

**MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX AGIR**

Colloque provincial sur la maladie d'Alzheimer

## La sécurité de l'environnement en hébergement

Par: Camille Dolbec, infirmier clinicien  
Conseiller clinique  
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Le 28 septembre 2010 #1

### Plan de la présentation

- La clientèle hébergée et ses besoins de sécurité
  - La mission d'un centre d'hébergement
  - L'évolution des types de clients
  - Le profil et l'autonomie résiduelle des résidents
  - Les accidents ou incidents qui arrivent
- Les milieux prothétiques: liberté en sécurité
- Les moyens de contention comme dernier recours
- L'objectif de diminution de l'utilisation des moyens de contention

Le 28 septembre 2010 #2

### La clientèle et ses besoins de sécurité

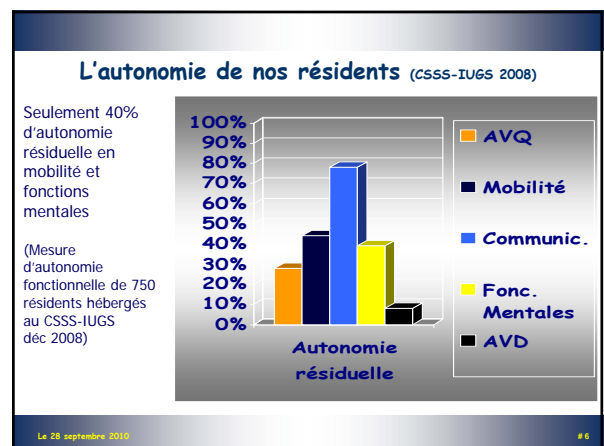
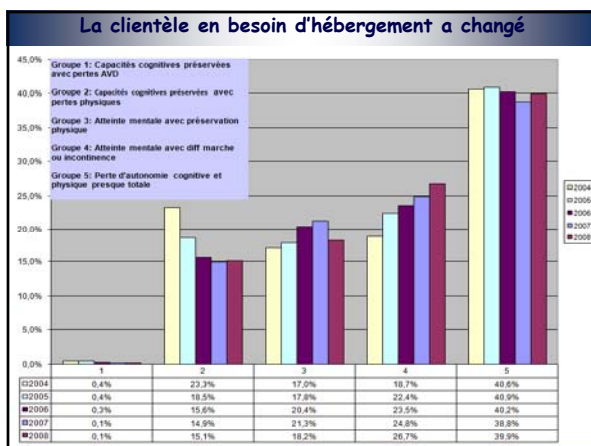
- Une faible proportion des personnes âgées a besoin d'un milieu de vie substitut
- Nécessité d'hébergement pour:
  - Pertes physiques majeures (malgré maintien à domicile intensif);
  - Pertes cognitives moyennes (mises en danger): nouvelle raison majeure d'un besoin d'hébergement.

Le 28 septembre 2010 #3

### LE PROGRAMME D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE (CSSS-IUGS 2008)

- Le programme de soins de longue durée vise à offrir un milieu de vie sécuritaire, stimulant, animé, adapté et respectueux, ainsi qu'un milieu de soins de haute qualité à une clientèle âgée de 18 ans et plus qui, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle, ne peut plus demeurer dans son milieu de vie naturel.

Le 28 septembre 2010 #4





## Les milieux prothétiques: liberté en sécurité

- Comment promouvoir l'autonomie et assurer la sécurité des personnes avec déficits cognitifs sans les contraindre?
- Un milieu de vie adapté aux pertes cognitives: une prothèse



- Environnement adapté et sans danger
- Approche personnalisée et permissive pour les activités et les soins

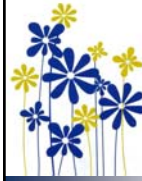
Le 28 septembre 2010

# 13

## Les milieux prothétiques: liberté en sécurité

- À qui s'adressent ces unités:

- Atteinte importante des fonctions cognitives, diagnostic de démence (Causé par maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, maladie de Pick, etc.)
- Clientèle homogène
- Aptes à la marche (besoin de liberté)
- Trop de manifestation de comportements de fouille, d'errance ou de fugue pour permettre un séjour sécuritaire en unité régulière.



