

## **ANNEXES**

### **PARTIE 3 - MESURES DE REMPLACEMENT OU MESURES ALTERNATIVES**

ANNEXE 2

Gouvernement du Québec, MSSS, Direction générale de la Santé publique en collaboration avec le Comité de  
 156 prévention des traumatismes, Guide de prévention des chutes en CHSLD, 1995  
 Les traumatismes au Québec  
 Les traumatismes dus aux chutes  
 Tableaux supplémentaires

*Guide de Prévention des Chutes en  
 CHSLD 1995 Mesures alternatives*

Gouvernement du Québec MSSS Direction  
 générale de la Santé Publique en collaboration  
 avec le Comité de Prévention des Traumatismes

Tableau 4.7

Interventions proposées afin de réduire le risque de chute parmi la population âgée

<p><b>Vêtements dangereux:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>examiner fréquemment les vêtements portés (chemises de nuit longues et peignoirs);</li> <li>indiquer aux personnes âgées les risques présentés par les vêtements trop amples, serrés ou longs.</li> </ul> <p><b>Consommation d'alcool:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>évaluer le type de consommation d'alcool;</li> <li>indiquer aux personnes âgées les risques de la consommation d'alcool.</li> </ul> <p><b>Consommation de médicaments:</b>                  (p. ex.: les médicaments psychoactifs, y compris les sédatifs, les antidépresseurs et les antipsychotiques, les hypotenseurs, les antiarythmiques, les anticonvulsifs et les diurétiques):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>renseigner les professionnels de la santé sur les besoins propres aux personnes âgées (dosage approprié, interaction des différents médicaments, médicaments à éviter, effets secondaires, prescription prudente, sélection de médicaments à action brève, communication claire avec le patient, conseils sur les médicaments en vente libre);</li> <li>évaluer régulièrement les risques et les avantages de tous les médicaments consommés; tentative de réduire le nombre de médicaments consommés;</li> <li>essayer de réduire le nombre de médicaments différents consommés;</li> <li>surveiller la consommation de médicaments (dosage et moment) pour respecter la prescription;</li> <li>renseigner le public sur les risques de la consommation de médicaments pour les personnes âgées.</li> </ul> <p><b>Inactivité:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>encourager la pratique d'activités récréatives régulières ainsi que de la physiothérapie et de l'ergothérapie ou des programmes d'exercices pour pallier la diminution des forces, la faible endurance et les problèmes de souplesse et d'équilibre;</li> <li>apprendre aux personnes âgées à augmenter progressivement et à renforcer le niveau d'activité physique.</li> </ul> <p><b>Santé précaire:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>améliorer l'information et la formation des médecins à l'égard du dépistage et du traitement des problèmes médicaux des personnes âgées;</li> <li>procéder à une évaluation médicale complète et régulière des personnes âgées pour ce qui est des maladies existantes, de la consommation de médicaments et des antécédents de chutes; rendre un diagnostic précoce et mélicieux;</li> <li>faire connaître aux personnes âgées le fait que certaines maladies peuvent accroître le risque de chute;</li> <li>apprendre aux personnes âgées à compenser leurs faiblesses physiques et les changements, normaux pour leur âge, relatifs à la démarche, la mobilité et l'équilibre par des exercices récréatifs ou thérapeutiques.