

# Cadre de référence sur les mesures de remplacement à l'application des mesures de contrôles

## Cadre général

### Définition

- Ensemble des paramètres encadrant le remplacement des mesures de contrôle physiques et chimiques avant ou après leur application.

### Objectifs de soins

- Prévenir, réduire ou éliminer le recours aux mesures de contrôles
- Prévenir les conséquences physiques et psychologiques associées à l'utilisation des mesures de contrôle
- Assurer la sécurité de l'utilisateur et celle d'autrui
- Respecter l'utilisateur, assurer son droit à la liberté et à la dignité
- Réduire les conséquences néfastes sur la santé de l'utilisation des mesures de contrôle (MSSS, 2015; Voyer, 2013).

### Indications

- Comportements indésirables
  - agitation
  - agressivité
  - violence
  - errance
  - interférence aux traitements (inconfort lié à un traitement ou appareillage en place)
  - délirium
- Risque de chute
  - facteurs de risques intrinsèques (liés à l'état de l'utilisateur)
    - perte de l'autonomie fonctionnelle
    - syndrome d'immobilisation
    - témérité

- hypotension orthostatique
  - facteurs de risques extrinsèques (liés à l'environnement)
- Refus de l'application de mesures de contrôle par l'utilisateur ou sa famille (MSSS, 2015; Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2014; Voyer, 2013).

## Contre-indications

- Contexte de dangerosité immédiat pour l'utilisateur ou pour autrui (MSSS, 2015)
- Refus de la mesure de remplacement par l'utilisateur.

## Généralités

### Réglementation sur l'application de cette MSI :

Consulter la règle de soins de votre établissement ou votre ordre professionnel afin de déterminer si une ordonnance individuelle ou collective est nécessaire.

**Note :** Exceptionnellement, ce cadre de référence contient une section sur les notes au dossier.

## Principes directeurs

- Le professionnel doit (MSSS, 2015) :
  - travailler en équipe pluridisciplinaire incluant l'utilisateur et la famille pour :
    - évaluer l'utilisateur à l'admission et selon les délais recommandés par l'établissement :
      - orientation dans le temps et l'espace
      - sens (vision et audition)
      - mobilité (ex. : équilibre, marche, état musculosquelettique, aide technique adéquate)
      - état mental (ex. : témérité)
      - habillement (ex. : les vêtements devraient être ajustés et les chaussures à talon bas avec semelles antidérapantes)
    - médication
    - troubles d'élimination
    - causes du comportement indésirable ou de la chute
  - évaluer les facteurs de risque par
    - l'observation
    - la révision des antécédents
    - l'histoire biographique
    - l'évaluation de
      - l'état de santé (ex. : résultats de laboratoire, signes infections, dépistage de l'hypertension orthostatique)

- la médication (ex. : interactions, effets thérapeutiques et indésirables)
  - l'environnement
- planifier les mesures de remplacement
  - le type (ex. : élimination de la cause, implication de la famille)
  - le moment approprié (ex. : au coucher, durant un soin)
  - la durée de l'essai de la mesure
- assurer la communication des mesures de remplacement mises en place (voir Notes au dossier)
- évaluer l'efficacité des nouvelles mesures
  - avantages et effets indésirables
  - pertinence de poursuivre l'application de la mesure
- réajuster ou changer la mesure, le cas échéant
  - documenter l'échec des mesures de remplacement utilisées
    - justifie l'application de mesures de contrôle, le cas échéant (Agrément Canada, 2016)
      - voir la MSI : Cadre de référence sur l'application et retrait des mesures de contrôle (**à venir**).

**Note :**

- L'efficacité des mesures est directement liée à :
  - l'évaluation approfondie de la cause
  - l'application en continu des mesures proposées 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7
  - la réévaluation des mesures minimalement au 4 semaines (Voyer, 2013).

## Interventions routinières

**Note :** La liste d'interventions qui suit n'est pas exhaustive.

### Auprès de la clientèle en santé mentale

- Observer et écouter les usagers permet :
  - de noter les signes indiquant une augmentation de l'agitation (MSSS, 2008; Sullivan et al., 2005)
  - d'adapter les interventions au cours des soins et activités quotidiennes selon l'état physique et mental de l'utilisateur
  - d'intervenir tôt afin de prévenir l'escalade (MSSS, 2008; Halter, & Varcariolis, 2014).
- Connaître les situations ou événements antérieurs ayant mené à des réactions agressives ou violentes permet :
  - de repérer les situations ou événements actuels semblables pouvant provoquer les mêmes réactions (Shea, 2005).

