

La contention des personnes âgées au domicile. Un piège pour qui ?

Description des pratiques de terrain et construction d'un outil d'aide à la réflexion à destination des professionnels des Services d'Aide aux Familles (SAFA)

Un outil d'aide à la réflexion en matière de contention à domicile : COGIDO

Mode d'emploi

COGIDO est un outil d'aide à la réflexion en matière de contention est destiné aux professionnels des SAFA (travailleurs sociaux, aides familiales et gardes à domicile) qui sont impliqués et concernés par des situations de contention auprès de leurs bénéficiaires mais qui n'ont pas la possibilité de décider eux-mêmes de poser ou pas une contention. Cette décision appartient à d'autres intervenants : infirmières et médecins. Par contre, les travailleurs des SAFA ont la possibilité de soutenir la décision et son application ou au contraire, de la remettre en question par le biais de ce qu'ils observent directement auprès du bénéficiaire.

Il s'agit donc, pour les professionnels, d'amener toutes les connaissances dont ils disposent au sujet du bénéficiaire concerné, de partager son vécu, ses souhaits, sa réalité ; de proposer des arguments, d'identifier des alternatives pour au final nourrir la réflexion et les discussions. Les professionnels sont également des témoins privilégiés de l'impact que peut avoir la contention sur le bénéficiaire à court terme et dans la durée.

Les situations de contention, comme nous l'avons décrit dans la partie « retours du terrain », sont des situations dévoreuses de temps et d'énergie, tant pour le groupe que pour chaque travailleur en individuel. Nous proposons donc, par le biais de COGIDO en tant qu'aide à la réflexion, de rassembler ce temps et ces énergies dispersés pour les mobiliser autour d'un but commun via une méthode structurée qui aide à avancer. Prendre le temps de la discussion en équipe pour gagner du temps et de la qualité de travail lorsque le professionnel sera seul au domicile du bénéficiaire ou face aux autres intervenants.

Quelques préambules

- Plus la direction du service et les travailleurs sociaux qui gèrent les équipes seront soutenant face au thème de la contention et à l'usage de l'outil, plus il sera aisé et rapide de l'utiliser et de devancer des situations problématiques.
- Il est nécessaire de prévoir des moments dédiés à cette réflexion, les définir dans l'horaire, les mettre à l'ordre du jour et de faire en sorte que les professionnels impliqués soient disponibles et présents puisqu'ils seront directement concernés par la suite à donner aux décisions prises. Un lieu qui s'y prête, sans interruption, avec téléphones sur silencieux, un tableau permettant de noter les idées qui fusent, un temps imparti respecté et des biscuits et du café ... tels sont les ingrédients qui donneront à cette discussion un cadre favorable aux échanges !
- Les professionnels présents sont ceux qui sont impliqués auprès du bénéficiaire concerné par la contention mais également les membres de l'équipe non impliqués. Ces derniers pourront amener des questions et des suggestions avec plus de recul, évitant ainsi l'aveuglement potentiel des actes routiniers. Le travailleur social anime la discussion en s'assurant que les étapes sont respectées et toutes investiguées et prend note des points clés des échanges ainsi que des décisions prises.



- L'usage de COGIDO se fait avec une attitude globale d'empathie et d'ouverture. Il s'agit donc de sortir de ses propres besoins, croyances et certitudes pour aller à la rencontre de l'autre (le bénéficiaire et ses proches) et de ses propres besoins, de ses particularités dans son propre environnement. De plus, il s'agit pour chacun de se rendre disponible au changement, d'avoir envie de proposer et de tester d'autres manières de faire.
- Nous recommandons d'investiguer une situation à la fois au sein d'une réunion et de se questionner au terme de celle-ci sur les freins et les leviers à une bonne tenue de réunion pour pouvoir s'ajuster par la suite.

La présentation de COGIDO et de la manière de l'utiliser est accompagnée d'un exemple fictif (rassemblant des éléments de situations réelles rapportées en entretien) servant d'illustration aux différentes étapes COGIDO. Au terme de cette présentation, une série d'alternatives sont présentées, non pas comme des réponses toutes faites mais plutôt à considérer comme des inspirations pour des pratiques créatives adaptées aux besoins et à la réalité du bénéficiaire et de l'équipe concernés.

COGIDO débute par deux rappels législatif et éthique concernant la contention en tant qu'acte de soin à utiliser en dernier recours et en tant qu'acte interdit aux aides familiales et gardes à domicile.

