CADRE DE RÉFÉRENCE
Unité spécifique en hébergement de longue durée

Québec

CADRE DE RÉFÉRENCE
Unité spécifique en hébergement de longue durée

Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Saint-Eugène

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Ce document a été rédigé par la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées dans le cadre du projet d'optimisation du continuum d'hébergement dans Montmagny-L'Islet.

Le *Cadre de référence — Unité spécifique en hébergement de longue durée* est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

ISBN 978-2-550-77230-9 (Version électronique)

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, décembre 2016

Table des matières

Table des matières....5
Contexte....7
1. Clientèle cible....9
2. Mission....9
3. Objectifs....9
4. Description de l'unité....10
5. Trajectoire d'admission....10
6. Critères de sortie....11
7. Philosophie....12
8. Plan d'intervention....12
9. Composition de l'équipe....13
10. Rôles et responsabilités....13
11. Participation du résident et des familles....15
12. Promotion et respect des droits des résidents et de l'intimité....15
Annexe 1 : Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile....17
Annexe 2 : Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield....21
Annexe 3 : Procédure d'intervention en cas d'urgence....23
Annexe 4 : Fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire....25
Bibliographie....27

Contexte

Selon la littérature, les maladies d'Alzheimer et autres troubles cognitifs majeurs sont le principal motif d'admission en soins de longue durée.

Puisqu'elle est maintenue plus longtemps dans son milieu de vie naturel, la personne est actuellement hébergée à un stade plus avancé de la maladie et conséquemment, possède moins de capacités à s'adapter à son nouveau milieu de vie et présente des comportements différents. Par conséquent, les résidents et le personnel des centres d'hébergement et de soins de longue durée sont confrontés au quotidien aux conséquences et aux contrecoups reliés à la perte d'autonomie.

Tel qu'extrait du document *« Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence »* produit par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, le groupe d'experts présidés par le docteur Howard Bergman, *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées* (2009), recommande de s'assurer de l'accessibilité aux services de première ligne pour les personnes atteintes de tels maladies, et ce, à l'aide de mesures concrètes de soutien. La consolidation des services de première ligne ainsi que la diversification des services spécialisés s'inscrivent donc dans les orientations suggérées pour répondre aux besoins grandissant de la population vieillissante.

En Montmagny-L'Islet, la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA) a fait le choix de transformer une unité de huit (8) lits en une unité spécifique en hébergement de longue durée. On regroupe ainsi une clientèle ciblée, avec des besoins spécifiques, afin de permettre l'évaluation, la stabilisation et l'orientation par une approche centrée sur la personne, du personnel formé et un environnement sécurisant.

Les comportements étant généralement la manifestation de besoins non rencontrés ou de sources d'inconfort, il importe de développer des pratiques cliniques visant à s'identifier à chaque personne et de s'adapter à leurs pertes cognitives. Il faut alors élaborer des stratégies individualisées pour répondre à ses besoins, éliminer les inconforts ou à défaut, minimiser les conséquences néfastes des troubles de comportements, pour la personne et pour autrui. Offrir à ces personnes un contexte adapté au plan physique (architecture, stimulus sensoriels), interpersonnel et de soins, peut contribuer à maintenir un niveau optimal de bien-être.

1. Clientèle cible

L'unité spécifique en hébergement de longue durée du CHSLD de Saint-Eugène est développée pour répondre aux besoins des personnes présentant des comportements pour lesquels le plan d'intervention dans le milieu n'a pas donné l'effet escompté, qui sont difficilement gérables en raison d'un caractère non sécuritaire pour l'usager lui-même, pour les autres et pour l'environnement, ou des comportements socialement inacceptables.

Cette unité offre un milieu de vie sécurisant, encadrant et spécialement aménagé, avec un personnel formé. L'équipe de soins est spécialisée et offre une intensité de services permettant l'atteinte des objectifs cliniques.

Le résident admis dans cette unité, de façon transitoire, sera considéré en « hébergement public de longue durée », ce qui l'incombe à payer les frais établis par la Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ), mais aussi d'avoir accès aux mesures d'exonérations financières qui s'y rattache. Le résident admis directement en provenance du Soutien à domicile (SAD) peut aussi selon la situation, être considéré en « évaluation », ce qui l'incombe à payer un montant de 35 $/par jour au lieu du coût d'un hébergement permanent.

La nature transitoire de l'hébergement en unité spécifique réfère à trois types d'usagers :

- Résident en période d'évaluation et de stabilisation du comportement;
- Résident dont le milieu d'hébergement et les besoins de suivi ne peuvent être reproduits dans une unité régulière;
- Résident dont la condition est stabilisée et qui est en attente de transfert dans son lieu d'origine, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un autre milieu de vie.

