panneau d'arrêt;
- ❖ Ajout / modification de la serrure de porte (ex. : à code, aimantée);
- ❖ Relocalisation (en hauteur) d'une serrure de porte ou d'armoires;
- ❖ Modifications à la plomberie (ex. : ajout d'une valve pour couper localement l'eau, ou d'un mécanisme pour en contrôler la température);

- ❖ Modification au niveau électrique (ex. : ajout de coupe-circuits), autres appareillages électriques;
- ❖ Recouvrement de plancher/mur en matériau résistant ou amortissant, bandes antidérapantes au plancher près du lit;
- ❖ Choix de décor ou de couleur des murs, ajout de contrastes;
- ❖ Installation d'un éclairage suffisant;
- ❖ Ajout d'une chambre à coucher au domicile pour que la personne ait la sienne, insonorisation de cette chambre et ajout d'éléments en lien avec son comportement;

- ❖ Ajout d'un élément en accord avec les goûts ou plaisirs de la personne (ex. : pour faciliter la prise du bain avec un enfant qui s'y plaît);
- ❖ Installation d'une fenêtre à une hauteur compatible avec la vue à partir de la position assise.

Il est important de noter que certaines interventions limitant la circulation avec l'extérieur du domicile peuvent nécessiter l'accord du Service des incendies de la municipalité ou du moins un avis à son intention décrivant les mesures utilisées au domicile. Un système de détection de feu avec désamorçage de la serrure et un coupe-circuit facilement accessible peuvent s'avérer utiles en cas d'urgence.

13. LES ALTERNATIVES DE NATURE PSYCHO-SOCIALE, RÉCRÉATIVE OU OCCUPATIONNELLE

Certaines personnes répondront à une approche humaine ou à une présence rassurante et cela sera suffisant pour corriger ou diminuer les effets du comportement perturbateur. Les moyens utilisés à travers ces alternatives supposent la présence d'un intervenant ou d'un aidant et peuvent se traduire dans les actions suivantes :

- ❖ visite d'amitié ou de la famille;
- ❖ attitude d'écoute;
- ❖ répétition des consignes;
- ❖ encouragement dans les comportements adéquats;
- ❖ accompagnement de la personne pour prendre une marche;
- ❖ participation de la personne à des activités ménagères ou de bricolage significatives et qui la font se sentir utile ou valorisée (ex. : plier des serviettes).

14. AUTRES ALTERNATIVES

Les alternatives de nature psycho-sociale pourraient aussi être dans le sens de donner du support ou du répit à la personne aidante, lui permettant d'avoir un peu de temps pour elle-même. Ceci peut faire en sorte, dans certains cas, d'éviter son épuisement et ainsi maintenir à domicile l'usager. Cette alternative suppose d'augmenter les ressources humaines du réseau de la santé ou de créer des réseaux d'aide bénévole dans la communauté. Par exemple, lorsque l'usager erre la nuit ou se lève de manière non sécuritaire, il est parfois difficile pour la personne aidante de bénéficier d'un sommeil réparateur. Une ressource dans la communauté qui accueillerait les personnes errantes pour la nuit permettrait aux aidants naturels de dormir et ainsi pouvoir le jour s'occuper de la personne à sa charge.

15. LE RÔLE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE DANS LA RECOMMANDATION DES MESURES DE CONTRÔLE

L'application de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi 90, sanctionné) accorde aux ergothérapeutes quatre activités professionnelles, lesquelles sont partagées avec une ou plusieurs professions. Ces activités réservées doivent s'appliquer dans un champ d'exercice professionnel propre à chacun selon les titres professionnels.

L'une de ces activités réservées aux ergothérapeutes est l'application des contentions. Cette décision doit être prise dans le cadre d'une démarche interdisciplinaire et consignée au plan d'intervention.

