

PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE	N° [PID-CEMTE-00007]
TITRE [Application des mesures de contrôle]	Date d'entrée en vigueur : Mai 2017
	Date de la dernière révision : Avril 2023, septembre 2023 Modification mineure : Décembre 2023
	Date prévue de la prochaine révision : Septembre 2026
SOMMAIRE N/A	Référence à (cochez) -une OIP : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non -une méthode de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

NOTE IMPORTANTE AU LECTEUR

- Ce protocole interdisciplinaire est exhaustif pour répondre aux spécifications exigées par le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle* rédigé par le Gouvernement du Québec (2015). Ceci explique, entre autres, que plusieurs précisions ou éléments sont apportés allant au-delà d'un protocole interdisciplinaire dans sa définition, son format et son volume.

CONTEXTE

- L'application des mesures de contrôle à l'égard d'un usager fait partie d'un processus thérapeutique dispensé dans un contexte où des mesures préventives et de remplacement se sont avérées inefficaces à assurer la sécurité de cette personne ou de celles présentes dans son entourage. Il s'agit donc d'une intervention temporaire et de dernier recours alors que toutes les autres possibilités d'interventions ont été épuisées.
- Le législateur québécois a prévu des règles strictes encadrant l'application des mesures de contrôle. Entre autres, en vertu du troisième alinéa de l'article 118.1 de la LSSSS, « tout établissement doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles, doit le diffuser auprès de ses usagers et doit procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures » (Gouvernement du Québec 2015, p.2).
- Ce protocole interdisciplinaire traduit les valeurs et les préoccupations de l'établissement pour la qualité des soins et la sécurité des usagers et fixe les balises pour l'application de ces mesures exceptionnelles et de derniers recours. L'accent est mis sur le respect des droits des usagers, la collaboration, l'implication et le consentement, l'approche interdisciplinaire, la planification des interventions et la promotion de l'utilisation des mesures de remplacement. L'objectif ultime à cet égard est la constante réduction de l'utilisation de toutes mesures contraignantes voire la cessation de celles-ci.

Diffusion du protocole

- Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île de Montréal (CIUSSS-EMTL) a la responsabilité d'informer et de faire connaître le contenu du présent protocole aux usagers visés par l'utilisation d'une mesure de contrôle, leurs proches et leur représentant ainsi qu'auprès des ressources pour lesquelles le CIUSSS-EMTL est responsable de la qualité des services rendus soit;
 - ✓ les ressources intermédiaires [RI], les ressources de type familial [RTF] et les résidences à assistance continue [RAC];
 - ✓ les ressources qui ont un lien contractuel avec le CIUSSS-EMTL : résidences privées pour aînés [RPA].
- À cette fin, le protocole est disponible sur l'internet et l'intranet du CIUSSS-EMTL et est remis aux responsables de ces ressources et aux responsables des établissements d'enseignement.

ÉTABLISSEMENT(S) VISÉ(S)

- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL).

INSTALLATION(S) VISÉE(S)

- Toutes les installations
- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HMR | <input type="checkbox"/> HSCO | <input type="checkbox"/> IUSMM |
| <input type="checkbox"/> LT | <input type="checkbox"/> PDI | <input type="checkbox"/> SLSM |
| <input type="checkbox"/> IPMCS | | |

SECTEUR(S) D'ACTIVITÉ VISÉ(S)

- L'ensemble des secteurs d'activités de l'établissement.

CLIENTÈLE(S) VISÉE(S)

- L'usager, ses proches ou son représentant.

INTERVENANTS ET INSTANCES IMPLIQUÉES

- Ce document s'adresse à l'ensemble des gestionnaires, médecins, intervenants professionnels ou non professionnels, qui dispensent des soins aux personnes pouvant nécessiter, lorsque cela est requis en dernier recours, l'application de mesures de contrôle.

Conseil d'administration

Il est responsable de :

- Promouvoir la qualité des soins et des services ainsi que le respect des droits des usagers ;
- Recevoir le rapport d'évaluation annuel et l'approuver par résolution;
- Émettre des recommandations.

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE)

Elle est responsable de :

- Inscrire dans le rapport annuel de gestion les résultats concernant l'application des mesures de contrôle;
- Collaborer avec les directions professionnelles à l'évaluation de l'application du protocole;
- Promouvoir la déclaration des incidents et accidents liés à l'application des mesures de contrôle;
- Fournir les rapports sur les incidents et accidents liés à l'application des mesures de contrôle.

Directions pratiques professionnelles: direction des soins infirmiers (DSI), direction des services multidisciplinaires (DSM) et direction des services professionnels (DSP)

Elles sont responsables de :

- Rédiger et réviser le protocole d'application des mesures de contrôle;
- S'assurer de la diffusion et de l'implantation du protocole;
- Soutenir l'intégration des meilleures pratiques auprès des différents professionnels, incluant le recours aux mesures de remplacement;
- Offrir de la formation pour s'assurer du développement des compétences des intervenants concernés;
- Évaluer le matériel, l'équipement et l'aménagement physique en lien avec les mesures de contrôle utilisées, en collaboration avec la DRHCAJ (service de santé et sécurité au travail), la direction des services techniques et la direction de la logistique;
- Autoriser les mesures de contrôle qui peuvent être utilisées dans le CIUSSS-EMTL;
- Contribuer à l'évaluation de l'application du protocole des mesures de contrôle à partir de données cliniques ou clinico- administratives rendues disponibles par les directions cliniques et contribuer à l'identification de situations d'écarts avec les pratiques attendues;
- Soutenir l'évaluation de la qualité des pratiques de l'équipe interdisciplinaire entourant le recours à des mesures de contrôle, en rendant disponible des outils cliniques.

Direction des soins infirmiers (DSI)

Elle est responsable de :

- Rédiger et présenter annuellement un rapport d'analyse approfondie au comité de vigilance de la qualité du conseil d'administration.

Directions cliniques

Elles sont responsables de :

- Collaborer à la diffusion et à l'implantation du protocole;
- S'assurer de l'application du protocole;
- Initier et coordonner les activités entourant l'évaluation des pratiques associées à l'application du protocole au sein de sa direction, selon les modalités prévues et procéder à l'analyse des rapports d'évaluation;
- Partager les résultats d'évaluation avec les directions pratiques professionnelles et les équipes de soins et identifier des pistes d'amélioration.

Supérieur immédiat des intervenants impliqués

Il est responsable de :

- Participer activement à l'implantation et au respect de l'application du protocole par le personnel sous sa responsabilité;
- Promouvoir l'application des mesures de remplacement pour assurer une utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle par le personnel sous sa responsabilité ;
- Assurer la disponibilité du matériel lié aux contentions autorisées, leur intégrité, leur remplacement si nécessaire et la reconnaissance du lieu d'entreposage par les membres du personnel;
- S'assurer que l'ensemble du personnel, y compris les nouveaux employés, ont reçu la formation appropriée pour l'application de ce protocole ;
- S'assurer que les intervenants appliquent adéquatement et de façon sécuritaire les mesures de contrôle;
- Collaborer à l'évaluation de l'application du protocole selon les modalités établies;
- Diffuser auprès du personnel, rapidement après la collecte de données, l'analyse des résultats reliée à l'utilisation des mesures de contrôle et identifie des stratégies d'amélioration;
- Déceler les difficultés d'application et proposer des pistes de solution en collaboration avec les directions conseils.

Intervenants impliqués

De façon générale, tous les intervenants sont responsables de :

- Appliquer le protocole selon les modalités prévues;
- Travailler en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur, ses proches ou son représentant;
- Respecter les droits des usagers, leurs choix et leurs croyances;
- Contribuer, selon son champ de compétence, à l'évaluation de l'utilisateur, à la prise de décision, à la détermination et à l'application du plan d'intervention;
- Partager selon les modalités déterminées et standardisées l'information pour les transitions de soins où les usagers changent d'équipe soignante ou d'emplacement (ex : admission, transfert des soins, transfert et congé);
- Consigner l'information partagée aux points de transition des soins dans le dossier;
- Contribuer à l'évaluation et à l'entretien du matériel;
- Contribuer à déceler les difficultés d'application du protocole et à proposer des pistes de solution;
- Déclarer tout incident et accident lié à l'utilisation d'une mesure de contrôle.

Les personnes habilitées à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle

- Dans un **contexte d'intervention planifiée**, la décision d'utiliser une mesure de contrôle est un acte réservé aux professionnels suivants : médecin, infirmière praticienne spécialisée, infirmière, ergothérapeute, physiothérapeute, psychoéducateur, psychologue, travailleur social et criminologue. Toutefois, le partage des observations par tous les membres de l'équipe interdisciplinaire tels que l'infirmière auxiliaire, le préposé aux bénéficiaires, l'éducateur spécialisé, le technologue en physiothérapie peut soutenir les personnes habilités au cours du processus décisionnel.

Professionnels	Contentions physiques		Isolement	Contention chimique
	Sans restriction de lieu	Dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS (art.118.1) maintenu	Dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS (art.118.1) maintenu	
Médecin	x		x	x
Infirmière praticienne spécialisée	x		x	X (dans le respect des lignes directrices de sa spécialité)
Infirmière	x		x	
Ergothérapeute	x		x	
Physiothérapeute	x			
Travailleur social		x	x	
Psychologue	x		x	
Psychoéducateur	x		x	
Criminologue		x	x	

- Dans un **contexte d'intervention non planifiée** (situation d'urgence), la décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé selon la loi. Cependant, au sein du CIUSSS-EMTL, et considérant que le contexte non planifié se veut un contexte d'urgence pour assurer la sécurité de tous, il est possible qu'exceptionnellement, une mesure de contrôle soit initiée par un intervenant non habilité par la loi comme décideur, par exemple lors d'un comportement de passage actif à l'acte d'un usager en perte de contrôle de ses comportements: l'intervenant doit sans délai aviser un professionnel habilité afin qu'une évaluation de la situation soit faite auprès de l'usager.

Les personnes autorisées à appliquer une mesure de contrôle et à contribuer aux soins et à la surveillance associés

- L'application d'une mesure de contrôle est un acte non réservé. Le personnel soignant (professionnel, non professionnel) devra appliquer la mesure de contrôle en respectant le plan d'intervention et la méthode de soins prévues dans l'établissement;
- Le personnel soignant (professionnel et non professionnel) peut contribuer aux soins et à la surveillance en respect de son champ de compétence;
- L'administration d'une contention chimique est réservée aux personnes autorisées, en conformité avec leur champ d'exercice spécifique, et qui sont habilitées à administrer une médication;
- Le décideur a la responsabilité de s'assurer que l'ensemble des soins, du suivi et de la surveillance sont réalisés soit par lui-même, soit par les intervenants qu'il aura désignés pour le faire.

OBJECTIFS

- Baliser l'application des mesures de contrôle afin d'assurer une utilisation conforme aux lois, aux orientations ministérielles ainsi qu'aux principes éthiques et cliniques reconnus;
- Assurer des règles de conduite et une pratique uniforme dans le CIUSSS-EMTL;
- Proscrire le recours aux mesures de contrôle dans certains secteurs d'activités;
- Réduire le plus possible la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle;
- Promouvoir l'utilisation des mesures de remplacement en se basant sur des données probantes issues de la recherche et du développement;
- Assurer la sécurité de l'usager et celle d'autrui tout en préservant son autonomie;
- Maintenir la communication et faire participer l'usager et ses proches dans la recherche de mesures de remplacement et dans le processus de décision pour l'application d'une mesure de contrôle;
- Préciser les responsabilités des professionnels habilités et des intervenants impliqués dans le processus décisionnel concernant l'application de mesures de contrôle.

DÉFINITIONS

• Mesures de contrôle

- ✓ Une mesure de contrôle est tout moyen (contention physique et chimique, isolement) qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne. Afin de déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le but visé (annexe 6) lors de son application plutôt que sur le dispositif ou sur la mesure elle-même (Gouvernement du Québec, 2015).

• Contention physique

- ✓ Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (Gouvernement du Québec, 2015).

• Isolement

- ✓ Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement (Gouvernement du Québec, 2015);
- ✓ L'isolement d'un usager en raison de conditions médicales particulières, notamment en cas de danger de transmission d'infection, ne doit pas être considéré comme une mesure de contrôle si l'accès à la chambre demeure libre (Gouvernement du Québec, 2006).

• Contention chimique

- ✓ Le recours aux substances chimiques fait appel à la prescription médicale. Il est, de ce fait, régi par le Code des professions (RLRQ, chapitre C-26) et ses règlements d'application qui précisent quels sont les professionnels autorisés à prescrire des médicaments.
- ✓ Si l'ordonnance fait mention d'emblée de la notion de contrôle ou de limitation des comportements, nous sommes en présence de contention chimique. Devant une indication non explicite (p. ex. si agitation) ou si le médicament est administré davantage pour ses effets secondaires sédatifs que pour ses effets thérapeutiques à moyen/long terme, il ne faut pas exclure la possibilité d'une contention chimique. Il importe alors de s'attarder à l'intention de la personne en charge de l'administration, s'additionnant à l'intention du prescripteur. En effet, plusieurs intentions peuvent être poursuivies simultanément lors du recours à une substance chimique, souvent, par plus d'un professionnel impliqué dans ce processus qui s'étend de l'évaluation préalable à l'administration de la médication, jusqu'à la réévaluation de la pertinence.
- ✓ Ainsi, la contention chimique, ou sédation des symptômes comportementaux, compte parmi les mesures de contrôle à éviter en établissements de santé, mais aussi parmi les mesures de sécurité utilisées en dernier recours pour la protection des personnes. Il s'agit d'une intervention qui implique une :
 - Médication d'urgence (STAT), au besoin (PRN), régulière (DIE, BID, QID, etc.) ou en perfusion continue, possédant des propriétés sédatives (ex.: psychotrope, anxiolytique, hypnotique, analgésique, anesthésique) administrée dans l'intention de prévenir ou limiter des comportements, c'est-à-dire:
 - o présentant un danger de blessure pour la personne ou pour autrui tels que la violence et l'agressivité verbale ou physique ou
 - o nuisibles à l'intervention diagnostique ou au plan thérapeutique tels que se lever, toucher ou retirer l'équipement de soins ou bouger lors d'un examen sensible au mouvement ou
 - o dérangeants, occasionnant une surcharge aux intervenants jugés inappropriés, tels que l'errance et les cris
 - et/ou administrée dans le même but que la contention mécanique ou l'isolement, c'est-à-dire:
 - o pour éviter une contention mécanique ou un isolement ou
 - o simultanément à la contention physique ou à l'isolement
 - et/ou administrée sans consentement, c'est-à-dire:
 - o à une personne n'ayant pas consenti ou qui refuse la médication ou
 - o dont le représentant n'a pas consenti ou refuse d'accorder un consentement verbal ou écrit.

• Mesures de remplacement

- ✓ Les mesures de remplacement sont des stratégies d'intervention simple ou complexe faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir aux mesures de contrôle. Les mesures de remplacement visent à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des réactions et des comportements de l'usager qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui. Les mesures de remplacement réfèrent à plusieurs cibles d'intervention, soit l'usager, l'environnement humain, psychosocial et culturel, l'aménagement physique et les structures organisationnelles.

L'implication de l'utilisateur et de ses proches dans la recherche de mesures de remplacement est indispensable.

- ✓ Les mesures de remplacement sont modulables en fonction de l'objectif visé :
 - améliorer l'état clinique de l'utilisateur (par un traitement médical) ou améliorer ses capacités fonctionnelles (par de la réadaptation);
 - avoir pour cible l'environnement physique (ex. : éclairage, aménagement de l'espace) ou encore l'organisation des soins (ex. : réorganisation des tâches, horaires, implication des bénévoles et des proches);
- ✓ Pour soutenir les intervenants dans leur démarche, une liste non exhaustive de mesures de remplacement est proposée à l'annexe 8.

- **Contexte d'intervention planifiée**

- ✓ La planification de l'ensemble des interventions requises pour résoudre une problématique particulière constitue le contexte d'intervention planifiée. Cette planification doit faire appel à l'expertise propre aux intervenants constituant l'équipe interdisciplinaire.

- **Contexte d'intervention non planifiée**

Le contexte d'une intervention non planifiée (situation d'urgence) est une action réalisée en réponse à un comportement inhabituel et non prévu qui fait en sorte de mettre en danger de façon imminente la sécurité de l'utilisateur ou celle d'autrui.

CONDITION(S) D'INITIATION

- Compte tenu des effets négatifs reliés à l'application des mesures de contrôle, des aspects légaux et éthiques qu'elle soulève, l'utilisation de mesures préventives et de remplacement est à favoriser. La recherche de telles mesures doit se faire en équipe interdisciplinaire par une réflexion, une analyse approfondie de la situation clinique, par le choix judicieux d'interventions créatives et respectueuses des droits, des besoins et des croyances de l'utilisateur.
- Face à une situation clinique complexe, l'équipe doit :
 - ✓ Avoir une bonne connaissance des causes du comportement problématique ou à risque, pour trouver la meilleure alternative en faisant une évaluation rigoureuse et globale de la situation clinique;
 - ✓ S'assurer que les interventions sont individualisées et adaptées à la situation particulière et aux besoins de chaque usager;
 - ✓ Établir les priorités d'interventions dans les situations complexes;
 - ✓ S'assurer que les mesures de remplacement choisies et appliquées font l'objet d'un suivi régulier et d'ajustement au besoin;
 - ✓ Par la suite, en cas d'échec des mesures préventives et de remplacement devant un danger grave et imminent pour la personne ou pour autrui, l'utilisation de mesure de contrôle pourrait être initiée.

MÉTHODES ET PROCÉDURES

Philosophie d'intervention

- ✓ « La philosophie d'intervention traduit les valeurs et les croyances qui doivent promouvoir la prévention et orienter l'intervention afin de favoriser une réduction maximale du recours aux mesures de contrôle en préconisant l'emploi de mesures de remplacement, qu'elles soient de nature préventive ou alternative » (Gouvernement du Québec, 2015, p.3).
- ✓ « Le respect de la personne, première valeur à laquelle doivent adhérer l'établissement et les intervenants, passe par le respect de sa liberté de mouvement, de sa mobilité et de sa dignité. Dans cette perspective, il est clair que l'utilisation d'une contention ou de l'isolement, à titre de mesure de contrôle, constitue une entrave à cette liberté et va à l'encontre de cette valeur fondamentale. En conséquence, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être la moins contraignante possible, limitée dans le temps et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation, en présence d'un danger imminent pour la personne ou pour autrui, ont été appliquées et évaluées » (Gouvernement du Québec, 2015, p.3).
- ✓ « Les interventions doivent être menées dans une perspective de relation d'aide et prendre en compte les caractéristiques de la personne tout autant que celles de son environnement. [...]. Chaque personne est unique et a ses propres valeurs et habitudes de vie. La personne ou son représentant et ses proches doivent être parties prenantes de la démarche et mis à contribution afin de participer à la recherche des

solutions en respect des objectifs du plan d'intervention interdisciplinaire » (Gouvernement du Québec, 2015, p.3).

- ✓ Considérant que la décision d'utiliser une mesure de contrôle est une tâche complexe et à risque de préjudice et puisque celle-ci est une activité réservée partagée, la collaboration interprofessionnelle est préconisée. Celle-ci permet une analyse complète et approfondie de la situation, de mettre en place des mesures de remplacement créatives et innovantes et ainsi rendre exceptionnelle l'utilisation des mesures de contrôle.
- ✓ Considérant que le CIUSSS-EMTL offre des services à une clientèle diversifiée, le présent protocole adopte une approche visant l'absence de mesures de contrôle pour la clientèle de la Direction SAD et réadaptation du programme Soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) ainsi que pour les ressources dont l'établissement est responsable de la qualité des services rendus (ressources intermédiaires [RI], ressources de type familial [RTF], résidences à assistance continue [RAC]), dans un endroit ayant un lien contractuel avec l'établissement (un ou des usagers en résidence privée pour aînés [RPA]). Cependant, une approche d'intervention sera proposée, dans le présent document, pour soutenir les équipes à l'atteinte de cette cible.

Principes directeurs

- ✓ Le MSSS (Gouvernement du Québec, 2002) a énoncé six principes directeurs encadrant l'application des mesures de contrôle :

- 1^{er} principe : Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent;
- 2^e principe : Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours;
- 3^e principe : Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour l'utilisateur;
- 4^e principe : L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de l'utilisateur et doit faire l'objet d'une supervision attentive;
- 5^e principe : L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement être balisée et contrôlée afin d'assurer le respect du protocole;
- 6^e principe : L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de l'établissement.

Dimensions éthique, juridique, déontologique et clinique

- ✓ La décision entourant l'application d'une mesure de contrôle nécessite une approche intégrée qui doit s'appuyer sur quatre dimensions indissociables : éthique, juridique, déontologique et clinique.

Dimension éthique

- ✓ Les principes éthiques guident la réflexion des intervenants et influencent les décisions cliniques. Les principes soutenant cette réflexion en lien avec l'application des mesures de contrôle sont les suivantes:

Le respect de la dignité humaine

- ✓ Le respect de la dignité humaine se traduit par la reconnaissance de la valeur sacrée de la personne en tant qu'être humain qui doit être traitée comme une fin en soi, avec égards et considération. Toute vie humaine, peu importe la condition physique et mentale de la personne, doit être protégée et défendue, de sa naissance jusqu'à sa mort et même au-delà.

