

<b>PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE</b>	N° [PID-CEMTE-00007]
<b>TITRE</b> [Application des mesures de contrôle]	<b>Date d'entrée en vigueur :</b> Mai 2017
	<b>Date de la dernière révision :</b> Septembre 2019
	<b>Date prévue de la prochaine révision :</b> Septembre 2022
<b>SOMMAIRE</b> N/A	<b>Référence à (cochez)</b> -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 l'Est-de-l'Île de Montréal (CEMTE) 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 CEMTE 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 CEMTE : résidences privées pour aînés [RPA].
- À cette fin, le protocole est disponible sur l'internet et l'intranet du CEMTE 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 (CEMTL).

## INSTALLATION(S) VISÉE(S)

- Toutes les installations       HMR       HSCO       IUSMM  
 LT       PDI       SLSM  
 IPMCS

## SECTEUR(S) D'ACTIVITÉ VISÉ(S)

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

## CLIENTÈLE(S) VISÉE(S)

- L'utilisateur, 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 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 l'implantation et de l'application 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 CEMTL;
- Évaluer l'application du protocole des mesures de contrôle en collaboration avec la DQEPE et les conseils professionnels : Conseil des infirmiers et infirmières (CII), Conseil multidisciplinaire (CM), Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Évaluer la qualité de la pratique des différents professionnels, incluant la tenue de dossier.

### **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 l'implantation du protocole;
- S'assurer de l'application du protocole;
- Contribuer à l'évaluation de l'application du protocole au sein de sa direction, selon les modalités prévues et à l'analyse des rapports d'évaluation;
- Partager les résultats d'évaluation avec les équipes de soins et identifier des pistes d'amélioration.

### **Supérieur immédiat des intervenants concernés**

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 ;
- 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.

### **Intervenants professionnels et non professionnels**

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, leur 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;
- Déceler les difficultés d'application du protocole et proposer des pistes de solution;
- Déclarer tout incident et accident lié à l'utilisation d'une mesure de contrôle.

### **Comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle**

Sous la gouverne du comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires, il est responsable de :

- Assurer une vigie sur l'application exceptionnelle et sécuritaire des mesures de contrôle;
- Assurer le développement des meilleures pratiques incluant la rédaction et la mise à jour du protocole et des documents ou des outils soutenant la prise de décision;
- Proposer des activités d'enseignement, de formation continue, d'évaluation et de recherche en lien avec l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
- Collaborer à l'évaluation du matériel, de l'équipement et de l'aménagement physique en lien avec les mesures de contrôle utilisées;
- Contribuer, avec les directions professionnelles et la DQEPE, à la mise en place d'un système d'évaluation de l'application du protocole;
- Suivre les indicateurs de qualité en lien avec l'application des mesures de contrôle;

- Analyser les recommandations émises à la suite d'accidents avec blessures graves, d'événements sentinelles, de rapports du coroner ou de tout type de plainte;
- Soutenir le porteur de dossier du critère transversal d'Agrément Canada sur l'application des mesures de contrôle;
- Faire un compte-rendu biannuel au comité des pratiques professionnelles.

#### 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, ergothérapeute, physiothérapeute, psychoéducateur, psychologue, travailleur social. Le personnel non professionnel n'est pas autorisé à prendre la décision de l'application d'une mesure de contrôle. Idéalement, la décision doit être discutée, analysée et décidée par l'équipe interdisciplinaire de l'unité ou du service.

Professionnels	Contentions		Isolement	Substance 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	
Infirmière	x		x	
Ergothérapeute	x		x	
Physiothérapeute	x			
Travailleur social		x	x	
Psychologue		x	x	
Psychoéducateur		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 CEMTL, 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 habilitées à appliquer une mesure de contrôle

- 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 la procédure et la méthode de soins prévues dans l'établissement;
- 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.