- Toute contention est un acte de soin qui ne peut être utilisé qu'en cas de réel danger pour la personne. En tant qu'acte de soin, il est soumis à l'accord du bénéficiaire. (Articles 8 et 14 de la Loi du 22 août 2002 relative aux Droits du Patient). Toute contention qu'elle soit proche ou éloignée comporte des risques pour la personne et doit être utilisée en dernier recours.
- Seuls les praticiens de l'art infirmier sont autorisés à poser une contention (Arrêté royal du 18 juin 1990 sur la liste des prestations techniques de l'art infirmier et des actes confiés). Il est donc interdit pour les autres travailleurs du domicile de poser une contention ainsi que d'enfermer une personne dans sa maison (Loi du 26 juin 1990 relative à la Protection de la Personne des Malades Mentaux qui régit l'enfermement). CECI N'EST PAS UN OUTIL DECISIONNEL DE POSE DE CONTENTION.
- Objectif de ce document : amener le vécu et les souhaits du bénéficiaire, amener des arguments, aborder la discussion de manière plus nourrie et identifier des alternatives.

Il précise aussi qu'il ne s'agit pas d'un outil de décision de pose de contention.

ETAPE 1 : DESCRIPTION

Sans faire double emploi avec les anamnèses ou dossiers existants, il s'agit de rassembler ici les informations liées à la personne concernée et nécessaires à la compréhension de la problématique de contention. C'est une étape à ne pas « zapper » en se disant que tous connaissent la situation depuis longtemps car elle peut permettre de remettre à jour des informations erronées ou de mettre au courant de nouveaux membres de l'équipes.

Il est important de décrire sans étiquette (« c'est de toute façon un fugueur »), sans jugement (« il le fait exprès de glisser de son fauteuil »), sans généralisation (« c'est toujours comme ça ») et sans interprétation abusive (« c'est sûrement à cause de son mauvais caractère »).



ETAPE 1 : DESCRIPTION

Mr/Mme : Né.e le :
Intervention du service depuis Et pourquoi ?
Informations de santé/ de vie pertinentes actuelles pour la question de la contention :

En commençant par son nom, prénom, date de naissance et le moment depuis lequel le service intervient à son domicile ; ainsi que la raison principale à l'origine de cette intervention. Il ne s'agit pas ici de décrire le plan d'aide mais de situer de manière globale l'arrivée du service auprès de ce bénéficiaire.

Illustration : Ghislaine Dupont née le 12/11/1945 ; présence du SAFA depuis mars 2020 ; décès de l'époux et soucis importants de mobilité (courts déplacements possibles avec une tribune et de la présence) ; aide pour le ménage, les courses, la toilette et la préparation des repas. AF/GaD/AM présentes. Santé générale bonne. Infirmière parfois présente pour soins de plaies (début d'escarre au siège, coup sur les tibias, etc.). Difficultés cognitives (oublis des infos, du pourquoi de la présence du service). Présence de la fille aînée plusieurs fois semaine. Audition ok mais vue faible. Ancienne professeure – très autonome, autoritaire avec sa fille très inquiète de voir sa maman s'affaiblir. Refus actuel de MRS.

1. Le danger

1. Le danger	
Quel danger (description) ?	
Danger déjà produit	Danger pas encore produit
Dans quelles circonstances ?	Risque qu'il se produise ? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0 pas de risque - 10 risque majeur)
Avec quelles conséquences ?	Avec quelles conséquences potentielles ?
Quelles causes probables du danger ? internes/externes à la personne	Pour qui ?
Risque qu'il se reproduise ? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0 pas de risque - 10 risque majeur)	Gravité des conséquences ? 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (0 conséquences nulles - 10 conséquences létales)
Face à ce danger :	
-Avis de la personne :	
-Avis des proches :	
-Avis de l'équipe :	

La contention est une exception au principe de la liberté et ne peut être envisagée que dans le cadre particulier d'un danger réel pour la personne concernée ou pour autrui.

L'équipe est donc amenée ici à réfléchir au type de danger qui amènerait ou a amené à la pose d'une contention, que ce danger se soit déjà produit ou pas et se poser les questions suivantes : « Quel est le danger potentiel en absence de contention ? A quel type de danger souhaitons-nous répondre, ou



avons-nous souhaité répondre, par la contention ? Une contention, pour éviter quoi ? ». Il s'agit de projections subjectives puisqu'on demande à chaque professionnel de s'imaginer ce qui pourrait se produire, mais c'est la multiplication des subjectivités qui rendra l'avis du service plus réaliste.