**Signes à observer**

Comportement envers les objets, les autres et lui-même	Réactions physiologiques	Attitude, humeur et expression verbale	Traitement de la pensée/ perceptions
--	--------------------------	--	--------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expression faciale tendue et irritée ou maintenant de façon prolongée</li> <li>• Augmentation ou arrêt soudain de l'agitation psychomotrice</li> <li>• Augmentation du volume et du débit verbal</li> <li>• Changement dans le délai de réponse verbale ou comportementale             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ contact visuel prolongé ou, au contraire, évitement du regard</li> </ul> </li> <li>• Menaces verbales ou comportementales</li> <li>• Comportement d'agressivité actuel similaire à celui exprimé lors d'un épisode antérieur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modification de             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ la fréquence respiratoire et cardiaque</li> <li>◦ la coloration de la peau                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ extrémités plus blanches et moites</li> <li>▪ visage rouge</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Contractions musculaires</li> <li>• Dilatation des pupilles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colère</li> <li>• Hostilité</li> <li>• Méfiance</li> <li>• Anxiété extrême</li> <li>• Irritabilité</li> <li>• Sarcasme avec condescendance</li> <li>• Humeur labile</li> <li>• Euphorie excessive et déplacée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus de la pensée désorganisé</li> <li>• Idées délirantes</li> <li>• Confusion</li> <li>• Désorientation</li> <li>• Altération de la mémoire</li> <li>• Hallucinations ou illusions avec contenu violent</li> </ul>
--	--	---	---

### Auprès de la clientèle ayant un déficit cognitif ou fonctionnel

- Adapter la communication et répondre rapidement et systématiquement aux besoins de base (ex. : hydratation, élimination, mobilisation) de l'utilisateur
  - permet de prévenir les comportements indésirables (Voyer, 2013).

<b>Stratégies de communication</b>			
<b>Aborder l'utilisateur</b>	<b>Communiquer</b>	<b>Agir</b>	<b>Environnement</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saluer en entrant dans la chambre</li> <li>• Vouvoyer</li> <li>• Appeler par le nom de famille</li> <li>• Garder le visage souriant et détendu</li> <li>• Établir un contact par le regard, la voix ou le toucher</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se présenter</li> <li>• Expliquer le but de la visite</li> <li>• Adopter un ton de voix doux</li> <li>• Ralentir le débit verbal</li> <li>• Articuler adéquatement</li> <li>• Donner des consignes simples</li> <li>• Utiliser des phrases courtes</li> <li>• Éviter la formulation à la négative</li> <li>• Doser les interactions                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ aviser l'utilisateur des interventions au fur et à mesure</li> <li>◦ formuler une seule demande ou question à la fois</li> <li>◦ laisser le temps nécessaire pour répondre aux demandes ou questions</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éviter une invasion rapide de l'espace personnel de l'utilisateur</li> <li>• Se déplacer lentement, sans geste brusque</li> <li>• Utiliser le non-verbal ou la démonstration pour se faire comprendre</li> <li>• Respecter la dignité de l'utilisateur                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ éviter l'infantilisation</li> <li>◦ informer l'utilisateur de tout ce qui le concerne</li> <li>◦ se centrer sur l'utilisateur et non sur la tâche</li> <li>◦ s'intéresser à l'utilisateur (ex. : centrer la discussion sur les intérêts de l'utilisateur)</li> </ul> </li> <li>• Faire preuve de souplesse et offrir des choix                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ laisser suffisamment de temps pour choisir</li> </ul> </li> <li>• Offrir du renforcement positif lors de comportements appropriés</li> <li>• Éviter                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ de formuler des attentes trop élevées                                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ entraînent l'anxiété, la frustration ou le sentiment d'échec</li> </ul> </li> <li>◦ d'exprimer les demandes de façon stricte</li> <li>◦ la confrontation</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter les distractions lors de demandes (ex. : télévision, radio, bruits ambiants)</li> <li>• Tenter un changement d'intervenant lorsque des difficultés se présentent</li> </ul>
---	---	--	--