</li> </ul>	<p><b>Problèmes auditifs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>faire une évaluation audiologique;</li> <li>enlever du cérumen;</li> <li>installer un appareil auditif, si approprié, et donner la formation nécessaire à son utilisation;</li> <li>réduire le bruit de fond.</li> </ul> <p><b>Problèmes visuels:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dépister, traiter et surveiller les problèmes visuels (réfraction, cataracte, glaucome);</li> <li>améliorer les lunettes correctrices en modifiant l'ordonnance, de même qu'en nettoyant les verres ou en les remplaçant s'ils sont endommagés;</li> <li>si des lentilles à double foyer procurent des données visuelles contradictoires, les remplacer par deux paires de lunettes à usage différent;</li> <li>envoyer les personnes âgées à des physiothérapeutes ou à des ergothérapeutes afin que celles qui souffrent d'un rétrécissement de leur champ de vision dû à des accidents vasculaires ou au glaucome bénéficient d'une réadaptation;</li> <li>insister auprès des personnes âgées sur l'importance du port des verres correcteurs prescrits, de leur nettoyage ainsi que de l'utilisation appropriée des verres à double foyer et leur parler des problèmes d'adaptation visuelle dans l'obscurité;</li> <li>évaluer la sécurité au domicile.</li> </ul> <p><b>Problèmes de pieds:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>faire une inspection de routine pour déceler les oignons, les durillons ou les déformations qui peuvent détériorer la démarche;</li> <li>évaluer les chaussures portées et en améliorer le confort, la stabilité et l'adhérence au sol;</li> <li>faire en sorte que les personnes âgées rencontrent un pédicure pour corriger ou surveiller les problèmes de pieds (enlèvement des durillons ou des oignons, coupe des ongles);</li> <li>faire connaître aux personnes âgées l'importance du port de chaussures appropriées avec lacets et semelles antidérapantes;</li> <li>insister sur les talons bas et larges et déconseiller le port de pantoufles ou de bas mal ajustés pendant la journée.</li> </ul> <p><b>Hypotension posturale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour évaluer l'hypotension posturale, le médecin doit évaluer la différence de tension artérielle entre les positions couchée et debout;</li> <li>enseigner aux personnes âgées des techniques permettant de minimiser les effets de l'hypotension posturale (ex.: exercice pour les jambes ainsi que la flexion des pieds et des chevilles avant un changement de position, port de bas élastiques pour minimiser l'afflux sanguin dans les jambes, passage lent à la position debout);</li> <li>évaluer les effets hypotenseurs des médicaments consommés.</li> </ul> <p><b>Réduction de la neurosensation périphérique:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>utiliser une canne ou une marchette pour pallier la diminution de l'apport d'information sensorielle des jambes;</li> <li>augmenter l'activité physique (programmes de marche à pied, exercices d'équilibre) pour accroître la mobilité et l'équilibre;</li> <li>découler les carences en vitamines essentielles au fonctionnement des systèmes nerveux central et périphérique (B<sub>12</sub>, folate, pyridoxine et thiamine);</li> <li>conseiller le port de chaussures bien ajustées à semelles fermes;</li> <li>évaluer la sécurité au domicile.</li> </ul>
---	---