Le 28 septembre 2010

# 14

## Les milieux prothétiques: liberté en sécurité

- Les avantages de l'unité (Environnement adapté et approche particulière)
  - Permet l'expression des comportements de fouille et d'errance en toute sécurité
  - Favorise le maintien de leurs capacités résiduelles
  - Assure un lieu et une approche adaptée aux besoins de la clientèle
  - Évite la sur-utilisation des contraintes physiques ou chimiques.
- Permet de diminuer ou d'éliminer les comportements perturbateurs qu'ils présentent
- Accroît leur sécurité physique et affective



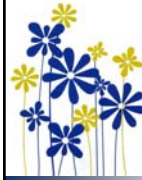
Le 28 septembre 2010

# 15

## Les milieux prothétiques: liberté en sécurité

- L'environnement adapté

- Portes codées pour les sorties ou tous les endroits dangereux (liberté en sécurité)
- Corridors dégagés (déambulation sans encombrement)
- Planchers mats (évite les mirages d'eau)
- Système d'éclairage permettant de varier l'intensité lumineuse
- Points de repère significatifs pour aider à retrouver la chambre ou la toilette ...(baisse l'anxiété et l'errance avec but de recherche)



Le 28 septembre 2010

# 16

## Les milieux prothétiques: liberté en sécurité

- L'environnement adapté (suite)
  - Aménagement d'aires distinctes pour loisirs, repas, rencontres familiales
  - Décoration de type familial (milieu connu, moins anxiogène)
  - Aire de déambulation continue (circuit) pour errances sans buts apparents
  - Zones de repos réparties dans l'unité
  - Cuisine avec évier, comptoirs, armoires, appareils ménagers (milieu connu)
  - Aire extérieure clôturée et protégée avec jardins, fleurs, arbres (jardin prothétique)

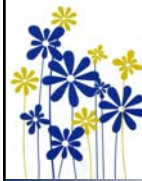


Le 28 septembre 2010

# 17

## Les milieux prothétiques: liberté en sécurité

- Une approche qui tient compte des pertes cognitives
- L'approche est caractérisée par:
  - le respect du rythme
  - l'individualisation des interventions
  - l'attitude chaleureuse
  - le respect et l'acceptation des différents comportements "hors normes"



Le 28 septembre 2010

# 18

## Les milieux prothétiques: liberté en sécurité

- Les interventions spécialisées (utilisées par tous lors des soins et des activités):
  - la diversion (la plus utilisée)
  - le contact non verbal (très important)
  - le toucher affectif
  - l'orientation à la réalité
  - la réminiscence
  - la validation
  - la stimulation sensorielle



Le 28 septembre 2010

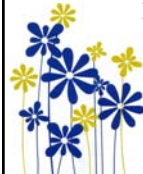
# 19

## Gérer les problèmes par la créativité

Notre clientèle a des besoins spéciaux



- Voici un problème de risque de fugue et des portes de l'unité qui attirent leur attention



Le 28 septembre 2010

# 20

## UNE SOLUTION CRÉATIVE



- Comment faire disparaître la tentation face à ces portes
- Une idée originale entre nos préposés et le personnel des loisirs: un dessin qui ferait disparaître la porte!
- Des études formelles qui prouvent l'effet positif

Le 28 septembre 2010

# 21

## LA MURALE



- Fait disparaître les portes
- Crée l'illusion d'un parc où il fait bon relaxer
- Basé sur notre environnement local: le parc boisé de l'Institut auquel on ajoute un banc pour les résidents

Le 28 septembre 2010

# 22

## Un exemple de créativité et de collaboration



- Le projet est réalisé depuis août 2004 en collaboration avec notre fondation
- Voici les photos de sa réalisation.
- Et cela a donné l'effet souhaité !  
(On ne laisse évidemment pas le banc dans la porte)



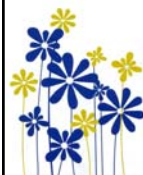
Le 28 septembre 2010

# 23

## D'autres exemples de créativité

(Unité prothétique St-Hyacinthe 2002)

- Camouflage des claviers à code de sortie: éviter la tentation plutôt que contrôler.