Face à ce danger, l'équipe se prononce sur le fait qu'il se soit déjà produit ou pas :

- Déjà produit ? Oui : dans ce cas, décrire :
 - o Les circonstances, car il est possible qu'un facteur tout à fait particulier soit à l'origine de la survenue de ce danger et que ce facteur ne soit plus du tout d'actualité aujourd'hui ;
 - o Les conséquences pour se rendre compte si le danger imaginé comme terrible a réellement eu les conséquences attendues ou pas ;
 - o Les causes (liées aux circonstances) pour identifier ce sur quoi il serait possible d'agir par la suite, le plus largement et exhaustivement possible, en laissant les esprits de chacun réfléchir à toutes les pistes même les plus saugrenues et en faisant ensuite le tri dans ce qui est plausible ou pas ;
 - o Enfin, sur base de ces différents éléments, le risque que le danger se reproduise est également estimé par l'équipe.
- Pas encore produit ? Dans ce cas, décrire le risque que ce danger se produise (estimation de l'équipe) avec quelles conséquences envisagées et pour qui. Il se pourrait effectivement que le danger amène des conséquences directes pour la personne (conséquences directes d'une chute) mais aussi pour ses proches (angoisse de savoir son proche perdu dans la nature). La gravité des conséquences est également estimée sur base de la réalité de vie de ce bénéficiaire. Par exemple, une chute sur une personne plus jeune, sportive et en bonne santé mentale et physique n'a pas les mêmes conséquences que sur une personnes âgées fragilisée par ailleurs par d'autres problèmes de santé et potentiellement seule à son domicile.

Au terme de cette partie sur le danger, il est important de se positionner sur les avis de chacun des acteurs impliqués :

- Qu'en pense le bénéficiaire concerné ? Qu'exprime-t-il sur ce danger ? Le comprend-il ? Est-il prêt à en prendre le risque ?
- Qu'en pense le proche le plus présent ? Comment vit-il ce danger pour son parent ? Quelle est la sphère de liberté pour son proche qu'il se sent prêt à vivre lui-même ?
- Qu'en pense l'équipe ? Comment se positionne-t-elle face à ce danger au sein des prestations qu'elle mène au domicile ? Comment le vit-elle ? Quels sont les émotions ou vécus rapportés ?

L'objectif de ce dernier point est de prendre conscience de la convergence ou de la divergence des avis des uns et des autres avec comme point central l'avis du bénéficiaire qui doit dépasser tous les autres. En effet, un comportement ou un danger vécu comme très problématique par l'épouse du bénéficiaire ou par l'infirmière qui vient tous les matins n'est pas nécessairement vécu comme tel par le bénéficiaire lui-même. Et pas parce qu'il n'a pas les capacités de se rendre compte du danger mais bien parce que ce danger ne lui fait pas peur et qu'il accepte de prendre le risque d'en vivre les conséquences. De la même manière que certains fument ou pas, que d'autres prennent la voiture plutôt que le train ou pratiquent le parapente, que d'autres encore mangent du chocolat tous les jours ... chacun a sa propre vision des dangers et risques qu'il prend !



Illustration :

Danger : déjà produit : chutes quand Mme sort de son lit seule ; plusieurs sans gravité ; une au petit matin et Mme est restée 2h sur le sol, n'a pas appelé avec sa télévigilance ;

Conséquences : aucune séquelle physique hormis bleus et douleurs ; confusion accrue pendant qq heures suite à la chute ;

Cause probable : hauteur du lit + pieds pris dans le drap + état de semi-sommeil + pas d'appuis une fois assise (probable chute en avant).

Dans ce contexte, risque élevé que cela se reproduise (estimé à 8 par l'équipe).

Avis de Mme : dit ne pas se souvenir des chutes antérieures, ne souhaite pas de barrières de lit – avis de fille : très inquiète que sa maman se retrouve toute une nuit sur le sol, veut ajouter des caméras, inquiète des risques d'une fracture – avis de l'équipe : peu encline à retrouver encore une fois Mme sur le sol en arrivant au matin.