Le respect de l'autonomie et le consentement aux soins

- ✓ L'autonomie figure au cœur de nos valeurs organisationnelles liées au traitement, à la réadaptation et au rétablissement. Le respect de l'autonomie s'actualise, en matière de soins de santé, par la responsabilisation de l'utilisateur dans la mesure de ses capacités, le développement et l'utilisation de son potentiel, l'information juste donnée sur la nature et les buts des soins et services, les bienfaits et effets secondaires possibles ainsi que les alternatives potentielles. Il importe par ailleurs de bien comprendre ici ce qu'est l'autonomie, à savoir la capacité d'une personne à se doter de ses propres normes ou d'un système de valeurs et de vivre selon les normes qu'elle s'est elle-même données : chaque personne est inviolable et a droit à son autodétermination. Par conséquent, la personne a le droit de consentir aux soins et services offerts ou de les refuser, en tout ou en partie, et de révoquer son consentement à n'importe quel moment.

La bienfaisance

- ✓ La bienfaisance consiste à offrir à l'utilisateur les meilleurs soins et services requis par son état de santé dans le but d'améliorer son bien-être et sa qualité de vie. La bienfaisance réfère aux actions et repose sur une attitude sous-jacente que l'on appelle bienveillance, qui renvoie à la capacité d'empathie, de compassion, du souci du bien-être d'autrui et au respect de la dignité humaine.

La protection et la sécurité

- ✓ La protection et la sécurité découlent de la bienveillance. Elles consistent à protéger l'intégrité physique, mentale, morale, intellectuelle et affective de l'utilisateur. Les intervenants sont donc appelés à intervenir afin d'éviter une détérioration des situations de soins et préserver l'intégrité de l'utilisateur. Ce principe justifie l'application en dernier recours des mesures de contrôle.

La nécessité

- ✓ L'application des mesures de contrôle peut être jugée nécessaire lorsqu'elle devient l'unique moyen de protection de l'utilisateur ou de son environnement. Les interventions seront appliquées d'abord de façon large et non directive (ex. : pacification) puis graduellement de façon plus encadrante (ex. : trêve, requête alpha, recadrage, alternative, option finale, intervention de maîtrise physique) jusqu'à la résolution de la crise. En cas contraire, si l'utilisateur présente une dangerosité pour lui-même ou les autres, les mesures de contrôle pourront s'appliquer.

L'efficacité

- ✓ On reconnaîtra l'efficacité des mesures de contrôle si elles protègent réellement l'utilisateur ou son environnement, le cas échéant. Une intervention efficace permet d'atteindre l'objectif escompté ou tout autre objectif considéré comme étant bénéfique pour l'utilisateur ou son environnement.

Les scénarios

- ✓ Il s'agit, dans le contexte d'une réflexion éthique, si elle est possible dans une situation urgente ou de crise, d'envisager des alternatives à l'application des mesures de contrôle et ce faisant, de faire le test de la balance pour chacun des scénarios. On peut ainsi effectuer un raisonnement comparatif et supporter la décision clinique des intervenants.

Le test de la balance des bienfaits et des inconvénients

- ✓ Il s'agit, dans le cadre d'une conduite à tenir, d'en évaluer les bienfaits et de les comparer aux inconvénients potentiels. La supériorité des bienfaits anticipés par rapport aux désavantages ou inconvénients permet dans bon nombre de cas de justifier la décision sur le plan éthique. Dans le cas contraire, il faut envisager d'autres scénarios.
- ✓ En conclusion, la justification éthique de l'application des mesures de contrôle se fait donc, d'une part, par la supériorité de ses bienfaits sur ses inconvénients et, d'autre part, par l'incapacité de l'utilisateur, au moment de l'application de la mesure et de façon temporaire, à exercer son autonomie. C'est donc

toujours dans un contexte de bienfaisance que son application est mise en œuvre. C'est également toujours dans un contexte de bienveillance que l'on devrait considérer l'incapacité d'autonomie d'un usager. C'est pour sa sécurité et pour celle d'autrui, pour son intégrité et celle d'autrui et conséquemment, pour sa dignité que le protocole existe.

Dimensions juridiques et déontologique

Consentement

- Dans un contexte d'intervention planifiée :
 - ✓ L'application des mesures de contrôle nécessite un consentement spécifique qui n'est pas inclus dans le consentement général aux soins. Une synthèse de la notion de consentement pour un usager jugé apte et inapte sont disponibles aux annexes 1 et 2. Pour qu'un consentement puisse être valable, trois conditions doivent être rencontrées :
 - Aptitude de l'utilisateur à consentir à un acte;
 - Être manifeste (démontrer clairement son consentement à l'application de la mesure de contrôle);
 - Être libre et éclairé.
 - ✓ Le consentement devra être recueilli et documenté par le professionnel intervenant auprès de l'utilisateur.
 - ✓ Les informations à transmettre pour permettre à l'utilisateur ou son représentant de prendre une décision éclairée, idéalement lors d'une rencontre avec l'équipe interdisciplinaire, sont :
 - La présentation des orientations de l'organisation à l'aide du protocole;
 - Les mesures de remplacement (Annexe 4) ayant été tentées et leurs résultats;
 - Les motifs justifiant l'application d'une mesure de contrôle;
 - Le type de mesure de contrôle choisi;
 - Le but de la mesure de contrôle envisagée;
 - Les risques inhérents à cette mesure de contrôle (annexe 5);
 - Les conséquences possibles de la non-application de la mesure de contrôle;
 - Les alternatives possibles avec leurs bienfaits et leurs inconvénients;
 - Les conditions d'application et de surveillance;
 - La fréquence prévue de la révision de la mesure;
 - Les modalités d'implication des proches ou du représentant dans la décision et la surveillance;
 - Les modalités en cas de refus ou de retrait de consentement.
 - ✓ Finalement, pour être valide, le consentement à des soins médicaux, incluant les mesures de contrôle, doit être libre de toute contrainte, intimidation, transaction ou menace. Cela signifie que l'utilisateur qui consent ou son représentant ne doit pas subir une influence indue de la part d'autres personnes, que ce soit de la part de l'équipe ou encore de son entourage.
 - ✓ Lorsque l'utilisateur est représenté par le Curateur public, les informations et modalités prévues ci-haut doivent aussi lui être transmises. Le Curateur public doit donner son consentement. Pour plus d'informations, contactez le Service des affaires juridiques de l'établissement.
 - ✓ En cas de litige entre la demande des proches ou du représentant et l'évaluation de l'équipe interdisciplinaire, la situation sera présentée à l'équipe de gestion de l'unité ou du service et sera analysée avec le soutien des directions pratiques professionnelles (DSI, DSM-PP et DSP).
 - ✓ Le consentement est valide pour une durée de 6 mois à moins qu'il soit révoqué par l'utilisateur ou son représentant, verbalement ou par écrit.
- Dans un contexte d'intervention non-planifiée :
 - ✓ Le consentement n'est pas requis, car il s'agit d'une situation d'urgence, mais la collaboration de l'utilisateur est recherchée en permanence;

Refus ou retrait du consentement de la personne apte à consentir

- Dans un contexte d'intervention planifiée, lorsque l'utilisateur refuse ou retire son consentement, il est important de respecter sa volonté. Toutefois, il est du devoir de l'équipe clinique de:
 - ✓ Assurer une recherche constante de mesures alternatives et assurer leur mise à l'essai;
 - ✓ Intervenir en contexte d'intervention non-planifiée si la situation le requiert.

Refus du représentant de l'utilisateur inapte à une mesure de contrôle

- En cas d'inaptitude de l'utilisateur à consentir, si son représentant refuse l'application de la mesure de contrôle, il devra signer le refus sur le formulaire prévu à cet effet (Annexe 10).

Refus injustifié du représentant de l'utilisateur

- Si le représentant de l'utilisateur refuse de consentir à la demande qui lui est faite et qu'il y a tout de même lieu, de l'avis des intéressés, d'appliquer la mesure envisagée, une démarche judiciaire est requise et il sera nécessaire de contacter le Service des affaires juridiques de l'établissement.

Refus catégorique de la personne jugée inapte à consentir

- Si malgré l'obtention du consentement du représentant, la personne soignée déclarée inapte à consentir refuse catégoriquement l'application de la mesure de contrôle ou un autre traitement et qu'il y a tout de même lieu, de l'avis des intéressés, d'appliquer la mesure envisagée, une démarche judiciaire est requise et il sera nécessaire de contacter le Service des affaires juridiques de l'établissement.

Les principaux textes de loi en lien avec l'application des mesures de contrôle sont décrits plus en détail à l'annexe 7. Il s'agit notamment :

- Charte canadienne des droits et libertés;
- Charte des droits et libertés de la personne;
- Code criminel;
- Code civil du Québec;
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, particulièrement l'article 118.1
- Code des professions;
- Loi médicale;
- Loi sur les infirmières et les infirmiers;
- Codes de déontologie des professionnels concernés;
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements; chapitre III – Section 1, article 6 et paragraphe 18.

Dimension clinique

- Pour qu'une décision clinique soit considérée comme la meilleure dans l'intérêt de l'utilisateur, elle doit faire l'objet d'une réflexion rigoureuse. Elle doit aussi reposer sur des concepts scientifiques reconnus. Les principes cliniques sont les suivants :

Prise en compte des effets néfastes des mesures de contrôle

- ✓ L'application des mesures de contrôle représente une activité à haut risque qui entraîne fréquemment des conséquences néfastes tant au niveau physique que psychique (Annexe 5). Il est aussi reconnu que les mesures de contrôle sont inefficaces dans une majorité de situations et qu'elles ne permettent pas à l'utilisateur de réaliser un apprentissage ou d'améliorer sa situation clinique. Les intervenants se doivent d'être sensibles à ce que peut vivre la personne en situation de crise. Les interventions doivent se faire dans le respect, le calme et dans la perspective de diminuer les inconvénients et les inconforts chez l'utilisateur.

Connaissance des conditions cliniques sous-jacentes

- ✓ Des conditions cliniques particulières et souvent complexes rendent certains usagers plus vulnérables. Les intervenants qui ont à soigner, soutenir et aider ces personnes doivent maîtriser plusieurs aspects de la pratique clinique : l'évaluation de l'état de santé mentale et physique, la communication thérapeutique, la relation d'aide, la gestion de l'agressivité et des autres risques potentiels, la gestion des comportements d'interférence aux soins, des troubles graves du comportement et des comportements d'errance.

- ✓ Il s'agit également d'avoir une connaissance approfondie de l'utilisateur, de ses habitudes, de ses préférences et de ses réactions physiques et psychologiques face aux différents stressors afin de bien comprendre les raisons pour lesquelles il adopte certains comportements à risque. Cette connaissance permettra aux intervenants de bien cibler les besoins de l'utilisateur et d'y répondre promptement afin de le soulager et éviter, peut-être, l'application de mesures contraignantes à son endroit.
- ✓ Aussi, les développements des connaissances en neurosciences nous permettent de mieux comprendre, dépister et mieux intervenir auprès des usagers aux prises, notamment, avec des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et du delirium.

Nature du traitement ou de la conduite

- ✓ L'application des mesures de contrôle doit toujours poursuivre un objectif de protection de l'utilisateur dont les comportements représentent un danger imminent pour sa santé, sa sécurité ou celle d'autrui. Elle ne doit jamais être utilisée pour punir, intimider, corriger un usager ou modifier son comportement ou pour répondre à des contraintes organisationnelles.

Participation de l'utilisateur soignée et de ses proches

- ✓ La participation de l'utilisateur et de ses proches doit toujours être favorisée. La prise de décision doit se faire en conformité avec leurs valeurs et leurs croyances et tenir compte du contexte de soins unique à chacun, tout en respectant les orientations ministérielles.

Consentement recherché

- ✓ Quel que soit le contexte d'intervention (planifiée ou non), il faut assurer à l'utilisateur et à ses proches une communication et un accompagnement constants et une recherche continue de la collaboration et du consentement.

Mesures minimales et temporaires

- ✓ L'application des mesures de contrôle doit être minimale, temporaire et sécuritaire. Elle doit être la moins contraignante possible et causer un minimum d'inconfort. À titre d'exemple le recours à l'isolement n'impose pas systématiquement pour l'utilisateur de se déshabiller pour revêtir la jaquette d'hôpital. La mesure doit être cessée dès que la condition clinique le permet, soit lorsque l'utilisateur a cessé de présenter un risque pour lui-même ou les autres. Elle ne doit jamais se prolonger inutilement. Des stratégies pour éviter la répétition de l'application d'une mesure de contrôle doivent être élaborées avec l'utilisateur dès que possible suite à l'événement et être documentées au dossier.

Mesures sécuritaires

- ✓ Lorsqu'on doit appliquer la contention physique, il est essentiel de s'assurer de la disponibilité d'un matériel sécuritaire, propre et en parfait état. Les techniques d'utilisation et d'application du matériel doivent être conformes aux normes émises par le fabricant et aux procédures adoptées par l'établissement. Dans les contextes de soins où la modalité d'isolement est nécessaire, l'isolement doit se faire dans une pièce sécuritaire destinée spécifiquement à cette fin et répondant de façon stricte aux normes de sécurité émises par le MSSS.
- ✓ Lors de l'administration d'une contention chimique, il faut respecter les meilleures pratiques d'administration, procéder au suivi et à la surveillance requis et identifier des stratégies alternatives afin de mieux gérer les symptômes qui ont conduit à l'application de cette mesure.

Maintien d'une communication empreinte d'humanisme

- ✓ Puisque l'utilisateur se retrouve dans un état de grande vulnérabilité, la communication et l'accompagnement doivent être maintenus en tout temps avant, pendant et après l'application des mesures de contrôle. La communication et l'accompagnement visent à préserver la qualité du lien thérapeutique et à permettre à l'utilisateur de retrouver son contrôle, son estime de soi et sa capacité à faire face aux situations critiques. Il importe d'éviter d'adopter des attitudes qui pourraient culpabiliser l'utilisateur ou être interprétées comme de la confrontation. Un retour suite à l'événement permettra de savoir comment et pourquoi l'utilisateur a dû faire l'objet d'une mesure de

contrôle, comment il a vécu cette expérience et quels sont les moyens ou les stratégies à mettre en place pour éviter la répétition d'un tel événement.

- ✓ Lorsque les capacités de l'utilisateur aux plans cognitif et affectif le permettent, un intervenant doit réaliser le retour post-situationnel à l'aide de l'outil présenté à l'annexe 8.

Assurance de soins, surveillance et suivi intensifs dans une période critique

- ✓ L'application d'une mesure de contrôle rend l'utilisateur vulnérable sur les plans physique et psychologique. Cela justifie la mise en place de soins, de surveillance et de suivi intensifs de la condition physique et mentale de l'utilisateur. Les besoins d'hygiène, d'élimination, d'alimentation, d'hydratation et de mobilité doivent toujours être assurés.

Processus de révision des pratiques interdisciplinaires

- ✓ Un processus continu de réflexion et d'amélioration continue des pratiques professionnelles liées à la décision d'application des mesures de contrôle doit être mis en place afin de soutenir le changement de pratique.

Mesures de contrôle autorisés et proscrites

• Mesures d'isolement

- Concernant l'isolement, l'établissement autorise cette mesure dans des lieux prévus à cet effet et aménagés selon les normes de sécurité émises par le Gouvernement du Québec (2005).

○

• Mesures de contention mécanique

- Le matériel de contention mécanique a été choisi en tenant compte des recommandations émises par des instances reconnues par le réseau de la santé (exemples : Santé Canada, ETMIS) ;
- Le détail du matériel de contention mécanique (marque et modèle) autorisé dans l'établissement est décrit et illustré à l'annexe 9 du présent protocole. Les techniques d'utilisation et d'application du matériel doivent être conformes aux normes émises par le fabricant et aux techniques de soins en vigueur dans l'établissement;
- Le recours à des équipements ou des dispositifs de type « maison » ou « artisanal » comme mesure de contrôle est proscrit en raison des risques (notamment le risque de blessures graves ou de décès) associés à leur utilisation. À titre d'exemples : l'utilisation de draps, bandages de type « Kling », serviettes, etc.;
- Il est aussi interdit d'utiliser du matériel de contention abîmé, usé ou souillé présentant des nœuds ou ayant des pièces défectueuses ou manquantes ou non adapté à la morphologie de l'utilisateur;
- En cas de bris, seul le fabricant de l'équipement ou matériel est autorisé à procéder à une réparation s'il peut offrir une garantie que la sécurité de l'équipement n'a pas été affecté par ladite réparation. Sinon quoi, le personnel a la responsabilité de disposer du matériel et à accéder à un équipement similaire neuf;
- Il est aussi interdit de modifier l'utilisation d'un matériel pour en faire un usage autre que celui pour lequel il est destiné;

• Mesures de contention physique

- La contention par la force humaine compte parmi les mesures de contention physique;
- Le maintien par la force par un nombre minimal et sécuritaire d'intervenants pourrait être requis selon les techniques privilégiées en prévention de la violence, soit selon l'approche OMÉGA ou l'intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA);
- Le maintien par contrôle articulaire et le maintien au sol d'un usager avec une compression thoracique sont toutefois proscrits.

• Mesures de contention chimique

- Le CIUSSS-EMTL privilégie l'application de mesures de remplacement (non pharmacologiques) qui favorisent le maintien de l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur. Face à une situation complexe (exemple : symptômes comportementaux de la démence, agressivité, agitation, etc.) pour laquelle la décision d'administrer une substance chimique est prise, le CIUSSS-EMTL prône une administration minimale et sécuritaire basée sur les meilleures pratiques cliniques.

- Le cadre générique entourant l'application des mesures de contrôle s'applique aux contentions chimiques comme pour toute autre mesure. Par exemple, la mesure la moins contraignante possible réfère au fait de privilégier la voie d'administration la moins invasive possible comme la voie orale, ainsi qu'à une posologie la plus minimale possible.
- Il est entendu que l'ordonnance précise les aspects suivants :
 - Les signes et les symptômes (l'indication) précis justifiant l'administration de la médication;
 - La posologie maximale sur une période de 24 heures;
 - La durée maximale d'application de la mesure avant la nécessité du renouvellement de l'ordonnance.
- Il est à noter que tout professionnel en charge de l'administration des médicaments est tenu d'évaluer avant d'administrer (ou non) une substance chimique et est responsable de signaler au médecin ou au pharmacien tout changement dans l'état de la personne ou toute interrogation quant à la pertinence de l'ordonnance.
- Utilisation des mesures de contrôle dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen :
 - « Dans certaines situations, la procédure de soins ou d'examen qui s'applique à la population en général exige d'immobiliser la personne ou une partie de son corps afin de réaliser l'examen ou les soins de façon optimale et sécuritaire. » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 12)
 - Par exemple, la sédation administrée de façon systématique chez toute personne sous intubation endotrachéale ou chez toute personne dont l'intervention chirurgicale requiert une anesthésie générale n'est pas comptabilisée comme une mesure de contrôle. Cela n'exclut toutefois pas la nécessité d'assurer le respect des pratiques entourant l'administration sécuritaire des médicaments.
 - « Cependant, le recours à une contention durant un examen ou quand il s'agit de donner des soins constitue une mesure de contrôle lorsque la médication aux propriétés sédatives n'est pas utilisée systématiquement auprès de la population, mais plutôt en réponse à un comportement ou à un manque de collaboration de la personne, ou en raison des réactions anticipées de sa part qui pourraient nuire au succès de l'examen ou à la sécurité de la personne ou de l'entourage. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique. » (Gouvernement du Québec, 2015, p. 12)

Demande de dérogation à l'application du protocole et à l'utilisation des mesures proscrites

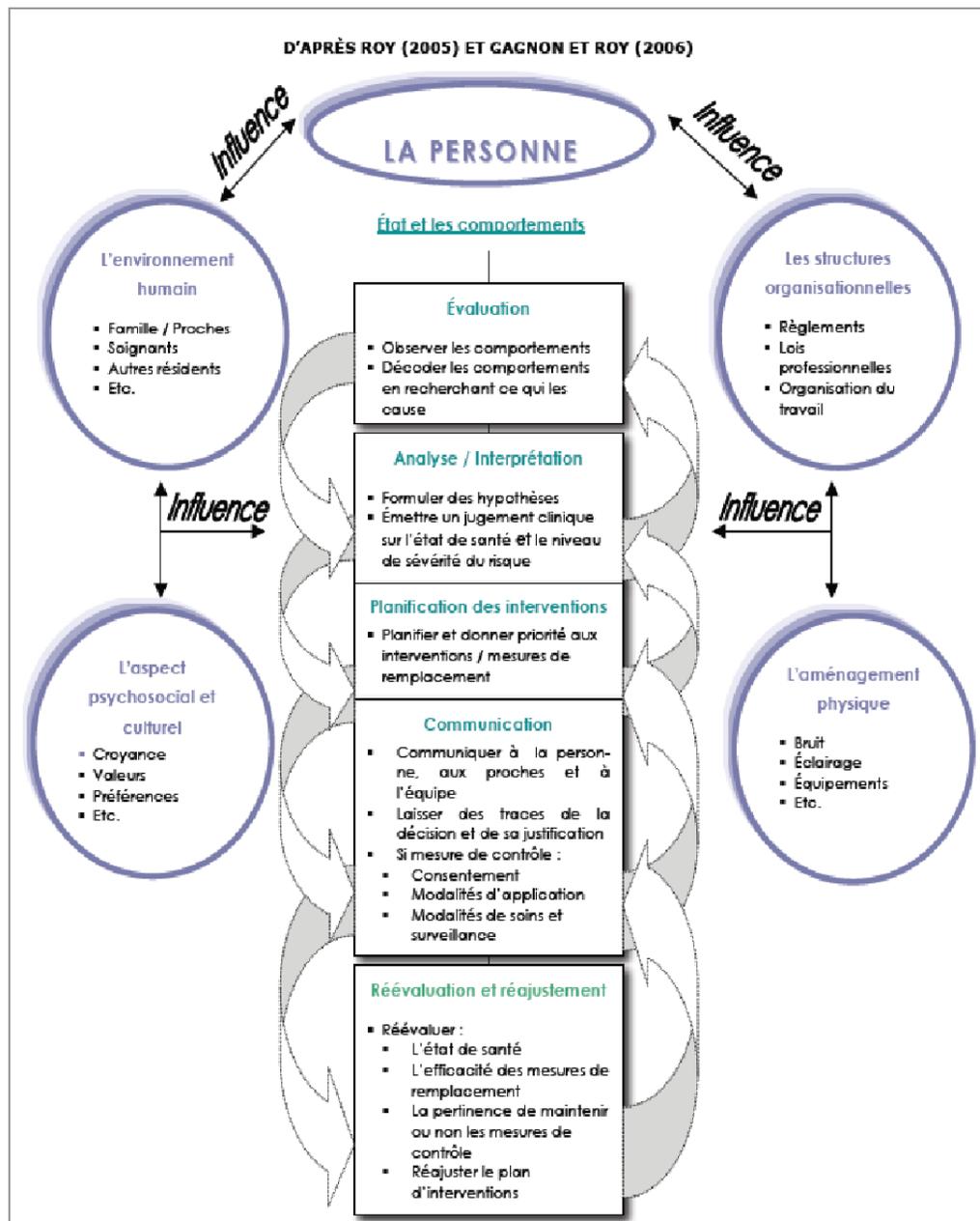
- Toutes autres mesures de contrôle ou une utilisation différente de celles-ci non prévues au protocole doivent faire l'objet d'une évaluation par l'équipe interdisciplinaire soutenue par les conseillers-cadres de la DSI et de la DSM-PP (la DSP et/ou la Direction des services techniques (DST) au besoin). À titre d'exemple, il pourrait être autorisé à l'utilisateur de conserver avec lui un objet rassurant (couverture, livre, toutou) dans la salle d'isolement. La dérogation autorisée pourra être appliquée immédiatement avec des recommandations spécifiques au niveau de la surveillance. Les décisions rendues dans le cadre des demandes de dérogations adressées aux directions pratiques professionnelles font l'objet d'une saisie dans un registre de suivi. Des recommandations peuvent ultimement être présentées au conseil d'administration pour amendement au protocole.