## Interventions spécifiques

**Note :** La liste d'interventions qui suit n'est pas exhaustive.

### Auprès de la clientèle ayant un déficit cognitif ou fonctionnel

<p><b>Indications</b> (MSSS, 2008; Voyer, 2013)</p>	<p><b>Interventions auprès de l'utilisateur</b> (Potter et al., 2014; MSSS, 2008; Voyer, 2013)</p>	<p><b>Interventions au niveau de l'environnement</b> (Potter et al., 2014; MSSS, 2008; Voyer, 2013)</p>
---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitation       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD)</li> <li>◦ syndrome crépusculaire</li> <li>◦ délirium</li> <li>◦ etc.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orienter l'utilisateur dans :       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ le temps (ex. : la saison, l'année, le mois)</li> <li>◦ l'espace (ex. : la ville, l'établissement, le lieu actuel)</li> </ul> </li> <li>• Approcher l'utilisateur dans un angle de 40° du côté faible ou non dominant       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ offre plus de temps pour éviter les gestes brusques de l'utilisateur qui pourraient blesser l'intervenant</li> </ul> </li> <li>• Éviter       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ de surprendre l'utilisateur</li> <li>◦ de tourner le dos à l'utilisateur</li> </ul> </li> <li>• Offrir des activités permettant de distraire l'utilisateur. Par exemple :       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ marche au sein de l'unité</li> <li>◦ lecture, télévision, radio, tricot, mots-croisés, casse-têtes</li> <li>◦ interactions sociales adaptées aux intérêts de l'utilisateur           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les instaurer au moment opportun</li> <li>▪ encourager la participation</li> </ul> </li> <li>◦ musicothérapie           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ adaptée aux goûts de l'utilisateur</li> <li>▪ à raison d'un minimum de 30 minutes par jour, 2 fois par semaine (Millán-Calenti et al., 2016)</li> </ul> </li> <li>◦ luminothérapie</li> <li>◦ zoothérapie</li> <li>◦ relaxation</li> <li>◦ massages</li> </ul> </li> <li>• Traiter les symptômes de sevrage</li> <li>• Regrouper les soins devant être effectués durant le sommeil</li> <li>• Encourager la présence et la participation de la famille       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ aux activités</li> <li>◦ à certaines interventions (ex. : mobilisation)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limiter l'accès aux objets dangereux (ex. : couteau, briquet)</li> <li>• Réduire les stimuli tout en évitant la sous-stimulation (ex. : lumières, bruits, interruptions fréquentes)</li> <li>• Installer des repères visuels (ex. : horloge, calendrier, photos des proches, objets familiers)</li> <li>• Ajuster l'éclairage et la température</li> <li>• Mettre une musique appropriée</li> <li>• Adapter le mobilier aux besoins de l'utilisateur</li> <li>• Tenter d'assurer la stabilité de l'équipe de soins</li> </ul>
---	--	--

- Interférences aux traitements
  - résistance aux soins
    - inclut les soins d'hygiène personnelle
  - retrait de dispositifs (ex. : extubation accidentelle)
  - etc.

**Note** : Certaines interférences peuvent mettre la vie de l'utilisateur en danger.

- Revoir la pertinence, le lieu et le moment du soin
  - l'utilisateur a le droit de refuser un soin
- Expliquer la procédure à l'utilisateur et l'inviter à participer aux soins
  - encourage l'autonomie et l'indépendance (Société d'Alzheimer, 2016)
- Couvrir les dispositifs et le matériel lorsque possible (ex. : enrayer de la gaze autour d'une tubulure, d'un pansement)
- Instaurer des mesures permettant de réduire l'inconfort lié aux traitements inconfortants (ex. : fixer la sonde vésicale adéquatement, utiliser la tubulure de rallonge la moins contraignante)
- Établir une routine d'élimination à la salle de bain
- Adapter les soins d'hygiène personnelle. Par exemple :
  - se renseigner sur les préférences de l'utilisateur et les intégrer
  - respecter la dignité, la pudeur et l'intimité
  - faire preuve de souplesse quant à l'horaire et au déroulement (ex. : adapter les soins en fonction de l'humeur)
  - simplifier les soins (ex. : utiliser des vêtements faciles à mettre, coiffures faciles à entretenir)
  - effectuer l'ensemble des soins d'hygiène à la salle de bain
    - aide l'utilisateur à retrouver associer le lieu aux soins à effectuer
  - débiter par les extrémités et non par le visage
    - réduit la sensation d'intrusion
  - prendre des pauses de 30 à 60 secondes lorsque l'utilisateur devient trop anxieux
    - discuter avec l'utilisateur pour le distraire et réduire son anxiété