Plus spécifiquement, selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'ergothérapeute qui intervient dans la prise de décision concernant l'application d'une mesure de contention devra procéder aux étapes suivantes :

- ❖ "Procéder à l'évaluation des habiletés fonctionnelles de la personne comprenant les aptitudes (motrices, sensorielles, perceptives, cognitives, intellectuelles), les habitudes de vie, les manifestations comportementales (agitation, agressivité, confusion, chute, errance, fugue) et les facteurs environnementaux qui les influencent;
- ❖ Émettre une opinion clinique sur la condition physique et mentale de la personne et sur les risques de blessure pour elle-même et pour autrui;
- ❖ Déterminer le moyen de contention à privilégier dans la perspective où celui-ci doit être le moins contraignant possible tout en étant optimal;
- ❖ S'assurer que l'environnement humain (la personne elle-même, la famille, les aidants naturels, l'équipe de soins) comprend les objectifs de l'utilisation de la contention et a la formation requise pour l'application des moyens de contention déterminés;
- ❖ Inscrire au dossier toutes les données pertinentes relatives à l'utilisation des mesures de remplacement et de contention, notamment :
 - l'analyse des résultats de l'évaluation motivant l'application ou le maintien de la mesure de contention;

- la description des moyens utilisés;
 - les éléments à surveiller;
 - la période d'application des mesures de remplacement et de contention;
 - les mesures de suivi;
- ❖ Évaluer l'application de la mesure, son efficacité, son effet sur la personne et sur l'environnement."¹¹

En d'autres mots, l'ergothérapeute analyse la problématique et propose, autant que possible, des solutions alternatives aux contentions. La contention physique traditionnelle ne doit être utilisée qu'en tout dernier recours quand les mesures alternatives ont été essayées et ne donnent pas de résultat satisfaisant. Pour les solutions alternatives, elle interviendra particulièrement au niveau :

- ❖ de l'aménagement physique du milieu;
- ❖ de l'organisation de l'horaire ou de la routine;
- ❖ de conseils à donner aux personnes aidantes sur des attitudes à adopter ou des façons de faire certaines activités;
- ❖ des recommandations d'aides techniques qui peuvent aider la personne à adopter le comportement attendu.

L'ergothérapeute assure un rôle de formateur auprès des aidants naturels, en les amenant à penser qu'il faut réduire au maximum l'utilisation des contentions et permettre à l'usager de garder sa dignité, son autonomie et sa sécurité.

L'ergothérapeute est la personne de l'équipe interdisciplinaire qui, de par sa formation, connaît les équipements de contention physique sur le marché et les alternatives à ceux-ci. En toute occasion, elle doit éviter les contentions de fabrication maison. Si la décision est à l'effet d'appliquer une contention physique, elle informe les aidants de la manière de l'installer et des impacts possibles de cette contention.

En accord avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, elle juge du moment opportun de réviser le besoin de l'alternative à la contention ou de la contention physique selon le cas.

Lors des visites à domicile subséquentes, si elle observe qu'une contention n'est pas appliquée selon la règle, elle devrait en informer ses supérieurs et leur faire part de ses observations et constats. La décision devrait aussi être rediscutée en équipe interdisciplinaire sans délai et un suivi devait être assuré.

¹¹ Tiré de : Ordre des Ergothérapeutes du Québec, "Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé : Guide de l'ergothérapeute", Février 2004, p. 19.

16. ÉLÉMENTS À INSCRIRE AU DOSSIER

Lors de la démarche d'évaluation en vue d'appliquer des contentions à une personne, l'ergothérapeute doit inscrire certains éléments au dossier en vue d'appuyer sa recommandation. Les éléments à inscrire sont les suivants :

- ❖ Le diagnostic en lien avec l'utilisation de la contention;
- ❖ La description du comportement perturbateur, les circonstances d'apparition, la durée, la fréquence;
- ❖ Les mesures alternatives utilisées et les résultats;
- ❖ Le plan d'intervention interdisciplinaire en présence de la personne concernée (ou son mandataire) et la décision issue de ce plan;
- ❖ La description du type de contention;
- ❖ Les buts de cette mesure;
- ❖ La prescription médicale;
- ❖ Le consentement de la personne ou de son mandataire;
- ❖ La technique d'installation de la contention;
- ❖ Les paramètres : la durée, la fréquence et le moment de l'application de la contention;
- ❖ Les paramètres de surveillance par les aidants naturels (comportement de l'utilisateur, son état de conscience, les résultats obtenus);
- ❖ Toute autre information pertinente;
- ❖ La date de la révision de la mesure (aux trois mois ou plus souvent, si nécessaire);
- ❖ La signature de l'intervenante.