Le processus décisionnel interdisciplinaire

- Considérant les risques de préjudice importants liés à l'application de mesures de contrôle, la contention ou l'isolement constituent des mesures exceptionnelles et de dernier recours. Par conséquent, **tout doit être fait pour les prévenir et en limiter l'application.**
- La prise de décision en matière de mesure de contrôle n'est pas chose simple. Elle requiert l'analyse rigoureuse et approfondie de la situation de l'utilisateur, en tenant compte des composantes de son environnement humain, psychosocial et culturel, ainsi que de l'aménagement physique et des structures organisationnelles, tel que l'indique le modèle développé par Kayser-Jones en 1992 et repris par Roy et Gagnon (2006) (voir figure 1) et proposé dans le cadre de référence ministériel (Gouvernement du Québec, 2015).
- Chaque situation, par ailleurs, étant unique, elle nécessite que l'équipe interdisciplinaire procède à une évaluation exhaustive de la situation de l'utilisateur et implique celui-ci et ses proches dans l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé qui saura répondre aux besoins spécifiques de la personne. Il faut

éviter les règles fixes, immuables ou trop rigides qui peuvent créer un obstacle majeur à l'exercice du jugement clinique. De plus, les interventions choisies doivent faire l'objet d'une réévaluation continue suite à l'application de la mesure.

Figure 1. Le schéma conceptuel de Kayser-Jones adapté par Gagnon et Roy (2006).



Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée

• **Évaluation de la situation clinique**

- ✓ Le professionnel fait une description des comportements présentés par l'utilisateur et en explique les causes potentielles. Cette évaluation tient compte, tel qu'illustré par le modèle adapté de Kayser-Jones (voir figure 1), à la fois de la personne, de l'aspect psychosocial et culturel, de l'environnement humain, des structures organisationnelles et de l'aménagement physique. Plus spécifiquement, la démarche inclura :
 - Évaluation du comportement (se référer à la grille d'observation d'un comportement)
 - Consultation des plans thérapeutiques infirmiers et plan d'interventions individualisé antérieurs, s'il y a lieu;
 - Recherche des facteurs à l'origine des comportements et des causes potentielles (ex. : évaluation des effets de la médication usuelle reçue par rapport aux effets visés);

- Évaluation du milieu de vie afin de déterminer s'il convient bien à l'utilisateur et s'il s'y sent à l'aise et en sécurité;
- Évaluation spécifique, au besoin, par les professionnels de réadaptation, du volet psychosocial et de la pharmacie.
- ✓ Ces évaluations sont réalisées avec les outils cliniques entérinées par l'établissement.
- **Analyse et interprétation**
 - ✓ Le professionnel procède à l'analyse des données qui l'amène à poser un jugement sur l'état de santé et sur le risque (probabilité et sévérité) encouru par l'utilisateur ou par autrui.
- **Planification des interventions**
 - ✓ Le professionnel, de concert avec les autres membres de l'équipe, et en concertation avec l'utilisateur et ses proches :
 - Identifie les correctifs visant l'élimination des facteurs à l'origine des comportements et des causes potentielles en lien avec le modèle adapté de Kayser-Jones;
 - Identifie les mesures de remplacement (annexe 4);
 - Évalue l'efficacité des mesures de remplacement mises en place;
 - Analyse les avantages et des effets néfastes (annexe 5) associés à l'utilisation de la mesure de contrôle considérant les conséquences et le degré de sévérité du risque;
 - Analyse la pertinence ou non d'appliquer une mesure de contrôle (en cas d'échec des mesures de remplacement);
 - Choisit la mesure de contrôle la plus appropriée, sécuritaire et la moins contraignante possible.
 - Dans l'impossibilité de regrouper tous les professionnels de l'équipe interdisciplinaire, un minimum de deux professionnels habilités ainsi que l'utilisateur, ses proches ou son représentant pourront décider de l'application d'une mesure de contrôle. Le médecin traitant et le chef d'unité ou de service concerné doivent, en tout temps, être avisés du plan d'intervention.
 - Lorsqu'il s'avère indispensable d'utiliser une mesure de contrôle:
 - o Détermine la procédure d'utilisation de la mesure;
 - o Détermine la durée d'application de la mesure;
 - o Détermine les modalités de révision et de suivi de la mesure.
- **Communication des plans d'intervention (disciplinaire et interdisciplinaire)**
 - ✓ Si le médecin traitant n'a pas participé à la prise de décision du plan d'intervention, il doit être avisé dès que cela sera possible de le faire ou selon les ententes entre le médecin et l'équipe de soins pour la transmission de ce type d'information.
 - ✓ Les plans d'intervention sont versés au dossier et les interventions consignées dans les outils de communication propres au milieu (exemples : plan de travail, cardex).
 - ✓ Les professionnels assurent également la diffusion de leur plan d'intervention auprès de l'utilisateur et de ses proches, en cas d'absence de ceux-ci à la rencontre interdisciplinaire.
- **Réévaluation et ajustement**
 - ✓ La réévaluation de la situation de l'utilisateur porte sur l'évolution de son état de santé, le comportement à risque (probabilité et sévérité), l'efficacité du plan d'intervention et ainsi sur la décision de maintenir ou de cesser l'application de la mesure de contrôle. Cette révision pourrait aussi conduire à la modification du choix de la mesure et à l'ajustement du plan d'intervention.
 - ✓ Il est à noter que la fréquence de la réévaluation dépend de la situation vécue par l'utilisateur, de sa condition physique et mentale et de sa réponse au plan d'intervention. Elle est aussi déterminée par les particularités de la mission clientèle.

Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention non planifiée (situation d'urgence)

- ✓ Le contexte d'une intervention non planifiée se veut une action réalisée en réponse à un **comportement inhabituel et non prévu** qui fait en sorte de mettre en danger de façon imminente la sécurité de l'utilisateur ou celle d'autrui.
- ✓ Un usager présente un comportement **inhabituel** lorsque celui-ci ne s'est jamais présenté auparavant et qu'il se manifeste sans qu'on ait pu s'y attendre. Ce comportement est **imprévu** s'il

n'est pas précédé de signes avant-coureurs connus à ce moment qui peuvent laisser prévoir sa manifestation. Le contexte d'intervention non planifiée ne doit être invoqué que dans les cas où le comportement d'un usager constitue un danger imminent pour lui-même ou pour autrui, si ce comportement ne s'est pas manifesté antérieurement ou si la manifestation est différente des situations vécues antérieurement et donc imprévisible et inhabituelle.

- ✓ Par ailleurs, le contexte d'intervention non planifiée pourra être invoqué dans les situations suivantes :
 - L'usager exprime un refus ou un retrait de consentement face à l'application d'une mesure de contrôle mais son comportement présente un danger imminent pour son intégrité ou celle des autres.
 - L'usager, malgré la planification et l'application d'un plan d'interventions individualisé ou d'un plan thérapeutique infirmier (PTI), persiste à présenter un danger imminent pour son intégrité ou celles des autres. Suite au recours à la mesure de contrôle, un retour post-situationnel doit être effectué et le plan d'interventions individualisé révisé avec l'équipe interdisciplinaire et l'usager.
- ✓ Comme mentionné précédemment, en contexte non planifié, le consentement de l'usager n'est pas requis; toutefois, les intervenants doivent maintenir la communication et tenter d'obtenir la collaboration de l'usager. Dans l'urgence d'agir, il est possible qu'une mesure de contrôle puisse être initiée par un intervenant non reconnu au sens de la loi comme décideur mais cet intervenant doit sans délai aviser un professionnel afin qu'une évaluation de la situation soit faite auprès de l'usager. La prise de décision d'application de la mesure peut être assurée par un seul professionnel autorisé qui doit, lorsque possible, valider sa décision auprès d'un autre professionnel autorisé ainsi qu'informer le gestionnaire en responsabilité.
- ✓ Toutes les circonstances entourant l'événement, les éléments d'évaluation de l'état de santé mentale et physique de l'usager, les mesures de remplacement utilisées et la réponse de l'usager à celles-ci ainsi que tout le processus ayant mené à la prise de décision de l'application des mesures de contrôle doivent être documentés dans le dossier de l'usager.
- ✓ La décision de la mesure en contexte non planifiée est réévaluée minimalement à chaque quart de travail par l'infirmière, afin de suivre l'évolution clinique de l'usager et de questionner la pertinence de la poursuite ou l'arrêt de l'application de la mesure. La fréquence de réévaluation est aussi déterminée par les particularités de la mission clientèle.
- ✓ **Dès que possible après l'application d'une mesure de contrôle**, lorsque l'état de l'usager le permet, il doit être rencontré afin de procéder à un retour post-situationnel (Annexe 8). Cela permettra d'entendre sa perception quant aux circonstances ayant mené à l'événement, de savoir comment et pourquoi la personne a dû faire l'objet d'une mesure de contrôle, comment il a vécu cette expérience et quels sont les moyens ou les stratégies à mettre en place pour éviter la répétition d'un tel événement. Une fois l'analyse de la situation complétée, le plan d'intervention doit être revu en équipe interdisciplinaire et avec l'usager ou son représentant afin de documenter les stratégies et les mesures de remplacement qui seront mises en œuvre si l'usager se retrouve à nouveau dans une situation à risque : il s'agira à ce stade d'un contexte d'intervention planifiée qui peut prévoir l'application de mesures de remplacement et même l'application de mesures de contrôle, le cas échéant.
- **Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance**
 - ✓ L'application des mesures de contrôle est une intervention qui commande une surveillance et un suivi rigoureux en raison des risques élevés de blessures ou d'une détérioration de l'état physique et mental de l'usager. En effet, elle peut être perçue comme agressive, violente et répressive. Elle est aussi souvent perçue comme punitive. Les intervenants se doivent d'être sensibles à ce que peut vivre la personne à qui doit être appliquée une mesure de contrôle.
- **La surveillance**
 - ✓ Règle générale, lors d'une première application de la mesure de contrôle ou lors de l'application d'une nouvelle mesure de contrôle à la suite de la révision de la décision, la fréquence de surveillance à appliquer est la suivante :
 - aux 15 minutes pour la première heure;
 - aux 30 minutes pour l'heure suivante;

- et aux heures par la suite.
- ✓ Il importe de souligner que, selon la condition physique et mentale de l'usager et l'évaluation du risque associé à la mesure de contrôle utilisée, une fréquence de surveillance plus élevée peut être décidée selon le jugement clinique du ou des décideurs; ces paramètres doivent être précisés au dossier de l'usager et être rigoureusement suivis par l'équipe soignante. Par exemple, lors d'une première application d'une mesure de contrôle, une surveillance continue ou aux 5 minutes, auprès de l'usager, pourrait être requise pour la première heure.
- ✓ Des spécificités quant à la surveillance sont prévues selon les certaines missions clientèles (voir page 25 et suivantes du présent protocole).
- ✓ Par ailleurs, dans tous les cas, les aspects suivants devront être surveillés et documentés sur le formulaire en annexe 11:
 - Au plan de l'état mental :
 - L'état de conscience (ex. : éveillé, somnolent, endormi);
 - Le comportement (ex. : calme, agitation verbale ou motrice);
 - Les symptômes de type psychotique (ex. : délirant, halluciné);
 - L'attitude (ex. : intimidant, menaçant, collaborant);
 - L'humeur, l'affect ou la réaction émotionnelle (ex. : triste, anxieux).
 - Au plan de la condition physique :
 - l'état de la peau : intègre, présence de lésion;
 - la circulation : coloration, chaleur, mobilité, sensibilité, œdème;
 - la qualité de la respiration;
 - l'alignement corporel ou la posture;
 - la présence de douleur : PQRSTU;
 - le type de contention installé est conforme au plan d'intervention;
 - l'état du matériel;
 - l'installation et l'ajustement sont faits en conformité des méthodes de soins.
- ✓ Les intervenants doivent être vigilants, car la contention physique peut agir comme élément précipitant d'une autre condition clinique (ex. : arythmie cardiaque, infarctus, plaie de pression, etc.). Une surveillance et un suivi étroit de la situation de l'usager sont indispensables.
- **Les soins**
 - ✓ Les soins suivants doivent être prodigués et documentés minimalement aux 2 heures, en tenant compte de la condition clinique et des habitudes de vie de l'usager. Tout comme pour l'aspect de la surveillance, la fréquence des soins pourrait être plus élevée. Les soins visent les objectifs suivants :
 - Répondre aux besoins physiologiques :
 - Satisfaire les besoins en lien avec l'alimentation, l'hydratation, l'élimination et l'hygiène;
 - À moins d'un risque pour la sécurité de l'usager ou d'autrui, détacher la contention quelques minutes aux 2 à 4 heures pour éviter les risques liés à l'immobilité.
 - Répondre aux besoins psychologiques :
 - Maintenir une communication régulière, empreinte d'humanisme et de respect avec l'usager afin de le soutenir et le rassurer;
 - Aider l'usager à trouver des moyens lui permettant de reprendre le contrôle sur ses émotions, son comportement et sur les symptômes.
 - Assurer la sécurité :
 - La conformité de la chambre d'isolement et du mobilier doit être vérifiée avant, pendant et après son utilisation;
 - Si la contention physique est appliquée au lit, garder le lit le plus bas possible en dehors des soins;
 - S'assurer de pouvoir retirer rapidement les contraintes en cas d'urgence;
 - Retirer les objets susceptibles de causer des blessures;
 - Placer les effets personnels nécessaires à la portée de l'usager (sauf si en isolement);
 - Placer la cloche d'appel à sa portée selon la pertinence.
- **Mettre fin définitivement à l'utilisation des mesures de contrôle**
 - ✓ L'utilisation d'une mesure de contrôle doit être la moins contraignante possible et être cessée dès que la raison qui la justifiait n'est plus présente.

- ✓ Au retrait (exclus le retrait quotidien de la mesure de contrôle ou le retrait à des moments prévus au plan d'intervention), une surveillance est effectuée à la fréquence suivante ou plus fréquemment selon le jugement clinique de l'infirmière :
 - aux 15 minutes pour la première heure;
 - aux 30 minutes pour l'heure suivante;
 - et aux heures par la suite selon l'évaluation infirmière.
- ✓ La surveillance inclut :
 - L'évaluation des réactions physiques et psychologiques;
 - L'évaluation de l'impact ou des conséquences liés à l'utilisation des mesures de contrôle (ex. : déconditionnement, traumatismes physiques et psychologiques).
- ✓ À la suite du retrait définitif, les professionnels doivent apporter les ajustements requis au plan d'intervention.

Les particularités d'application clinique en fonction des missions clientèles

Voici les particularités d'application clinique en fonction des missions clientèles.

Particularités pour la mission clientèle HÉBERGEMENT (CHSLD)

- ✓ Contexte d'intervention planifiée
 - *Processus décisionnel et réévaluation*
 - Devant une nouvelle situation à risque, il est recommandé de se réunir en équipe interdisciplinaire incluant minimalement deux catégories différentes de professionnels habilités pour décider de l'application ou non d'une mesure de contrôle.
 - Lors des réévaluations subséquentes, au minimum deux professionnels habilités réévaluent l'application de la mesure de contrôle **tous les 3 à 4 mois** en centre d'hébergement, ou plus rapidement s'il y a changement dans la condition de l'utilisateur.
 - *Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance*
 - En hébergement, **lors d'une première installation** la fréquence minimale de surveillance à appliquer est décrite à la section Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance.
 - Lors **des installations subséquentes**, la surveillance devra être faite minimalement chaque heure, tant et aussi longtemps que la mesure de contrôle est maintenue.

Particularités pour le secteur des SOINS INTENSIFS (incluant les unités de soins intensifs, de soins intermédiaires et l'unité coronarienne)

- ✓ Nécessité de la mesure de contrôle
 - Aux soins intensifs, le contexte d'utilisation des mesures de contrôle concerne particulièrement les comportements de l'utilisateur qui peuvent représenter un risque pour sa sécurité ou celle des autres en provoquant une rupture soudaine du soin ou du traitement nécessaire (Dolan et Looby Dolan, 2017).
 - La situation à l'origine d'une mesure de contrôle inhérente à un soin, soit l'objectif de prévention, de diagnostic ou curatif du soin, doit influencer la réflexion sur sa nécessité. Par exemple, dans une perspective de gestion du risque, il serait raisonnable de se questionner sur le danger grave et imminent pour la vie de la personne.
 - L'état de conscience, l'orientation dans les trois sphères et le caractère imminent et dangereux que représente l'auto retrait d'un équipement ou d'un traitement représentent des éléments à considérer dans le processus décisionnel d'application de la mesure de contrôle (Parenteau, Houle et Cloutier, 2010). Par exemple, il serait raisonnable de ne pas recourir à une contention mécanique lorsqu'une personne présente un niveau de sédation profonde puisque le risque d'auto retrait d'un équipement ou d'un traitement n'est pas imminent. En comparaison, l'auto retrait chez un usager sans sédation porteur d'un dispositif d'accès veineux central (DAVC) et sous haute dose de vasopresseurs, pourrait mener à une instabilité hémodynamique rapide voire un arrêt cardio-respiratoire et ainsi un danger davantage grave et imminent.
 - La contention chimique est utilisée aux soins intensifs dans une visée similaire à celle de la contention mécanique ou en ajout à cette dernière. Elle doit être ajustée selon le principe de la

- plus petite dose nécessaire pour l'obtention du RASS visé et ainsi être la moins contraignante possible.
- Dans tous les cas, des mesures alternatives doivent être tentées afin d'éviter, réduire, voire retarder le recours aux mesures de contrôle. Devant un inconfort et/ou de l'agitation, une identification des sources potentielles de celui-ci requiert une évaluation selon un ordre de priorités précis : 1) le niveau de douleur et d'anxiété, 2) l'état de conscience et 3) la présence de délirium. Des exemples de mesures de remplacement en lien avec les potentiels constats de ces évaluations sont proposés à l'annexe 4 et leur recours contribue à l'usage exceptionnel et de dernier recours des mesures de contrôle aux soins intensifs.
 - ✓ Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance
 - Bien qu'en règle générale la fréquence des surveillances usuelles soit accrue aux soins intensifs, les modalités de surveillance spécifiques aux mesures de contrôle doivent également être appliquées dans ce secteur.
 - ✓ Réévaluation et ajustement de l'application d'une mesure de contrôle
 - La réévaluation doit se faire lors des tournées interdisciplinaires lorsqu'elles ont lieu ou, minimalement, entre le médecin et l'infirmière.
 - Les modalités de réévaluation et d'ajustement de l'application de la mesure de contrôle spécifiques à la clientèle hospitalière en soins aigus s'appliquent également au secteur des soins intensifs.

Particularités pour la mission CLIENTÈLE HOSPITALIÈRE : SOINS AIGUS

- ✓ La mesure d'isolement a plusieurs modalités d'application. L'isolement peut être appliqué avec ou sans contention physique. Si seul l'isolement est appliqué, l'équipe interdisciplinaire peut, selon la condition de l'usager et le risque pour lui et pour autrui, barrer ou non la porte. Par contre, si l'usager est simultanément en isolement et sous contention physique, la porte de la salle d'isolement doit demeurer fermée et barrée afin d'assurer sa protection.
- ✓ Sur les sites de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), et l'Hôpital Santa-Cabrini (HSCO), la mesure d'isolement peut uniquement être utilisée à l'urgence dans les salles prévues à cette fin. À l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM), l'isolement doit être appliqué dans une salle d'isolement d'une unité de soins qui est prévue à cet effet.