2. Mission

La mission de l'unité spécifique en hébergement de longue durée est d'évaluer, stabiliser et préciser l'orientation pour une clientèle de 1ere ligne, et ce, de façon transitoire[1].

3. Objectifs

Les objectifs de cette unité sont :

- Évaluer la clientèle ayant un profil gériatrique et présentant des troubles de comportement sans diagnostic.
- Diminuer ou contrôler les manifestations des symptômes comportementaux et psychologiques complexes suspectés d'être associés à la démence, aux troubles cognitifs reliés ou à la perte d'autonomie.
- Offrir un milieu de vie adapté et sécuritaire pour le résident.
- Réduire l'impact négatif des troubles de comportement sur le résident lui-même, sur les autres résidents, sur les familles et les autres intervenants.
- Maintenir l'intégration sociale et l'estime de soi du résident.
- Améliorer la qualité de vie du résident.
- Favoriser l'autonomie fonctionnelle optimale du résident.
- Viser une intégration dans une unité de vie régulière ou un autre milieu de vie.

[1] La notion de « transitoire » ne réfère pas à une durée spécifique en matière de temps, mais bien au fait que l'un des objectifs d'un passage dans l'unité spécifique demeure de viser une réintégration dans une unité de vie régulière ou un autre milieu de vie.

4. Description de l'unité

Le CHSLD de Saint-Eugène se compose de deux (2) maisons de seize (16) lits, lesquelles se divisent en deux (2) îlots de huit (8) lits chacun. L'unité spécifique en hébergement de longue durée est située dans l'une des unités de huit (8) lits (Maison la Montagne). L'unité bien que communiquant avec l'unité voisine, est isolée et les aires communes et la cour extérieure sont distinctes.

L'unité présente aussi les caractéristiques suivantes :

- Unité de huit (8) lits;
- Chambres individuelles;
- Analogue à un milieu de vie naturel;
- Mobiliers confortables;
- Aires communes conviviales;
- Aires de déambulations continues;
- Environnement sécurisé.

L'unité spécifique se doit, en quelque sorte, de compenser les pertes cognitives de ses résidents par l'emploi de points de repère, de mesure de sécurité empêchant la fugue, par la protection des dangers et l'utilisation d'activités simples et significatives.

Les avantages d'un tel milieu sont :

- Permettre l'expression de comportements de fouille et d'errance;
- Favoriser le maintien de capacité;
- Assurer un lieu et une approche adaptée aux besoins de la clientèle;
- Éviter la surutilisation de contraintes physiques ou chimiques;
- Diminuer les comportements perturbateurs;
- Accroître la sécurité physique et affective.

5. Trajectoire d'admission

Dans le respect du cadre de référence de l'unité spécifique en hébergement de longue durée, le mécanisme d'accès à l'hébergement est l'instance responsable d'orienter les résidents correspondant au profil recherché.

En collaboration avec le mécanisme d'accès à l'hébergement et conformément à l'application de la trajectoire d'évaluation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), l'équipe de gériatrie et psychogériatrie ambulatoire de l'Hôpital de Montmagny agit à titre d'acteur privilégié pouvant recommander, valider ou participer à l'orientation de la clientèle vers l'unité.

Le mécanisme d'accès se réserve aussi le droit d'admettre des usagers en provenance du SAD pour lesquels l'outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile a été complété et dont le résultat est significatif (Annexe 1).

Afin de permettre une évaluation adéquate, les documents suivants doivent faire partie du dossier de l'usager :

- Profil évolutif de l'OÉMC à jour;
- Plan d'intervention interdisciplinaire (PII);
- Plan thérapeutique infirmier (PTI)
- Échelle de Cohen-Mansfield (Annexe 2);
- Recommandations de l'équipe de gériatrie et de psychogériatrie ambulatoire;

- Toutes autres informations sur l'histoire de vie de l'usager ainsi que sur les démarches et interventions posées par le passé pour régler la situation ainsi que les résultats obtenus : suivi des antipsychotiques, évènements marquants, raison du transfert et échecs passés.

Les indicateurs d'admission sont :

- Présenter des troubles de comportement pour lesquels le plan d'intervention de l'équipe de Soutien à domicile (SAD) ou du CHSLD régulier n'a pas donné l'effet escompté dans le milieu et qui sont difficilement gérables en raison d'un caractère non sécuritaire pour l'usager lui-même, pour les autres et pour l'environnement, ou encore, des comportements socialement inacceptables.
- Présenter des comportements qui réfèrent à la classification des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence[2] tels que : agitation physique non agressive, comportements d'agitation physique agressifs[3], comportements d'agitation verbale non agressifs et comportements d'agitation verbale agressifs;
- L'épuisement du milieu (ressource, famille…);
- La sécurité du résident ou de l'entourage est compromise;
- Le résident a des comportements qui perturbent le milieu de vie et qui sont difficilement gérables en unité régulière.