#### Les personnes autorisées à contribuer aux soins et à la surveillance lors de l'application d'une mesure de contrôle

- Le personnel soignant (professionnel et non professionnel) peut contribuer aux soins et à la surveillance en respect de son champ de compétence;
- L'infirmière a la responsabilité de s'assurer que l'ensemble des soins, du suivi et de la surveillance sont réalisés soit par elle-même, soit par les intervenants qu'elle aura désignés pour ce faire.

## Consentement

- 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.
- Dans tout contexte d'intervention non-planifié, 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
- Dans tout contexte d'intervention planifié, 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 dépliant prévu selon les missions (Annexes 4,5, 6 et 7);
  - ✓ Les mesures de remplacement (Annexe 8) 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 9);
  - ✓ 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.
- 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 professionnelles (Direction des soins infirmiers (DSI), Direction des services multidisciplinaires (DSM), et Direction des services professionnels (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.

## Refus ou retrait du consentement de la personne apte à consentir

Lorsque l'utilisateur refuse ou retire son consentement, il est important de respecter sa volonté. Toutefois, il est de notre devoir :

1. mettre en place des mesures alternatives non-planifiées s'il y a urgence et nécessité de prévenir que l'utilisateur s'inflige ou inflige à autrui des lésions selon les termes de la loi;
2. d'intervenir en contexte d'intervention non-planifiée.

## Consentement par le Curateur public

- Lorsque l'utilisateur est représenté par le Curateur public, les informations et modalités prévues ci-haut doivent lui être transmises avec le formulaire de consentement (Annexe 10), lequel doit être dûment complété par un des professionnels de l'équipe de soins qui est responsable de l'utilisateur. Le Curateur public doit donner son consentement.

## 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 3).

### **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, il sera nécessaire de recourir à l'intervention de la cour supérieure, auprès de qui l'on invoquera alors le refus injustifié du tiers substitut (représentant de l'utilisateur). Sur la foi de la preuve qui lui sera présentée, la cour analysera la demande et en décidera à la lumière des critères devant la guider, en l'instance : l'intérêt de l'utilisateur jugé inapte à consentir, l'opportunité de la mesure envisagée, son caractère bénéfique malgré la gravité de certains de ses effets et le risque non disproportionné en regard des bienfaits.

### **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, l'article 16 du Code civil du Québec prévoit que : « L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement à recevoir les soins à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus, à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit ».
- Ainsi, si l'utilisateur inapte à consentir refuse l'application de la mesure envisagée et qu'il y a tout de même lieu de l'avis des intéressés de procéder à son application, on devra recourir à l'intervention de la cour supérieure. Le refus catégorique de la personne jugée inapte à consentir sera invoqué et l'inaptitude sera à prouver.
- Il est important de mentionner que l'intervention de la cour est requise même si l'on a obtenu le consentement substitué du représentant de la personne. Notre droit civil, de ce fait, investit la cour supérieure d'un rôle délicat, celui de décider quelle est la meilleure façon d'agir en matière de soins auprès d'une personne malade, vulnérable, inapte à consentir et déclinant les options thérapeutiques qu'on lui propose. À moins, encore une fois, que l'on estime être dans un contexte d'intervention non planifiée, auquel cas, comme précédemment évoqué, on pourra procéder à l'application de la mesure envisagée, car il y a urgence et nécessité de prévenir que l'utilisateur « s'inflige ou inflige à autrui des lésions » selon les termes de la loi. Il s'agit donc d'une exception à la règle, mais il faut, même dans ces circonstances, rechercher la collaboration de l'utilisateur autant que possible pour faciliter l'application de la mesure.
- Il est important de le répéter : le législateur québécois a clairement voulu que les mesures de contrôle fassent l'objet d'une « utilisation minimale et exceptionnelle » et en tenant compte de l'état physique et mental de la personne. Voilà donc ce qu'il faut garder à l'esprit au moment de leur application, qui doit aussi se faire, par ailleurs, dans le respect des principes et valeurs énoncés dans le présent protocole. À défaut, on ouvre la porte à des recours, ce qu'il faut éviter le plus possible, dans l'intérêt de toutes les parties impliquées.