Contexte d'intervention planifiée

Consentement

- Tel que précisé dans le formulaire de prise de décision, un consentement écrit est ultimement requis dans la démarche clinique, mais il arrive que dans certaines situations, cette signature n'est pas obtenue, notamment à l'urgence, où la mesure est cessée suivant l'admission de l'usager à une unité de soins ou encore parce qu'il obtient son congé avant que le représentant se soit présenté à l'hôpital même.
- En milieu hospitalier, il est attendu que l'infirmière responsable de l'usager doit recueillir auprès de celui-ci un consentement libre et éclairé, tel que décrit précédemment au protocole. Elle est également responsable de sensibiliser l'usager et ses proches à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au sein de l'organisation.

Planification des interventions

- Le médecin traitant de l'usager doit être avisé de l'application d'une mesure de contrôle pour celui-ci dans un délai maximal de 24 heures s'il n'a pas pu participer aux échanges.

Réévaluation et ajustement de l'application de la mesure de contrôle

- Que ce soit dans un contexte d'intervention planifiée ou non, l'infirmière doit procéder à la réévaluation de la pertinence de la mesure de contrôle à chaque quart de travail. Une note d'évolution infirmière à cet effet doit être consignée au dossier de l'usager. L'assistante-infirmière-chef doit être avisée de toute modification de la situation qui permettrait le retrait de la mesure de contrôle ou qui nécessiterait un changement de mesure afin qu'elle puisse tenter de devancer la réunion de l'équipe interdisciplinaire.

- Dans un délai de 48 heures suite à la première application d'une mesure de contrôle, la décision de son maintien doit être révisée en équipe interdisciplinaire. Advenant une décision du maintien de la mesure de contrôle, l'équipe interdisciplinaire doit revoir cette décision minimalement tous les 3 jours afin d'identifier toute modification de la situation permettant le retrait de la mesure. Cette démarche de l'équipe interdisciplinaire doit être inscrite dans une note au dossier par l'assistante-infirmière-chef.
- S'il advient que l'application de la mesure de contrôle ait été décidée pendant le séjour à l'hôpital, il est nécessaire de prévoir sa cessation avant le congé définitif.

Particularités pour la mission clientèle JEUNESSE

- **Reconnaissance de la mesure de contrôle**
 - ✓ D'abord, il est important de choisir des interventions qui prennent en considération, non seulement, l'âge développemental de l'enfant, mais également son niveau de maturité et d'anxiété face à la situation (Children's Mercy Kansas City Child Life, 2017; Trottier et al., 2019).
 - ✓ Chez l'enfant de 0 à 17 ans, il tend à y avoir une sous reconnaissance de l'utilisation des mesures de contrôle alors que le refus de soin est une prémisses fréquente à l'usage de coercition chez cette population.
- Intervention physique restrictive ou immobilisation inhérente temporaire?
 - ✓ Le tableau suivant permet de distinguer deux types de situations d'intervention :

	Intervention physique restrictive	Intervention inhérente temporaire
Mesure de contrôle	Oui	Non
Définition	Intervention visant à restreindre la capacité de la personne d'exécuter un mouvement préjudiciable (ex : se mordre, se frapper la tête) ou socialement inacceptable (ex : attouchement sexuel non sollicité), d'adopter une posture ou une position à risque (ex : grimper sur le rebord d'une fenêtre), de se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent (Gouvernement du Québec, 2015)	Intervention visant à limiter la mobilisation par l'utilisation d'un positionnement adapté à la procédure et à l'âge développemental de l'enfant ou de matériel facilitant le positionnement optimal.
Explications	<ul style="list-style-type: none"> • Toute technique d'intervention impliquant que la personne doit être tenue par deux personnes ou plus ; • Toute technique d'intervention impliquant que la personne est tenue par une autre personne et où le rapport de force est si grand que la première est maîtrisée efficacement et qu'elle ne peut se dégager ; • Souvent utilisée face à l'opposition et la résistance à une activité de soins. (Gouvernement du Québec, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Immobilisation n'exigeant habituellement pas d'immobiliser plus de parties du corps que la partie ou région du corps visée par le soin lui-même ; • Enveloppement ou emmaillotement dans lequel l'enfant est en mesure de bouger à l'intérieur des limitations imposées ; • Toute utilisation de la force physique pour limiter la mobilisation ou positionner l'enfant doit être raisonnable. Par exemple, la nécessité de tenir fermement plusieurs parties du corps d'un enfant ou de faire appel à des collègues pour immobiliser un enfant est un signal d'alarme que l'immobilisation tend vers une restriction.
Exemples d'application	<ul style="list-style-type: none"> • Immobilisation physique complète aux quatre membres (généralement à 2 intervenants ou plus) de laquelle l'enfant ne peut se dégager malgré ses efforts, son opposition et sa résistance évidente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positionnement thérapeutique chez le nouveau-né prématuré nécessitant l'utilisation d'outils de positionnement pour compenser l'immaturation des systèmes neurosensoriels et moteurs ;

		<ul style="list-style-type: none">• Positionnement d'un enfant abdomen à abdomen sur son parent durant une ponction ;• Enfant installé dans une bassinet afin de prévenir le risque de chute ;• Emmaillotement d'un nouveau-né afin d'installer une canule ombilicale.
--	--	--

- ✓ L'utilisation de certains équipements qui limite la mobilisation d'un enfant est dans certains cas comptabilisée comme une mesure de contrôle. Lorsqu'un équipement (ex. : outils de positionnement chez les nouveau-nés) vise à assurer une immobilisation temporaire inhérente à un soin ou à un traitement, il n'est pas comptabilisé comme une mesure de contrôle, car l'intention est de suppléer à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle. Cependant, lorsque l'équipement (ex. : protéger un site intraveineux en immobilisant le bras à l'aide d'une planchette) vise à empêcher l'interférence avec les soins ou les traitements, il est comptabilisé comme une mesure de contrôle, car l'intention est de restreindre la capacité d'agir de la personne.
- ✓ Que l'utilisation de l'équipement soit à des fins de contrôle ou non, des surveillances sont nécessaires afin d'assurer le confort, l'intégrité de la peau et la nécessité de maintenir l'équipement en place plutôt qu'une autre mesure alternative.
- ✓ En somme, il s'agit donc de s'interroger sur le but visé lors de l'application d'une mesure plutôt que sur le dispositif ou sur la mesure elle-même afin de déterminer si une intervention doit être comptabilisée ou non comme une mesure de contrôle. Dans tous les cas, la méthode, son intention et l'état clinique de l'enfant doivent être documentés.
- Nécessité de la mesure de contrôle
 - ✓ Quoique le soin imposé à l'aide d'une contention, souvent physique, soit perçue comme nécessaire, le professionnel doit pondérer l'usage de la contention à la réelle nécessité du soin. Par exemple, l'administration d'un vaccin en prophylaxie serait « moins » nécessaire que la réalisation d'une ponction lombaire visant à confirmer un diagnostic de méningite.
 - ✓ La situation à l'origine d'une mesure de contrôle inhérente à un soin, soit l'objectif de prévention, de diagnostic ou curatif du soin, doit donc influencer la réflexion sur sa nécessité.
 - ✓ Ceci réitère le principe que les mesures de contrôle doivent se limiter aux personnes présentant un risque imminent de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions (Gouvernement du Québec, 2015). Par exemple, il serait raisonnable de reporter (et planifier autrement) un examen d'imagerie visant à assurer le suivi de l'état clinique d'un enfant stable, si les mesures alternatives à la contention ne suffisent pas à obtenir sa collaboration.
 - ✓ En pédiatrie, la mesure de contrôle est surtout utilisée pour les cas d'enfants intubés ou pour les situations d'enfants présentant de la violence ou de l'agitation non contrôlée. Dans tous les cas, les méthodes alternatives disponibles doivent être mises en œuvre afin d'éviter, réduire ou retarder l'usage d'une mesure de contrôle.
 - ✓ En somme, ceci implique d'évaluer rigoureusement l'enfant et son âge développemental, le contexte, la nécessité du soin et toute autre donnée afin de déterminer si des méthodes alternatives pourraient assurer la sécurité de l'enfant et d'autrui, afin de limiter le recours aux mesures de contrôle. Des exemples de méthodes alternatives sont proposées en annexe 4 auxquelles s'ajoutent des mesures spécifiques à la clientèle pédiatrique.
- Mesures de contrôle
 - ✓ Réévaluation et ajustement
 - À la suite de la première application d'une mesure de contrôle, la décision de son maintien doit être révisée en équipe interdisciplinaire toutes les 24 heures, afin d'identifier toute modification de la situation permettant le retrait de la mesure. Cette démarche de l'équipe interdisciplinaire doit être inscrite dans une note au dossier par l'infirmière ou l'assistante-infirmière-chef (AIC).
 - Pendant cette période, l'équipe des soins infirmiers doit poursuivre l'évaluation de la pertinence de la mesure de contrôle à chaque quart de travail. Une note d'évolution infirmière doit apparaître au dossier de l'utilisateur. L'assistante-infirmière-chef (AIC) doit être

avisée de toute modification de la situation qui permettrait le retrait de la mesure de contrôle ou qui nécessiterait un changement de mesure afin qu'elle puisse tenter de devancer la réunion de l'équipe interdisciplinaire.

- Mesures d'isolement autorisées et modalités de surveillance
 - ✓ La mesure d'isolement est appliquée dans le secteur de la clientèle jeunesse pour certains enfants hospitalisés en pédiatrie avec une composante de pédopsychiatrie.
 - ✓ Dans les cas où l'isolement est utilisé, la présence permanente d'un préposé ou d'un parent avec l'enfant, le jour, ou d'un préposé, le soir et la nuit, s'ajoute à la surveillance de base telle que définie à la section « Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance ».
 - ✓ Si la mesure appliquée consiste en l'isolement, deux possibilités peuvent se présenter:
 - Aucun espace particulier n'est prévu ou disponible pour cette mesure. Il faudra alors s'assurer de la sécurité de l'enfant dans l'environnement faisant office de lieu d'isolement.
 - Une salle d'apaisement est présente et disponible pour cette mesure (à l'unité de soins pédiatriques de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont). L'environnement pourra être adapté aux besoins et risques inhérents à l'enfant.
 - ✓ Il arrive, bien que rarement, qu'une mesure d'isolement soit simultanément appliquée à des enfants qui partagent la même chambre. Advenant une telle situation, un ratio d'un préposé pour un enfant sera maintenu considérant qu'un des enfants pourrait avoir le droit de circuler entre sa chambre et les aires communes tandis que cela ne sera pas possible pour le second.
 - ✓ Pour une situation d'isolement dans le contexte de soins intensifs, c'est alors une infirmière qui assure une présence étroite auprès de l'enfant.

Particularités pour la mission clientèle en SANTÉ MENTALE (INCLUANT LES UNITÉS SPÉCIFIQUES I-II ET III LOCALISÉES EN CHSLD)

- ✓ Mesures d'isolement autorisées
 - L'isolement peut être appliqué avec ou sans contention physique. Si seul l'isolement est appliqué, l'équipe interdisciplinaire peut, selon la condition de l'usager et le risque pour lui et pour autrui, barrer ou non la porte de la salle d'isolement. Par contre, si l'usager est simultanément en isolement et sous contention(s) physique(s), la porte de la salle d'isolement doit demeurer fermée et barrée afin d'assurer sa protection.
- ✓ Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance
 - En santé mentale, la surveillance à exercer auprès d'un usager faisant l'objet de l'application d'une mesure de contrôle, tel que l'isolement avec ou sans contention physique, est déterminée par l'infirmière qui a décidé de cette application selon son évaluation ou selon les modalités du plan d'intervention; elle doit cependant se faire **minimalement** aux fréquences suivantes :
 - aux 15 minutes ou moins pour toute la durée de l'application de la mesure;
 - aux 30 minutes, l'infirmière ou une personne qu'elle aura déléguée devra entrer en salle d'isolement. Elle doit vérifier que la personne est en sécurité et confortable et s'assurer que l'environnement est sécuritaire. Si des contentions physiques sont appliquées, elle doit également vérifier si les contentions sont installées de façon sécuritaire et conformément aux recommandations du fabricant ou des techniques de soins;
 - chaque heure, si la mesure de contrôle est toujours en cours, l'infirmière doit entrer en salle d'isolement avec au moins un autre intervenant, procéder à l'évaluation de l'état de santé mentale et physique de la personne et envisager de cesser l'application de la mesure.
 - Si une mesure de contention physique est appliquée sans isolement, la personne sous contention doit faire l'objet d'une surveillance visuelle constante d'où la nécessité de la placer dans une aire commune où la présence d'un membre du personnel est assurée.

Particularités pour la mission clientèle au DOMICILE de la direction SAD et réadaptation des programmes DI-TSA-DP

- ✓ Le processus décisionnel
 - Pour les programmes DI-TSA-DP en SAD, à moins d'exception, les professionnels habilités de cette direction programme ne devraient pas décider du recours à une mesure de

contrôle dans les milieux non soumis par la LSSSS (ex.: domicile, milieux scolaires, camps, centres de la petite enfance, compagnies de transport adapté). Cependant, devant une situation exceptionnelle, les médecins, les infirmières praticiennes spécialisées, les infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychoéducateurs et les psychologues sont habilités à recommander une contention sans restriction de lieu conformément au Code des professions et à la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Assemblée nationale du Québec, 2009; Gouvernement du Québec, 2015; Gouvernement du Québec, décret 1452-2023).

- En ce qui concerne la mesure de l'isolement dans une pièce précise, à l'extérieur des installations maintenues par un établissement, elle est proscrite.
- Toutefois, la sécurisation d'un environnement pour prévenir des incidents graves (fugue, empoisonnement, blessure) sous la forme de mesures de restrictions environnementales pourrait être requise. Par exemple, un dispositif pour limiter l'accès à un endroit précis du domicile ou l'accès à la porte extérieure pourrait être utilisé et non comptabilisé comme une mesure de contrôle. Le recours à ces mesures pourrait découler d'une évaluation en ergothérapie et s'inscrire dans le programme d'adaptation du domicile offert par la Société d'habitation du Québec.
- La décision de recourir à une mesure de contrôle doit être applicable strictement dans un contexte planifié et les professionnels concernés doivent réaliser le suivi de cette décision et collaborer à la recherche constante de mesures de remplacement applicables dans ces milieux.
- ✓ Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance
 - Le professionnel habilité ayant pris la décision doit déterminer les paramètres de surveillance qui seront assumés par le milieu en question.
 - Le type de surveillance de même que la fréquence doivent être précisés et établis en fonction des risques associés à la mesure, du réseau social en place et peuvent être modulés à la suite d'une analyse complète du portrait clinique. Toutefois, il est établi que minimalement une surveillance auditive constante soit en place (utiliser un moniteur au besoin) ainsi qu'une surveillance visuelle à chaque heure le jour. La nuit, la surveillance visuelle doit minimalement être réalisée à deux reprises. Par exemple, dès le début de la nuit avant le coucher du proche et une fois supplémentaire au cours de la nuit.
 - En cas d'éléments particulier (exemples : augmentation de l'agitation, état de santé moins stable), il est requis d'augmenter la fréquence de la surveillance. Les paramètres de surveillances doivent être les mêmes que ceux inscrits dans la section générique « Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance ».
 - Enfin, il est primordial de s'assurer de répondre aux besoins physiologiques de l'utilisateur (alimentation, hydratation, élimination) tout au long de l'application de la mesure.
- ✓ Dans ce contexte, comme la mesure de contrôle sera appliquée par une personne qui n'est pas un intervenant du CIUSSS, les professionnels impliqués doivent s'assurer que :
 - Les risques liés à l'utilisation de la mesure soient bien expliqués;
 - Les éléments de surveillance soient clairement identifiés;
 - La fréquence de surveillance soit établie avec le(s) personne(s) concernées en fonction de la situation de l'utilisateur et des risques encourus;
 - L'enseignement aux proches soit réalisé;
 - La documentation des éléments ci-dessus soit compilées au dossier.
- ✓ Réévaluation et ajustement
 - Il est attendu qu'au moins un professionnel habilité soit attiré au dossier lorsque des mesures de contrôle sont requises. La décision d'initier l'application d'une mesure de contrôle ou d'en recommander sa poursuite doit être prise en équipe interdisciplinaire comprenant au moins un professionnel habilité. Le spécialiste en activité clinique du secteur doit être avisé de la décision.
 - Il est recommandé de rechercher l'expertise de tous les intervenants impliqués dans la situation clinique pour favoriser les liens avec les proches, la recherche de

- mesures de remplacement et pour approfondir l'analyse des comportements perturbateurs justifiant la contention.
- De plus, considérant les particularités cliniques inhérentes à l'application des mesures de contrôle (exemples : surveillances associées, réévaluations de la décision, vigie de l'application par les proches), il est attendu que toute situation clinique impliquant des mesures de contrôle soit reconnue comme complexe. Cette complexité clinique devrait être illustrée par le niveau d'intensité associé au suivi ainsi que par les professionnels impliqués.
 - Afin d'assurer une vigie des mesures de contrôle appliquées à domicile, il est attendu qu'un registre comptabilisant l'ensemble des applications de mesures de contrôle soit instauré et mis à jour.
 - Aussi longtemps qu'une situation d'application de contention est connue, le dossier de l'usager ne peut pas être fermé par un professionnel habilité et une réévaluation de la décision d'appliquer la mesure de contrôle devrait avoir lieu minimalement chaque 6 mois ou plus fréquemment selon le jugement clinique des professionnels impliqués.
- ✓ Mesures de contention autorisées
- En ce qui concerne l'usage de contentions à domicile, il est nécessaire de respecter la liste de matériel autorisé (voir annexe 9.1).
 - Notons que certaines de ces mesures (casque de protection, fauteuil bas et inclinable, lit à profil bas, tablette, chaise haute multifonction) ne sont pas toujours comptabilisées comme une mesure de contrôle. Selon le contexte, elles peuvent être utilisées comme une mesure de protection ou une mesure alternative à la contention. Par exemple, un casque de protection porté chez un usager qui est en mesure de l'enlever ou un lit à profil bas chez un usager qui est en mesure de se relever. Il est de la responsabilité des équipes cliniques de bien identifier le but visé lors de l'utilisation des équipements afin de conclure si elle constitue une contention. Les mesures proscrites ne doivent jamais être utilisées de même qu'aucune mesure de confection artisanale.
 - La contention par la force humaine exercée par un intervenant est proscrite en tout temps.
 - Certains dispositifs sont utilisés auprès des enfants en considération de leur groupe d'âge et de leur niveau de développement (exemples : couchettes, poussettes, emmaillotement, etc.) sans qu'ils soient considérés comme une mesure de contrôle. Toutefois, lorsque l'utilisation de ces dispositifs n'est plus inhérente à l'âge, à la morphologie ou au niveau de développement de l'enfant, il peut s'agir d'un recours correspondant à la définition de la contention présentée ci-dessus. Le jugement clinique du professionnel s'applique pour déterminer si le dispositif utilisé devrait être comptabilisé ou non comme une mesure de contrôle.
 - En ce qui concerne l'usage de contentions lors d'un transport, comme plusieurs partenaires externes (exemples : CRDI, CR, centres scolaires, CHU Sainte-Justine) peuvent être impliqués, il est important de travailler en collaboration avec ceux-ci dans le processus décisionnel associé au recours à un dispositif de contention modifiant le port de la ceinture de sécurité.
 - Les recherches quant aux mesures de remplacement ainsi que l'analyse du matériel recommandé pour qu'il soit le plus sécuritaire et le moins contraignant possible devraient être réalisées en concertation avec les autres milieux impliqués dans la situation clinique.
 - L'expertise de chacun est requise pour assurer les déplacements sécuritaires autant dans les transports scolaires que dans le véhicule routier familial.
 - En l'absence de partenaires au dossier, un professionnel habilité œuvrant au sein des programmes DI-TSA-DP (ergothérapeute, médecin ou infirmière praticienne spécialisée) pourrait être amené à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle dans les transports. Lorsqu'il y a modification au port de la ceinture de sécurité, une demande de dérogation doit être soumise à la SAAQ. Une fois la dérogation obtenue, les professionnels concernés devront réaliser le suivi de cette décision et la réévaluation au moment de l'expiration de la dérogation émise par la SAAQ. Notons que les dispositifs qui sont utilisés en complément avec la ceinture de sécurité (ex: cache-boucle) n'ont pas à faire l'objet d'une demande de dérogation.

- ✓ Comme pour les autres contentions, les professionnels sont aussi responsables de faire l'enseignement à l'usager ou aux proches.
- ✓ Devant un contexte non planifié, les directives associées à la section suivante du PID « En situation d'urgence » s'appliquent.