17. ÉLÉMENTS D'UNE GRILLE DÉCISIONNELLE D'ANALYSE SUR LES MESURES DE CONTRÔLE

L'analyse de la décision de l'application de mesures de contrôle à un usager commence par une évaluation ergothérapique complète aux niveaux physique, cognitif, fonctionnel et environnemental. À cela, il faut ajouter une réflexion clinique propre aux mesures de contrôle.

Les questions spécifiques relatives à cette réflexion sur les contentions sont :

1. En regard des mesures de contrôle, quel est le problème qui amène la réflexion sur les contentions (risque de chute, errance/fugue, automutilation, agitation, agressivité, autres problèmes)?
2. Quelles sont les causes présumées du problème?
3. De quelle manière le comportement est-il à risque ou dérangeant pour les autres?
4. Quel est l'impact du comportement perturbateur sur soi et sur autrui?

5. Quelle est la médication utilisée en lien avec la problématique et l'impact de celle-ci?
6. Quelles sont les solutions alternatives préconisées par l'utilisateur ou les aidants naturels?
7. Quels sont les solutions alternatives qui ont déjà été essayées et les résultats obtenus?
8. Quelles sont les solutions alternatives proposées par l'équipe interdisciplinaire?
9. Si la contention reste la solution au problème, quel est l'objectif de l'application d'une telle mesure?

10. Quelle serait la contention la moins contraignante pour l'utilisateur et une formation est-elle nécessaire pour les aidants naturels?
11. L'utilisateur ou la famille est-il (est-elle) consentant(e) à l'application d'une mesure de contention?
12. Y a-t-il une prescription médicale?
13. Quelles sont les modalités d'application de la contention :
 - a. Le type de contention;
 - b. La technique d'installation;
 - c. La fréquence d'application;
 - d. Le moment de l'application;
 - e. La durée de l'application;
 - f. L'endroit de l'application;
 - g. Les modalités de surveillance.
13. Quelle sera la périodicité de la réévaluation et du suivi?

18. CONCLUSION

L'application de mesures de contrôle en soutien à domicile devrait s'inspirer des "Orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle", au chapitre de la philosophie d'intervention, des règles éthiques, des principes directeurs et des assises légales préconisées pour les établissements de santé. Cependant, le contexte de soutien à domicile est différent de celui en établissement dans la mesure où la personne aidante est souvent sollicitée toute la journée, car elle est seule à assurer les soins de l'utilisateur, ou au mieux elle bénéficie d'un minimum d'heures de répit.

La recommandation d'une contention est un acte professionnel régi pour les ergothérapeutes et d'autres intervenants par la Loi 90, et influencé par les politiques et procédures de l'établissement concerné. Il convient de préciser les conditions et les manières d'exercer cet acte dont les conséquences peuvent être importantes et sérieuses pour l'utilisateur. Dans la littérature, l'exercice de cet acte professionnel est surtout précisé dans un contexte d'intervention à l'intérieur des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, mais non documenté en soutien à domicile.

Il y a de plus en plus de personnes maintenues à domicile qui présentent un comportement perturbateur ou à risque de chute et de blessure pour lequel les aidants demandent des

mesures de contrôle. L'ergothérapeute a le devoir de limiter au maximum l'application de contentions physiques, celles-ci présentant, dans bien des cas, plus d'inconvénients pour l'utilisateur que d'avantages pour lui ou son environnement humain.

Les alternatives à la contention physique présentent de nombreux avantages pour l'utilisateur et les personnes aidantes. Elles maintiennent particulièrement la mobilité et la dignité de l'utilisateur. Les alternatives varient selon les causes du problème posé, les circonstances d'apparition ou la fréquence du comportement perturbateur. Il importe donc de bien connaître l'utilisateur et son environnement afin de proposer des pistes de solutions adéquates et sécuritaires pour la personne elle-même et autrui. Lesdites pistes de solution favoriseront un comportement plus acceptable.