Ne seront pas admis :

- Les personnes dont le dossier témoigne d'agressivité physique importante et imprévisible ou des comportements de violence physique pouvant compromettre la sécurité du personnel soignant et des autres résidents;
- Les personnes présentant des troubles psychiatriques aigus;
- Les personnes présentant une problématique principale de nature criminelle ou sociopathique qui compromettrait la sécurité des résidents de l'unité.
- Les personnes présentant une dépression sévère sans perte d'autonomie ou trouble cognitif associé.

L'application des critères d'admission demeure à la discrétion de l'équipe de soins après évaluation et entente entre les intervenants impliqués.

Toute intégration d'un résident dans l'unité spécifique de longue durée doit être précédée d'une présentation à l'équipe interdisciplinaire (Annexe 4) par l'intervenant du SAD ou encore du CHSLD d'origine.

6. Critères de sortie

- Absence ou diminution significative des troubles de comportement selon les observations faites par l'équipe de soins.
- Apparition de comportements d'agressivité physique importante et imprévisible ou de comportements de violence physique pouvant compromettre la sécurité du personnel soignant et des autres résidents.

L'orientation du résident est alors déterminée par le mécanisme d'accès à l'hébergement vers le milieu jugé le plus adéquat en matière d'encadrement et dont l'approche est la mieux adaptée à sa personnalité et à sa condition.

---

[2] C.K. Beck, L. Frank, N.R. Chumbler, p.O'sullvian, T.S. Vogelpohl, J. Rasin, R. Walls et B. Baldwin (1998). Correlates of disruptive behavior in severly cognitively impaired nursing home residents. Thet Gerontologist, 38 (2), 189-198

[3] À l'exception des personnes dont le dossier témoigne d'agressivité physique importante et imprévisible ou des comportements de violence physique pouvant compromettre la sécurité du personnel soignant et des autres résidents.

7. Philosophie

En complément de l'approche « milieu de vie » qui prévaut déjà en hébergement traditionnel, la vision des soins et des services s'appuie sur une approche plus complète, flexible et comportementale. Différentes stratégies pourront être explorées : utilisation de l'extinction, la validation, le renforcement, la diversion, l'orientation à la réalité, la stimulation sensorielle, les programmes d'exercices et d'activités structurées et adaptées, l'utilisation d'outils visuels, exploration des causes à l'origine des comportements, etc.

L'approche privilégiée mise sur les moyens évitant le plus possible les contraintes physiques ou chimiques. Elle se caractérise par le respect du rythme du résident, l'individualisation des interventions, l'attitude chaleureuse, le respect et l'acceptation des différents comportements « hors normes » dans un cadre sécuritaire. Pour ce faire, le personnel devra :

- Favoriser l'utilisation d'un mode de communication adapté aux pertes cognitives des résidents, par exemple : mémoire, geste appris, langage, reconnaissance des objets, des personnes, jugement;
- Être constamment à l'affût des indices d'anxiété et d'escalade chez les résidents;
- Éviter les surcharges de stimulus pour les résidents par exemple : directives multiples, bruits, attroupement, conversation entre pairs;
- Assurer la sécurité des résidents par la surveillance active, l'application des moyens de contentions prescrits ou la prévention des altercations;
- Respecter la procédure d'intervention prévue en cas d'urgence (Annexe 3).

L'approche basée sur les effets

Le personnel de l'unité devra toujours demeurer sensible aux effets de ses actions. Dans certains cas, les méthodes généralement utilisées avec les résidents sans trouble cognitif pourraient générer des effets contraires. Le but principal des interventions doit demeurer de produire un effet positif sur la personne, de la rassurer et de diminuer son anxiété. Diverses interventions devront être mises à l'essai jusqu'à ce que l'on puisse identifier les actions ou les attitudes les plus aidantes, lesquelles diffèreront aussi d'un résident à l'autre. Le temps demeure un facteur clé.

8. Plan d'intervention

La rédaction du plan d'intervention spécifique à l'usager et l'identification des balises d'intervention repose sur l'étude et la recherche en matière d'intervention auprès des personnes présentant des comportements perturbateurs et elle est précédée de l'observation et de l'évaluation des comportements, ainsi que de la réaction du résident à des tests d'intervention. Les discussions en équipe multidisciplinaire viennent aussi bonifier la cueillette de données et fournir une multitude de renseignements en lien avec les capacités cognitives du résident.