### **OBJECTIFS**

- Baliser l'application des mesures de contrôle (contentions physiques, substances chimiques et isolement) 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 CEMTL;
- 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;
- Assurer la sécurité de l'utilisateur et celle d'autrui tout en préservant son autonomie;
- Maintenir la communication et faire participer l'utilisateur 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;
- Se doter de mécanismes de veille documentaire sur les résultats de la recherche et les données probantes en matière de mesures de remplacement;
- Déterminer les mécanismes d'évaluation et de suivi de l'application des mesures de contrôle.

## DÉFINITIONS

Pour simplifier la lecture, les **définitions** sont établies dans cette section du protocole.

- **Mesures de contrôle**
  - ✓ Afin de déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le but visé (annexe 11) lors de son application plutôt que sur le dispositif ou sur la mesure elle-même (Gouvernement du Québec, 2015).
- **Contention**
  - ✓ Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (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).
- **Substance chimique**
  - ✓ Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'un usager en lui administrant un médicament. Le médicament, utilisé à des fins de mesures de contrôle, est prescrit dans le but d'empêcher un usager de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, et cela dans un contexte de danger réel pour lui-même ou pour autrui (gouvernement du Québec (2015);
  - ✓ 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.
- **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'usager 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'usager (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'usager 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 favorisée. 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.

Avant d'appliquer une mesure de contrôle, l'équipe doit aussi :

- 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.

## 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).
- ✓ « 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).
- ✓ « 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).
- ✓ Considérant que le CEMTE offre des services à une clientèle diversifiée, le présent protocole adopte l'approche « zéro contention » pour celles des programmes de soutien à domicile (Direction du soutien à l'autonomie de la personne âgée (DSAPA) et Direction de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de la déficience physique (DI-TSA-DP)) 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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> principe : Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours;
- 3<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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. La sécurité de l'utilisateur ou de son environnement aura alors préséance sur le respect de son autonomie lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure de l'exercer en raison d'une situation où il représente un danger pour lui-même ou les autres.

### *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 bienveillance 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 utilisateur. 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 juridique et déontologique**

- ✓ Les principaux textes de loi en lien avec l'application des mesures de contrôle sont décrits plus en détail à l'annexe 12. 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 9). 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 à qui doit être appliquée une mesure de contrôle. 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*

Le consentement libre et éclairé doit être obtenu pour tout contexte planifié. En situation d'urgence, il doit être recherché mais n'est pas requis. Il faut par contre assurer à l'utilisateur une

communication et un accompagnement constants. En résumé, l'information et la participation de l'utilisateur et de ses proches doivent être favorisées en tout temps, quel que soit le contexte, planifié ou non.

### *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 aider l'utilisateur à trouver des stratégies 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 13.

### *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.

- **Types de mesures de contrôle autorisés**

- ✓ Le matériel de contention a été choisi en tenant compte des recommandations émises par des instances reconnues par le réseau de la santé (ex. : Santé Canada, ETMIS).

- **Les contentions physiques autorisées**

- ✓ Le matériel de contention physique autorisé dans l'établissement est identifié et illustré à l'annexe 14 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.