Le 28 septembre 2010

# 24

## Les moyens de contention comme dernier recours

- Avant tout, assurer la sécurité par des moyens non contraignants

- Lits en position basse
- Surveillance, amener près de nous
- Bas antidérapants
- Contrôle des portes de l'unité
- Systèmes antifugues (escaliers, ascenseurs)
- Réduction de l'encombrement
- Activités accompagnées
- Détecteurs de position (TABS) avec message, ou détecteurs de lever avec alarme au poste.



Le 28 septembre 2010

# 25

## Avoir un programme de réduction des chutes pour toutes clientèles (CSSS-IUGS 2009)

- Favoriser la prévention des chutes chez les usagers par l'utilisation de stratégies de dépistage, d'évaluation et d'intervention adaptées aux besoins des différentes clientèles
- Favoriser la mise en oeuvre d'un plan d'intervention individualisé à tout usager identifié à risque de chute
- Identifier les responsabilités des différents acteurs afin de concerter leurs efforts dans un objectif de complémentarité



Le 28 septembre 2010

# 26

## Avoir un programme de réduction des chutes pour toutes clientèles (CSSS-IUGS 2009) (suite)

- Favoriser une approche interdisciplinaire afin de développer et concentrer l'expertise des différents professionnels vers la prévention des chutes
- Mettre en oeuvre des activités d'évaluation pour favoriser l'intégration du programme et améliorer la qualité des soins et services
- Identifier différents outils propices au dépistage du risque de chutes et à la planification des interventions appropriées



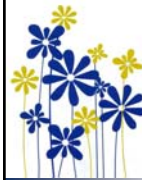
Le 28 septembre 2010

# 27

## Les moyens de contention comme dernier recours

- Avoir un programme de réduction des conséquences des chutes en milieu prothétique

Plusieurs unités mettent en place un programme de réduction des chutes. Dans le contexte de nos unités prothétiques où tous les résidents marchent, avec plus ou moins d'adresse, les chutes sont fréquentes. Avec l'optique, propre à nos unités prothétiques, de liberté de mouvement et de tolérance, nous n'avons pas la prétention de vouloir réduire les risques de chutes mais plutôt d'en réduire les effets, de réduire les blessures occasionnées par les chutes. (Nathalie Fontaine, erg, 2009)



Le 28 septembre 2010

# 28

## Des moyens de réduction des conséquences des chutes

- Vérification de la stabilité et de l'adhérence des semelles des chaussures les plus utilisées
- Horaire d'élimination
- Périodes de repos au fauteuil pour éviter que la fatigue et l'impossibilité de juger de celle-ci entraîne une chute (Fauteuils adaptés avec ceinture de contention si la personne ne reste pas assise)
- Bas antidérapants
- Culottes de protection des hanches
- Moniteur de mobilité la nuit → cloche biscuit sous matelas à l'endroit où la personne se lève (un bord du lit avec ridelle ou  $\frac{2}{3}$  ridelles)

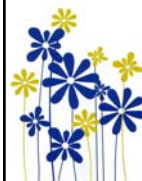


Le 28 septembre 2010

# 29

## Appliquer des mesures de contrôle comme dernier recours

- Lorsque c'est essentiel pour protéger d'un danger imminent
- Lorsque les autres moyens ne fonctionnent pas
- Lorsque le milieu n'est pas adapté
  - Unités avec clientèle hétérogène



Le 28 septembre 2010

# 30

## Les moyens de contention comme dernier recours

### ➤ Définition de contention

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



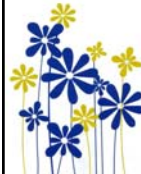
Le 28 septembre 2010

# 31

## Les moyens de contention comme dernier recours

### ➤ Les principes suivants doivent nous guider pour assurer le maintien de la dignité et de la liberté (politique du MSSS):

- Mesure de contrôle lors d'un risque imminent (pour lui-même ou autrui)
- Utilisation en dernier recours
- Choix de la mesure la moins contraignante pour la personne
- Appliquée avec respect, en partenariat