S'inscrivant dans le continuum de services de santé et de services sociaux pour les aînés, l'équipe de gériatrie et de psychogériatrie de l'Hôpital de Montmagny demeure en soutien et peut assister l'unité spécifique d'hébergement de longue durée dans la prise en charge des problèmes complexes.

9. Composition de l'équipe

Le travail d'équipe ainsi que la cohésion et la cohérence sont des impondérables au fonctionnement de l'unité.

Le personnel doit être formé, mais aussi valorisé dans ses fonctions.

L'équipe de travail permanente, laquelle travaille en interdisciplinarité pour assurer une supervision 24 heures/7 jours, se compose de :

- préposés aux bénéficiaires,
- infirmières,
- infirmières auxiliaires,
- techniciens en éducation spécialisés,
- médecins.

10. Rôles et responsabilités

Préposé aux bénéficiaires

Personne qui a pour fonction l'hygiène, le bien-être et la surveillance des usagers. Elle voit au confort, aux besoins généraux, à l'occupation de ceux-ci, et ce, dans un environnement sécuritaire. Elle les aide dans leurs déplacements, effectue le transport et peut accompagner à l'extérieur de l'établissement.

Elle donne aux usagers des soins de base et communique à l'équipe soignante des informations relatives à l'état de santé et au comportement de certains résidents.

Elle peut être appelée à faire l'installation de certains appareils pour lesquels elle est formée. Elle s'assure de la disponibilité, de l'entretien et du bon fonctionnement de l'équipement.

Infirmière

Assume la responsabilité de la démarche de soins infirmiers pour les résidents qui lui sont attribués dès leur admission jusqu'à la fin de leur période d'hébergement. Elle évalue, en étroite collaboration avec l'ensemble des professionnels (médecin, TES, PAB, etc.), l'état de santé de l'usager en se basant sur différents outils cliniques ou grilles de dépistage. Elle analyse les besoins des résidents ainsi que les facteurs de risques afin de planifier l'ensemble des évaluations et des interventions requises. L'infirmière détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers.

Elle planifie, organise, dirige et dispense les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie.

Infirmière auxiliaire

Participe à la réalisation d'un ensemble de soins infirmiers en collaboration avec l'équipe de soins. L'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de l'état de santé des résidents et à la réalisation du plan de soins, prodigue des soins infirmiers et de bien-être, des traitements infirmiers, médicaux et pharmaceutiques, dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie.

En collaboration avec l'infirmière principale, l'infirmière auxiliaire fait le suivi de l'état de santé des résidents, évalue les facteurs de risques et met à jour, au besoin, le plan de soins.

Technicien en éducation spécialisée (TES)

Assure l'éducation et la rééducation des résidents selon les programmes d'intervention établis en collaboration avec l'équipe de professionnels en place, en vue d'une réintégration en milieu d'hébergement régulier.

Le TES applique des techniques d'éducation en utilisant les actes de la vie quotidienne, en organisant, coordonnant et animant les activités prévues au programme, pour assurer l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats chez les résidents.

Le TES observe et analyse le comportement des résidents, participe à l'évaluation de leurs besoins et de leurs capacités et note leur évolution en rédigeant les documents appropriés (OÉMC, balises d'intervention, grilles de comportements, etc.).

Médecin

Le médecin fait partie intégrante de l'équipe de l'unité spécifique et participe aux rencontres interdisciplinaires. Il fait l'évaluation médicale d'admission du résident et s'assure d'avoir toutes les informations médicales nécessaires au traitement du trouble de comportement : antécédents médicaux, historique des psychotropes, etc. Tout au long de la période d'hébergement d'un résident, il assure le suivi médical et réévalue la médication afin de minimiser les effets secondaires pouvant entraîner les troubles de comportement. Le médecin a aussi pour responsabilité de s'assurer qu'un système de garde couvre les besoins médicaux 24 heures/7 jours.

Intervenant social à l'hébergement

L'intervenant social à l'hébergement agit à titre de pivot pour l'accueil des résidents et de leur famille en collaboration avec l'équipe de l'unité spécifique. Il mobilise et il soutient les proches aidants. Il accompagne les proches aidants dans la rédaction de l'histoire de vie du résident et s'assure de la diffusion auprès de l'équipe. Il a aussi pour responsabilité de procéder aux évaluations nécessaires à l'ouverture d'un régime de protection, à l'homologation de mandat ou à toutes autres démarches légales au besoin. Il documente, observe et participe à l'application des outils (ex : grille de comportement, OÉMC, PI) selon l'approche systémique.