Particularités pour la mission clientèle au DOMICILE de la direction SAD et réadaptation des programmes SAPA

- ✓ Pour cette clientèle, le CIUSSS-EMTL n'autorise en aucun cas, le recours aux mesures de contrôle au domicile de l'usager ainsi que dans les ressources non institutionnelles desservies par le CIUSSS-EMTL. Cependant, il arrive que les intervenants œuvrant auprès de la clientèle dans la communauté soient à un moment ou l'autre confrontés à une situation ou une intention des proches aidant d'avoir recours à une mesure de contrôle pour apaiser leurs craintes ou répondre à un besoin de répit. Dans l'éventualité où une mesure de contrôle à domicile est constatée pour cette clientèle, il est attendu qu'un rapport AH-223 soit complété par la personne ayant été témoin de l'utilisation.
- ✓ **Intervenir de façon prioritaire**
 - Une fois la situation exprimée par le proche aidant ou constatée par un intervenant, il est nécessaire d'intervenir dans de brefs délais pour mettre systématiquement en place un suivi interdisciplinaire visant à :
 - Assurer le respect des droits de l'usager en identifiant et recommandant l'application de mesures de remplacement;
 - Éduquer et préconiser des stratégies de résolutions de problème, conformes aux lois et orientations ministérielles régissant l'utilisation des mesures de contrôle;
 - Éviter les situations d'abus envers l'usager;
 - Évaluer la situation pour répondre aux besoins de l'usager et de son réseau confronté à un comportement inhabituel, imprévu et dangereux pour l'usager lui-même ou autrui alors que des mesures de remplacement se sont avérées inefficaces ou n'ont pas été expérimentées;
 - Informer des conséquences néfastes (actuelles et potentielles) liées à l'utilisation d'une mesure de contrôle pour l'usager.
 - Nonobstant l'énoncé de la LSSSS aux articles 102 et 103, qui prévoit que l'usager et ses proches ont le droit de participer à l'élaboration du plan d'intervention, les proches de l'usager ne peuvent imposer la mise en place d'une mesure de contrôle ou en refuser le retrait. La décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle doit s'appuyer sur une évaluation clinique effectuée par des professionnels légitimés sur leurs compétences par le PL 21, données qui doivent faire l'objet d'une décision concertée en interdisciplinarité.
 - Dans les cas litigieux, l'équipe interdisciplinaire doit informer les directions concernées (DSI, DSM-PP) afin d'obtenir un avis sur les orientations à prendre dans les circonstances. Le comité d'éthique clinique du CIUSSS-EMTL est aussi une instance consultative pour soutenir la réflexion. On considère comme situations cliniques litigieuses lorsque :
 - Une mesure de contrôle est appliquée, même si elle l'est de façon temporaire, pour un usager dont le domicile est recensé comme étant dans la communauté. L'équipe interdisciplinaire aura prévu un plan visant son retrait. Cependant, aussi longtemps qu'une situation d'application de contention est connue, le dossier de l'usager ne peut pas être fermé. En plus d'offrir le soutien clinique à l'équipe, les directions-conseils devront en faire rapport au conseil d'administration;
 - Les proches refusent les mesures de remplacement proposées et/ou utilisent une mesure de contrôle qui va à l'encontre de l'opinion professionnelle de l'équipe : le professionnel qui en est témoin, doit le noter au dossier de l'usager et prendre les moyens pour éviter qu'un préjudice soit causé par la conduite qui pourrait être qualifiée d'abusive.
 - En toutes circonstances, le protocole de l'établissement prévaut en ce qui concerne l'évaluation de la situation et la décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle.

L'équipe ne pourra accéder aux demandes d'un proche même si celui-ci est détenteur d'un titre de représentant (mandataire, curateur, tuteur).

- Une situation pourrait être jugée abusive, si le représentant persiste à appliquer une mesure de contrôle à l'encontre de l'avis de l'équipe de professionnels qui considère qu'il y a atteinte à l'intégrité de l'usager. Si la demande de mesure de contrôle va à l'encontre de l'intérêt de l'usager, le représentant doit, pour légitimer sa conduite, présenter une requête à la cour supérieure en vue d'obtenir une ordonnance émise par un juge. En l'absence de cette demande, l'équipe témoin d'une situation de préjudice doit :
 - o Rappporter la situation aux gestionnaires de l'établissement pour cautionner les actions retenues et;
 - o Signaler la situation à la Commission des droits de la personne et de la jeunesse.
 - Les intervenants devront cependant s'assurer de maintenir les soins et services, le soutien et la disponibilité nécessaire à l'usager et ses proches afin de préserver le climat de collaboration.
 - Dans tous les cas, il faut rigoureusement documenter le dossier de l'usager.
- ✓ **En situation d'urgence**
- Le proche, le responsable d'une ressource non institutionnelle ou le personnel en place qui constate chez un usager un comportement présentant une dangerosité pour lui-même ou pour autrui, doit :
 - o Sur les heures ouvrables du CLSC, aviser les professionnels assignés au dossier (travailleur social, infirmière, etc.) pour obtenir un soutien à l'évaluation de la situation et ainsi déterminer ensemble l'orientation à privilégier;
 - o En d'autres temps, le proche, le responsable ou le membre du personnel communique immédiatement avec les services d'urgence (9-1-1).
 - Une fois la situation de crise résolue, le proche aidant avise le(s) professionnel(s) assigné(s) au dossier afin que l'équipe procède à l'évaluation de la situation et détermine l'orientation à privilégier. Les nouvelles données d'évaluation doivent viser à mettre en place ou ajuster un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou un plan de service individualisé (PSI) adapté aux besoins de l'usager et de ses proches aidants.

INSCRIPTION AU DOSSIER

- Le recours aux mesures de contrôle nécessite la complétion des formulaires suivants :
 - ✓ Le processus décisionnel doit être colligé sur le formulaire « Application d'une mesure de contrôle » (annexe 3) incluant les réévaluations et le retour post-situationnel.
 - ✓ Le consentement écrit de l'usager ou de son représentant légal doit être consigné dans le formulaire « Consentement Application d'une mesure de contrôle » (annexe 10).
 - ✓ Les surveillances réalisées lors de l'application de la mesure de contrôle doivent être consignées par les intervenants de l'équipe clinique concernée dans le formulaire « Surveillances de l'application des mesures de contrôle » (annexe 11).
- En complémentarité aux formulaires, des éléments additionnels sont requis au dossier selon les exigences de la pratique professionnelle de chaque intervenant et en conformité avec les exigences légales, déontologiques et ministérielles. Ainsi, afin de refléter chacune des étapes du processus décisionnel, les informations suivantes doivent être documentées:
 - ✓ La description du comportement de l'usager;
 - ✓ Les facteurs à l'origine du comportement et les causes potentielles (effets de la médication usuelle reçue par rapport aux effets visés);
 - ✓ La description des mesures de remplacement, ou les autres interventions tentées (ex. : médication), et la réponse de l'usager à celles-ci;
 - ✓ L'indication des motifs spécifiques (ex. : risque pour la personne ou pour autrui, incluant automutilation, risque de chute, agressivité, etc.) pour avoir recours à une mesure de contrôle;
 - ✓ La communication avec l'usager, ses proches ou son représentant incluant les motifs, les risques, les inconvénients, le plan d'intervention, les soins et la surveillance;
 - ✓ Le consentement;

- ✓ Le choix de la mesure de contention physique, la taille de la contention et l'endroit où cette mesure est appliquée (au lit, au fauteuil, à la chambre, etc.);
 - ✓ Les indications d'arrêt et de reprise de la mesure;
 - ✓ Un PTI qui comprend, entre autres:
 - un constat sur le motif d'application de la mesure de contrôle (comportement nécessitant l'application d'une mesure ou le risque pour la personne ou autrui);
 - une directive sur le type de mesure à utiliser;
 - une directive sur les conditions d'application;
 - des directives sur les soins et de la surveillance à effectuer et sur leur fréquence;
 - des directives sur les mesures de remplacement à mettre en place;
 - Une directive sur la fréquence ou le moment de la réévaluation de la mesure de contrôle.
 - ✓ Un PII si requis;
 - ✓ Les soins et la surveillance appliqués;
 - ✓ La réévaluation du comportement de l'utilisateur, du risque ainsi que l'efficacité des interventions;
 - ✓ La décision de maintenir, retirer ou modifier la mesure de contrôle;
 - ✓ La signature du ou des professionnels qui ont décidé de l'application de la mesure selon le contexte d'application.
- La mesure de contrôle devra aussi être inscrite au registre prévu selon la mission;
 - Les notes doivent aussi contenir des informations sur les aspects suivants lors du retrait définitif des mesures de contrôle :
 - ✓ Les réactions physiques et psychologiques de l'utilisateur au retrait;
 - ✓ Les soins et la surveillance;
 - ✓ Les impacts ou les conséquences vécus par l'utilisateur suite à l'utilisation des mesures de contrôle;
 - ✓ L'ajustement du plan d'intervention.
 - En présence d'un incident/accident impliquant une mesure de contrôle, la documentation suivante est requise :
 - ✓ Complétion du rapport de déclaration des incidents et accidents (AH-223);
 - ✓ Note au dossier selon les politiques sur la déclaration et la divulgation en vigueur.

INDICATEURS DE QUALITÉ

- Les mécanismes d'évaluation et de suivi permettent d'évaluer l'application et l'efficacité du protocole et d'utiliser les résultats pour améliorer en continu les pratiques.
- Les indicateurs et les critères d'évaluation retenus s'appuient sur les données disponibles et les normes de documentation établies et sont évalués selon les modalités déterminées par les directions pratiques professionnelles (DSI, DSM, DSP) en collaboration avec la DQÉPÉ.
- **Indicateurs de résultats retenus**
 - ✓ En cohérence avec les orientations ministérielles de réduire, voire éliminer le recours aux mesures de contrôle et de s'assurer que l'utilisation est minimale et sécuritaire, les indicateurs suivants seront suivis :
 - La prévalence des contentions physiques;
 - La durée moyenne de mise en isolement avec ou sans contention et la durée moyenne du recours à la contention physique;
 - Le taux d'incident/accident en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle;
 - La distribution des incidents/accidents par niveau de gravité des blessures.
- **Indicateurs de processus retenus**
 - ✓ La conformité à l'application du protocole est évaluée à l'aide d'audits cliniques (observation directe, analyse de dossiers) et peut cibler les thèmes suivants :
 - L'utilisation des mesures de remplacement;
 - La participation de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant à la prise de décision ;
 - L'obtention du consentement en contexte d'intervention planifiée;
 - Les soins et la surveillance;
 - Le retour post-situationnel;
 - La tenue d'une discussion ou d'une rencontre interdisciplinaire;
 - L'élaboration et la communication d'un plan d'intervention.

- ✓ Un protocole d'audit interne ainsi que des grilles d'audits pour réaliser cette mesure sont à la disposition des auditeurs.
- **Évaluation et entretien du matériel**
 - ✓ Chaque fabricant fournit des balises en ce qui concerne l'entretien du matériel.
 - ✓ Le matériel de contention doit faire l'objet d'une vérification notamment quant à sa durée de vie et son bon état;
 - ✓ Les intervenants de l'équipe ont la responsabilité de :
 - S'assurer que le matériel de contention physique n'est pas abîmé, ni usé ou souillé, ne présente pas de nœuds ou n'a pas de pièce défectueuse ou manquante;
 - Faire l'évaluation du matériel de contention physique avant son utilisation ainsi que l'évaluation quotidienne des mesures en utilisation et lors de la réévaluation des plans d'intervention;
 - S'assurer de l'entretien du matériel.
 - ✓ L'organisation a la responsabilité de :
 - Tenir un inventaire du matériel de contentions physiques.
- **Mécanismes de plaintes**
 - ✓ Se référer à la politique en vigueur au CIUSSS-EMTL.

- **Formation et soutien aux intervenants professionnels et non professionnels**
 - ✓ L'établissement a la responsabilité d'assurer la formation du personnel, afin de répondre aux exigences des meilleures pratiques pour l'application des mesures de contrôle, dont la formation dans le cadre des programmes d'orientation à l'arrivée en emploi et en cours d'emploi.
 - ✓ Les formations peuvent porter sur divers sujets qui vont favoriser la réduction de l'utilisation de mesures de contrôle et sur l'utilisation sécuritaire de celles-ci, tels que :
 - Le programme national « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement » (Gouvernement du Québec, 2006);
 - Le protocole interdisciplinaire sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
 - L'application du processus décisionnel;
 - Les outils de documentation;
 - Les mesures de remplacement;
 - L'approche adaptée à la personne âgée;
 - La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD);
 - La prévention et la gestion du delirium;
 - La prévention des chutes;
 - L'interférence aux traitements;
 - L'intervention face à l'agressivité;
 - La formation Omega;
 - Le matériel autorisé et l'utilisation sécuritaire des mesures de contrôle, incluant les soins et la surveillance.

OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Assemblée nationale du Québec. (2009). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2009C28F.PDF>
- https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/gazette/pdf_encrypte/lois_reglements/2023F/80748.pdf Centre de santé et de services sociaux Lucille Teasdale. (2015). Politique et procédure. Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substance chimiques. Document de travail;
- Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'île. (2014). Politique. Utilisation exceptionnelle et temporaire des mesures de contrôle : contentions;
- Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel. (2013). Protocole d'application des mesures de contrôle : contention et isolement;
- Children's Mercy Kansas City Child Life (2017). *Comfort Positions*. www.childrensmercy.org/Patients_and_Families/Support_and_Services/Child_Life/Comfort_Positions/
- Centre hospitalier universitaire du Sainte-Justine. (2020). *Protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- Dolan, J. et Looby Dolan, S. E. (2017). Determinants of Nurses' Use of Physical Restraints in Surgical Intensive Care Unit Patients. *Patient Safety Issues*, 26(5), 373-379,
- Gouvernement du Québec. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Contention, isolement et substances chimiques*. Québec : La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux;
- *Gouvernement du Québec. (2006). Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Québec : La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- *Gouvernement du Québec. (2005). Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*. Québec : Direction des communications du MSSS.
- *Gouvernement du Québec. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Québec : La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gouverneur, P. (2019). *Prendre soin et éviter la contention: un souci d'attachement*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02473240/document>.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont. (2012). *Règlement du conseil d'administration. Règlement : Contention et isolement*;
- Hôpital Santa-Cabrini et Centre d'accueil Dante. (2012). Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : Contentions;
- Institut Canadien-Polonais du Bien-être. (2012). Politique et procédure. Mesures de contrôle : utilisation exceptionnelle de dernier recours;
- Institut universitaire de santé mentale de Montréal (2014). Protocole d'application des mesures de contrôle;
- Kenner, C. & McGrath, J.M. (2010). *Developmental Care of Newborns and Infants. A Guide for Health Professionals* (2e éd.), Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses, pp. 299-302.
- Lombart, B. et Ballée, C. (2016). *Éviter la contention de l'enfant lors des soins*. <https://www.sparadrap.org/professionnels/eviter-et-soulager-peur-et-douleur/eviter-la-contention-de-lenfant-lors-des-soins>
- Parenteau, M., Houle, J. et Cloutier, L. (2010). Contention aux soins intensifs. Le recours à la contention physique pour les patients ventilés mécaniquement impose une réflexion. *Perspective infirmière*, 35-40.
- Trottier, E.D., Doré-Bergeron, M.J., Chauvin-Kimoff, L., Baerg, K. et Ali, S. (2019). La gestion de la douleur et de l'anxiété chez les enfants lors de brèves interventions diagnostiques et thérapeutiques. *Paediatric Child Health*, 24(8), 522-535.

ÉLABORATION

Rédigée par : Sophie Sergerie-Richard, conseillère cadre en soins infirmiers – volet santé mentale, dépendances, déficience intellectuelle, DSI
Nadine Lajeunesse, conseillère cadre en ergothérapie, DSM-PP

En collaboration avec : Geneviève Chouinard, coordonnatrice – volet 1^{ère} ligne, DSI
Catherine Hupé, adjointe à la directrice des soins infirmiers
Ève Bérubé, conseillère cadre en innovation et pratiques exemplaires, DSM-PP
Marie-Ève Caron, coordonnatrice programmes DI-TSA et intervention précoce, SAD et réadaptation des programmes DI-TSA-DP et SAPA
Sylvie Labrecque, directrice adjointe continuum de service en déficience et réadaptation, SAD et réadaptation des programmes DI-TSA-DP SAPA
Dr Alexis Beauchamps-Châtel, chef médical du programme de psychiatrie neurodéveloppementale adulte
Sabrina Decoeur-Montpetit, spécialiste en activités cliniques
Cassandra Dumoulin, psychoéducatrice
Annabelle Lussier Malenfant, travailleuse sociale
Alexandre Patry, ergothérapeute
Laetitia Royer, conseillère cadre en soins infirmiers, DSI
Marjolene Di Marzio, conseillère en soins infirmiers, DSI
Nikolay Nedev, conseiller en soins infirmiers, DSI
Steeve Gauthier, coordonnateur clinico administratif médecine spécialisée HMR et HSCO, DSP
Estelle Willemin, chef d'unité soins intensifs, DSP
Valérie Martel, chef d'unité soins intensifs, DSP
Dr Julien Viau Lapointe, intensiviste
Dr Philippe Saint-Arnaud, intensiviste
Émilie Lavallée, conseillère cadre en soins infirmiers, DSI
Maude Lemieux, conseillère cadre en soins infirmiers par intérim, DSI
Dr Frédéric Faucher, chef du département pédiatrie et coordonnateur médical des clientèles pédiatriques
Amandine Watcher, avocate
Jean-Sébastien Sauvé, avocat
Comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires (CQPCI)

Révisé par : N/A

Validation de la version actuelle:

- Comité consultatif ordonnances et protocoles
 - ✓ Philippe Bouchard, pharmacien, coordonnateur pratiques collaboratives et accès, DSP
 - ✓ Martin Franco, chef adjoint du département de pharmacie, DSP, responsable du comité ordonnances et protocoles
 - ✓ Aylvide Nathalus, chef de service, développement de l'expertise infirmière en santé physique, DSI
 - ✓ Amélie Lacroix, conseillère cadre aux pratiques professionnelles en nutrition clinique, DSM
 - ✓ Mélissa Lalonde, chef de service au développement et maintien de l'expertise en soins infirmiers, DSI
 - ✓ Stéphanie Lalonde-Gagnon, conseillère cadre aux pratiques professionnelles, volet activités respiratoires, DSM

APPROBATION

Directrice des services professionnels Dre Martine Leblanc	Date
Directeur adjoint - volet pratiques professionnelles, DSM Luc Legris	Date
Directrice adjointe - volet pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers, DSI Carole Leblanc	Date
Officier aux pratiques professionnelles d'excellence, DSP Chef adjoint du département de pharmacie Responsable, comité des ordonnances et protocoles Martin Franco	Date
Présidente du Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (par intérim) Virginia Mindouin	Date
Président du Comité exécutif du Conseil Multidisciplinaire Martin St-Georges	Date
Président du Comité exécutif du Conseil Médecins, Dentistes et Pharmaciens Marc Brosseau	Date

APPROBATION (SUITE)

Président-directeur général
Jean-François Fortin-Verreault

Date

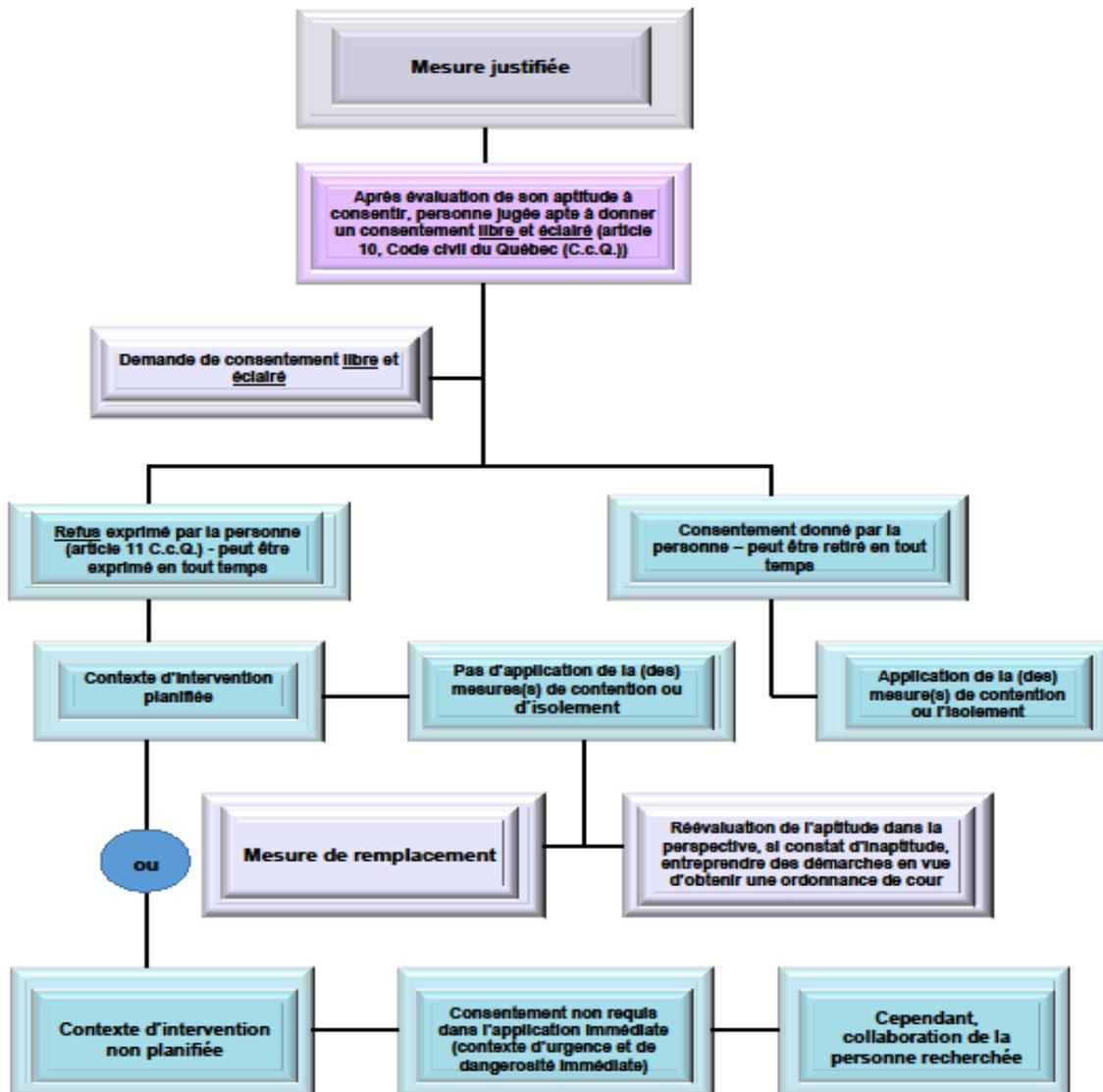
CONSERVATION DU DOCUMENT

- Version originale et signée disponible au département de pharmacie du CIUSSS-EMTL – inst. Maisonneuve-Rosemont.