- Placer la cloche d'appel à proximité et enseigner son utilisation
- Réduire la quantité de dispositifs et d'équipements présent dans l'environnement dès que possible
- Fixer l'équipement permanent adéquatement

- couvrir l'utilisateur avec des serviettes enduites de savon sans rinçage pour offrir un massage en douceur (Sloane et al., 2004)
- séparer le moment réservé au lavage des cheveux de celui réservé au bain/douche
- inviter l'utilisateur et la famille à participer aux soins
- étendre les vêtements dans l'ordre requis pour les enfiler
- Retirer les mesures de contrôle de l'utilisateur sous sédation aux soins intensifs
  - procéder selon l'algorithme de Vance (2003) (voir Outils)



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Errance <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ de recherche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cherche quelque chose ou quelqu'un</li> </ul> </li> <li>◦ de fuite <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ veut quitter le milieu clinique ou le domicile</li> </ul> </li> <li>◦ exploratoire <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ouvre les portes, fouille dans les placards</li> </ul> </li> <li>◦ compulsive <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ marche jusqu'à l'épuisement</li> </ul> </li> <li>◦ turbulence nocturne <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ présente un sommeil instable</li> </ul> </li> <li>◦ talonnage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ talonne quelqu'un sporadiquement ou de façon continue (Strudel &amp; Corti, 2008)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir du réconfort en présence d'anxiété ou d'inquiétude</li> <li>• Instaurer un horaire de sommeil stable <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ éviter les siestes afin de rétablir le rythme circadien</li> </ul> </li> <li>• Offrir des activités permettant de distraire l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ stimulation sensorielle en mode passif (ex. : musique, massage, luminothérapie, aromathérapie)</li> <li>◦ activités physiques ou artistiques <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ impliquer la famille lorsque possible</li> </ul> </li> <li>◦ tâches d'engagement et de valorisation (ex. : plier des serviettes, distribuer des revues)</li> <li>◦ programme de marche au sein de l'unité</li> </ul> </li> <li>• Encourager les interactions sociales</li> <li>• Offrir du renforcement positif lors de comportements appropriés</li> <li>• Utiliser une ou des aides techniques à la surveillance selon l'état de l'utilisateur (voir Aides techniques à la surveillance) (Cohen-Mansfield, 2005; Kong, Evans, &amp; Guevara, 2009; UETMIS, 2012)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dissimuler les portes et armoires (ex. : couvrir une porte d'une murale ou tapisserie)</li> <li>• Sécuriser les lieux (ex. : bracelet anti-fugue, alarmes, bloquer les accès aux fenêtres et aux escaliers, détecteurs de mouvements, moniteurs de porte)</li> <li>• Réduire le bruit et autres stimuli</li> <li>• Installer <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ des fauteuils dans les corridors</li> <li>◦ des aires de repos calmes, chaleureuses, accueillantes, colorées et personnalisées</li> <li>◦ des barrières subjectives (ex. : bande adhésive de couleur contrastante apposée sur le plancher, panneau d'arrêt sur les portes des pièces où l'accès est interdit)</li> <li>◦ des pictogrammes à l'entrée des aires communes et de la chambre de l'utilisateur <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ offrent des points de repère vers les zones accessibles (Cohen-Mansfield, 2005; Kong, Evans, &amp; Guevara, 2009)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de chute       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ perte de l'autonomie fonctionnelle</li> <li>◦ syndrome d'immobilisation</li> <li>◦ témérité</li> <li>◦ hypotension orthostatique</li> <li>◦ etc.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager la mobilisation sécuritaire :       <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ enseigner à l'utilisateur et à la famille :           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ l'évaluation des limites fonctionnelles de l'utilisateur</li> <li>▪ permet d'adapter les comportements en conséquence</li> <li>▪ les méthodes sécuritaires de changement de position               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ex. : prendre des pauses (arrêt de quelques secondes/minutes) entre chacune des étapes du changement entre la position assise à debout</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>◦ encourager l'utilisation de l'auxiliaire de marche, le cas échéant</li> <li>◦ instaurer un programme individualisé de mobilisation           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ permet d'augmenter la tolérance graduellement               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ débiter par des exercices passifs</li> <li>▪ poursuivre avec des exercices actifs</li> <li>▪ passer à la marche supervisée                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ex. : débiter par faire le tour du lit puis faire des aller-retour à la salle de bain, prendre une marche de 3 mètres dans le corridor, et augmenter les distances à chaque 2-3 jours</li> <li>▪ compléter avec la mobilisation et la marche sans supervision</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> <li>◦ utiliser une ou des aides techniques à la surveillance selon l'état de l'utilisateur (voir Aides techniques à la surveillance) (UETMIS, 2012)</li> </ul> </li> <li>• Utiliser les demi-ridelles pour les changements de position (Kozier et al., 2017; MSSS, 2008; Voyer, 2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer l'environnement (ex. : plancher, éclairage, hauteur du lit, cloche d'appel, encombrement)</li> <li>• Ajuster l'aménagement de la pièce (ex. : désencombrement, barres d'appui à la toilette, bandes antidérapantes près de la toilette, maintenir le lit à la position la plus basse)</li> <li>• Offrir un éclairage approprié</li> <li>• Vérifier que les auxiliaires à la marche soient accessibles, adaptés et prêts à utiliser (ex. : marchette, canne, béquilles, frein autobloquant au fauteuil)</li> <li>• Fournir et aider à mettre l'équipement de protection (ex. : protège-hanches, matelas au sol)</li> <li>• Placer les objets utilitaires à portée de main (ex. : verre d'eau, lunettes, auxiliaires à la marche)</li> <li>• Sécuriser les lieux (ex. : alarmes, blocage des accès aux fenêtres et escaliers, bandes antidérapantes au sol, main courante dans les corridors)</li> <li>• Installer un ascenseur pour l'utilisateur incapable d'utiliser les escaliers</li> </ul>
---	--	---