Autres

L'équipe de soins travaille en collaboration avec différents professionnels selon les besoins des résidents : équipe de gériatrie et de psychogériatrie, ergothérapeute, physiothérapeute, pharmacien, etc.

Le travail d'équipe ainsi que la cohésion et la cohérence sont des impondérables.

Les intervenants de toutes les disciplines impliquées auprès d'un résident contribuent à la cueillette de toutes les informations nécessaires à l'identification de ses besoins spécifiques en vue de préparer le plan d'intervention et d'en faire le suivi.

Savoirs attendus

Savoir-être

- Ouverture à apprendre et à appliquer les interventions appropriées;
- Capacité d'écoute des demandes et de lecture du langage non verbal;
- Capacité de percevoir des comportements comme l'expression d'un besoin à décoder;
- Maturité et sens des responsabilités;
- Vision globale des besoins (physiologiques, psychologiques et interpersonnels) de la personne;
- Approche relationnelle de soins avec les résidents;
- Intérêt à comprendre et travailler avec la clientèle présentant des troubles de comportement ou un SCPD;

- Créativité et souplesse;
- Patience, tolérance et douceur;
- Respect du rythme, de l'intimité et de la dignité des résidents;

Savoir-faire

- Adapter son rythme à celui de la personne;
- Savoir gérer les troubles de comportement avec patience et professionnalisme;
- Utiliser les approches et les techniques recommandées d'intervention en collaboration avec les autres professionnels;
- Utilisation du potentiel des résidents selon leurs forces et préférences;
- Appliquer une approche relationnelle de soins;
- Accepter une définition plus fluide et complémentaire des tâches;
- Intervenir dans le plus grand respect de l'estime de soi des résidents;
- Adopter des méthodes d'intervention positives et centrées sur la prévention et non sur la punition;
- Travailler en équipe.

Savoirs (connaissances)

Avoir participé aux formations dispensées par la DPSAPA pour le personnel de l'unité :

- Le vieillissement, les troubles cognitifs, les maladies d'Alzheimer, et l'approche de l'aîné présentant des troubles comportementaux et psychologiques de la démence;
- Principes pour le déplacement sécuritaire des patients;
- Approche Gineste Marescotti ;
- OMÉGA adapté (prévenir et gérer l'agressivité);
- Autres formations jugées nécessaires par la direction.

11. Participation du résident et des familles

En tout temps, le personnel doit être attentif aux signes de refus chez le résident d'obtenir des soins et éviter de contraindre le résident à faire ce qu'il ne veut pas faire s'il présente des signes d'agitation et que l'intervention est élective ou peut être reportée. Devant cette éventualité, des stratégies devront être déployées pour faciliter la communication.

La famille d'un résident hébergé à l'unité spécifique, par l'intermédiaire du répondant principal, sera informée de toutes orientations en lien avec :

- Le plan d'intervention
- La médication
- Un accident majeur
- Un transfert de chambre

12. Promotion et respect des droits des résidents et de l'intimité

L'unité spécifique en hébergement de longue durée est entre autres développée pour protéger les résidents contre les perturbations ou agressions subies à cause de la présence de résident présentant des problèmes majeurs de comportements.

En unité spécifique des dispositifs de sécurité sont en place de sorte de permettre plus de liberté et de permissivité aux résidents. On encourage les résidents à exprimer leur préférence et l'on s'assure de leur accord ou on leur demande de faire des choix simples lors des activités de la vie quotidienne. Le personnel est formé pour détecter les signes de refus et les respecte pourvu que l'intervention ne soit pas urgente ou nécessaire.

Si des restrictions sont imposées à un résident, elles ne sont appliquées généralement que pour une courte durée, le temps de rétablir un niveau d'anxiété et d'agitation moindre. Elles sont donc révisées sur une base régulière.

Une bonne connaissance des résidents, de leur passé et de leurs habitudes permettra au personnel de s'y adapter.

À l'unité, chaque résident bénéficie d'une chambre individuelle, il est donc plus facile d'assurer le respect de l'intimité et de la vie privée.

L'accès à l'unité est limité aux seules personnes concernées ou impliquées dans une optique de respect de la confidentialité et de prévention des indiscrétions autant que de sécurité.

La divulgation d'informations ne se fait qu'avec l'obtention du consentement du représentant d'un résident.

Annexe 1 : Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Cet outil d'évaluation s'adresse à toute clientèle adulte vulnérable avec problèmes multiples.