ANNEXE 1

Tableau synthèse de la notion de consentement
(client jugé apte à consentir)

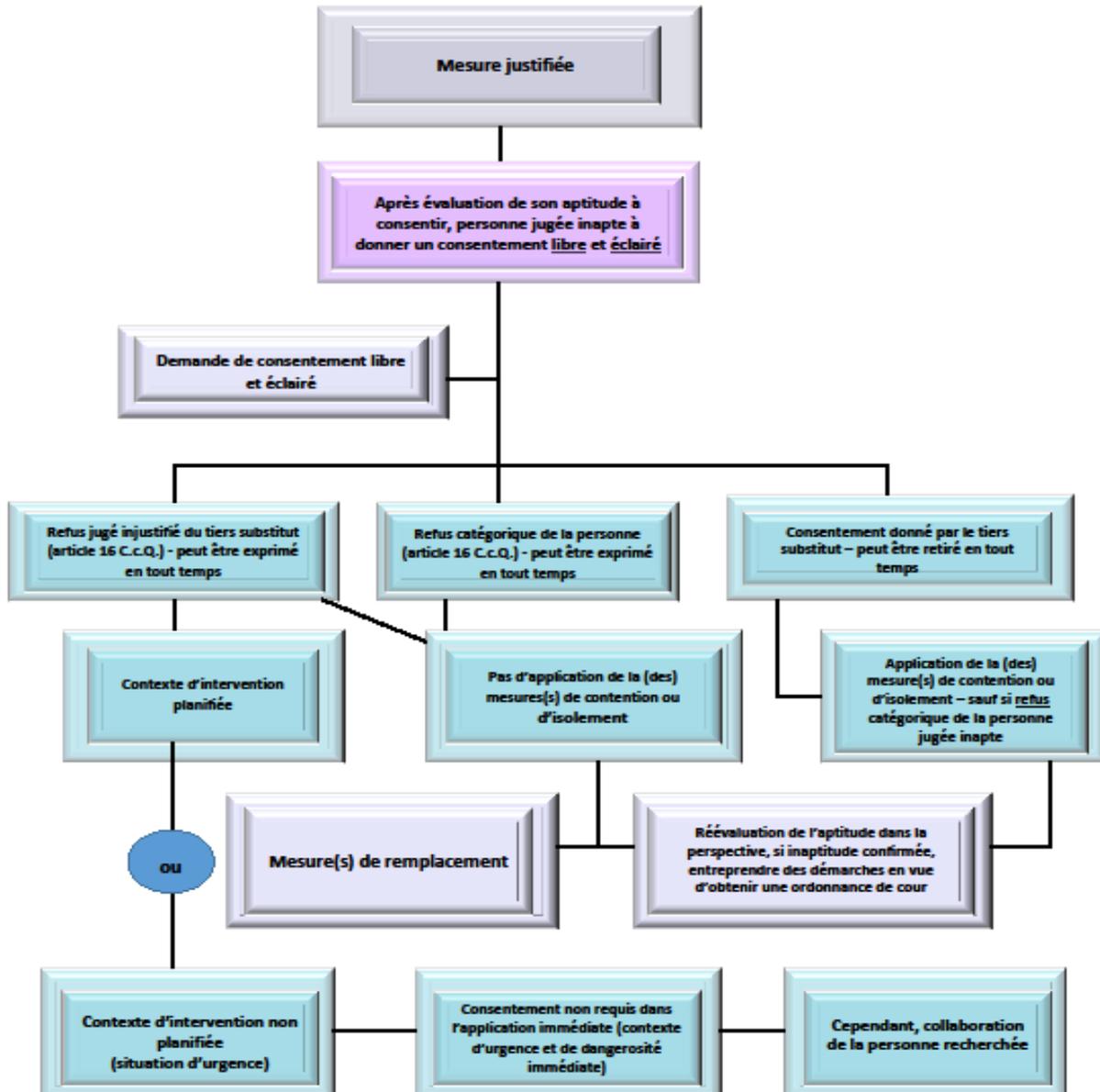
Tableau synthèse de la notion de consentement (client jugé apte à consentir)



ANNEXE 2

Tableau synthèse de la notion de consentement
(client jugé inapte à consentir)

Tableau synthèse de la notion de consentement (client jugé inapte à consentir)



ANNEXE 3

Formulaire de prise de décision d'application d'une mesure de contrôle

Formulaire de prise de décision d'application d'une mesure de contrôle

En cours de déploiement

Selon l'avancement du déploiement dans votre secteur, poursuivre l'utilisation des formulaires adoptés antérieurement.

ANNEXE 4

Suggestions de mesures de remplacement

Suggestions de mesures de remplacement

- Compte tenu des effets négatifs reliés à l'application de la contention, des aspects légaux et éthiques qu'elle soulève, nous devons donner la priorité à l'utilisation de mesures préventives et de remplacement. La recherche des mesures de remplacement doit se faire en équipe par une réflexion, un processus d'essai/erreur en utilisant et suscitant aussi la créativité, l'initiative de chacun pour aider l'utilisateur.
- Pour aider les intervenants dans leur démarche, voici différentes mesures de remplacement proposées. Cette liste n'est pas exhaustive. Vous pouvez aussi vous référer au document : Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement, Québec (2008).

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique

Génériques à toutes les clientèles :

- Utiliser des coussins de positionnement;
- Avoir un verrouillage électronique des portes de l'unité de soins, alarme, système anti-fugue;
- Avoir une cloche d'appel fonctionnelle;
- Avoir une alarme de positionnement (lit, fauteuil);
- Prévoir un aménagement prothétique rappelant le milieu de vie antérieure;
- Assurer une circulation libre d'obstacles dans les corridors, prévoir des aires de repos;
- Utiliser des signaux ou images (arrêt, soleil, etc.) comme repère;
- Camoufler les portes, armoires, etc. (miroir, affiche, murale, cadre, rideau, etc.);
- Ajuster la hauteur du lit/chaise (maintenir le lit à la position basse, diminution du diamètre des roues, etc.);
- Utiliser des côtés de lit (demi-longueur) afin de faciliter les transferts du lit de façon autonome;
- Favoriser un environnement calme : diminuer les stimuli (lumière, bruit, planchers cirés, couleur, etc.);
- Changer la disposition des meubles;
- Installer une barre d'appui (toilette, corridor de l'unité de soins, etc.);
- S'assurer d'un éclairage adéquat en tout temps (veilleuses dans les chambres, etc.);
- Employer un rhéostat à l'heure vespérale;
- Identifier la chambre par un objet significatif, une photographie, une décoration, etc.;
- Utiliser des pictogrammes pour identifier les salles de toilettes, salon, salle à manger, etc.;
- Aménager des pièces communes favorisant la détente, l'échange;
- Prévoir l'ameublement approprié pour les besoins des usagers (dimensions, stabilité, etc.);
- Avoir des équipements sécuritaires;
- Adapter les espaces extérieurs;
- Barrières psychologiques ex. : bandes sur le plancher à l'ouverture d'une porte, bannière fixée au travers d'une porte avec velcro (facilement amovible).

Spécifiques à la clientèle pédiatrique :

- Utiliser la voie d'administration d'une médication la moins invasive ou douloureuse possible
- Favoriser la proximité physique avec le parent ou un objet rassurant pour l'enfant (favoriser le « peau à peau »)
- Favoriser la position assise à la position couchée si la situation le permet, afin d'augmenter le sentiment de contrôle et limiter le sentiment d'agression et de vulnérabilité de l'enfant
- Créer un climat agréable (ex: musique, relaxation, visualisation) et réduire les stimuli pouvant augmenter l'anxiété ou l'agitation (ex: limiter le bruit en néonatalogie)

Mesures de remplacement reliées à l'utilisateur

- Utiliser des aides compensatoires, si applicables, en présence de problèmes au niveau sensoriel.
- Donner des consignes simples;
- S'assurer que l'habillement et les chaussures sont sécuritaires;
- Orienter la personne à l'aide pictogramme ou de photo de ses proches (favoriser l'orientation temporo-spatiale)
- Adopter une routine qui tient compte des habitudes de vie antérieure et des choix individuels (sommeil, alimentation, soins d'hygiène, etc.);
- Assurer des soins d'hygiène et de confort
- Favoriser la participation aux activités de loisirs (musicothérapie, zoothérapie, jardinage, etc.);

- Mettre en place des activités dirigées à caractère répétitif (plier des serviettes, peler des légumes)
- Avoir des programmes d'exercices et d'assistance à la marche;
- Favoriser la mobilisation précoce
- Utiliser des aides techniques (cane, marchette, combinaison ou vêtements, protecteurs de hanches, casque, tabliers de stimulation, baladeur, etc.) selon le besoin;
- Favoriser la présence et la participation de la famille aux soins
- Avoir un horaire régulier d'élimination.
- Agir sur les causes physiologiques potentielles de l'agitation (douleur, constipation, infection, effets secondaires des médicaments, problèmes aux pieds, etc.);
- Prévoir des périodes de repos (sieste au lit – repos au fauteuil);
- Élaborer un protocole de sommeil non pharmacologique
- Utiliser un modèle de gestion de comportements perturbateurs (grilles d'observation des comportements perturbateurs);
- Faire des rappels fréquents et réguliers aux usagers pour qu'ils pensent à demander de l'aide avant de se lever;
- Faire diversion (T.V., radio, musique, etc.);
- Favoriser la socialisation (bénévole, famille, autre usager, intervenant).

Spécifiques à la clientèle aux soins intensifs :

- Ajustement du niveau de sédation selon la situation clinique et le niveau de conscience souhaité
- Détection et traitement précoces du délirium (utilisation intensive care delirium screening checklist)
- Détection précoce des troubles concomitants (infections, anémie, déshydratation, déséquilibre métabolique, etc.)

Spécifiques à la clientèle pédiatrique :

- Utilisation d'un vocabulaire non anxiogène, respectueux, adapté à l'âge développemental de l'enfant
- Impliquer l'enfant et sa famille dans les soins et les méthodes alternatives (ex: les guider si distraction)
- Planifier une conduite à tenir si agitation, dès l'admission et avec l'enfant et sa famille afin d'éviter ou anticiper les situations pouvant provoquer les comportements agressifs, si possible
- Respecter le rythme de l'enfant et sa famille
- Préparer et informer l'enfant et sa famille (ex: montrer le matériel de soin)
- Offrir une suce d'amusement
- Favoriser l'allaitement
- Positionner l'enfant en fonction des besoins du soin et de son âge développemental
- Être prévisible (ne pas surprendre, ne pas mentir)
- Éviter le vocabulaire portant à confusion (ex: ça ne fera pas mal, ça ne dépend que de toi, tu exagères, je m'excuse)
- Se mettre au niveau de l'enfant, lorsque possible
- Distraire l'enfant selon son âge développemental
- Offrir un certain contrôle à l'enfant, de façon raisonnable (ex: choisir le site du soin, choisir l'objet de réconfort)
- Offrir du sucrose
- Explorer et tenter de corriger les causes sous-jacentes au comportement (ex: douleur, position inconfortable du masque de ventilation, constipation, prurit, perfusion intraveineuse, position inconfortable du corps, literie humide)
- Selon les besoins, offrir une alternative ou un exutoire aux comportements anxieux ou agressifs (ex: trousse d'apaisement, salle d'apaisement, plan réalisé en prévention)
- Offrir des moyens de communiquer les sentiments (colère, peur, tristesse)
- Tenter d'amener l'enfant à identifier la source de ses sentiments et les moyens qu'il pourrait prendre autre que l'agressivité

Mesures de remplacement reliées aux intervenants et à l'organisation des soins

- Assurer une réponse prompte aux demandes d'aide de l'utilisateur;
- Adapter la routine aux besoins individualisés de l'utilisateur (hygiène, confort, positionnement, alimentation et hydratation saines, sieste, routine quotidienne, activités respectant ses capacités, goûts et intérêts);
- Regrouper les soins risquant d'altérer le sommeil de l'utilisateur
- Respecter la décision de l'utilisateur;

- Favoriser les interactions qui augmentent le sentiment de confiance de l'utilisateur et l'efficacité de communication entre celui-ci et les intervenants;
- Éliminer les traitements ou soins non essentiels (dispositif d'accès vasculaire (DAVC), sondes urinaires, etc.);
-
- Retirer l'utilisateur d'une situation stressante;
- Avoir une approche adaptée de l'utilisateur (communication, contact, demandes appropriées);
- Respecter l'espace personnel de l'utilisateur et le laisser agir dans son environnement;
- Définir clairement les limites de façon à prévenir une attitude de défi de l'utilisateur;
- Prévoir des stratégies de diversion (biographie) au besoin;
- Remplacer les solutés par des dispositifs à injection intermittente;
- Surveiller, observer davantage l'utilisateur (ex. : rapprocher l'utilisateur près du poste de l'unité, etc.);
- Utiliser une personne bénévole pour accompagner un utilisateur;
- Intégrer un proche / représentant légal dans les activités de loisirs;
- Ajuster les alarmes selon les cibles visées et la situation clinique afin d'éviter les stimuli auditifs inutiles;

ANNEXE 5

Risques et effets néfastes des mesures de contrôle

Risques et effets néfastes des mesures de contrôle

- L'utilisation de la contention peut créer l'impression d'alléger le travail chez le personnel; cependant le processus entourant l'application d'une contention physique exige davantage de ressources et de suivi. La contention peut, à moyen terme, diminuer l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur et entraîner une augmentation des besoins et des soins et par conséquent, augmenter le travail du personnel.
- *Voici quelques risques et effets néfastes associés à l'utilisation de contentions physiques.*

Au niveau de l'utilisateur

Santé physique et autonomie fonctionnelle :

- détérioration de l'état général
- perte d'autonomie fonctionnelle
- blessures diverses (tentatives pour enlever la contention)
- augmentation des blessures sévères lors de chutes
- déshydratation
- perte de poids
- syndrome d'immobilisation ou grabatisation (ex. : contractures, augmentation de l'ostéoporose, etc.)
- risque accru d'infections
- incontinence urinaire et fécale
- constipation
- troubles pulmonaires et circulatoires
- privation sensorielle
- fonte musculaire
- lésions de pression
- hypotension orthostatique
- augmentation de l'agitation physique
- augmentation du risque de décès (ex. : strangulation)

État psychologique :

- isolement
- baisse de l'estime de soi
- augmentation de l'agitation et des états confusionnels
- sentiments négatifs, tels que : agressivité, peur, colère, dépression, résignation, abandon, humiliation, démoralisation
- résistance au traitement
- sentiment d'impuissance
- sentiment d'être puni
- régression

Au niveau de la famille

- image négative du parent
- diminution des rapports affectifs
- sentiment de gêne, insatisfaction
- culpabilité et peur

Au niveau de l'intervenant

- anxiété
- frustration
- insatisfaction
- sentiment d'être inadéquat
- insécurité
- impression de surcharge
- augmentation de la culpabilité

- conflits de valeur : protection de l'utilisateur versus le respect de sa dignité et de son autonomie
- réduction des communications et risque de désengagement
- à moyen terme : augmentation des soins de base ou d'entretien

Au niveau de l'établissement

- diminution de la qualité des soins
- mauvaise réputation
- risque de recours devant les tribunaux

ANNEXE 6

Balises supplémentaires pour guider l'analyse en fonction du but visé

Balises supplémentaires pour guider l'analyse en fonction du but visé

Afin de déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le but visé lors de son application plutôt que sur le dispositif ou la mesure elle-même.

Lorsque le but visé par l'intervention est de restreindre la capacité de la personne d'exécuter un mouvement préjudiciable (ex. : se mordre, se frapper la tête) ou socialement inacceptable (ex. : attouchement sexuel non sollicité), d'adopter une posture ou une position à risque (ex. : grimper sur le rebord d'une fenêtre), de se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent, on doit considérer l'intervention comme une mesure de contrôle, laquelle nécessite un suivi et une évaluation telle que définie par le protocole de l'établissement.

Par contre, lorsque le but visé par l'intervention est plutôt de réduire une incapacité ou de prévenir son aggravation, pour permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire ou pour fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie, ou de préserver la dignité de la personne, il ne s'agit pas de mesure de contrôle et ce type d'intervention ne nécessite donc pas d'être déclaré au moyen du formulaire de suivi prévu à cette fin. À titre d'exemple, un vêtement de type combinaison adaptée ou aussi appelée « grenouillère », n'a pas à être déclaré comme mesure de contention mécanique du moment que les critères suivants sont rencontrés :

- Le tissu de fabrication est léger ou similaire à celui d'un vêtement;
- Le vêtement ne dispose d'aucun élément rigide notamment autour du cou;
- La taille du vêtement respecte les mensurations de l'utilisateur concerné par l'attribution;
- La fermeture éclair pour refermer le vêtement est située au dos, et le curseur (chariot) absent de barrure.

Les moyens d'intervention qui entrent dans cette catégorie sont notamment certains dispositifs intégrés au fauteuil roulant, les orthèses, les sangles ou les attaches stabilisant un membre lors d'une activité quotidienne, une table fixée au fauteuil roulant permettant l'utilisation d'un appareil de communication ou la réalisation d'une habitude de vie.

Il est du ressort de l'équipe interdisciplinaire, à laquelle participent l'utilisateur et ses proches, de déterminer si l'intervention réalisée a pour but d'entraver ou, au contraire, de favoriser la liberté de mouvement ou l'autonomie de la personne afin d'établir s'il s'agit ou non d'une mesure de contention.

Les dispositifs utilisés dans le but d'entraver la liberté de mouvement et l'autonomie de la personne doivent être appliqués en dernier recours, lorsque la personne fait face à un danger imminent et lorsque toutes les mesures de remplacement ont été tentées et se sont avérées inefficaces. Le choix du dispositif à utiliser découle toujours d'une évaluation complète du besoin de la personne et l'équipe doit toujours opter pour la mesure la moins contraignante possible, tout en assurant la sécurité de la personne.

Exemples de situations où le but de l'intervention peut varier :

A) Utilisation d'équipement de positionnement

Une mesure de positionnement consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer par elle-même. Une mesure de positionnement ne doit viser d'aucune manière à contrôler la personne.

Cependant, dans certaines situations, un équipement de positionnement (ex. fauteuil gériatrique, fauteuil roulant) ou un dispositif employé pour maintenir une personne dans une certaine position ou pour l'aider à accomplir des actions particulières (ex. : ceinture pelvienne, tablette, plastron) peuvent être utilisés dans le but de restreindre la capacité d'agir de la personne; ils doivent alors être considérés comme une mesure de contrôle.

Par exemple, l'utilisation de la tablette fixée au fauteuil gériatrique au cours d'un repas répond d'abord à un motif utilitaire. Dans cette situation, c'est-à-dire pendant le repas, la personne n'est pas brimée dans sa liberté de mouvement. Toutefois, si cette tablette n'est pas retirée après le repas et que son utilisation est prolongée au-delà de cette période sans autre but fonctionnel, nous pouvons alors considérer la tablette comme une contention, puisque la personne se trouve limitée dans sa liberté d'agir. La même analyse devrait être faite lorsqu'on utilise les freins du fauteuil roulant. Par exemple, s'il s'agit de protéger momentanément la personne contre un accident potentiel lié à l'environnement, ce n'est pas une situation de mesure de contrôle. Par contre, si les freins du fauteuil sont appliqués pendant une période prolongée dans le but d'exercer une surveillance et de confiner la personne à un endroit dont elle ne peut s'éloigner librement, il s'agit d'une mesure de contrôle. De même, le fait de retirer l'accès pour la personne à un équipement nécessaire à son autonomie dans ses déplacements (ex. : marchette) doit être considéré comme une mesure de contrôle.

Dans ces cas, il est donc nécessaire de déclarer l'utilisation de ces mesures et d'en faire le suivi.

B) Utilisation des côtés de lit (ridelles)

Pendant de nombreuses années, les ridelles ont été considérées comme une mesure permettant d'assurer la protection des usagers contre les chutes. Suivant cette conception, on remontait systématiquement les côtés de lit, ce qui était perçu comme un geste préventif, même essentiel, pour assurer la sécurité de l'usager. On accomplissait souvent ce geste routinier sans avoir évalué les besoins réels de la personne. Depuis, de nombreuses études ont montré que remonter les deux côtés de lit est une pratique qui peut entraîner des conséquences sur le comportement de l'usager comme l'agitation, la peur ou le delirium. Ces comportements peuvent générer des situations à risque et occasionner des blessures, voire des décès (Santé Canada, 1995¹, Villeneuve, 2005², AFSSPS, 2006³). Pour cette raison, les auteurs de plusieurs études recommandent d'éviter l'utilisation des côtés de lit, à moins que la condition de l'usager ne le nécessite. On recommande de privilégier l'utilisation d'équipements de remplacement moins contraignants et plus sécuritaires, par exemple un matelas avec rebord surélevé, l'ajout de rouleaux chaque côté de l'usager, l'abaissement du lit plus près du sol, l'emploi d'un détecteur de mouvement, etc.