De par sa formation, l'ergothérapeute possède des outils pour évaluer l'utilisateur et analyser la situation problématique en soutien à domicile. À l'intérieur de l'équipe interdisciplinaire, l'ergothérapeute apporte une vision globale de l'utilisateur et participe à la recommandation des alternatives à adopter en remplacement aux mesures de contrôle.

Ce document se voulait une réflexion sur l'état actuel des connaissances cliniques et pratiques des ergothérapeutes, en regard des mesures alternatives aux mesures de contrôle et des mesures de contrôle elles-mêmes utilisées en soutien à domicile. L'utilisation des mesures de contrôle à l'intérieur des établissements de santé est un sujet documenté, mais il y a peu de littérature sur l'utilisation des mesures de contrôle en soutien à domicile. Notre réflexion est issue de la documentation sur le sujet pour les clients en établissement de santé et de l'expérience clinique des membres de l'équipe dans les milieux de soutien à domicile.

Il y a place à développer encore les connaissances sur les causes des comportements perturbateurs de certains usagers et sur les moyens d'éliminer ces comportements, tout en laissant à la personne la liberté de ses mouvements et sa dignité. En toutes circonstances, les alternatives aux contentions seront préconisées. Cela suppose une bonne connaissance du client, de ses valeurs et de ses habitudes. Cela demande aussi aux intervenants d'utiliser de la créativité dans leur approche à la personne dont le comportement est perturbé.

En terminant, il faut se rappeler que l'application de mesures de contrôle demeure un processus complexe et exige une réflexion qui dépasse largement le cadre de l'exercice professionnel. Un guide de gestion ne peut prévoir toutes les situations particulières auxquelles sont confrontés les professionnels. Il importe de ne pas perdre de vue l'expérience clinique et le jugement nécessaires dans l'application d'une telle décision. L'exercice le plus complexe reste sans aucun doute celui de répondre au dilemme éthique suivant : doit-on prioriser l'autonomie d'abord et la protection ensuite? Ou l'inverse?

19. BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES) (2000), "Limiter les risques de contention physique de la personne âgée", 42 p.
2. AHQ (1996), "L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser", Document de référence No. 2, 58 p.
3. ALLARD G., COMEAU M.C. (2002), "Guide de références sur les contentions, peut-on être âgé et libre?", Travail Université McGill, 25 p.
4. ALLARD G., COMEAU M.C. (2002), "Les contentions", Travail Université McGill, 25 p.
5. CARRUTHERS W. (2001), "Les mesures de contention : une frontière imprécise entre la sécurité et les droits de la personne", Actualités ergothérapeutiques, Juillet-Août, pp. 19-21.
6. CENTRE DE SANTÉ CLOUTIER-DURIVAGE (2004), "Politique et procédures sur l'application des mesures de contrôle", Document de travail non publié, 50 p.
7. Charte des droits et liberté, L.R.C. (1985), art. 1,7,9,12.
8. Charte des droits et liberté de la personne, L.R.Q. (1975), art. 1, 3, 4, 9.1.
9. CLSC-CHSLD SAINTE-FOY-SILLERY-LAURENTIEN (2003), "Modalités de fonctionnement temporaire en regard de l'usage des contentions", Sainte-Foy, Québec, 2 p.
10. CLSC DES HAUTES-MARÉES (2001), "Avis sur l'utilisation de la contention à domicile ou dans les résidences privées", Sainte-Foy, Québec, Document non publié, 3 p.
11. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (1999), "Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement", 7 p.
12. DALLAIRE N. (1994), "Utilisation de contentions en résidence d'accueil", CLSC Cloutier du Rivage, lettre du 16 mai, 1 p.
13. DE PROSPERO R.P., BOCCHINO N.L. (1999), "Is it possible ? Can We Make Physical Restraint A Last Resort In Acute Care?", AJN, Vol. 99, No. 10, p. 30.
14. DERMOT-FRENGLEY L., MION L.C. (1998), "Physical restraints in the acute care setting", Clinics in Geriatric Medicine, Vol. 14, No. 4, p. 737.
15. DE SERRES LOUISE (2003), "Aides techniques pour pallier à certaines atteintes cognitives", Centre régional d'information, de démonstration et d'évaluation des

aides techniques (CRIDÉAT), Institut de Réadaptation de Montréal, Document non publié, 2 p.