2. La contention

L'équipe se penche ensuite sur la contention, qu'elle soit déjà en fonction ou qu'elle ne soit qu'envisagée. Il s'agit d'en décrire les modalités pratiques et le prescripteur (celui qui a pris la décision) en s'arrêtant sur : qui pose, enlève et remet la contention et dans quelles circonstances. Il s'agit aussi, ici de se demander si la contention pose problème, et le cas échéant à qui.

Cette partie a également pour objectif de faire prendre conscience de tous les contours de la contention. Parfois présente depuis longtemps, elle passe au second plan dans les pratiques et les professionnels présents aujourd'hui ne sont plus du tout au courant des origines de sa pose et de sa durée. Les routines ont pris le pli et la contention est parfois presque oubliée alors que toujours bien présente et toujours potentiellement délétère pour le bénéficiaire.

2. Si contention présente (ou envisagée)	
Type	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Proche (barrières de lit, tablette, ceinture) <input type="checkbox"/> Eloignée (enfermement)
Décidée par :	
Depuis quand :	
Accord de la personne	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Apte à décider	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non : représentant (nom) : Accord ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Temps avec contention sur 24h :	Temps SEUL avec contention sur 24h :
Qui pose, enlève et remet la contention et dans quelles circonstances ?	
Vécu de la contention par la personne	
Physique	Psychique
Effets secondaires : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Lesquels :

Vécu de la contention par les proches :
Vécu de la contention par le service :
Vécu de la contention par d'autres professionnels intervenants au domicile :

L'équipe est donc invitée à s'intéresser :

- Au type de contention dont il s'agit, de qui l'a décidée et depuis quand



- A l'accord du bénéficiaire sur cette contention et par conséquent, de sa capacité à décider (avec un représentant ou non)
- Au temps de pose de la contention et au temps passé seul (sans personne pour veiller sur lui) avec la contention
- Aux modalités de pose et d'enlèvement réelles de la contention. Qui descend et lève les barrières au moment de la toilette, des repas, de passage du lit au fauteuil, ou lorsque le bénéficiaire a besoin de se rendre aux toilettes ? Quelles sont les circonstances exactes de l'usage de cette contention ? Est-ce que la manière dont la contention est gérée convient à l'équipe ? Est-ce que cela s'effectue de manière suffisamment sécurisante ?
- Au vécu de la personne à ce sujet : quelles sont les conséquences de la contention au niveau psychique, physique ou autre ?
- Au vécu des proches à ce sujet : que disent ou montrent les proches à ce sujet ? sont-ils effectivement rassurés ? compréhensifs avec les professionnels ?
- Au vécu du service plus globalement : comment le service vit-il cette contention ? se sent-il à l'aise avec celle-ci ? si les professionnels pouvaient décider par eux-mêmes, que feraient-ils ? se sentent-ils en faute, coupables ? ont-ils peur des conséquences ?
- Au vécu d'autres professionnels : qu'en pensent le médecin, les infirmières ou kiné qui viennent régulièrement ? sont-ils favorables ou pas à cette contention et pourquoi ?

Illustration :

Contention physique – barrières de lit pleines – décidée par l'infirmière (qui vient dans la matinée pour les soins aux plaies du siège) avec le médecin - sont soutenus par la belle-fille de Mme – depuis la première chute il y a 12 mois

Accord de la personne : quand demande directe parfois oui/parfois non ; mais toujours un refus quand elle souhaite sortir de son lit « pourquoi j'ai ce truc-là, qu'on me l'enlève tout de suite, on n'est pas dans un zoo ici ! » - pas de représentant légal – capable d'exprimer son avis sur le moment même

Temps avec contention : exclusivement la nuit – de 18h30 à 7h30 – seule avec la contention – Mme s'endort quasi directement

Pose de la contention : AF – parfois infis si soins de plaies plus importants – belle-fille quand présente (aléatoire) – en raisonnant Mme, en la distrayant pour éviter qu'elle ne s'en rende compte.

Équipe pas en difficulté pour la pose de la contention – convaincue que c'est comme ça qu'il faut faire – inquiète que Mme passe au-dessus de la barrière – certaines demandent une contention supplémentaire directement au lit (fille aussi)

Vécu pour Mme : physiquement pas de contrainte directe (plutôt conséquence de passer au-dessus de la contention) mais risque d'un pied ou jambe coincés ; psychologiquement : si Mme s'endort directement, pas d'impact – si elle souhaite se lever alors exprime son mécontentement. Effets secondaires : énervement ponctuel ; plusieurs tentatives de sortir seule du lit quand arrivée de l'AF le matin mais aucun élément ne permet de dire qu'elle l'a également tenté la nuit.