Le 28 septembre 2010

# 32

## Les « règles de conduites éthiques » et « principes directeurs » (ref: CSSS-IUGS 2006)

1. Rappeler que les contentions sont toujours une atteinte à la liberté individuelle.
2. Utiliser (explorer) des mesures de remplacement avant le recours aux contentions.
3. Utiliser les MC en dernier recours. Les mesures de contention doivent être exceptionnelles: si inefficacité des alternatives, utiliser des mesures de contention uniquement en contexte de risque imminent
4. Utiliser la mesure la moins contraignante possible pour la personne



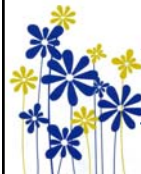
Le 28 septembre 2010

33

# 33

## Les « règles de conduites éthiques » et « principes directeurs » (suite)

1. Basé l'intervention sur la relation d'aide, le respect, la confiance mutuelle, la reconnaissance des capacités de la personne
2. S'assurer du confort de la personne s'il y a utilisation de contention et procurer une supervision attentive (par respect, pour la dignité et la sécurité)
3. Baliser l'utilisation de la contention et de l'isolement par des procédures (protocole d'application) guidées par les principes directeurs.
4. Évaluer et suivre l'utilisation des contentions (C.A.)



Le 28 septembre 2010

34

# 34

## Promouvoir des valeurs et croyances pour baliser l'intervention des soignants (Ref: CSSS-IUGS 2006)

### Balise #1: Respect de la personne

- De sa liberté de mouvement
- Si pour l'intérêt de la personne (motif de sécurité), il faut entraver liberté:
  - souci de limiter de façon minimale et exceptionnelle sa liberté et son autonomie



Le 28 septembre 2010

35

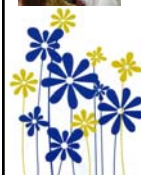
# 35

## Balise #2 Être dans un rapport de relation d'aide

### Tenant compte des caractéristiques de la personne



- Chercher à comprendre les causes profondes pour cette personne de tout comportement problématique
- Comprendre son histoire de vie, ses antécédents
- Mettre à contribution son potentiel dans la recherche et l'application de solutions à ses difficultés
- Agir avec un souci d'améliorer sa qualité de vie



Le 28 septembre 2010

36

# 36

## Balise#2 (suite)

### Être dans un rapport de relation d'aide



Tenant compte des caractéristiques de l'environnement de la personne

- Sa famille, son réseau social élargi, son environnement communautaire
- Prendre en considération ce que perçoivent ces derniers concernant les difficultés vécues par le patient
- Les mettre à contribution dans la recherche et l'application de solutions aux difficultés

**II FAUT DONC TOUJOURS PERSONNALISER L'INTERVENTION**

Le 28 septembre 2010 37 # 37

## Balise #3

### L'intervenant n'est jamais seul décideur des solutions



➤ Il doit se percevoir comme **un** des acteurs principaux avec le patient et les membres de son environnement

➤ Il doit soutenir la personne à s'approprier le plus de pouvoir sur sa situation

Le 28 septembre 2010 38 # 38

## Les moyens de contention comme dernier recours

➤ Les raisons et modalités d'utilisation

- Mesure de positionnement (immobiliser)
- Mesure de protection (protéger des blessures)
- Mesure de soins ponctuels (Ex: labo)
- Mesure de contrôle (maîtriser lors d'agression)
- Mesure d'encadrement (plan d'intervention)

Le 28 septembre 2010 # 39

## Les moyens de contentions comme dernier recours

➤ Les types de contentions plus utilisées pour la prévention des chutes

- Ridelles (cotés de lit)
- Ceintures au fauteuil et au lit
- Tables de fauteuil gériatrique

Le 28 septembre 2010 # 40

## L'objectif de diminution de l'utilisation des moyens de contention

➤ Une décision qui doit être prise après **mûre réflexion**

- Évaluation de la situation et du risque
- Partenariat avec la famille ou les proches
- Approche multidisciplinaire
- Choix du moyen le moins contraignant
- Durée minimale
- Surveillance régulière
- Réévaluation régulière de la pertinence