Tableau 4.7

## Interventions proposées afin de réduire le risque de chute parmi la population âgée (suite)

**Démence:**

- procéder à une évaluation en vue de supprimer les causes réversibles;
- éviter les sédatifs et autres médicaments à action centrale;
- faire une évaluation périodique en vue de détecter les maladies concomitantes;
- superviser l'exercice et la déambulation;
- évaluer la sécurité au domicile.

**Problèmes musculo-squelettiques:**

- faire un diagnostic approprié;
- superviser l'exercice et la déambulation;
- dispenser une formation en matière d'équilibre et de démarche;
- recommander des exercices de renforcement des muscles;
- fournir des appareils d'aide à la marche;
- évaluer la sécurité au domicile.

**Dysfonctions vestibulaires:**

- éviter les médicaments qui perturbent le système vestibulaire;
- réaliser une évaluation neurologique ainsi qu'une évaluation de l'oreille, du nez et de la gorge, si nécessaire;
- accomplir des exercices d'accoutumance pour la stimulation sensorielle et la recherche d'équilibre.

**Étourdissements, faiblesse:**

- essayer des repas légers pour prévenir les chutes liées à l'hypotension postprandiale.

**Chute antérieure:**

- renseigner la personne âgée sur les signes prémonitoires de chutes et lui enseigner comment se relever après une chute. Superviser l'entraînement visant à lui apprendre à bien se relever. Garder des couvertures et des oreillers à portée de la main;
- poser des systèmes d'alarme électroniques d'urgence pour éviter les «immobilisations prolongées» après les chutes;
- susciter l'appui social ou créer un réseau d'amis pour la surveillance régulière des personnes âgées à risque de faire une chute;
- effectuer une évaluation médicale exhaustive et une recherche des causes intrinsèques des chutes;
- traiter de façon appropriée les causes;
- instaurer un programme d'activité fonctionnel, supervisé et graduel pour assurer le retour des personnes âgées fragiles à des activités normales;
- évaluer la sécurité au domicile;
- conseiller la personne âgée relativement au traumatisme psychologique subi après une chute afin de la rassurer et qu'elle regagne sa confiance en elle-même;
- placer la personne âgée dans un lieu plus sécuritaire.

**Dangers environnementaux:**

- les lois et les politiques sociales doivent tenir compte de la conception du mobilier et de l'équipement pour les personnes âgées; les organismes de services de santé et les personnes âgées doivent être consultés;

- apprendre aux personnes âgées et à leur famille à éliminer ou à réduire au minimum les risques présentés par les dangers environnementaux;
- instaurer des programmes en vue d'aider à financer et à exécuter d'importantes modifications aux domiciles afin d'en accroître la sécurité;
- évaluer la sécurité au domicile;
- apprendre aux professionnels de la santé qui se rendent à domicile à reconnaître les dangers environnementaux et à donner des conseils. Voici des recommandations plus précises:

**Sol:**

- choisir un revêtement antidérapant non réfléchissant qui facilite la vision et accroît la perception de la profondeur;
- la moquette, les tapis, les carpettes doivent être en bon état, bien immobilisés et leurs coins doivent être fixés au sol;
- le sol doit être propre, sans désordre ou menus objets. Il faut enlever les fils électriques ou téléphoniques qui traînent et ramasser immédiatement tout liquide renversé.

**Escaliers:**

- des mains courantes doivent être solidement fixées de chaque côté, faciles à agripper, de préférence rondes et allant au-delà de la première et de la dernière marches. Des repères doivent avertir les personnes âgées de la fin de l'escalier;
- l'éclairage doit être suffisant; il doit y avoir des interrupteurs en haut et en bas des marches;
- le bord de chaque marche ainsi que la première et la dernière marches doivent être peints d'une couleur contrastante;
- réparer les marches, les rampes et les escaliers usés ou en mauvais état;
- ne laisser traîner aucun objet sur les marches;
- le degré d'inclinaison de l'escalier ne doit pas être supérieur à 37°; la hauteur de chaque marche ne doit pas dépasser 15 cm et la profondeur de chaque marche ne doit pas être inférieure à 25 cm;
- l'escalier doit être recouvert d'un tapis antidérapant;
- éviter les surfaces de bois à motifs;
- les pas de porte surélevés doivent être supprimés pour éviter les trébuchements.

**Salle de bains:**

- la salle de bains doit se trouver près de la chambre à coucher ou tout au moins au même étage;
- la salle de bains doit être dotée de tapis de caoutchouc antidérapants ou de bandes adhésives antidérapantes, qui doivent être collées dans la baignoire ou la douche et autour des toilettes;
- des mains courantes doivent être fixées aux murs latéral et avant de la douche ou de la baignoire ainsi qu'à côté des toilettes;
- la baignoire ne doit pas être trop haute. Un siège spécial peut permettre aux personnes âgées de s'asseoir au bord de la baignoire et de faire passer leurs jambes par-dessus;
- le siège des toilettes doit être surélevé s'il est trop bas;
- un tuyau de douche long et détachable doit être fourni, ainsi qu'un siège de baignoire stable avec accoudoirs de manière à permettre la position assise dans la baignoire.