16. GABRIÈLE P. (2000), "Orientations du curateur public concernant le consentement à l'utilisation de mesures de contention et d'isolement chez les personnes qu'il représente", Lettre 8 décembre 2000, 4 p.
17. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002), "Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques", 27 p.
18. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002), "Plan d'action Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques", 19 p.
19. HAMMOND M., JEFFREY M.L. (1999), "Bedrails : Choosing the Best Alternative", Geriatric Nursing, Vol. 20, No.6, p. 299.
20. LES SERVICES DE RÉADAPTATION DU SUD-OUEST ET DU RENFORT (2002), "Politiques et procédures, mesures contraignantes", 15 p.
21. MONAT Anne (2002), "Répondre aux besoins spécifiques de la clientèle atteinte de déficits cognitifs : un défi réalisable", Cahier de formation, 87 p.
22. ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (2004), "Application de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi 90, sanctionné), Guide de l'ergothérapeute", Février, 40 p.
23. PARKER C., MILES S.H., (1997), "Death Caused by Bedrails", Journal of American geriatric Society, Vol. 45, No. 7, pp. 797-802.
24. Petit Larousse en couleurs, Librairie Larousse, 1990, 1720 p.
25. REGROUPEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MRC DE MASKINONGÉ (2001), "Guide d'application sur l'utilisation de la contention", Projet, Document non publié, 40 p.
26. ROBERGE R.F., M.D. (1997), "Les contentions physiques, peut-on les considérer comme un « bon traitement »?", CCFP, Colloque, 9 p.
27. SOCIÉTÉ D'ALZHEIMER DU CANADA, L'utilisation de contention, Feuillet d'informations, 3 p.

20. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES SUR LES CONTENTIONS - SECTION DOCUMENTATION ET SITES WEB

1. www.msss.gouv.qc.ca, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle – Contention, isolement et substances chimiques.*
2. www.afpap.org/infocontentions.htm, *La contention physique chez la personne âgée.*
3. www.members.aol.com/Dgeriatrie/contentionfauteuil.html, PRADINES, Bernard, *Un drame encore tabou : les contentions*, m.a.j. septembre 2003.
4. www.anaes.fr, *Publication diverses sur les contentions et autres sujets à caractère médical.*
5. www.fda.gov/cdrh/ode/odegr993.html, *Guide pour la mise en marché des contentions.*

ANNEXE 1 : PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

La philosophie d'intervention fait particulièrement référence aux valeurs à préconiser afin de prévenir et réduire le plus possible le recours exceptionnel aux mesures de contrôle. Les valeurs retenues dans les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de se rapportent aux valeurs et aux croyances suivantes¹² :

1. Le respect de la personne se manifeste par le respect de sa liberté de mouvement.
2. L'intervention doit être menée dans une perspective de relation d'aide qui tient compte des caractéristiques de la personne et de l'environnement dans lequel elle évolue. La personne sera mise à contribution dans la recherche et l'application de solutions à ses propres difficultés, si possible. Conséquemment, la personne et les proches doivent être avisés des raisons et des buts visés par l'utilisation de la contention et de l'isolement. De plus, leur consentement et leur participation sont recherchés.
3. Toute personne fait partie d'un environnement composé de différents systèmes : familial, social, communautaire, dont les intervenants doivent tenir compte lors de leurs interventions.
4. En connaissant bien l'usager (ses caractéristiques, son histoire, ses traumatismes antérieurs, ses ressources et son environnement), l'intervenant peut procéder à une évaluation clinique plus complète, qui lui permet de déterminer et de traiter les causes des problèmes de comportement. De plus, le professionnel de la santé sera mieux outillé pour coordonner le plan de service ou le plan d'intervention.
5. Cette perspective impose aux intervenants impliqués l'obligation d'établir une relation d'aide qui est respectueuse de la personne, de ses ressources et de son environnement. Enfin, elle fait en sorte que l'approbation par la personne de son pouvoir sur sa propre situation soit au cœur même de l'intervention.

¹² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002), "Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle Contention, isolement et substances chimiques", p. 9.