## Après de la clientèle en santé mentale

<b>Indications</b>	<b>Interventions auprès de l'utilisateur</b> (Austin & Boyd, 2015; MSSS, 2008; Shea, 2005; Sullivan et al., 2005)	<b>Interventions au niveau de l'environnement</b> (Austin & Boyd, 2015; MSSS, 2008; Sullivan et al., 2005)
--------------------	--	---

- Agitation
- Agression
- Violence

- Valoriser la vie spirituelle par :
  - la méditation, le yoga, la prière
  - l'espoir en sa capacité à changer sa vie
- Valoriser le maintien ou le rétablissement de la vie sociale par le développement d'un lien significatif avec :
  - un ami ou un intervenant
  - le réseau familial
  - les ressources communautaires
- Surveiller :
  - la médication prescrite
  - la fonction hépatique et rénale
  - l'alimentation (quantité et qualité)
  - la quantité de caféine absorbée
  - l'élimination (prévenir la constipation)
- Soutenir l'utilisateur psychologiquement en :
  - comparant une expérience antérieure à celle vécue présentement
  - expliquant clairement les limites et conséquences associées à son comportement
  - offrant des options d'interventions pouvant aider à retrouver son calme (ex. : se retirer à sa chambre, sortir à l'extérieur)
  - élaborant avec l'utilisateur un plan de prévention de l'escalade
- Éviter
  - la confrontation et les demandes strictes
  - les promesses lorsque leur réalisation est incertaine
- Offrir des activités pour distraire l'utilisateur :
  - activités physiques
  - écriture sur ses sentiments
  - lecture
  - décompte (ex. : faire compter lentement jusqu'à 50)
  - musique
  - sorties extérieures
- Utiliser la pacification en situation de crise aiguë (ASSTSAS, 2006) (voir Outils)
  - l'intervenant (leader) doit :
    - assurer sa propre sécurité
      - éviter de devenir une cible pour l'utilisateur en crise
      - identifier la porte de sortie
      - s'installer entre la porte et l'utilisateur
        - permet de sortir rapidement, le cas échéant
      - attirer et maintenir l'attention de l'utilisateur sur lui seul
        - le leader dirige la pacification


- Diminuer les stimuli intenses (ex. : bruits, lumières)
- Retirer les objets pouvant être dangereux (ex. : canif, coupe-papier, couteaux, verres, allumettes, briquets)
- Instaurer un climat respectueux et paisible