Cet **Outil d'évaluation du risque** est composé :

- De **l'Aide-mémoire**
- De la **Grille d'analyse du risque**
- Des **Critères de la Nouvelle-Écosse**
- Des **Éléments de réflexion éthique.**

Dans les situations difficiles, il est fortement recommandé de consulter. Le but de cet **Outil d'évaluation du risque** est d'aider les équipes d'intervenants à identifier les facteurs de risque des personnes vivant à domicile et de les assister dans l'orientation de leurs interventions.

Les équipes d'intervenants, dans leur estimation des facteurs de risque, doivent tenir compte des expériences antérieures de la personne évaluée, ainsi que des circonstances atténuantes ou, au contraire, aggravantes. Cet outil ne comporte donc pas de système de pondération afin d'éviter une évaluation erronée du niveau de risque.

Comment utiliser l'**Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile**?

- Complétez **la Grille d'analyse du risque**[2] en vous servant de **l'Aide-mémoire**.
- Utilisez au besoin les **Critères de la Nouvelle-Écosse** si vous jugez pertinent d'évaluer le degré de compréhension du client.
- Vous référer aux **Éléments de réflexion éthique** pour objectiver les choix possibles dans les situations qui ne font pas consensus ou litigieuses.

Les auteurs

CSSS de la Montagne
Programme Info-Santé
Jean Lachance, travailleur social, conseiller psychosocial

Services ambulatoires de psychogériatrie des CLSC Métro, NDG-Montréal-Ouest, Parc-Extension et St-Henri
Nicole Poulin, psychologue, chef d'équipe

En collaboration avec
Le Curateur Public du Québec
Direction territoriale de Montréal
Chantal Deléseleuc, travailleuse sociale
Jocelyne St-Pierre, travailleuse sociale, chef d'équipe à l'Accueil

© La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs.
Septembre 2008

[2] Notez que la **Grille d'analyse du risque** n'est pas un outil d'évaluation de l'aptitude de la personne.

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Nom : _____ **Dossier :** _____

AIDE-MÉMOIRE

Identification de la présence de facteurs de risques biopsychosociaux

	Facteurs biologiques	**OUI**
1.	Présence de problèmes de santé pouvant entraîner des atteintes à l'intégrité physique à brève échéance ou la mort si refus de suivi des recommandations établies dans le PIAS (Plan d'intervention et d'allocation de services)	
2.	Malnutrition, intoxication alimentaire	
3.	Déshydratation	
4.	Infections à répétition, plaies	
5.	Médicaments : *refus, négligence, incapacité de s'auto-médicamenter, abus, risques d'intoxication*	
6.	Nombre d'heures trop élevé sans être changé (*incontinences, pansements,…*)	
7.	Chutes répétées, risque élevé de chutes	
8.	Handicaps non compensés chez une personne vivant seule (*surdité sévère, cécité, difficulté de s'exprimer,…*)	
	Facteurs psychologiques	
9.	Déficits cognitifs (récents ou de longue date). Ex : *perception de la réalité altérée, mémoire déficiente, désorganisation* (*laisse des objets sur la cuisinière, sort sans être habillé adéquatement, aliments avariés,…*), etc…	
10.	Etat psychotique (*symptômes ou état psychotique*)	
11.	Dépression majeure	
12.	Trouble du comportement (récent ou de longue date) : *agressivité, fugue, errance, fume avec oxygène,…*	
13.	Mauvais jugement : nie ou minimise ses difficultés, résistance à l'aide, incapacité de mobiliser de l'aide, incapacité d'établir / de conserver des contacts,…	
14.	Réaction post-traumatique *anxiété élevée, panique,…*	
	Facteurs sociaux	
15.	Isolement et absence de réseau de soutien	
16.	Dépendance sur autrui pour un maintien à domicile sécuritaire	
17.	Refus de l'aide, des équipements (marchette, lève-personne, lit électrique, etc…)	
18.	Client et/ou colocataire alcoolique, toxicomane ou dysfonctionnel	
19.	Présence de conflits entre l'aidant et le client	
20.	Incapacité de l'aidant (maladie, déficience, incompréhension des besoins de l'aidé(e),…)	
21.	Présence de conflits entre les aidants	
22.	Victime d'abus : *physique, négligence, financier, psychologique*	
23.	Désorganisation de l'état de ses affaires	
24.	Un nombre élevé d'heures où la personne est laissée seule et qui compromet sa sécurité	
25.	Incapacité ou refus de payer (*nourriture, médication, loyer,…*)	
26.	Etat de son environnement (*accumulation excessive d'objets, dangerosité des lieux, porte débarrée en tout temps ou barricadée,…*)	
27.	Eviction ou risque imminent d'éviction	
28.	Insalubrité rendant dangereux les traitements, la sécurité de la personne, du personnel	
29.	Risques de feu (*chauffage, cuisine, cigarette, …*)	
30.	Présence de moyen pour un passage à l'acte (*suicide, homicide*)	
31.	Conduite automobile	

Date :_____

Septembre 2008 © La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs.