Tableau 4.7

## Interventions proposées afin de réduire le risque de chute parmi la population âgée (suite)

**Éclairage:**

- les interrupteurs doivent être accessibles à l'entrée de chaque pièce et aux extrémités des escaliers;
- installer des veilleuses dans la chambre, l'entrée et la salle de bains;
- prévoir un éclairage régulier, indirect et non éblouissant mais de forte intensité, en particulier dans les escaliers, les couloirs ainsi que dans les lieux de rangement tels que le sous-sol. Éviter la formation d'ombres. L'éclairage de second plan ne doit pas être plus clair ou plus intense que celui de la zone centrale.

**Cuisine et rangement:**

- la conception des étagères doit réduire au minimum la nécessité d'avoir recours à des escabeaux. Si nécessaire, prévoir des escabeaux très stables;
- placer les articles fréquemment utilisés à des endroits qui n'obligent pas à se courber ou à grimper.

**Mobilier:**

- s'assurer de la stabilité et la hauteur appropriée des lits, des chaises et des tables;
- les sièges doivent être dotés d'accoudoirs allant au-delà du bord du siège et pouvant servir d'appui à la personne qui se lève;
- éviter les roulettes et les angles dangereux sur les meubles;
- les escabeaux doivent être solides et très stables;
- les lits doivent être réglables et assez bas pour éviter l'emploi d'escabeaux.

**Appareils et matériel:**

- prescrire raisonnablement les marchettes, les béquilles, les cannes, les fauteuils roulants ou les autres appareils d'aide;
- faire examiner la personne âgée par un physiothérapeute pour que la taille des appareils d'aide soit adéquate et que l'utilisateur reçoive les conseils et la formation requis pour l'utilisation, l'entretien et la sécurité de ces appareils.

**Extérieur:**

- le gazon, les entrées, les jardins et les allées doivent être entretenus et ne comporter ni trous, ni surfaces inégales, ni fissures, ni feuilles, ni glace, ni neige;
- les allées et les escaliers doivent être bien éclairés.

**Divers:**

- bien placer les prises téléphoniques de manière à ce que le téléphone puisse être déplacé dans la maison (près du lit la nuit);
- les vastes surfaces vitrées (porte de douche ou porte-fenêtre) doivent être à l'épreuve des chocs et visibles pour des yeux vieillissants.

**Lieux publics:**

- les recommandations touchant le domicile s'appliquent également aux lieux et aux édifices publics;
- entretenir adéquatement les trottoirs et les rues, déneiger rapidement, assurer un éclairage suffisant des rues, un marquage clair des intersections et bon fonctionnement des feux de circulation;
- la radio et la télévision devraient émettre des avertissements les jours de neige, de pluie ou de verglas.

**Institutions:**

- les recommandations concernant les domiciles et les édifices publics s'appliquent aussi aux institutions;
- s'assurer que la personne âgée est orientée efficacement par son entourage et que l'adéquation de ce dernier est évaluée de manière constante;
- créer des réseaux de bénévoles ou de patients pour aider les nouveaux patients à s'adapter à la routine de la vie quotidienne dans ce nouveau milieu;
- un dispositif photoélectrique (à infrarouge) peut servir à détecter les patients quittant leur lit ou leur chambre;
- utiliser judicieusement les barrières de lits et les autres dispositifs de protection;
- les lumières d'appel, les alarmes de lit et les autres dispositifs de ce genre doivent être bien entretenus et à la portée des patients;
- mettre sur pied un système de recensement des chutes;
- faire l'éducation permanente en matière de prévention des chutes.

Sources: voir les références 2, 64, 65 et 70-86, présentées dans la bibliographie en fin de chapitre.

En définitive, la contention et l'isolement constituent des mesures d'exception portant atteinte à la liberté, à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne. Ces mesures limitent non seulement la liberté de mouvement de la personne, mais également sa capacité de faire des choix<sup>6</sup>. Avant de décider d'appliquer à une personne une mesure de contrôle, l'équipe clinique a l'obligation morale, d'une part, d'effectuer une démarche d'analyse rigoureuse de la situation problématique et, d'autre part, de chercher des moyens préventifs ou de remplacement. Conformément aux trois premiers principes directeurs énoncés dans les Orientations ministérielles, une mesure de contrôle n'est utilisée que dans un contexte de risque imminent et qu'en dernier recours. Elle doit, de plus, être la moins contraignante pour la personne.