- adopter une attitude calme et ouverte
- utiliser
  - un langage et un ton respectueux
  - des phrases
    - courtes
    - simples
    - dépourvues du « je »
    - neutres
  - l'écoute active
    - laisser l'utilisateur s'exprimer
    - démontrer de l'empathie
    - refléter les émotions communiquées par l'utilisateur
      - éviter d'interpréter ce qui se passe
      - faire passer la crise en mots
      - utiliser des questions ouvertes pour permettre la verbalisation
        - ex : « M. qu'est-ce qui ne va pas? »
    - un langage corporel adapté au discours
- se montrer disponible
  - prendre le temps de rassurer l'utilisateur
  - persévérer dans la discussion sur un ton très calme
- suggérer une transition quelconque lorsque l'utilisateur est plus calme (ex. : de se retirer dans sa chambre, d'écouter la télévision, de faire de la lecture, de sortir à l'extérieur)

## Soins et surveillance

- Assurer la surveillance de l'utilisateur en :
  - respectant les délais dictés par l'état de l'utilisateur (Institut universitaire en santé mentale de Québec dans UTEMIS, 2012) :
    - surveillance constante : l'utilisateur ne peut être laissé seul
    - surveillance étroite : l'utilisateur est surveillé aux 15 minutes
    - surveillance discrète : l'utilisateur est surveillé aux 30 minutes
  - collaborant avec l'équipe de travail et la famille
  - utilisant des aides techniques à la surveillance (voir Aides techniques à la surveillance)
    - l'efficacité de ces appareils à diminuer le recours aux mesures de contrôle n'a pas été prouvée empiriquement (UETMIS, 2012).

## Aides techniques à la surveillance

<b>Types d'aides techniques à la surveillance</b> (Nguyen, 2011)	<b>Descriptions</b> (Nguyen, 2011)	<b>Désavantages</b> (Nguyen, 2011; UETMIS, 2012)
<p><b>Moniteur de mobilité</b></p>  <p>© CESS-MSI, 2017 – Tous droits réservés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un cordon relie le moniteur et l'utilisateur             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ le côté aimanté est branché au moniteur</li> <li>◦ le côté comportant une pince est attaché au vêtement de l'utilisateur</li> </ul> </li> <li>• Une alarme sonore ou un message vocal (enregistré par un membre de la famille) se déclenche lorsque le cordon est débranché du moniteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fausses alarmes : si le délai d'activation sélectionné est court</li> <li>• Délai entre l'alarme et la chute souvent insuffisant pour prévenir la chute</li> <li>• Aucune alarme si             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ l'alarme a été annulée par l'utilisateur</li> <li>◦ le cordon ou la pince a volontairement été débranché par l'utilisateur</li> </ul> </li> <li>• Risque d'étranglement avec la corde si le branchement au moniteur n'est pas aimanté</li> </ul>



### Moniteur de pression



- Un tapis ou un coussin (avec fil ou non) permet de mesurer la pression
- Le tapis ou le coussin est installé :
  - dans le lit (sous ou sur le matelas)
  - sur l'assise du fauteuil
  - sur le plancher
    - le type de matériel dicte l'emplacement
    - consulter les recommandations du fabricant ou le protocole de l'établissement

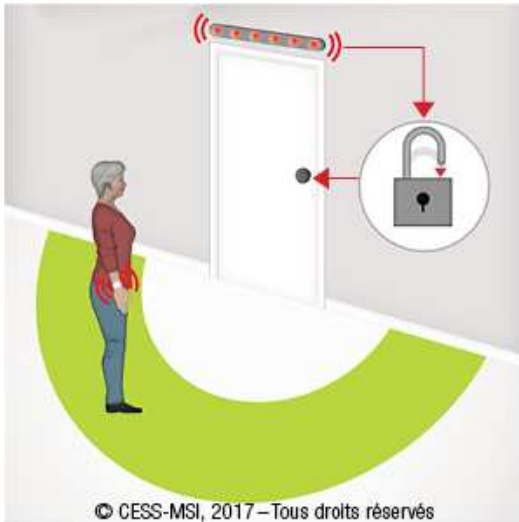
- L'alarme sonore se déclenche lorsqu'un changement de pression est détecté