Vécu par les proches : insuffisamment rassurée, belle-fille souhaiterait davantage (ceinture de lit + caméra mais Mme refuse catégoriquement)

Vécu par le service : bon vécu – équipe rassurée.



Ces informations rassemblées permettent de dresser le tableau de synthèse des arguments en faveur et en défaveur de la contention dans la situation en question.

Quels sont les arguments pour la présence d'une contention, les apports de celle-ci ? Qu'est-ce qu'elle amène de positif pour la personne (par ex. être rassurée, mieux dormir, être physiquement détendue, etc.), pour ses proches (par ex. être rassuré, plus enclin à laisser les professionnels seuls avec le proche, etc.) et pour les professionnels (par ex. plus efficaces dans leurs autres tâches car moins tendus avec le risque de chute, etc.).

Quels sont les arguments contre cette contention, les effets secondaires de celle-ci ? Tant pour la personne (mal être physique, psychique, conséquences à plus long terme, etc.) que pour ses proches (choqués, de plus en plus absents, etc.) ou pour les professionnels (mal à l'aise, cachant leurs pratiques, etc.).

Illustration :

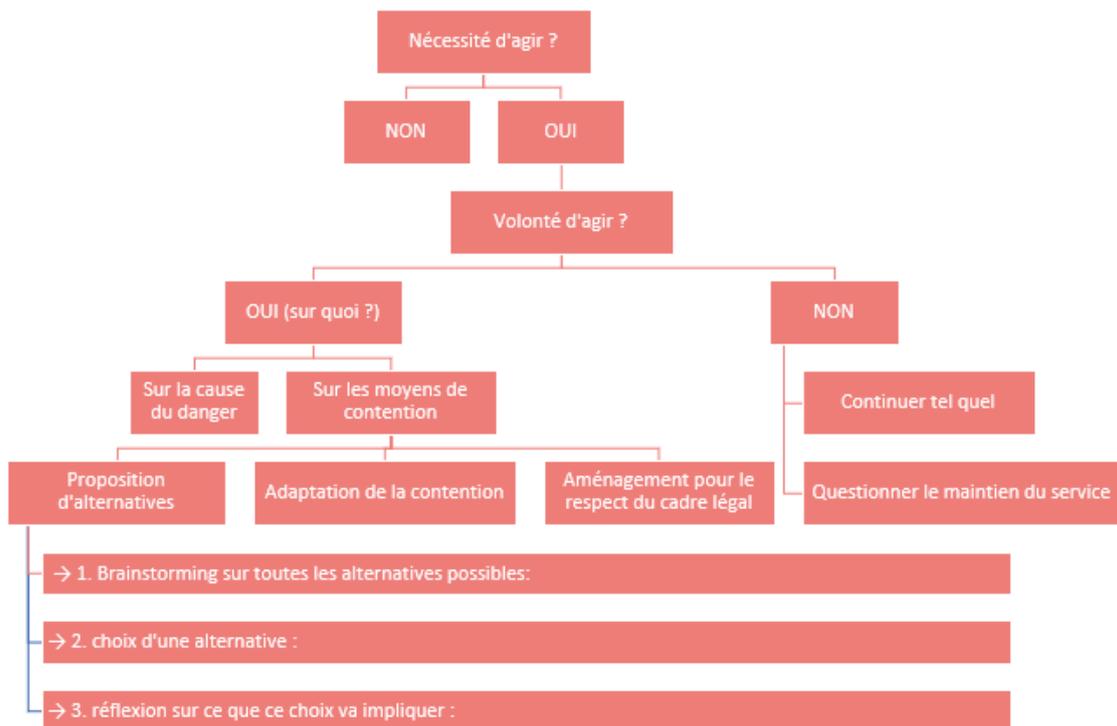
Synthèse de la situation de contention	
Arguments pour (effets positifs de la contention)	Arguments contre (effets négatifs de la contention)
Empêche madame de sortir de son lit et donc diminue le risque de chute Sécurise l'équipe Sécurise la fille	Mme est contre – se sent enfermée – ne comprend pas Mme décide parfois de sortir seule malgré les barrières et tente de passer par-dessus Risques de chutes plus importants - membres coincés

ETAPE 2 : ACTION

L'étape 2 de COGIDO débute à nouveau par un rappel qui insiste sur l'accord de la personne impliquée ou de ses proches dans une optique de dialogue avec tous, autres intervenants y compris.