Outil d'évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile

Nom : _____ **Dossier :** _____

GRILLE D'ANALYSE DU RISQUE

Facteurs de risques identifiés (selon l'aide-mémoire)
Les facteurs aggravant les risques présents :
Les facteurs atténuant les risques présents :
L'ensemble des facteurs de risque donne un niveau de dangerosité : faible ☐ moyen ☐ élevé ☐
Nommez les interventions déjà essayées, avec qui et les résultats obtenus:
Aspects légaux : • Le client est sous un régime de protection ? ☐ oui ☐ non • En attente d'un régime de protection privé ou public ? ☐ oui ☐ non • Le client est-il apte à consentir aux soins (Re Critères de N.Écosse)? ☐ oui ☐ non • Nos obligations légales (établissements, professionnelles) :
Les objectifs visés :
Les interventions possibles et leurs impacts prévisibles :

Interventions	Par qui	Date d'échéance	Date de réévaluation

_____ _____ _____

Nom de l'évaluateur **Signature** **Date**

Nom des participants à la discussion :_____

Septembre 2008 © La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs.

Annexes 1 et 2

Annexe 1 : Critères de la Nouvelle-Écosse[3]

1	La personne comprend-elle la maladie ou l'état pour lequel un traitement est proposé?	Oui	Non
	Expliquez :		
2	La personne saisit-elle la nature et le but du traitement proposé?	Oui	Non
	Expliquez :		
3	La personne comprend-elle les risques encourus à entreprendre le traitement?	Oui	Non
	Expliquez :		
4	La personne perçoit-elle les risques encourus à ne pas entreprendre le traitement?	Oui	Non
	Expliquez :		
5	L'état de la personne entrave-t-il sa capacité à consentir?	Oui	Non
	Expliquez :		

Annexe 2 : Éléments de réflexion éthique

Identifier les valeurs, les opinions, les responsabilités ou les points de vue :

1. Du client.
2. Du réseau naturel (famille / proches).
3. De l'établissement / programme (lois, règlements, codes d'éthiques).
4. Des intervenants comme personnes.
5. Des intervenants comme professionnels (codes de déontologie).

[3] Tiré de l'article 52 (2) Chapter 208 - Hospitals Act of Nova-Scotia. À noter : un hébergement institutionnel est aussi considéré comme un soin.

 © La reproduction de cet outil est autorisée à la condition de nommer les auteurs.

Annexe 2 : Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

Nom et prénom du patient : Date :
Nom du référent : (conjoint – enfant – soignant – autre)

Fréquence		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1	Déambule								
2	S'habille et se déshabille								
3	Crache (y compris au cours des repas)								
4	Jure, parle grossièrement								
5	Recherche constante d'attention ou d'aide								
6	Répète des questions, des phrases								
7	Donne des coups (y compris à soi-même)								
8	Donne des coups de pied								
9	Cherche à saisir								
10	Bouscule								
11	Lance des objets								
12	Émet des bruits bizarres (rire bizarre ou pleurs)								
13	Pousse des hurlements								
14	Mord								
15	Griffe								
16	Essaie d'aller ailleurs (fugues)								
17	Tombe volontairement								
18	Se plaint								
19	Est opposant								
20	Mange/boit des produits non comestibles								
21	Se blesse ou blesse les autres								
22	Manipulation non conforme des objets								
23	Cache des objets								
24	Amasse des objets								
25	Déchire les affaires								
26	Attitudes répétitives								
27	Fait des avances sexuelles verbales								
28	Fait des avances sexuelles physiques								
29	Agitation généralisée								
	Sous total								
	Total								

Cotation de la fréquence des 7 jours précédents
0 – non évaluable
1 – jamais
2 – moins d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour
3 – une à deux fois par semaine
4 – quelques fois au cours de la semaine
5 – une à deux fois par jour
6 – plusieurs fois par jour
7 – plusieurs fois par heure

© PJ OUSSET : ousset.pj@chu-toulouse.fr
Version française traduite et validée par Micas M., Ousset PJ, Vellas B.
Référence : Micas M. Ousset PJ, Vellas B. *Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen Mansfield*. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale, 1997 : 151-157

Annexe 3 : Procédure d'intervention en cas d'urgence

Pour répondre adéquatement aux situations d'urgence, on demande aux responsables de respecter la procédure d'intervention suivante. Nous cherchons toujours à aller le moins loin possible dans la démarche.