ANNEXE 2 : PRINCIPES DIRECTEURS

Voici les principes émis par le M.S.S.S ¹³:

1. Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.
2. Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.
3. Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante.
4. L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
5. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesure de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.
6. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

¹³ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2002), "Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle Contention, isolement et substances chimiques", p. 15.

ANNEXE 3 : LES CONTENTIONS PHYSIQUES

Voici une liste des contentions physiques. Cette liste est tirée de plusieurs documents cités à la bibliographie.

- ❖ Attelle;
- ❖ Barre de maintien au fauteuil;
- ❖ Bracelet (contention au poignet);
- ❖ Camisole, veste, filet, plastron, mitaine, harnais;
- ❖ Ceinture de contention pelvienne;
- ❖ Contentions aux 4 points (poignets et chevilles);
- ❖ Ceinture de sécurité au fauteuil roulant si la personne ne peut contrôler elle-même son utilisation;
- ❖ Ceinture au lit avec bouton magnétique;
- ❖ Chaise inclinée;
- ❖ Côtés de lit pleine longueur;
- ❖ Couche de maintien;
- ❖ Drap de contention;
- ❖ Fauteuil, base mobile et fauteuil gériatrique qui empêchent les déplacements, la mobilité autonome;
- ❖ Panneau surélevé au pied du lit;
- ❖ Tablette de fauteuil roulant avec ou sans sangle.

Lorsque l'application de contentions physiques est inévitable, il est très important de bien connaître les produits sur le marché, leurs avantages et inconvénients. En cette matière, les systèmes de contention de "fabrication maison" sont à éviter, considérant les risques associés à cette pratique.

Il existe des contentions au fauteuil roulant, au lit et pour certains fauteuils particuliers (fauteuil gériatrique ou chaise berçante). Voici un bref aperçu des avantages et inconvénients de différents moyens de contention.

CEINTURE TYPE AUTO QUI S'ATTACHE À L'ARRIÈRE AVEC BOUCLE DE PLASTIQUE	
Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">❖ Facile à installer;❖ Aucun besoin de clé ou d'aimant;❖ Peu coûteux;❖ Peut être faite sur mesure dans certains centres (là où la fabrication maison est	<ul style="list-style-type: none">❖ La personne contentionnée doit être détachée par les autres usagers;❖ Certains patients "contorsionnistes" se détachent ou se glissent sous cette ceinture;

<p>autorisée, il est possible d'acheter un rouleau de ceinture d'auto et des boucles de plastique);</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ajustable facilement; ❖ Plus esthétique que la ceinture avec boucle aimantée. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Une personne déterminée peut arriver à couper assez facilement la ceinture avec des ciseaux ou un autre usager pourrait le faire; ❖ La ceinture n'est pas transférable rapidement d'un fauteuil roulant à un autre (une extrémité est fixée avec des boulons ou rivets); ❖ Bris fréquents de la boucle de plastique;
--	--

CEINTURE AVEC BOUTON AIMANTÉ

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> ❖ La personne ne peut être décontentionnée par les autres usagers; ❖ Aucun moyen de se détacher sans la clé aimant; ❖ Difficile à couper; ❖ Plus robuste que la ceinture type auto. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Besoin d'une clé aimant; ❖ Prix élevé; ❖ Non sécuritaire en cas d'urgence, si la clé aimant n'est pas disponible (ex : étouffement, incendie, ...); ❖ Certains patients peuvent se glisser sous ce type de ceinture.

CEINTURE PELVIENNE À 4 POINTS D'ANCRAGE (ÉPINE ILIAQUE ANTÉRO-SUPÉRIEURE ET ANTÉRO-INFÉRIEURE)

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bon maintien du bassin (ceinture utilisée surtout pour le positionnement); ❖ La personne ne se glisse pas sous la ceinture; ❖ Une boucle de plastique avec un trou pour installer une serrure aimantée peut être installée. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Besoin d'une clé aimant pour sortir la personne si utilisation d'une contention avec boucle aimantée; ❖ Prix; ❖ Plus difficile à ajuster.