- **Mesures de contentions chimiques autorisées**

- ✓ Les professionnels autorisés doivent « exercer leur jugement clinique afin notamment de bien distinguer l'utilisation d'un médicament à des fins thérapeutiques de l'utilisation d'un médicament à des fins de mesure de contrôle. Dans cette situation, comme pour toutes les mesures de contrôle, les substances chimiques doivent être prescrites dans le but d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, et cela dans un contexte de danger réel pour elle-même ou pour autrui. La mesure de contrôle doit être utilisée de façon minimale, exceptionnelle et être la moins contraignante possible pour la personne tout en tenant compte de son état physique et mental comme le stipule l'article 118.1 de la LSSS » (Gouvernement du Québec, 2015).
- ✓ Le CEMTL 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.) qui nécessite l'administration d'une substance chimique, le CEMTL prône une administration pertinente et sécuritaire basée sur les meilleures pratiques cliniques.
- ✓ Il est entendu que la prescription médicale devra préciser les aspects suivants :
  - Les signes et les symptômes (l'indication) pouvant justifier l'administration de la médication par les soins infirmiers;
  - La posologie maximale sur une période de 24 heures;
  - La durée maximale d'application de la mesure avant la nécessité du renouvellement de prescription.
- ✓ Il est aussi primordial d'adopter une approche interdisciplinaire afin d'identifier :
  - Les mesures de remplacement tentées et les résultats obtenus;
  - L'approche médicamenteuse à privilégier en tenant compte des effets secondaires possibles et les risques associés (ex. : risque de chutes, somnolence, confusion, dépendance, etc.);
  - Le suivi et la surveillance requis suite à l'administration;
  - L'évaluation de l'efficacité de l'intervention médicamenteuse;
  - L'enseignement et le soutien de l'utilisateur afin de l'aider à maîtriser ses symptômes,
  - L'ajustement des doses ou des molécules au besoin, selon l'efficacité obtenue.
- ✓ Ces balises visent à encadrer le recours parfois trop facile ou abusif à une administration médicamenteuse « au besoin » (PRN). Bien qu'à prime abord moins contraignante, cette pratique est plutôt redoutée pour ses effets négatifs chez l'utilisateur.

- **Mesures d'isolement autorisées**

- ✓ Concernant l'isolement, l'établissement autorise des lieux prévus à cet effet qui doivent être aménagés selon les normes de sécurité émises par le Gouvernement du Québec (2005).

- **Les mesures de contrôle proscrites**

- ✓ Le recours à des équipements ou des dispositifs de type « maison » ou « artisanal » comme mesures 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. est proscrite.
- ✓ Il est aussi interdit d'utiliser du matériel de contention abîmé, usé ou souillé présentant des nœuds ou ayant des pièces défectueuses ou manquantes. Il est aussi interdit de modifier l'utilisation d'un matériel pour en faire un usage autre que celui pour lequel il est destiné.