Il s'agit ensuite de revenir sur le tableau de synthèse qui clôture l'étape 1 pour se positionner en tant que service. Pour rappel, il ne s'agit pas ici de décider de la pose ou de la suppression de la contention, mais d'envisager ce que le service souhaite faire et est en mesure de faire au vu du contexte d'une part et de son cadre légal d'intervention d'autre part.

Un arbre décisionnel a pour objectif d'aider à prendre une décision en présentant un ensemble de choix possibles sous la forme graphique de branches d'un arbre. A chaque étape, une question se pose et en fonction de la réponse, la personne voyage d'un côté ou de l'autre de l'arbre pour arriver progressivement à une extrémité qui éclaire sa décision.



Questions et étapes :

- Nécessité d'agir ?

- Au vu de la situation, faut-il agir ou laisser les choses en l'état ? Dans le cas où le tableau synthétique des plus et des moins est équilibré, que la personne est d'accord et que les actes posés ne sont pas contraires aux règles de la fonction des professionnels qui le vivent bien ... pas de souci, vous en restez là. Ce qui n'empêche pas de garder un œil attentif à la situation au fil du temps pour la réévaluer régulièrement. Dans le cas contraire, s'il vous semble pour toute une série de raisons qu'il est nécessaire d'agir ... alors vous passez à la question suivante.

- Volonté d'agir ?

- Non, vous ne souhaitez pas agir pour changer la situation. Pour quelles raisons une équipe pourrait ne pas souhaiter agir ? Par exemple parce qu'elle a déjà essayé de nombreuses tentatives qui se sont soldées par des échecs ou qu'elle est à bout de souffle dans la situation.
 - Vous pouvez alors décider d'en rester là et de poursuivre l'accompagnement à domicile. Ce qui n'empêche pas de garder un œil attentif à la situation.
 - La situation peut aussi vous amener à décider de l'arrêt de l'accompagnement de ce bénéficiaire à son domicile.
- Oui, vous souhaitez agir pour changer la situation. Dans ce cas, vous pouvez agir sur la cause ou sur le moyen.
 - Agir sur la cause du danger à l'origine de la contention : votre travail ici consiste à essayer de supprimer ou diminuer l'ampleur de la cause du danger. Vous retournez

ici à la première étape de l'outil, dans la description du danger : « quelles sont les causes probables du danger ? ».

- Agir sur le moyen de la contention
 - Proposer des alternatives à la contention afin de l'éviter. Rappelons qu'il ne s'agit pas forcément de solution sans risque. Nous vous invitons à imaginer toutes les alternatives potentielles, en brain-storming d'équipe envisager même celles qui semblent plus loufoques, sans penser aux freins (« il ne vaudra pas » ou « ce n'est pas possible »). Ce n'est que dans un second temps que vous choisirez la ou les options les plus adaptées au bénéficiaire, les plus faisables et les plus éthiques pour les concrétiser. Une fois les options choisies, il vous faudra alors réfléchir aux implications de ce choix, à ce que cela va demander concrètement de mettre en place.
 - Adapter la contention en gardant en tête que la contention est la dernière alternative de soin et que le principe est de tenter d'abord des alternatives. Vous pouvez proposer, pour le confort du bénéficiaire ou pour d'autres raisons, de l'adapter en durée, en modalité, en horaire (en fonction de la présence de quelqu'un à ses côtés), de l'adapter à la morphologie de la personne ou de changer de moyen, etc.
- Il se peut que le problème ne soit pas lié à la contention elle-même mais au fait que l'organisation actuelle ne permette pas sa pose ou son retrait dans le respect des normes légales. Peut-être allez-vous proposer une réorganisation des aides pour cet objectif.

Illustration :

Il y a nécessité d'agir dans cette situation et volonté d'agir par le service qui ne souhaite pas laisser la situation se dégrader sans tenter des alternatives. Le souhait de l'équipe après discussion est également de davantage tenir compte des souhaits de Mme, de sa personnalité très autonome et indépendante.