Le 28 septembre 2010 # 41

## L'objectif de diminution de l'utilisation des moyens de contention

- Les changements nécessaires devront s'inscrire dans une démarche systématique visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesures de contrôle et à développer des mesures de remplacement efficaces, efficientes et respectueuses de la personne, de son autonomie, de son environnement et des proches concernés. (Msss)

Le 28 septembre 2010 # 42

## Tous sont impliqués !



- **Le comité de direction:** Pour la reconnaissance de cette préoccupation comme priorité organisationnelle (s'en suivra l'octroi des ressources humaines et financières)
- **Direction des soins inf., DSPH et finances:** pour l'accès \$ aux alternatives.
- **Les soignants en général :** Pour implanter la culture de décontention, la rigueur sur le questionnement préalable et la validation des moyens.
- **Les médecins :** Comme prescripteurs et comme évaluateurs du risque global, qu'ils soient sensibilisés à la réduction des moyens de contentions physiques



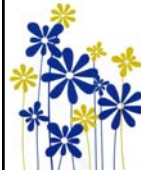
Le 28 septembre 2010

#43

## Tous sont impliqués ! (Suite)



- **Les infirmières:** Pour les évaluations complètes (incluant SMAF) et l'identification des situations à risque, les alternatives, les suivis, la surveillance.
- **Les infirmières auxiliaires:** Pour leur contribution aux évaluations, essais d'alternatives, etc...
- **Les préposés (ées) aux bénéficiaires:** Pour la surveillance et l'assistance aux personnes à risque, l'application conforme, confortable et sécuritaires des moyens choisis, pour leur contribution à l'observation et évaluation des situations à risque.



Le 28 septembre 2010

#44

## Tous sont impliqués ! (Suite)



- **Les intervenants de physiothérapie:** Pour leur contribution à l'évaluation du risque (notion de risque acceptable), l'évaluation de la marche, pour la mobilisation et rééducation des personnes en perte ambulatoire.
- **Les ergothérapeutes:** Pour l'évaluation du niveau de risque relié au milieu: aménagement, encombrement. Pour l'accessibilité et le choix aux ressources d'alternatives et de contention. Pour la bonne installation ergonomique et sécuritaire des moyens d'alternatives ou de contentions.
- Les intervenants sociaux:** Pour assister dans la sensibilisation et les négociations avec les familles dans les cas complexes.



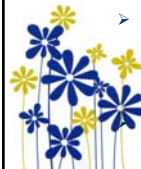
Le 28 septembre 2010

#45

## Tous sont impliqués ! (Suite)



- **Les chefs de service en soins infirmiers:** Pour leur leadership dans la sensibilisation de leurs équipes de soins à la décontention, le maintien de la préoccupation, l'ouverture aux alternatives.
- **Les cliniciennes spécialisées :** Pour leur support scientifique, recherches et études, formation des intervenants.
- **Les familles:** Pour qu'elles soient sensibilisées aux principes qui nous guident et qu'elles comprennent leur rôle important dans la notion de risque acceptable, le consentement aux essais d'alternatives et de moyens de contentions.
- Les personnes ressources extérieures :** Pour supporter nos actions via des exemples réussis d'alternatives aux contentions et des politiques de décontention réalisables. (Ex: Maïmonides, Ste-Anne-de-Bellevue)



Le 28 septembre 2010

#46

## CONCLUSION



- Il faut assurer la sécurité des personnes vulnérables
- L'évaluation multidisciplinaire de la situation et du risque est primordiale et doit se faire en partenariat familial
- Les moyens préventifs doivent respecter la dignité et la liberté de la personne
- La création des milieux adaptés doit être priorisée
- Il faut être créatif pour trouver des moyens non contraignants
- Si une contention doit être utilisée, elle doit l'être pour une durée minimale



Le 28 septembre 2010

#47

## Merci de votre attention



La fontaine de Jouvence  
Centre de recherche sur le vieillissement

Questions et commentaires...

Le 28 septembre 2010

#48