CEINTURE PELVIENNE TYPE COUCHE AVEC COURROIES

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> ❖ La personne ne se glisse pas sous la ceinture; ❖ Peut être combinée avec une ceinture pelvienne type auto qui s'attache à l'arrière avec boucle de plastique. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Long à installer; ❖ Peut être souillée par des selles.

ANNEXE 4 : ALTERNATIVES AUX CÔTÉS DE LIT UTILISÉS COMME CONTENTIONS

Voici selon Hamond et Jeffrey une liste d'alternatives aux côtés de lit utilisés comme contentions :

- ❖ "Matelas d'eau
- ❖ Coussin de positionnement
- ❖ Tapis sur le plancher
- ❖ Matelas posé sur le plancher
- ❖ Trapèze
- ❖ Aide-mémoire
- ❖ Chaise d'aisance
- ❖ Chaise ou table près du lit
- ❖ Alarme
- ❖ Coussin corporel
- ❖ Lit collé sur le mur
- ❖ Demi-côté de lit
- ❖ Veilleuse"¹⁴

Alternatives aux côtés de lit

Lorsqu'une personne n'a pas de problèmes de comportement ou de problèmes cognitifs, mais a besoin d'être sécurisée par des côtés, ou encore si le risque qu'elle tente de se lever seule est minime en présence d'atteinte cognitive, les alternatives suivantes peuvent être suffisantes et sont à considérer.

COUSSIN DE POSITIONNEMENT	
Avantage	Inconvénient
❖ Maintien de l'utilisateur dans une position adéquate.	❖ Peut être déplacé si l'utilisateur bouge beaucoup.

TAPIS SUR LE PLANCHER	
❖ Avantage	❖ Inconvénients
❖ Liberté de mouvement dans le lit pour l'utilisateur.	❖ Peut être assez coûteux; ❖ Danger de chute à la marche (obstacle sur le plancher).

¹⁴ Hamond, M., Jeffrey, M.L., 1999, "Bedrails : Choosing the best alternatives", Geriatrics Nursing, vol. 20, no. 6, p. 299.

TRAPÈZE	
Avantage	Inconvénient
❖ Peut remplacer le côté de lit pour faciliter les transferts.	❖ Peu de succès avec les usagers qui ont des atteintes cognitives importantes.

CHAISE D'AISANCE À CÔTÉ DU LIT	
Avantage	Inconvénients
❖ Évite les déplacements de nuit pour aller à la toilette.	❖ Peu de succès avec les usagers qui ont des atteintes cognitives importantes; ❖ Entretien.

CHAISE OU TABLE PRÈS DU LIT	
Avantage	Inconvénient
❖ Permet de mettre des articles personnels à la portée de la personne.	

MATELAS STANDARD SUR LE PLANCHER	
Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Liberté de mouvement dans le lit pour l'utilisateur; ❖ Diminution du risque de fracture. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Non esthétique; ❖ Danger de chute à la marche (instable sur le plancher); ❖ Difficile de se relever debout ou de se coucher, si incapacité motrice; ❖ Si l'utilisateur a besoin d'aide pour se relever ou nécessite des soins au lit, la personne aidante peut se trouver dans une posture inconfortable.

ALARME TYPE TABS AVEC BANDE SENSORIELLE	
Avantage	Inconvénients
❖ Liberté de mouvement dans le lit pour l'utilisateur.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coûteux; ❖ L'alarme peut stimuler ou augmenter l'insécurité chez les usagers confus; ❖ Le personnel ou la famille doit intervenir rapidement lors du signal.

LIT COLLÉ SUR LE MUR

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">❖ Liberté de mouvement dans le lit pour l'utilisateur;❖ Efficace si l'utilisateur tombe toujours du même côté.	<ul style="list-style-type: none">❖ Pour les personnes hémiplegiques, le lit doit être positionné de manière à permettre des transferts fonctionnels;❖ Pour la personne aidante, il peut être difficile de faire le lit.

DEMI-CÔTÉS DE LIT

Avantage	Inconvénient
<ul style="list-style-type: none">❖ Peut aussi faciliter les transferts.	