#### 2.3.4 Mesures préventives ou de remplacement

Plusieurs chercheurs remarquent que le personnel a recours à la contention et à l'isolement à défaut de connaître d'autres moyens d'intervenir<sup>4,8,15</sup>. Par conséquent, une meilleure connaissance des mesures de remplacement à l'utilisation de la contention et de l'isolement par le personnel soignant, mais également par les décideurs et le personnel d'encadrement, pourra contribuer à limiter leur application à des situations spécifiques et exceptionnelles.

Il va s'en dire que les changements d'attitudes et l'information sur les mesures de remplacement requièrent un programme de formation pour l'ensemble des paliers d'intervention de l'institution, incluant les usagers et leur famille. De plus, dans une perspective de changement planifié, où le changement d'attitude représente en soi un défi, il est nécessaire de faire place à la créativité. En permettant aux intervenants d'exprimer leurs craintes et leurs préoccupations, la recherche de nouvelles solutions devient dynamique. L'émergence de possibilités d'interventions inexploitées devient un facteur de motivation et de mobilisation dans la recherche de mesures préventives ou de remplacement à l'utilisation de la contention et de l'isolement. Le renouvellement des pratiques de soins est tributaire du renouvellement institutionnel. Des stratégies organisationnelles, professionnelles, structurales et d'apprentissage peuvent soutenir ce renouvellement<sup>5</sup>.

#### Les stratégies organisationnelles

Les stratégies organisationnelles pour la recherche de mesures de remplacement peuvent avantageusement inclure les moyens suivants<sup>5,8,15</sup> :

- ◆ Organiser et planifier le travail de manière à assurer une présence optimale d'intervenants dans l'unité de soins et de vie;
- ◆ Assurer une réponse prompte aux demandes d'aide;
- ◆ Adapter la routine selon les besoins individualisés de l'usager;
- ◆ Avoir un fonctionnement d'équipe efficace;
- ◆ Fournir une information juste et complète aux familles à l'égard de l'utilisation de la contention ou de l'isolement (bénéfices et risques);
- ◆ Utiliser des personnes bénévoles possédant une formation suffisante;
- ◆ Respecter la décision de l'usager et les conséquences de sa décision;
- ◆ Utiliser la mesure retenue pour la plus courte période possible;
- ◆ Fournir une prestation de soins et de services axée sur la dignité de la personne.

### Les stratégies professionnelles

Les stratégies professionnelles font référence à l'ensemble des moyens utilisés par le personnel de tous les niveaux hiérarchiques pour contrer l'utilisation de la contention et de l'isolement<sup>4,5,8,15,16,17,18</sup>

Les mesures suivantes en sont des exemples :

- ◆ Favoriser les interactions qui augmentent le sentiment de confiance de l'usager et l'efficacité de communication entre celui-ci et les intervenants;
- ◆ Permettre la verbalisation des sentiments de colère, de crainte, et de frustration;
- ◆ Fixer des limites aux violences verbales et aux exigences manipulatoires ou irrationnelles;
- ◆ Définir clairement les limites de manière à ce qu'elles ne soient pas perçues comme un défi par l'usager;
- ◆ Respecter l'espace personnel et laisser agir l'usager sur son environnement;
- ◆ Éviter de raisonner l'usager ou de discuter avec celui-ci en s'obstinant;
- ◆ Enseigner les techniques de relaxation, de gestion de l'agressivité et de la colère;
- ◆ Retirer l'usager de la situation stressante;
- ◆ Éliminer les traitements ou soins non essentiels (ex. : sieste obligatoire);
- ◆ Utiliser la médication prescrite au besoin;
- ◆ Évaluer soigneusement les comportements de désorganisation ou perturbateurs;
- ◆ Évaluer les risques de chutes;
- ◆ Planifier des soins et des services individualisés en continuité avec les antécédents et les besoins actuels de l'usager;
- ◆ Assurer une complémentarité entre les intervenants;
- ◆ Favoriser une bonne communication entre les intervenants;
- ◆ Faire appel à des consultants;
- ◆ Favoriser une approche de réadaptation, à l'opposé d'une approche se limitant à des soins d'entretien ou de garde;
- ◆ Avoir le souci d'intégrer la famille à la planification des soins et des services;
- ◆ Offrir un accueil à la personne nouvellement admise à l'unité de soins et de vie (fonctionnement, orientation des lieux, des personnes, etc.);
- ◆ Élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire prévoyant des activités aux besoins et aux goûts de l'usager.