Le service décide d'agir à la fois sur :

- Le contexte : proposition de se tourner vers un lit ajustable en hauteur pour le baisser un maximum et favoriser la pose des pieds en appui sur le sol quand Mme s'assied (ce qu'elle fait spontanément quand elle sort du fauteuil ou d'une chaise) + tapis adapté – équipé d'un verso anti-glisser - dans la chambre pour amortir une éventuelle chute et éviter le sol froid
- Les moyens : essai d'une demi-barrière de lit permettant de prendre appui au moment de sortir du lit tout en ayant un moyen de retenue si agitation la nuit ou réveil en demi-sommeil.

Qui fait quoi pour quand et comment ?

1. En parler au bénéficiaire :

2.

3.

...



Cette deuxième étape se conclut par une distribution des rôles qui permet de s'assurer que les décisions prises soient effectivement suivies d'effet : en proposant à la personne, à ses proches et aux autres professionnels concernés (et notamment le prescripteur de la contention) :

- des aménagements potentiels en termes d'alternatives,
- des aménagements au niveau de la manière d'utiliser la contention,
- ou des aménagements au niveau du rôle du service dans la gestion de la contention.

Il est important à ce stade de bien définir qui fait quoi comment et dans quels délais. Cela va permettre de se rendre compte de la faisabilité des décisions et de ses implications. Par exemple, il ne s'agit pas de décider que telle aide familiale est responsable de l'installation du lit à ras du sol pour éviter les chutes trop importantes alors que celle-ci est en congé pendant les 15 jours qui suivent la réunion.

Par ailleurs, agir en cohérence et en constance seront également gages d'une meilleure atteinte des objectifs :

- cohérence : les décisions et les actions vont dans le même sens et sont conformes à ce qui a été décidé. Plus les décisions seront claires, plus elles seront aisées à concrétiser et plus les professionnels pourront les mettre en œuvre. Faire reformuler les décisions prises permet de s'assurer que tout le monde a bien compris et est prêt à agir dans le même sens.
- constance : même si tous les professionnels de l'équipe ont leur propre personnalité et sensibilité (ce qui est d'ailleurs une richesse pour les bénéficiaires), il importe que leurs manières d'agir soient le plus similaire possible au regard des décisions prises. Cela permettra de s'assurer de l'adéquation de la solution face au problème soulevé et de faire un lien clair entre le problème et sa solution.

Ne pas oublier ici de prévenir les éventuels absents des décisions prises et de leur rôle dans celles-ci !

Illustration :

- AS contacte la fille de Mme qui gère ses finances et qui est à l'origine de la demande d'une augmentation de la contention pour lui présenter les options ;
- AF de référence, qui connaît le mieux Mme lui présente les réflexions et les options proposées.
- Retour des contacts fin de la semaine. Si ok, alors AS prévient infi et médecin + GàD et AM. Sinon, retours en réunions pour envisager d'autres alternatives (lit au sol sans barrière ; alarme chute ; etc.).

ETAPE 3 : RE-EVALUATION – SUIVI

Pour rappel, l'usage d'une contention doit être le moins long (le moins proche aussi) possible. Il conviendra de suivre la concrétisation des décisions prises et d'en évaluer la pertinence, au besoin de les faire évoluer. Tous les professionnels de l'équipe présents au domicile de la personne sont attentifs au vécu et aux conséquences du changement.

Lors de cette étape, il est important de définir un délai à la fois suffisamment long pour que les décisions et nouvelles mesures aient le temps de démontrer leur impact mais à la fois suffisamment court pour éviter que les routines ne prennent trop rapidement le dessus. L'évaluation a en effet pour objectif de renforcer les décisions prises parce qu'elles se sont montrées efficaces ou à l'inverse de les transformer

à nouveau au vu de leur impact insuffisant ou négatif. A ce stade, il s'agira alors de reprendre la fiche contention du bénéficiaire concerné pour repartir dans l'arbre décisionnel et choisir d'autres options.

ETAPE 3 : RE-EVALUATION

Date :

Observations :

Décision :

Illustration :

Le mois suivant, le sujet est ramené à la réunion d'équipe.

L'AF rapporte le vécu de madame qui semble accepter le changement. Aucun évènement n'a été relevé. Madame n'a jamais été retrouvée au sol le matin. Les AF l'aident quotidiennement à s'installer dans son lit et à le quitter le matin et elle se débrouille bien.

La fille n'imaginait pas que des lits descendant aussi bas pouvaient exister ! Elle reste néanmoins sur le qui-vive et prête à demander la remise d'une contention en cas de problème.

Décision : maintien et contacts rapprochés avec la fille pour la rassurer sur les capacités de sa maman.