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

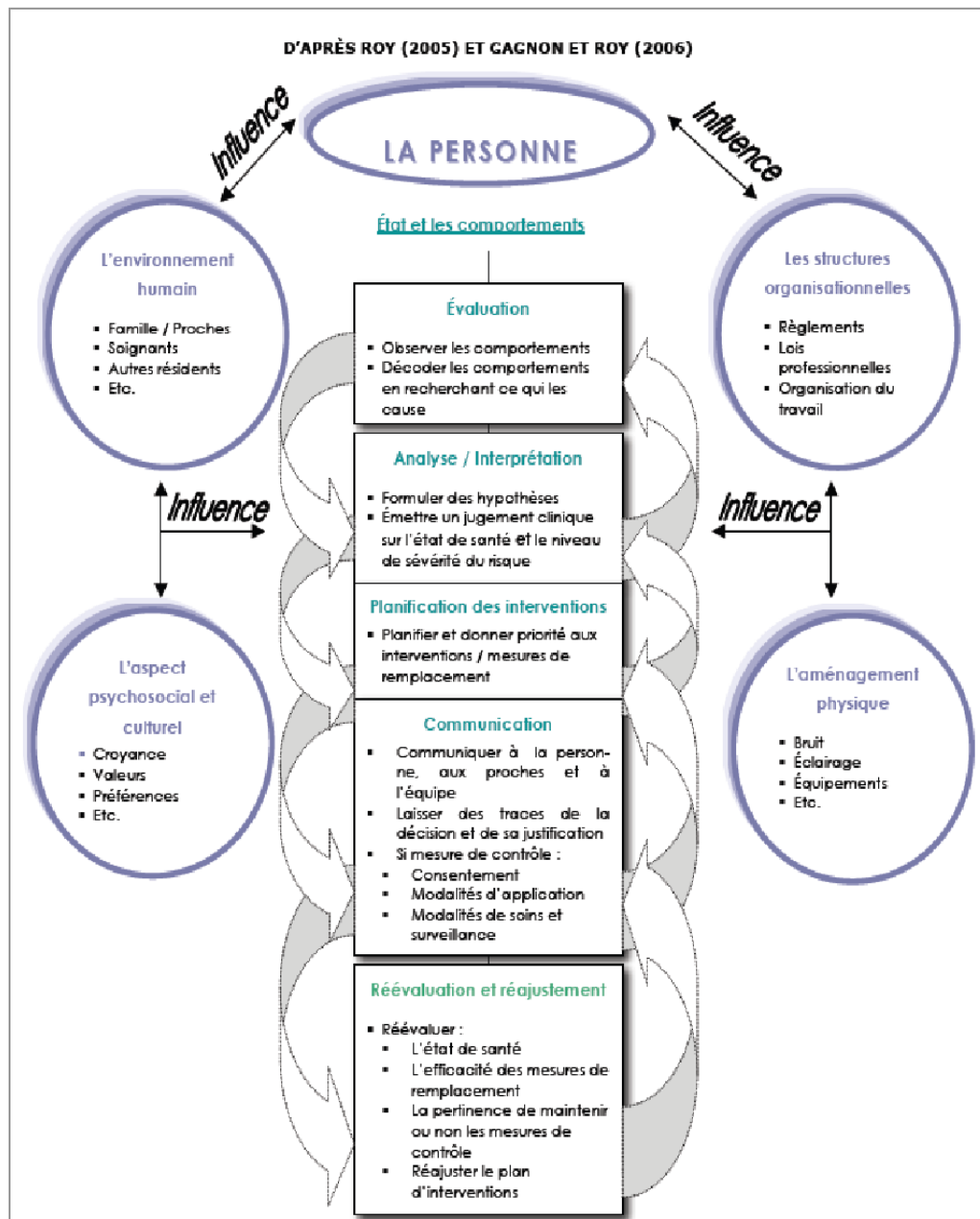
- ✓ Toutes autres mesures de contrôle ou une utilisation différente de celles-ci non prévues au protocole doivent faire l'objet d'une évaluation par l'équipe interdisciplinaire soutenue par les conseillers-cadres de la DSI et de la DSM (la DSP ou la Direction des services techniques (DST) au besoin). À titre d'exemple,

il pourrait être autorisé à l'utilisateur de conserver avec lui un objet rassurant (couverture, livre, toutou). La dérogation autorisée par les experts cliniques de la DSI et de la DSM pourra être appliquée immédiatement avec des recommandations spécifiques au niveau de la surveillance. Cette dérogation sera soumise au comité Prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle du CEMTE dans une optique d'amélioration continue des pratiques. 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) (réf. figure 1).
- ✓ 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).



L'analyse faite à partir de ce modèle conceptuel contribue à la justification de la décision et à la planification des interventions.

- **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 (réf. 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;
  - Consultation des plans thérapeutiques infirmiers et plan d'interventions individualisés 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 entérinés 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 8);
  - Évalue l'efficacité des mesures de remplacement mises en place;
  - Analyse les avantages et des effets néfastes (annexe 9) 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, voici les modalités d'application à convenir:
      - Choix de la mesure;
      - Procédure d'utilisation de la mesure;
      - Durée d'application de la mesure;
      - Révision et suivi de la mesure.
  - L'ensemble des informations est à colliger sur le formulaire « Décision d'application d'une mesure de contrôle et consentement de l'utilisateur » (annexe 3).