DEMANDER DU RENFORT À LA MAISON DU FLEUVE AU POSTE 7029

ISOLER L'USAGER PRÉSENTANT UN TROUBLE DE COMPORTEMENT À SA CHAMBRE

SI IMPOSSIBLE, PROTÉGER LE RESTE DE LA CLIENTÈLE EN L'ISOLANT DANS UN SECTEUR OU EN LA TRANSFÉRANT DANS LE SECTEUR « PHYSIQUE » DE LA MAISON DE LA MONTAGNE

LAISSE L'ÉPISODE SE CALMER ET/OU ADMINISTRER P.R.N. SI PERTINENT

LA CRISE SE RÉSORBE ET L'USAGER EST CALME

LA CRISE NE SE RÉSORBE PAS, L'USAGER EST TOUJOURS EN RÉACTION

CONTACTER LE MÉDECIN SELON LA CÉDULE DE GARDE

CONTACTER LES SERVICES D'URGENCE (911) ET LE COORDONNATEUR HDM (SOIR, NUIT ET FIN DE SEMAINE) AU POSTE 5520 OU LE CHEF DE PROGRAMME LE JOUR AU 418 241-6126

DOCUMENTEZ LA CRISE

Annexe 4 : Fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire

Les résidents de l'unité spécifique pris en charge par l'équipe interdisciplinaire réfèrent aux trois types de clientèles desservies par l'unité spécifique (*Cadre de référence — Unité spécifique en hébergement de longue durée, page 9*).

Composition de l'équipe interdisciplinaire

- Éducateurs de jour et soir;
- Préposés aux bénéficiaires (PAB) de jour et de soir;
- Infirmières;
- Travailleurs sociaux;
- Infirmières auxiliaires;
- Chef à l'hébergement;
- Médecin.

Un éducateur et un PAB devront demeurer dans l'unité pendant la tenue des rencontres interdisciplinaires pour maintenir la surveillance nécessaire. L'alternance d'une semaine à l'autre sera de mise afin de favoriser une participation équitable aux rencontres.

Déroulement des rencontres interdisciplinaires

Les rencontres ont lieu tous les jeudis.

Présentation d'un nouveau client :

- L'infirmière au dossier se joint par conférence téléphonique au 418 247-7430 au poste 7111 à 14 h.
- La présentation du client est en présence du travailleur social responsable du résident et doit contenir :
    - Diagnostic et raisons de l'admission sur l'unité;
    - Recommandations de l'équipe de gériatrie ou de psychogériatrie ambulatoire;
    - OÉMC à jour;
    - Grille de comportement;
    - Histoire de vie et son annexe « Collecte de donnée pour unité spécifique du comportement ». L'histoire de vie doit être lue et marquée par les initiales du personnel de l'unité.

Révision du problème prioritaire pour chacun des résidents en évaluation :

- Révision le mercredi des grilles d'observations par les éducateurs afin d'identifier les succès et les échecs des balises d'intervention et en assurer la présentation le jeudi.
- Identification du problème prioritaire par l'équipe interdisciplinaire.
- Validation et détermination des bonnes interventions et de celles à éviter. Les balises d'intervention seront nommées par l'équipe interdisciplinaire et tenues à jour par les éducateurs.

Équipe et communication

Un temps sera consacré en fin de rencontre pour établir de bons moyens de communication au sein de l'équipe et revoir nos façons de faire entre nous.

Bibliographie

Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014 : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001081/

Article : *Behavioural and psychological symptoms of dementia : a seven tired model of service delivery*, Henry Brodaty, Brian M Drapper and Lee-Fay Low, 2003 : https://www.mja.com.au/journal/2003/178/5/behavioural-and-psychological-symptoms-dementia-seven-tiered-model-service

Article *: Reconnaître et traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*, Peter N. McCraken, M.D., FRCPC, Leon Kagan, M.D. et Jasneet Parmar, MBBS : http://www.stacommunications.com/customcomm/Backissue_pages/AD_Review/adPDFs/2009/Fevrier2009/ADReviewFev09F.pdf

Cadre de référence : symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) en soins de longue durée, Direction des services aux aînés et du soutien à l'autonomie, Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2013 : http://www.csssiugs.ca/c3s/data/files/Cadre_reference_SCPD_SLD_Novembre_2013.pdf

Outils d'observation ou d'évaluation recommandés en version intégrale pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014 : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001083/

Unité pour une clientèle présentant des troubles sévères du comportement, programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées — Secteur Alphonse-Desjardins, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, mis à jour en 2014

Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, 2e édition, Philippe Voyer et al., ERPI, 2013

*Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*
Québec