L'utilisation des deux côtés de lit, sauf lorsqu'il s'agit d'un dispositif inhérent au groupe d'âge (enfant en bas âge), constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre l'usager à demeurer dans son lit alors qu'elle souhaite se lever. Cette mesure exige une évaluation rigoureuse et une surveillance adéquate. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi.

Les côtés de lit, qu'ils soient pleine grandeur (2/2) ou demi-ridelle (4/4), ne sont pas comptabilisés comme une mesure de contrôle lorsque :

- Leur utilisation a pour but de fournir des appuis à un usager pour lui permettre de sortir du lit, d'entrer dans le lit ou de se déplacer dans le lit en l'absence de demi-ridelles;
- Ils sont relevés dans l'objectif d'un déplacement pour lequel l'usager reste allongé au lit ou à la civière
- Ils sont relevés dans un épisode de soins physiques en réanimation;
- Ils sont relevés à la demande de la personne elle-même parce qu'elle a peur de tomber. Cette dernière doit cependant être consciente des risques potentiels, ne pas être susceptible de présenter un état de confusion et être en mesure d'abaisser la ou les ridelles lorsqu'elle le désire ou d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'elle le désire.

Dans toutes ces situations, on doit cependant toujours privilégier l'utilisation des équipements de remplacement moins contraignants et plus sécuritaires.

C) Utilisation des mesures de contrôle dans un contexte de soins ou durant un examen

Dans certaines situations, la procédure de soins ou d'examen qui s'applique à la population en général exige d'immobiliser la personne ou une partie de son corps afin de réaliser l'examen ou les soins de façon optimale et sécuritaire. L'utilisation d'une mesure de contention ne constitue pas, dans ces cas, une mesure de contrôle.

Cependant, le recours à une contention durant un examen ou quand il s'agit de donner des soins constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle n'est pas utilisée systématiquement auprès de la population, mais plutôt en réponse à un comportement ou à un manque de collaboration de la personne ou en raison des réactions anticipées de sa part qui pourraient nuire au succès de l'examen ou à la sécurité de la personne ou de l'entourage. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi.

Les courroies de sécurité pour les chaises de bain ou douche ainsi que les ceintures de sécurité requises lors de déplacements en transport adapté (exigées par la SAAQ) ne sont pas considérées comme des mesures de contrôle.

D) Isolement de la personne dans sa chambre ou dans un espace utilisé à cette fin

L'isolement est considéré comme une mesure de contrôle lorsque la personne est maintenue dans sa chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin et qu'elle ne peut en sortir librement. Le MSSS a publié en 2005⁴ un document qui fournit des balises pour l'aménagement d'une chambre d'isolement et qui peut également servir de référence pour améliorer la sécurité d'une chambre standard servant de lieu d'isolement.

¹ Santé Canada (1995). Risques que posent les côtés de lit d'hôpital demi-longueur, Avis no 107, http://www.hcsc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/1995/alert-107_rail-cote_nth-ah_f.html, consulté le 19 avril 2008.

² J. Villeneuve (2005). « Attention aux côtés de lit ! », Objectif prévention, ASSTSAS, 28 (4), p. 8-9.

³ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSPS) (2006). Bonne utilisation des barrières de lit, <http://www.fep.umontreal.ca/violence/documents/barrieresdelit.pdf>, consulté le 28 mars 2008.

⁴ Gouvernement du Québec. 2005. Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle. Québec : Direction des communications du MSSS.

Ainsi, lorsqu'un dispositif (ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, demi-porte, velcro, bande placée sur le plancher) ou une intervention (ex. : personne placée à l'entrée de la chambre) est appliqué dans le but de confiner une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement, on doit considérer qu'il s'agit d'une mesure de contrôle. De la même façon, si la personne est soumise à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter l'espace désigné, l'isolement est une mesure de contrôle. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi.

Par contre, l'isolement n'est pas considéré comme une mesure de contrôle lorsqu'une personne est invitée à se retirer d'un lieu commun afin de lui permettre la distanciation avec un stimulus ou pour l'aider à se calmer et à reprendre contact avec elle-même, pourvu qu'elle puisse sortir de ce lieu librement lorsqu'elle le désire.

De la même façon, la mise en place d'un dispositif (ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, velcro, bande placée sur le plancher) n'est pas considérée comme une mesure de contrôle si ce dispositif est utilisé à la demande de la personne dans le but de lui procurer une plus grande intimité et de prévenir l'intrusion d'autres personnes dans son espace personnel. La personne doit cependant être en mesure de sortir elle-même de ce lieu quand elle le désire ou avoir la capacité de demander l'assistance pour en sortir en recourant, par exemple, à la cloche d'appel.

Par ailleurs, l'utilisation d'une demi-porte comme mesure de contrôle ou comme dispositif pour protéger l'intimité d'une personne contre l'intrusion des autres usagers présentant des comportements dérangeants ne doit pas être favorisée et systématisée. En raison des risques que ce dispositif comporte, son utilisation doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'autres solutions valables et raisonnables. En dernier recours, lorsqu'il est nécessaire d'employer une mesure de contrôle, l'utilisation des autres dispositifs doit être tentée. L'utilisation d'une porte pleine avec fenêtre, plus sécuritaire, devrait également être envisagée et pourrait remplacer la demi-porte.

E) Utilisation d'un bracelet magnétique

Le bracelet magnétique est considéré comme une mesure de remplacement s'il permet à la personne qui le porte d'agir, d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie. Le bracelet magnétique devient une mesure de contrôle s'il est utilisé afin d'isoler une personne dans un espace restreint où elle ne peut entretenir de contacts avec autrui et d'où elle ne peut sortir librement. Dans de semblables situations, il est nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi.

F) Utilisation d'une contention physique ou d'une intervention physique restrictive⁵ comparée à l'utilisation d'un geste d'accompagnement ou thérapeutique

Une contention physique ou intervention physique restrictive est considérée comme une mesure de contrôle lorsque le but visé par l'intervention est d'empêcher une personne de bouger ou de limiter sa liberté de mouvement, et ce, avec un rapport de force tel que la personne ne peut se dégager, malgré tous les efforts qu'elle déploie, pour s'infliger des blessures ou en infliger à autrui. À titre de comparaison, on peut dire que le niveau de contrôle et de sécurité qu'implique l'intervention physique restrictive ou contention physique équivaut, toute proportion gardée, au verrouillage d'une porte de chambre lorsqu'une personne est placée en isolement.

On entend donc par intervention physique restrictive ou contention physique : Toute technique d'intervention impliquant que la personne doit être tenue par deux personnes ou plus; toute technique d'intervention impliquant que la personne est tenue par une autre personne, et où le rapport de force est si grand que la première est maîtrisée efficacement et qu'elle ne peut se dégager.

Ainsi, la dimension « restrictive » de l'intervention physique de contention implique l'application de la force avec l'intention d'empêcher les mouvements de la personne, malgré son opposition et sa résistance.

Le degré et la durée de la force déployée dépendent de la résistance offerte par la personne, et doivent toujours être réduits au minimum requis. L'utilisation des mesures de ce type doit être déclarée et il faut en faire le suivi.

Dans le cas **d'un geste d'accompagnement ou thérapeutique**, la personne n'offre pas de résistance. Il s'agit davantage d'un geste de rappel ou visant à orienter la personne vers un lieu approprié à ses besoins.

⁵ Ce texte est largement inspiré de l'avis #2.4.5, émis par l'Association des centres jeunesse du Québec, version révisée du 26 février 2009, intitulé *Cadre de référence relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention*.

ANNEXE 7

Extraits législatifs

Extraits législatifs

Charte canadienne des droits et libertés de la personne

Article 7. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Charte des droits et libertés de la personne

Article 1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Il possède également la personnalité juridique.

Article 3. Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

Article 4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

Article 5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée.

Article 9.1. Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.

La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice.

Article 10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

Article 24. Nul ne peut être privé de sa liberté ou de ses droits, sauf pour les motifs prévus par la loi et suivant la procédure prescrite.

Article 44. Toute personne a droit à l'information, dans la mesure prévue par la loi.

Article 48. Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu.

Code criminel

Article 219. (1) Est coupable de négligence criminelle quiconque :

- a) soit en faisant quelque chose;
- b) soit en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir, montre une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui.
- Définition de *devoir*

(2) Pour l'application du présent article, *devoir* désigne une obligation imposée par la loi.

Article 220. Quiconque, par négligence criminelle, cause la mort d'une autre personne est coupable d'un acte criminel passible :

- a) s'il y a usage d'une arme à feu lors de la perpétration de l'infraction, de l'emprisonnement à perpétuité, la peine minimale étant de quatre ans;
- b) dans les autres cas, de l'emprisonnement à perpétuité.

Article 221. Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement maximal de dix ans quiconque, par négligence criminelle, cause des lésions corporelles à autrui.

Code civil du Québec

Article 1. Tout être humain possède la personnalité juridique; il a la pleine jouissance des droits civils.

Article 3. Toute personne est titulaire de droits de la personnalité, tel le droit à la vie, à l'inviolabilité et à l'intégrité de sa personne, au respect de son nom, de sa réputation et de sa vie privée.

Ces droits sont incessibles.

Article 10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Article 11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer.

Article 12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

Article 13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

Article 15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

LSSSS

Article 3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

Article 5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

Article 7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande-lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

Article 8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçue et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Article 9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

Article 10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Article 11. Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Article 118.1. La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé

Articles 31, 36 et 37.1. Droit à la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, Chapitre III – Section 1

Article 6, paragraphe 18. Le conseil d'administration d'un établissement public ou privé doit adopter un règlement portant sur les mécanismes à mettre en place dans l'établissement, afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'égard des résidents.

Code des professions

Loi médicale

Lois sur les infirmiers et les infirmières du Québec

Code de déontologie des professionnels concernés

ANNEXE 8

Guide pour le retour post-situationnel

Guide pour le retour post-situationnel

Suite à l'application des mesures de contrôle, un retour post-situationnel doit être effectué avec l'utilisateur en vue de l'aider à comprendre ce qui s'est passé, à ventiler si besoin, à s'exprimer et à proposer des alternatives quant à une future situation. Ce retour post-situationnel doit être documenté dans les notes d'évolution au dossier et discuté en interdisciplinarité.

Propositions de questions :

Amorce: Il est regrettable que l'isolement ou la contention vous soit arrivé. Vos idées et suggestions sont importantes pour trouver des solutions pour prévenir l'isolement et la contention.

1. a) Pouvez-vous me décrire ce qui est arrivé?
b) Pouvez-vous me décrire ce qui a mené à l'*isolement**?
2. Comment vous êtes-vous senti durant l'isolement ?
3. a) Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé difficile durant l'événement?
b) Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé aidant durant l'événement?
4. Pendant que vous étiez en isolement, y a-t-il quelque chose que l'équipe traitante aurait pu faire pour vous aider?
5. Comment votre intimité et votre dignité ont-elles été respectées durant l'isolement?
6. Comment vous êtes-vous senti après l'isolement?
7. a) Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé difficile après l'isolement?
b) Y a-t-il quelque chose que vous avez trouvé aidant après l'isolement?
8. Avez-vous eu de la difficulté à reprendre le rythme de l'unité? (Si oui, pourquoi?)
9. a) Que pourriez-vous faire différemment quand vous perdez la maîtrise de vos émotions et comportements pour prévenir un tel événement?
b) Qu'est-ce que le personnel pourrait faire différemment pour vous aider quand vous perdez la maîtrise de vos émotions et comportements?
10. Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez me parler?

** Pour alléger le texte, l'expression « isolement » a été choisie pour toutes les questions, mais l'intervenant est encouragé à reprendre les termes de la personne.*

Reproduit de :

Goulet, M.H., Larue, C. Document de travail 12 septembre 2014 Traduit et adapté *Thames Valley University (TVU) Post-Incident Review – A framework for Practice* de G. Bonner (2008) et du Commonwealth of Massachusetts, Department of Mental Health

ANNEXE 9

Les contentions physiques autorisées

Les contentions physiques autorisées

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
Ceinture pelvienne	Annexe 9.2 Capsule vidéo disponible sur Intranet dans l'onglet des formations.	Contention pelvienne ratine a/mousse coussinée avec attache à relâchement rapide	BELPRO/PFR-53S-QR (rouge) (petit)	9600000145	Les ceintures pelviennes de marque Posey incluant le modèle Breezeline sont toujours autorisées si elles sont en bon état. Toutefois, les produits sont discontinués.
			BELPRO/PFR-57M-QR (vert) moyen)	9600000146	
			BELPRO/PFR-61L-QR (jaune) (large)	9600000147	
		Contention pelvienne tissu filet	BELPRO/PM-53S-QR (rouge) (petit)	2000033248	
			BELPRO/PM-57M-QR (vert) moyen)	2000033249	
			BELPRO/PM-61L-QR (jaune)(large)	2000033250	

Les contentions physiques autorisées (suite)

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
Ceinture aux hanches	Annexe 9.3	Ceinture à 2 points d'attaches (régulière)	Accessoire standard à l'achat du fauteuil. Choix de boucle selon le modèle : touche à verrouillage métallique (auto) ou ouverture latérale plastique	Aucun code GRM	Cette ceinture est comptabilisée comme une mesure de contrôle si appliquée dans le but de limiter le mouvement de l'utilisateur. Ce n'est pas comptabilisée comme une mesure de contrôle lorsqu'utilisée en transport.
		Ceinture de hanche à 2 points d'ancrage boucle auto (Bodypoint)	BODYPOINT/ HB205 S – B1 (Petit)	9600001487	Les accessoires suivants sont compatibles avec les ceintures : <ul style="list-style-type: none"> Couvre-boucle pour ceinture petit-moyen-large Bodypoint standard (push button). Ode fabricant : BODYPOINT/ FS018C-1, code GRM : 9600000320 Clé de déverrouillage pour couvre-boucle pour ceinture body point. Code du fabricant : BODYPOINT/ BMR20, code GRM : 9600000869
	BODYPOINT/ HB205 M – B1 (Moyen)		9600001488		
	BODYPOINT/ HB205 L – B1 (Large)		9600001489		
	Ceinture de hanche à 4 points d'ancrage boucle auto (Bodypoint)	BODYPOINT/ HB405 S- A1 (Petit)	9600001490		
		BODYPOINT/ HB405 M- A1 (Moyen)	9600001491		
		BODYPOINT/ HB405 L- A2 (Large)	9600001549		

Les contentions physiques autorisées (suite)

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
Contention de poignet	Annexe 9.4	Contention - attache membre poignet ou cheville adulte (jetable)	BELPRO/ LHE-123	2000017337	À usage exclusif des soins intensifs (incluant les unités de soins intensifs, de soins intermédiaires et l'unité coronarienne)
		Contention de poignets bleue avec attache à relâchement rapide	POSEY/ 2790Q	2000014860	À usage pour les unités de soins hospitalières en santé physique (HMR et HSCO) et unités de soins associés à la DSAPA
		Contention poignet/ cheville PINEL	PINEL/ 1004	2000016054	
		Ensemble de contentions poignets reliées par une bande unique fixée au lit (attache combinée velcro et serrure)	POSEY/ S27947	2000056918	Inclus 2 clés extra <ul style="list-style-type: none"> Clé universelle pour contention Posey poignet et cheville. Code du fabricant : POSEY/1072 et code GRM : 9600001624.

Les contentions physiques autorisées (suite)

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
Contention de cheville	Annexe 9.4	Contention - attache membre poignet ou cheville adulte (jetable)	BELPRO/ LHE-123	2000017337	À usage exclusif des soins intensifs (incluant les unités de soins intensifs, de soins intermédiaires et l'unité coronarienne)
		Contention de chevilles rouge avec attache à relâchement rapide	POSEY/ CHS2791Q	2000014811	À usage pour les unités de soins hospitalières en santé physique (HMR et HSCO) et unités de soins associés à la DSAPA
		Contention poignet/ cheville PINEL	PINEL/ 1004	2000016054	
		Ensemble de contentions cheville reliée par une bande unique fixée au lit (attache combinée velcro et serrure)	POSEY/ S27957	9600001623	Inclus 2 clés extra <ul style="list-style-type: none"> Clé universelle pour contention Posey poignet et cheville. Code du fabricant : POSEY/1072 et code GRM : 9600001624.

Les contentions physiques autorisées (suite)

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
Ceinture magnétique et accessoires	Annexe 9.5 Capsule vidéo disponible sur Intranet dans l'onglet des formations.	Ceinture magnétique de contention Pinel	PINEL/ Taille régulière : 1001	2000013697	Comprend 1 ceinture de taille, 2 sangles de positionnement latéral, 3 boutons tiges et 2 clés magnétiques. Possibilité de commander les accessoires suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Rallonge de bande de taille pour contention Pinel, code du Fabricant : PINEL/1002 et code GRM : 2000016866. • Clé magnétique ceinture Pinel. Code du fabricant : PINEL/1005 et code GRM : 2000014217. • Bouton-tige pour contention PINEL, code du fabricant : PINEL/1006, code GRM : 2000014900. La contention Pinel est la seule contention abdominale autorisée. Les contentions Ségufix ne sont plus autorisées.
			PINEL/ Taille petite : 1001P	2000014921	
			PINEL/ Taille XL : 1001XL	2000016864	

Les contentions physiques autorisées (suite)

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
Mitaines	Annexe 9.6	Mitaine double rembourrage avec ouverture pour surveillance des doigts Posey peek-a-boo	BELPRO/LM-811	9600000339	Les mitaines Ez-on avec dos en tissu à maille sont encore autorisées si elles sont en bon état. Toutefois, les produits sont discontinués.
		Mitaine de protection avec séparateur de doigts et dessus en filet	POSEY 2810	2000014957	
Ridelles de lit et de civière et couvre-ridelles	Annexe 9.7	Selon le modèle de lit/ civière choisi	Se référer au modèle choisi		<p>Pour les lits Umano, il est obligatoire de munir les côtés de lits de housses (protège-ridelle) si l'usage est combiné à la ceinture magnétique Pinel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Couvre-ridelle de lit Umano, code du fabricant : DM64515-TRI/DM64507-TRI, code GRM : 2000051456.

ANNEXE 9.1

Les contentions physiques autorisées (pour la direction SAD du programme DI-TSA-DP)

Les contentions physiques autorisées (pour la direction SAD du programme DI-TSA-DP)

Mission clientèle à domicile (DI-TSA-DP exclusivement)
Contentions physiques autorisées
<ul style="list-style-type: none">• Casque de protection• Fauteuil bas et inclinable• Lit à profil bas• Tablette sur un fauteuil muni d'une ceinture• Chaise haute multifonction• Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut pas détacher seul : Seul le modèle Body point est autorisé.• Ceinture pelvienne• Mitaines de protection• Dôme sur le lit• Cache-boule dans les transports
Mesures proscrites (liste non exhaustive)
<ul style="list-style-type: none">• Système de contention magnétique abdominale• Contention de chevilles et de poignets• Transport accompagné sécuritaire• Ridelles pleines (X2) ou demi-ridelles (X4)• Combinaison argentino• Fauteuil gériatrique sans ceinture• Masque anti-crachat• Barrière dans un but d'isolement• Orthèse d'extension du coude• Parc mobile sur un lit (lit cage)

ANNEXE 9.2

SANGLE PELVIENNE (CEINTURE PELVIENNE)



SANGLE PELVIENNE (CEINTURE PELVIENNE)

BUT(S) VISÉ(S)

Réduire les risques de chute par glissement vers l'avant du siège d'un fauteuil.

CONTRE-INDICATIONS

La ceinture pelvienne ne peut être utilisée lorsque l'utilisateur :

- Présente une grande agitation ou un niveau d'agressivité important;
- Présente un risque suicidaire;
- Est porteur d'une stomie, une colostomie, une gastrostomie ou d'un matériel médical tel un cathéter ou un moniteur;
- Souffre d'une hernie, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sévère ou qui est en post-opératoire avec incision;
- Est installé au lit.

PARTICULARITÉS / PRÉCAUTIONS

- Cette ceinture est particulièrement visible et difficile à camoufler surtout chez les hommes;
- Cette contention est utilisée en contexte d'intervention non planifiée et planifiée;
- S'assurer que la largeur du fauteuil corresponde à la largeur du bassin de l'utilisateur;
- Placer la ceinture pelvienne par-dessus les vêtements pour protéger la peau et les proéminences osseuses;
- Les sangles ne doivent pas nuire à la respiration. On doit pouvoir glisser l'épaisseur d'une main à plat entre l'utilisateur et la contention. Des sangles insuffisamment ajustées permettront à l'utilisateur de glisser de son fauteuil, entraînant une compression thoracique et une suffocation.

ÉQUIPEMENT PIÈCES CONSTITUANT LA CONTENTION PHYSIQUE

La ceinture pelvienne est constituée d'une seule pièce comprenant :

- 1 coussin triangulaire;
- 4 sangles fixées au coussin;
- 2 boucles d'attaches pour les 4 sangles;
- 2 boucles d'ajustement pour les 4 sangles.

Une fois l'utilisateur installé avec la ceinture pelvienne, les boucles d'attaches à l'arrière du fauteuil peuvent être recouvertes d'une housse à velcro afin d'éviter que l'utilisateur puisse détacher ou relâcher les sangles.