- Fausses alarmes si le coussin est installé sous un matelas trop lourd
  - l'alarme sera déclenchée à chaque mouvement de l'utilisateur
- Aucune alarme si l'utilisateur est trop léger

<p><b>Détecteur de mouvements</b></p>  <p>© CESS-MSI, 2017 – Tous droits réservés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un faisceau lumineux (infrarouge ou optique) déclenche une alarme sonore lorsqu'il est traversé par l'utilisateur             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ le détecteur est fixé au lit OU à une porte</li> </ul> </li> <li>• Une option avec téléavertisseur est disponible             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ permet d'envoyer un message de risque de chute sans perturber les usagers</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fausses alarmes : Seraient moins nombreuses qu'avec d'autres aides techniques (MSSS, 2015)</li> <li>• Aucune alarme si mauvaise réception du signal entre les différentes composantes du détecteur</li> </ul>
<p><b>Ceinture de sécurité</b></p>  <p>© CESS-MSI, 2017 – Tous droits réservés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une ceinture fixée au fauteuil est attachée au niveau des hanches de l'utilisateur</li> <li>• L'alarme est déclenchée lorsque la ceinture est détachée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fausses alarmes : Seraient moins nombreuses puisqu'un délai de 2 secondes est prévu avant le déclenchement de l'alarme</li> <li>• Peut être considérée comme une mesure de contrôle si l'utilisateur ne peut l'enlever lui-même</li> </ul>




**Moniteur central avec moniteur de porte et bracelet anti-fugue**



- Un moniteur est installé devant les portes auxquelles l'accès est interdit à l'utilisateur (ex. : porte de sortie de l'unité de soins)
- La porte se verrouille dès que l'utilisateur, muni d'un bracelet anti-fugue, s'approche du détecteur
- Le bracelet est installé au poignet ou à la cheville de l'utilisateur
  - l'installation au poignet de la main dominante rend le retrait plus difficile

- Absence d'alarme si l'utilisateur désactive l'alarme
  - un système optionnel de clé magnétique conservé par un seul intervenant permet de contrer ce problème; lui seul peut désactiver l'alarme

<p><b>Système d'alarme au bracelet ou à la porte</b></p>  <p>© CESS-MSI, 2017 – Tous droits réservés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alarme déclenchée directement sur le dispositif lorsque :             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ le bracelet est trop près d'une porte</li> <li>◦ la porte s'ouvre</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alarme inaudible si             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ l'utilisateur recouvre le bracelet</li> <li>◦ les intervenants ou la famille oublient de réactiver l'alarme</li> <li>◦ le volume est trop faible</li> <li>◦ la pile est faible ou non fonctionnelle</li> </ul> </li> </ul>
---	--	--

## Équipement de protection

Types d'équipement de protection (Nguyen, 2011)	Description (Nguyen, 2011)	Désavantages (Nguyen, 2011; UETMIS, 2012)
<p><b>Système de frein automatique</b></p>  <p>© CESS-MSI, 2017 – Tous droits réservés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un coussin d'air placé sur l'assise du fauteuil roulant change de pression et enclenche les freins lorsque la personne se lève</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incompatible avec             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ certains fauteuils</li> <li>◦ certaines surfaces thérapeutiques                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contre l'effet recherché de la surface thérapeutique</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

**Tapis de chute**



- Un tapis rembourré est placé au sol, contre le lit de l'utilisateur, afin d'amortir la chute

- Risque de chute peut augmenter
  - l'utilisateur peut trébucher sur le tapis en retournant au lit

**Protecteurs de hanches**



- Gaiques rembourrées ou protecteurs rigides positionnés au niveau des hanches
  - limitent le risque de fracture du col du fémur durant la chute

—

## Techniques de soins

### Matériel requis

- Cette MSI est un cadre de référence.

### Procédure

- Cette MSI est un cadre de référence.