ANNEXE 5 : AUTRES ALTERNATIVES AUX CONTENTIONS

Voici quelques alternatives aux contentions. Il s'agit de stratégies comportementales, d'équipements ou d'adaptations dans l'environnement.^{15 16}

En présence d'agitation :

- ❖ Réorienter la personne fréquemment;
- ❖ Veiller à son confort physique;
- ❖ Établir un contact visuel;
- ❖ Maintenir une communication verbale et non verbale;
- ❖ Expliquer les interventions avant tout contact physique avec la personne;
- ❖ Diversion autobiographique;
- ❖ Diversion procédurale;
- ❖ Utiliser la séquence stratégique des soins d'hygiène;
- ❖ Garder un contact visuel axial;
- ❖ Regarder à la télévision ou sur vidéo de vieux téléromans, de vieux combats de lutte ou des parties de hockey, des moments de prière, des messes;
- ❖ Adopter une approche comportementale.

S'il y a des risques de chute :

- ❖ Aider la personne à améliorer la force de ses jambes;
- ❖ Attribuer une marchette;
- ❖ Conduire la personne aux toilettes aux 2 heures, après les repas, etc.;
- ❖ Faire utiliser la cloche d'appel;
- ❖ Installer une "super pole" ou autre pour effectuer les transferts;
- ❖ Installer une alarme, si la personne se lève de sa chaise ou de son lit;
- ❖ Analyser les facteurs de risque pour la personne;
- ❖ Diminuer la hauteur du lit;
- ❖ Installer une main courante dans le corridor;
- ❖ Assurer un bon éclairage;
- ❖ Acheter de bonnes chaussures;
- ❖ Porter des vêtements peu encombrants;
- ❖ Porter des lunettes adéquates;
- ❖ Placer une chaise d'aisance près du lit.

¹⁵ Extrait de : De Prospero Rogers P., Bocchino N.L., 1999, "Is it possible ? Can We Make Physical Restraint A Last Resort In Acute Care?", AJN, Vol. 99, No. 10, p. 30.

¹⁶ Extrait de Dermot-Frengley L., Mion L.C. (1998), "Physical restraints in the acute care setting", Clinics in Geriatric Medicine, Vol.14, No 4, p.737.

Dans les cas d'errance :

- ❖ Attribuer une marchette;
 - ❖ Offrir à manger et/ou à boire;
 - ❖ Réorienter la personne;
 - ❖ Offrir des activités constructives;
 - ❖ Distraire la personne, en lui permettant de participer à des activités familiales;
 - ❖ Fermer les portes au moyen de serrures spéciales.
-

ANNEXE 6 : ÉQUIPEMENTS ALTERNATIFS

Ces aides techniques peuvent contribuer à compenser certains déficits cognitifs ou sensoriels et aider à limiter les contentions dans certains cas.

A. Anti-fugue	<ul style="list-style-type: none"> ❖ serrures spéciales, placées haut, déverrouillables avec clé ou code; ❖ détecteurs de mouvement; ❖ détecteurs de poids, pour coussin de fauteuil roulant, lit ou sol; ❖ systèmes anti-fugues: bracelets reliés à un système central; ❖ caméra de surveillance; ❖ système de repérage.
B. Minuteries de poêle	<p>Avec coupure de courant au niveau des éléments;</p> <p>Avec indice sonore seulement.</p>
C. Fers à repasser	Avec arrêt automatique.
D. Alarmes de baignoire pour niveau d'eau	Avec indice sonore.
E. Aide-mémoires électroniques	
F. Cloches d'appel adaptées	Avec interrupteur.
G. Systèmes d'appels d'urgence	
H. Calendriers d'orientation	
I. Téléphones	<p>Avec photos;</p> <p>Avec lecture d'afficheur.</p>
J. Tabliers	Ignifuges.
K. Aides techniques pour fumer	<p>S'insérant à la main;</p> <p>Cendriers spécialisés.</p>
L. Draps de contention	
M. Piluliers	
N. Contrôle des lumières	

REMERCIEMENTS

Les membres de l'équipe de consultation sur les aides techniques remercient leurs collègues et autres personnes qui ont lu et commenté ce document au cours de la démarche de recherche et de rédaction. Vos commentaires nous ont inspirés et ont contribué à enrichir ce document. Merci de votre précieuse collaboration.