MODE D'APPLICATION (INSTRUCTIONS DU FABRICANT)

- S'assurer de l'intégrité et de la propreté du matériel avant l'installation, y compris le fauteuil sur lequel l'utilisateur sera installé;
- Avant d'installer la ceinture pelvienne, s'assurer que les freins du fauteuil sont appliqués et sont fonctionnels;
- Déposer le coussin triangulaire sur le siège du fauteuil, la partie la plus étroite vers le dossier et l'étiquette de mise en garde face au siège.

Choisir la bonne ceinture :

- Petite (80-120 lb)
- Moyenne (110 – 155 lb)
- Large (145-190 lb)

1. Déposer la portion la plus étroite du triangle vers l'arrière du siège et la plus large vers l'avant.



2. Ramener les sangles situées sur la partie la plus étroite du triangle vers l'arrière, au bas du fauteuil, et ajuster en s'assurant que le triangle demeure bien centré sur le fauteuil puis attacher;



3. Installer l'utilisateur assis tout au fond du siège, dos appuyé sur le dossier;
4. Rabattre la partie la plus large du triangle entre les jambes de l'utilisateur. L'étiquette du produit devrait être visible sur l'abdomen de l'utilisateur;
5. Ramener les sangles vers l'arrière au bas du fauteuil dans un angle de 45 degrés et attacher les sangles;



6. Les sangles attachées à l'arrière du fauteuil doivent être installées le plus bas possible afin d'éviter que l'utilisateur y ait accès;
7. S'assurer que les sangles sont installées de façon sécuritaire, qu'elles ne sont pas mobiles, trop lâches ou trop serrées;
8. Vérifier à l'avant que l'utilisateur est confortable et que la ceinture est bien ajustée
9. Il devrait y avoir un espace d'une main entre la ceinture et l'abdomen de l'utilisateur.
Consulter les méthodes de soins disponibles sur intranet pour de plus amples informations d'utilisation.

ANNEXE 9.3

Ceinture aux hanches - attache avant



CEINTURE AUX HANCHES - ATTACHE AVANT

BUT(S) VISÉ(S)

- Réduire les risques de chute.

CONTRE-INDICATIONS

- Ne pas utiliser ces ceintures en contexte d'urgence. Les ceintures représentent un risque de strangulation par glissement actif ou passif de l'utilisateur vers l'avant de l'assise du fauteuil.
- Une analyse préalable par le service d'ergothérapie est requise pour fins de recommandation.

PARTICULARITÉS / PRÉCAUTIONS

- À prime abord, les ceintures de sécurité attache avant ne sont pas conçues dans un but de contention, mais pour des motifs de sécurité en transport ou de positionnement. Par ailleurs, une surveillance régulière de leur installation et de leur ajustement est requise dans un cas comme dans l'autre.

ÉQUIPEMENT – PIÈCES CONSTITUANT LA CONTENTION PHYSIQUE

- (2) parties de sangles reliées par une boucle de type auto ou à dégagement latéral

MODE D'APPLICATION (INSTRUCTIONS DU FABRICANT)

- S'assurer que les extrémités des sangles soient fixées solidement à la structure fixe du fauteuil.

Consulter les méthodes de soins disponibles sur intranet pour de plus amples informations d'utilisation en fonction du type de modèle de ceinture retenu.

ANNEXE 9.4

Contention de poignet et cheville

CONTENTION DE POIGNET ET CHEVILLE

INSTALLATION DES SANGLES DE CONTENTIONS AU LIT :

1. Vérifier l'intégrité du matériel, sangles, poignetières, chevillères et verrous : NE PAS UTILISER LE MATÉRIEL S'IL EST BRISÉ, DÉCOUSU, DÉCHIRÉ, SOUILLÉ OU USÉ;
2. La sangle bleue est celle des poignets et la sangle rouge est celle des chevilles;
3. Mettre les sangles de poignets et de chevilles à plat sur le lit;



4. Il est nécessaire que deux personnes procèdent ensemble à l'installation du matériel;



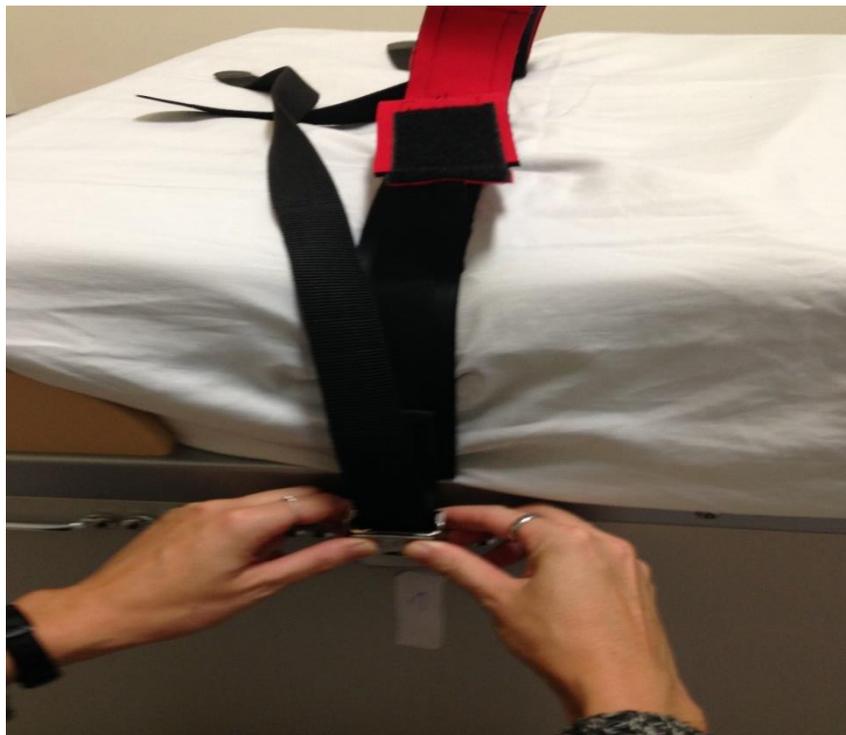
5. Introduire l'extrémité de la sangle des chevilles dans l'ancrage du lit (1^{er} pour un usager de taille moyenne) puis dans le verrou sans cependant fermer celui-ci;



6. Les deux personnes qui installent le matériel doivent appuyer avec le genou sur le matelas afin de serrer la sangle tout en gardant les chevillères bien centrées sur le lit;



7. En maintenant la sangle vers le haut, l'installateur viendra clamer le verrou : même chose de l'autre côté du lit de façon simultanée;



8. Le verrou sera bien clampé si un « clic » sonore est entendu;

9. La sangle doit être très serrée contre le matelas afin d'éviter qu'elle se déplace;



10. L'extrémité de la sangle doit être rabattue sur les ancrages, sans nœud, afin qu'elle ne nuise pas aux déplacements des intervenants;



11. La même technique doit être appliquée pour l'installation de la sangle de poignets (3^e ancrage pour un usager de taille moyenne);
12. Laisser les poignetières et les chevillères de même que les verrous ouverts prêts à être utilisés.

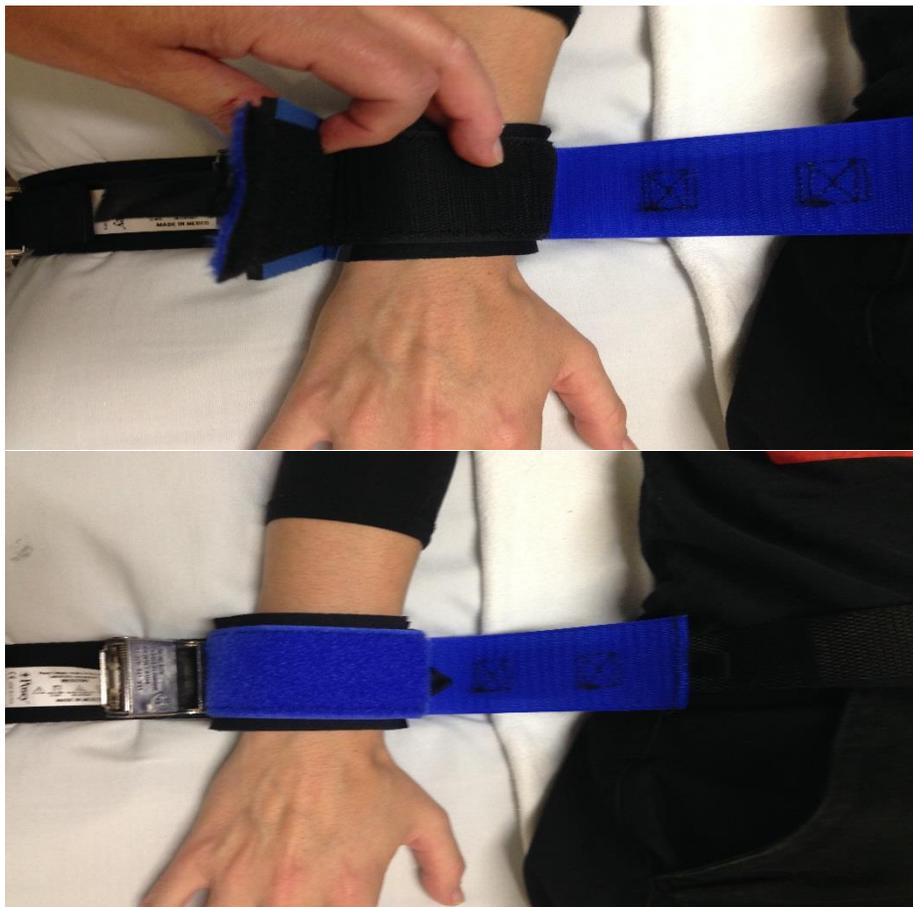
LES CONTENTIONS PEUVENT DEMEURER EN PERMANENCE SUR LE LIT PRÊTES À ÊTRE UTILISÉES EN CAS D'URGENCE. SI UN USAGER EST INTRODUIT DANS LA SALLE POUR UN ISOLEMENT SEUL, RECOUVRIR LE MATÉRIEL DE CONTENTION DE PIQUÉS OU DE DRAPS POUR ASSURER UN CONFORT À L'USAGER QUI SOUHAITERAIT S'ÉTENDRE AU LIT.

INSTALLATION DES SANGLES DE CONTENTIONS AU LIT :

1. Installer l'usager au lit sur le dos;
2. Replier la bande de la contention aux poignets et aux chevilles : le côté bleu pour le poignet et le côté rouge pour la cheville doivent être appliqués sur la peau;



3. Rabattre fermement le velcro de la poignetière et de la cheville par-dessus puis rabattre la languette bleue et la languette rouge. À CETTE ÉTAPE, L'USAGER NE PEUT SE DÉFAIRE DES CONTENTIONS SI CELLES-CI SONT AJUSTÉES FERMEMENT;





4. Introduire la languette noire des poignetières et chevillères dans le verrou et clamer : un « clic » sonore indiquera que le verrou est bien fermé;



5. Ajuster les contentions au besoin;
6. Assurer la surveillance clinique prévue au présent protocole.

TOUT LE PERSONNEL DE SOIN DOIT AVOIR LA CLÉ DES CONTENTIONS EN TOUT TEMPS INCLUSE DANS LE TROUSSEAU PRÉPARÉ PAR LE SERVICE DE SERRURERIE.

Les contentions Posey sont lavables à la machine dans un sac de lavage; le séchage se fait à l'air libre.

ANNEXE 9.5

Ceinture magnétique

CEINTURE MAGNÉTIQUE



BUT(S) VISÉ(S)

- Réduire les risques de chute.

CONTRE-INDICATIONS

- Usager dont la condition médicale ne permet pas d'avoir une pression abdominale.

PARTICULARITÉS / PRÉCAUTIONS

- Dans la catégorie contention avec clé magnétique, le produit qui est autorisé dans le CIUSSS est la ceinture magnétique Pinel. Ce choix est motivé en raison de :
 - Un meilleur ajustement (distance entre les œillets) que d'autres modèles concurrents;
 - La clé magnétique munie d'un guide présente une ergonomie supérieure lorsqu'il faut retirer les boutons magnétiques;
 - Le matériel de fabrication est plus doux et souple pour l'ajustement au corps de l'utilisateur;
 - L'aspect ininflammable du matériel.
- Ce système de contention au lit doit **toujours** être utilisé de la façon suivante:
 - avec les fixations latérales. Sans l'utilisation de ces fixations, l'utilisateur pourrait se retourner et faire l'hélice pouvant conduire à une asphyxie par compression abdominale ou thoracique;
 - avec des côtés de lit monopieces ou pleine longueur, en position remontée.
 - Pour les lits *Umano*, il est obligatoire de munir les côtés de lits de housses (protège-ridelle) si l'usage est combiné à la ceinture magnétique Pinel et d'ancrer la contention sur le crochet prévu à cet effet.
- La ceinture au lit doit être ajustée fermement à la base du lit;
- Utiliser les courroies pour épaules afin d'empêcher que l'utilisateur ne glisse hors de la ceinture, vers la tête de lit;
- Utiliser la courroie pelvienne de Pinel pour empêcher que la ceinture puisse être remontée au-dessus du diaphragme et puisse compresser la poitrine et causer un accident grave ou empêcher l'utilisateur de glisser hors de la ceinture, vers le pied de lit;
- La clé magnétique doit être à la portée du personnel soignant, à un endroit connu de tous.

MODE D'APPLICATION (INSTRUCTIONS DU FABRICANT)

Consulter les méthodes de soins disponibles sur intranet pour de plus amples informations d'utilisation.

ANNEXE 9.6

Mitaine

MITAINE



BUT(S) VISÉ(S)

- Empêcher l'utilisateur d'interférer avec un dispositif nécessaire au traitement;
- Limiter les comportements agressifs (envers soi ou autrui).

CONTRE-INDICATIONS

- Augmentation de l'agitation ou des risques de blessures suite au port des mitaines.

PARTICULARITÉS / PRÉCAUTIONS

- Installer les attaches de velcro autour du poignet de façon à ne pas entraver la circulation.

MODE D'APPLICATION (INSTRUCTIONS DU FABRICANT)

Mode d'application

- Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état et sa salubrité (vérification avant, durant et après l'utilisation).

Matériels utilisés :

- Mitaines faites de coton qui recouvrent la main et qui sont munies de lanières en velcro au niveau du poignet.

- Un autre modèle de mitaines autorisé permet une vérification de la coloration de la peau des doigts sans retirer toute la mitaine.



Technique d'installation des mitaines

L'infirmière s'assure que les intervenants appliquent avec rigueur les différentes techniques d'installation selon les précautions et directives décrites pour le matériel de contention.

Glisser la main de l'utilisateur dans la mitaine, la partie rembourrée du côté de la paume.



S'assurer que les doigts ne sont pas repliés pour prévenir l'irritation ou la macération de la peau.

Insérer la bande de velcro dans l'anneau.



Nouer les bandes de velcro autour du poignet.



S'assurer d'une installation
confortable.



ANNEXE 9.7

Ridelles de lit et de civière



RIDELLES DE LIT ET DE CIVIÈRE

BUT(S) VISÉ(S)

- Éviter les chutes.

CONTRE-INDICATIONS

- Agitation, confusion, trouble du comportement ou témérité où l'utilisateur risque de passer par-dessus la ridelle.

PARTICULARITÉS / PRÉCAUTIONS

- Protéger l'utilisateur dont l'autonomie fonctionnelle est réduite.

ÉQUIPEMENT – PIÈCES CONSTITUANT LA CONTENTION PHYSIQUE

- Côtés en acier inoxydable mobiles fixés au cadre d'un lit d'hôpital ou d'une civière;
- Lit muni de 2 ridelles pleine grandeur ou de 4 demi-ridelles.

MODE D'APPLICATION (INSTRUCTIONS DU FABRICANT)

- Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité et son bon fonctionnement (vérification avant, durant et après l'utilisation);
- Selon la situation, les ridelles peuvent être recouvertes de couvre ridelles capitonnés.

Techniques d'installation des ridelles

- Dégager le bouton-poussoir.
- Relever les côtés de lit.
- S'assurer que le mécanisme de blocage est bien enclenché pour éviter les accidents.
- Ne descendre qu'un côté à la fois lorsqu'on prodigue des soins.

Consulter les méthodes de soins disponibles sur intranet pour de plus amples informations d'utilisation.

ANNEXE 10

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

En cours de déploiement

Selon l'avancement du déploiement dans votre secteur, poursuivre l'utilisation des formulaires adoptés antérieurement

ANNEXE 11

Formulaire de soins et surveillance

Formulaire de soins et surveillance

Révision en cours

Poursuivre l'utilisation des formulaires adoptés antérieurement selon l'installation

ANNEXE 12

Table des matières

Table des matières

NOTE IMPORTANTE AU LECTEUR.....	1
CONTEXTE.....	1
Diffusion du protocole.....	1
ÉTABLISSEMENT(S) VISÉ(S).....	2
INSTALLATION(S) VISÉE(S).....	2
SECTEUR(S) D'ACTIVITÉ VISÉ(S).....	2
CLIENTÈLE(S) VISÉE(S).....	2
INTERVENANTS ET INSTANCES IMPLIQUÉES.....	2
Conseil d'administration.....	2
Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE).....	2
Directions pratiques professionnelles: direction des soins infirmiers (DSI), direction des services multidisciplinaires (DSM) et direction des services professionnels (DSP).....	2
Direction des soins infirmiers (DSI).....	3
Directions cliniques.....	3
Supérieur immédiat des intervenants impliqués.....	3
Intervenants impliqués.....	3
Les personnes habilitées à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle.....	3
Les personnes autorisées à appliquer une mesure de contrôle et à contribuer aux soins et à la surveillance associés.....	4
OBJECTIFS.....	4
DÉFINITIONS.....	5
CONDITION(S) D'INITIATION.....	6
MÉTHODES ET PROCÉDURES.....	6
Philosophie d'intervention.....	6
Principes directeurs.....	7
Dimensions éthique, juridique, déontologique et clinique.....	7
Dimension éthique.....	7
Dimensions juridiques et déontologique.....	9
Dimension clinique.....	10
Mesures de contrôle autorisés et proscrites.....	12
Le processus décisionnel interdisciplinaire.....	13
Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée.....	15
Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention non planifiée (situation d'urgence)....	16
Les particularités d'application clinique en fonction des missions clientèles.....	19
Particularités pour la mission clientèle HÉBERGEMENT (CHSLD).....	19
Particularités pour le secteur des SOINS INTENSIFS (incluant les unités de soins intensifs, de soins intermédiaires et l'unité coronarienne).....	19
Particularités pour la mission CLIENTÈLE HOSPITALIÈRE : SOINS AIGUS.....	20

Particularités pour la mission clientèle JEUNESSE	21
Particularités pour la mission clientèle en SANTÉ MENTALE (INCLUANT LES UNITÉS SPÉCIFIQUES I-II ET III LOCALISÉES EN CHSLD)	23
Particularités pour la mission clientèle au DOMICILE de la direction SAD et réadaptation des programmes DI-TSA-DP	23
Particularités pour la mission clientèle au DOMICILE de la direction SAD et réadaptation des programmes SAPA	26
INSCRIPTION AU DOSSIER	27
INDICATEURS DE QUALITÉ	28
OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	31
ÉLABORATION	32
APPROBATION	33
ANNEXE 1	35
Tableau synthèse de la notion de consentement	36
ANNEXE 2	37
Tableau synthèse de la notion de consentement	38
ANNEXE 3	39
Formulaire de prise de décision d'application d'une mesure de contrôle	40
ANNEXE 4	41
Suggestions de mesures de remplacement	42
ANNEXE 5	45
Risques et effets néfastes des mesures de contrôle	46
ANNEXE 6	48
Balises supplémentaires pour guider l'analyse en fonction du but visé	49
ANNEXE 7	52
Extraits législatifs	53
ANNEXE 8	57
Guide pour le retour post-situationnel	58
ANNEXE 9	59
Les contentions physiques autorisées	60
Les contentions physiques autorisées (suite)	61
Les contentions physiques autorisées (suite)	62
Les contentions physiques autorisées (suite)	63
Les contentions physiques autorisées (suite)	64
Les contentions physiques autorisées (suite)	65
ANNEXE 9.1	66
Les contentions physiques autorisées (pour la direction SAD du programme DI-TSA-DP)	66

ANNEXE 9.2.....	67
SANGLE PELVIENNE (CEINTURE PELVIENNE).....	68
ANNEXE 9.3.....	71
CEINTURE AUX HANCHES - ATTACHE AVANT	72
ANNEXE 9.4.....	73
CONTENTION DE POIGNET ET CHEVILLE	74
ANNEXE 9.5.....	79
ANNEXE 9.6.....	82
ANNEXE 9.7.....	86
ANNEXE 10.....	88
Formulaire de consentement	89
ANNEXE 11.....	90
Formulaire de soins et surveillance.....	91
ANNEXE 12.....	92
Table des matières	93
Table des annexes	96

Table des annexes

Annexe 1	Tableau synthèse de la notion de consentement (client jugé apte à consentir)
Annexe 2	Tableau synthèse de la notion de consentement (client jugé inapte à consentir)
Annexe 3	Formulaire de décision d'application d'une mesure de contrôle
Annexe 4	Suggestions de mesures de remplacement
Annexe 5	Risques et effets néfastes des mesures de contrôle
Annexe 6	Balises supplémentaires pour guider l'analyse en fonction du but visé
Annexe 7	Extraits législatifs
Annexe 8	Guide pour le retour post-situationnel
Annexe 9	Les contentions physiques autorisées
Annexe 10	Formulaire de consentement
Annexe 11	Formulaire de soins et de surveillance
Annexe 12	Table des matières