## Notes au dossier

### Notes au dossier

**Notes :**

1. Exceptionnellement, ce cadre de référence contient une section sur les notes au dossier.

2. Les informations concernant les mesures de remplacement doivent être transmises lors des rapports interservices.

- La documentation de l'utilisation des mesures de remplacement est impérative (Agrément Canada, 2016; MSSS, 2015)
  - l'utilisation des outils cliniques usuels tels que le PTI et la note d'évolution, ainsi que les formulaires spécifiques de l'établissement doivent permettre de documenter :
    - l'évaluation de l'utilisateur à l'admission
    - la cause du comportement indésirable ou de la chute
    - les mesures de remplacement planifiées
      - le type (ex. : élimination de la cause, implication de la famille)
      - le moment approprié (ex. : au coucher, durant un soin)
      - la durée prévue de l'essai de la mesure de remplacement
      - l'évaluation de l'efficacité des nouvelles mesures
        - avantages et effets indésirables
        - pertinence de poursuivre l'application de la mesure
    - le réajustement ou le changement de mesures, le cas échéant
      - documenter l'échec des mesures de remplacement utilisées.

## Références

### Références bibliographiques

1. Agrément Canada (2016). *Pratiques organisationnelles requises - Livret 2017*. Repéré à <http://accreditation.ca/sites/default/files/por-livret-2016-fr.pdf>
2. Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). (2006). *Formation OMÉGA*. Montréal, QC: ASSTSAS.
3. Austin, W. & Boyd, M. A. (2015). *Psychiatric and mental health nursing for canadian practice* (3<sup>e</sup> Éd.). Philadelphie, PA: Wolters Kluwer.
4. Cohen-Mansfield, J. (2005). Nonpharmacological interventions for persons with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(2), 129-145.
5. Halter, M. & J. Varcarolis, E. M. (2014). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing : A clinical approach*. St-Louis, MI: Elsevier/Saunders
6. Hofmann, H. & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3012-3024.
1. Kong, E., Evans, L. & Guevara, J. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 13(4), 512-520. doi:10.1080/13607860902774394
1. Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S.J., Frandsen, G., Buck, M., Ferguson, L., Yiu, L. & Stamler, L. L. (Éd.) (2017). *Fundamentals for Canadian Nursing. Concepts, Process, and Practice*, (4<sup>e</sup> Éd. Canadienne.). Toronto, ON: Pearson Canada.
2. Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., Alonso-Búa, B., de Labra, C., González-Abraldes, I. & Maseda, A. (2016). Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. *Clinical Interventions In Aging*, 11175-184. doi:10.2147/CIA.S69484
1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008). *Aide-mémoire. Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2006). *Programme de formation - Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000790>
4. Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P.A. & Hall, A.M. (Éd.) (2014). *Canadian fundamentals of nursing* (5<sup>e</sup> Éd. Canadienne). Toronto, ON: Elsevier Canada.
5. Nguyen, C. N. P. (2011). *Répertoire d'aides techniques pour les personnes âgées avec un trouble cognitif et vivant dans la communauté*. Repéré à [http://criugm.qc.ca/gerontech/data/uploads/ressources/repertoire\\_aides\\_techniques.pdf](http://criugm.qc.ca/gerontech/data/uploads/ressources/repertoire_aides_techniques.pdf).
6. Shea, S. C. (2005). *La conduite de l'entretien psychiatrique: L'art de la compréhension*. Toronto, ON: Elsevier Canada.
7. Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., ... & Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11), 1795-1804. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x)

8. Société d'Alzheimer du Canada (2016). *Soins d'hygiène personnelle*. Repéré à : [http://www.alzheimer.ca/~media/Filles/national/brochures-day-to-day/day\\_to\\_day\\_personal\\_care\\_f.pdf](http://www.alzheimer.ca/~media/Filles/national/brochures-day-to-day/day_to_day_personal_care_f.pdf)
9. Strubel, D. & Corti, M. (2008). La déambulation chez les patients déments. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(4), 259-264. doi:10.1684/pnv.2008.0147
10. Sullivan, A. M., Bezmen, J., Barron, C. T., Rivera, J., Curley-Casey, L. & Marino, D. (2005). Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service--utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *The Psychiatric Quarterly*, 76(1), 51-65.
11. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) (2012). *Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement*. Repéré à [https://ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/et01-0510\\_rapport\\_07-12\\_alternative\\_isolement-contention.pdf](https://ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/et01-0510_rapport_07-12_alternative_isolement-contention.pdf)
12. Vance, D. L. (2003). Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: A pilot study. *AACN Clinical Issues*, 14(1), 82-91.
13. Voyer, P. (Éd.) (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2<sup>e</sup> Éd.). Québec, QC : Édition du renouveau pédagogique

## Aide mémoire

### Matériel requis

-

### Procédure(s)

-