### Les stratégies structurales *environnementales*

Certaines stratégies structurales s'adressent plus particulièrement aux milieux de soins pour la personne âgée<sup>4,5,8,15</sup>. Elles font référence aux aménagements environnementaux et à l'utilisation d'équipements adaptés dont voici quelques exemples :

- ◆ Assurer un éclairage adéquat en tout temps (par exemple, une veilleuse);
- ◆ Réduire les stimuli (lumière, bruits, couleurs, etc.);
- ◆ Assurer une circulation libre d'obstacles dans les corridors;
- ◆ Installer des barrières ou des courroies à l'entrée de certaines pièces;
- ◆ Aménager des aires d'errance sécuritaires;
- ◆ Identifier la chambre par un objet significatif ou une photographie;
- ◆ Utiliser des pictogrammes pour les salles de toilettes, salon, salle à manger;
- ◆ Aménager des pièces communes favorisant la détente et l'échange;
- ◆ Installer des dispositifs d'alarme de positionnement (lit, fauteuil);
- ◆ Utiliser le lit à son niveau le plus bas;
- ◆ Utiliser les demi-ridelles de lits;
- ◆ Utiliser des renflements à même les draps-housses en guise de ridelles de lit;
- ◆ Installer des barres d'appui;
- ◆ Installer des bandes antidérapantes.

### Les stratégies d'apprentissage et de développement des compétences

Les stratégies d'apprentissage et de développement des compétences font référence à la mise en place de programmes soutenant le développement des pratiques professionnelles<sup>5</sup>. Par exemple, elles peuvent consister :

- ◆ à offrir un programme de prévention des chutes;
- ◆ à planifier un programme à l'intention de tout le personnel afin de mieux faire comprendre les besoins des usagers sous leurs soins;
- ◆ à offrir un programme de loisirs (musicothérapie, zoothérapie, etc.);
- ◆ à offrir un programme de gestion de situation d'urgence;
- ◆ à offrir un programme de formation sur le travail interdisciplinaire.

## 9. ALTERNATIVES A LA CONTENTION

---

### LIGNES DIRECTRICES

#### Évaluation rigoureuse et globale

Comprendre causes et signification du comportement problématique

#### Intervention individualisée

Adaptée à la situation de chaque résidant

#### Considérer la personne et son environnement

Personne  
Équipement  
Environnement physique  
Organisation des soins

#### Établir des priorités d'interventions

#### Faire un suivi régulier et s'ajuster

---



---

## 9. ALTERNATIVES A LA CONTENTION

---

### LIÉES À LA PERSONNE

- Tenir compte des habitudes de vie antérieures (sommeil, alimentation, soins d'hygiène, etc.)
- Tenir compte des mécanismes d'adaptation antérieurs
- Activités de loisirs (musicothérapie, zoothérapie, jardinage)
- Activités dirigées à caractère répétitif (plier serviettes)
- Programme d'exercices et d'assistance à la marche
- Révision de la médication
- Faire la sieste au lit
- Séance au fauteuil
- Utilisation du modèle de gestion de comportements perturbateurs
- Rencontres avec la famille ou représentant légal
- Horaire d'élimination régulier
- Agir sur les causes physiologiques de l'agitation (douleur, constipation, infection, etc.)
- Utilisation des aides techniques (lunettes, marchette, etc.)
- Rappels à l'utilisateur de demander de l'aide avant de se lever
- Faire diversion (T.V., radio, musique, etc.)