#### ✓ **Communication du plan d'intervention**

- 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.
- Le plan d'intervention est versé au dossier et est aussi consigné au plan de travail des professionnels et des non professionnels concernés.
- Le professionnel assure également la diffusion du 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 risque (probabilité et sévérité), l'efficacité du plan d'intervention mis de l'avant et, le cas échéant, 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 révision du plan d'intervention 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'utilisateur 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'utilisateur, 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'utilisateur.
  - ✓ Comme mentionné précédemment, en contexte non planifié, le consentement de l'utilisateur n'est pas requis; toutefois, les intervenants doivent maintenir la communication et tenter d'obtenir la collaboration de l'utilisateur. 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'utilisateur. 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'utilisateur, les mesures de remplacement utilisées et la réponse de l'utilisateur 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'utilisateur.
  - ✓ La décision de la mesure non planifiée est réévaluée minimalement à chaque quart de travail par l'infirmière, afin de suivre l'évolution clinique de l'utilisateur et de questionner la pertinence de la poursuite ou l'arrêt de l'application de la mesure.
  - ✓ **Dès que possible après l'application d'une mesure de contrôle**, lorsque les capacités cognitives et affectives de l'utilisateur le permettent, il doit être rencontré afin de procéder à un retour sur l'événement (Annexe 13). 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'utilisateur ou son représentant afin de documenter les stratégies et les mesures de remplacement qui seront mises en œuvre si l'utilisateur 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'utilisateur. 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.
  - ✓ Un formulaire de soins et surveillance de l'application de la mesure de contrôle doit être complété par l'infirmière ou la personne qu'elle désigne (annexe 15). Comme mentionné précédemment, l'ensemble des professionnels et non professionnels de l'équipe de soins sont les personnes autorisées à contribuer aux soins et à la surveillance des usagers faisant l'objet d'une mesure de contrôle ainsi qu'à compléter la documentation requise selon leur titre d'emploi.

- ✓ Des soins complémentaires et des éléments de surveillance spécifiques à certaines mesures de contrôle sont précisés à l'annexe 14.

- **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'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur, 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 15:
  - 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'utilisateur 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'utilisateur. 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'utilisateur 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'utilisateur afin de le soutenir et le rassurer;
    - Aider l'utilisateur 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'utilisateur (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 (Clientèle Personnes Âgées)**

- **Contexte d'intervention planifiée**

*Réévaluation et ajustement*

- **Au minimum deux** catégories de professionnels autorisés 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. Lors de cette révision, l'exercice de l'équipe de soins consiste à s'assurer que la mesure mise en place est toujours justifiée et qu'elle est la moins contraignante possible. Si la mesure de contrôle doit être modifiée ou cessée et que l'utilisateur ou son représentant est d'accord, l'équipe procède à la modification ou à la cessation de la mesure. En cas de désaccord, une rencontre multidisciplinaire doit se tenir afin de discuter des alternatives.
- Lors de la réévaluation, il faut obtenir à nouveau le consentement écrit de l'utilisateur ou son représentant.

*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 la mission Clientèle Hospitalière : Soins Aigus et Soins Critiques**

- 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'utilisateur et le risque pour lui et pour autrui, barrer ou non la porte. Par contre, si l'utilisateur 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'utilisateur 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'utilisateur doit recueillir auprès de celui-ci un consentement libre et éclairé, tel que décrit précédemment au protocole. Elle est également responsable de remettre le dépliant destiné aux proches pour les sensibiliser aux orientations de l'organisation en matière d'application des mesures de contrôle.

### *Planification des interventions*

- Le médecin traitant de l'utilisateur 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'utilisateur. 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