---

## 9. ALTERNATIVES A LA CONTENTION

---

### ORGANISATION DES SOINS / INTERVENANTS

- Retrait temporaire de la contention pour certaines périodes de la journée (repas, soins d'hygiène, sieste, activités de loisirs, etc)
- Remplacement des solutés par des dispositifs à injection intermittente
- Consultation auprès des professionnels extérieurs à la situation (infirmière clinicienne, ergo, physio, etc.)
- Adaptation / révision de la routine des intervenants en fonction des besoins de l'utilisateur
- S'assurer d'une présence optimale d'intervenants sur l'unité en tout temps
- Surveillance / observation accrue (ex: rapprocher l'utilisateur près du poste de l'unité, etc.)
- Utilisation d'une personne bénévole pour surveiller et / ou accompagner un usager
- Système de jumelage entre les intervenants pour assurer un service continu
- Évaluation du risque de chute pour l'utilisateur
- Intégration de la famille / représentant légal dans les soins (élaboration du PI) et activités diverses

---

## 9. ALTERNATIVES A LA CONTENTION

---

### ÉQUIPEMENT ET ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

- Utilisation de coussins de positionnement
- Utilisation de coussin sur le plancher près du lit
- Modification du fauteuil / chaise roulante (appuis-pieds, système antibascule, hauteur siège, allongement dossier)
- Verrouillage électronique des portes de l'unité de soins
- Alarme de positionnement (lit, fauteuil)
- Installation d'un détecteur de mouvement
- Aménagement prothétique rappelant le milieu de vie antérieur
- Aires d'errance sécuritaires
- Utilisation de barrières, courroies à l'entrée de certaines pièces
- Utilisation de signaux (arrêt, soleil, etc.) comme repère
- Camouflage des portes, armoires, etc. (miroir, affiche, cadre, etc.)
- Ajustement de la hauteur du lit / chaise (maintenir le lit à la position basse, enlèvement des roues, diminution du diamètre des roues, etc.)
- Plate-forme basse pour matelas ou matelas sur le plancher

---

## 9. ALTERNATIVES A LA CONTENTION

---

### ÉQUIPEMENT ET ENVIRONNEMENT PHYSIQUE (suite)

- Utilisation des ridelles de lit (demi-longueur)
- Inclinaison du dossier du fauteuil de repos
- Diminution des stimuli (lumière, bruit, planchers cirés, etc.)
- Changer la disposition des meubles
- Installation d'une barre d'appui (toilette, corridor de l'unité de soins, etc.)
- Installation de bandes antidérapantes sur le plancher près du lit, de la chaise, de la toilette, etc.
- S'assurer d'un éclairage adéquat en tout temps (veilleuses dans les chambres, etc.)
- Dégagement d'un côté du corridor de l'unité de soins en tout temps
- Emploi du rhéostat à l'heure vespérale

---

## 9. ALTERNATIVES A LA CONTENTION

### RÉSUMÉ

---

- \* Faire une évaluation rigoureuse de chaque situation afin de comprendre les causes et la signification du comportement problématique
  
- \* Penser en termes d'interventions individualisées. Ce qui est bon pour une personne ne l'est pas nécessairement pour une autre.
  
- \* Considérer la personne et son environnement
  
- \* Établir des priorités d'intervention

Dans les situations plus complexes, il peut être pertinent d'établir des priorités d'intervention.

L'application des alternatives à la contention doit faire l'objet d'un suivi régulier de façon à ce qu'on puisse s'ajuster rapidement si on constate que l'une ou l'autre des interventions mises de l'avant ne produit pas les résultats escomptés. La situation peut nécessiter plus d'un ajustement. En ce sens, une démarche de réduction ou de retrait des contentions auprès d'un résidant peut s'apparenter à un processus d'essais et d'erreurs.

### Alternatives aux contentions physiques

#### Alternatives reliées à la personne âgée :

- Tenir compte des habitudes de vie antérieures (sommeil, alimentation, soins d'hygiène, etc.)
- Tenir compte des mécanismes d'adaptation antérieurs
- Activités de loisirs (musicothérapie, zoothérapie, jardinage, etc.)
- Activités dirigées à caractère répétitif (plier des serviettes, peler des légumes)
- Programme d'exercices et d'assistance à la marche
- Révision de la médication
- Faire la sieste au lit
- Séance au fauteuil
- Utilisation du modèle de gestion de comportements perturbateurs (grille d'observation des comportements perturbateurs)
- Rencontre avec la famille ou représentant légal (explications des risques potentiels)
- Horaire d'élimination régulier
- Agir sur les causes physiologiques potentielles de l'agitation (douleur, constipation, infection, effets secondaires des médicaments, etc.)
- Utilisation des aides techniques (lunettes, marchette, etc.)
- Rappels fréquents et réguliers à l'usager de demander de l'aide avant de se lever
- Faire diversion (T.V., radio, musique, etc.)

#### Alternatives reliées à l'organisation des soins et aux intervenants :

- Retrait temporaire de la contention pour certaines périodes de la journée (repas, soins d'hygiène, sieste, activités de loisirs, visiteurs au chevet, etc.)
- Remplacement des solutés par des dispositifs à injection intermittente
- Consultations afin d'obtenir le point de vue de professionnels qui sont à l'extérieur de la situation (infirmière clinicienne, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.)
- Adaptation / révision de la routine des intervenants en fonction des besoins de l'usager
- S'assurer d'une présence optimale d'intervenants sur l'unité en tout temps
- Surveillance / observation accrue (ex: rapprocher l'usager près du poste de l'unité, etc.)
- Utilisation d'une personne bénévole pour surveiller et / ou accompagner un usager
- Système de jumelage entre les intervenants pour assurer un service continu



- Évaluation du risque de chute pour l'utilisateur
- Intégration de la famille / représentant légal dans les soins (élaboration du PI)
- Intégration de la famille / représentant légal dans les activités de loisirs

#### Alternatives reliées à l'équipement et à l'environnement physique

- Utilisation de coussin de positionnement
- Utilisation de coussin sur le plancher près du lit
- Modification du fauteuil / chaise roulante (appuis-pieds, système antibascule, hauteur du siège, allongement du dossier, etc.)
- Verrouillage électronique des portes de l'unité de soins
- Alarme de positionnement (lit, fauteuil)
- Installation d'un détecteur de mouvement
- Aménagement prothétique rappelant le milieu de vie antérieur
- Aires d'errance sécuritaires
- Utilisation de barrière, courroie à l'entrée de certaines pièces
- Utilisation de signaux (arrêt, soleil, etc.) comme repère
- Camouflage des portes, armoires, etc. (miroir, affiche, cadre, etc.)
- Ajustement de la hauteur du lit / chaise (maintenir le lit à la position basse, enlèvement des roues, diminution du diamètre des roues, etc.)
- Mettre le matelas du lit sur le plancher
- Utilisation d'une plate-forme basse pour le matelas
- Utilisation des ridelles de lit (demi-longueur)
- Inclinaison du dossier du fauteuil de repos
- Diminution des stimuli (lumière, bruit, planchers cirés, etc.)
- Changer la disposition des meubles
- Installation d'une barre d'appui (toilette, corridor de l'unité de soins, etc.)
- Installation de bandes antidérapantes sur le plancher près du lit, de la chaise, de la toilette, etc.
- S'assurer d'un éclairage adéquat en tout temps (veilleuses dans les chambres, etc.)
- Dégagement d'un côté du corridor de l'unité de soins en tout temps
- Emploi du rhéostat à l'heure vespérale

### EXERCICE

Les participants reprennent le ou les cas discutés en début d'atelier et voient s'ils peuvent identifier d'autres alternatives à la contention.