### - Mesure de contrôle ou non?

- En pédiatrie, il importe de faire la différence entre une contention physique et l'immobilisation temporaire qui est souvent utilisée pour placer le nouveau-né ou l'enfant dans une position permettant l'exécution d'une technique, comme la réalisation d'un pansement, ou encore pour l'immobiliser, par exemple, lors de l'installation d'un soluté ou d'un cathéter ombilical.
- Par contre, une immobilisation qui doit être prolongée au-delà de la durée requise pour une intervention donnée doit être considérée comme une mesure de contrôle. 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. Les orientations décrites dans le présent protocole doivent alors être suivies. Évidemment, tout doit être mis en œuvre pour tenter de trouver une mesure de remplacement.
- Il est à noter que l'emballotement du nouveau-né ne doit pas être considéré comme étant une mesure de contention s'il est utilisé, par exemple, pour garder l'enfant au chaud, pour promouvoir le développement du tonus des fléchisseurs ou encore à titre de positionnement thérapeutique pour compenser l'immaturation des systèmes neurosensoriels et moteurs en ramenant les membres en flexion et/ou vers la ligne médiane<sup>1</sup>. Toutefois, comme mentionné par Kenner et McGrath, le nouveau-né ou l'enfant doit être en mesure de bouger à l'intérieur des limitations imposées<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Kenner, C. & McGrath, J.M. (2010). *Developmental Care of Newborns and Infants. A Guide for Health Professionals* (2<sup>e</sup> éd.), Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses, pp. 299-302.

<sup>2</sup>Ibid.

- Enfin, les mécanismes utilisés pour s'assurer que les bébés et les enfants ne tombent pas (p. ex. monter les côtés de lit) ne doivent pas être considérés comme des mesures de contrôle lorsque la même logique de sécurité s'applique à la maison avec les barrières pour lits de bébés et enfants.
- 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 constitue ou non une mesure de contrôle.

#### - Immobilisation temporaire

- L'utilisation de l'immobilisation temporaire durant une intervention doit être documentée au dossier. Les éléments suivants doivent être inscrits dans les notes infirmières: la raison justifiant l'immobilisation, le moyen utilisé, la durée de l'immobilisation et les observations per et post-immobilisation.
- L'utilisation de l'immobilisation temporaire ne nécessite pas l'obtention d'un consentement spécifique; le consentement général aux soins est suffisant.

#### - Mesures de contrôle

##### *Réévaluation et ajustement*

- Suite à la première application d'une mesure de contrôle, la décision de son maintien doit être révisée en équipe multidisciplinaire 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 multidisciplinaire.

#### - Mesures d'isolement autorisées et modalités de surveillance

- La mesure d'isolement est appliquée dans le secteur 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 tel que définie à la section Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance.
- Si la mesure appliquée consiste en l'isolement, aucun espace particulier n'est dédié pour cette mesure. Il faudra cependant s'assurer de la sécurité de l'environnement.
- 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'utilisateur et le risque pour lui et pour autrui, barrer ou non la porte de la salle d'isolement. Par contre, si l'utilisateur 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 (INCLUANT LES DIRECTIONS PROGRAMME SAPA ET DI-TSA-DP)**

- Le CEMTL n'autorise en aucun cas, le recours aux mesures de contrôle au domicile de l'utilisateur ainsi que dans les ressources non institutionnelles desservies par le CEMTL. 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.

- **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'utilisateur 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'utilisateur;
  - Évaluer la situation pour répondre aux besoins de l'utilisateur et de son réseau confronté à un comportement inhabituel, imprévu et dangereux pour l'utilisateur elle-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'utilisateur.
- Nonobstant l'énoncé de la LSSSS aux articles 102 et 103, qui prévoit que l'utilisateur et ses proches ont le droit de participer à l'élaboration du plan d'intervention, les proches de l'utilisateur 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 et DSP) afin d'obtenir un avis sur les orientations à prendre dans les circonstances. Le comité d'éthique clinique du CEMTL 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'utilisateur 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'utilisateur et prendre les moyens pour éviter qu'un préjudice soit causé par la conduite qui pourrait être qualifiée d'abusives.
  - o 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).
  - o 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'utilisateur. Si la demande de mesure de contrôle va à l'encontre de l'intérêt de l'utilisateur, 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 :
    - Rapporter la situation aux gestionnaires de l'établissement pour cautionner les actions retenues et;
    - Signaler la situation à la Commission des droits de la personne et de la jeunesse.
  - o Les intervenants devront cependant s'assurer de maintenir les soins et services, le soutien et la disponibilité nécessaire à l'utilisateur et ses proches afin de préserver le climat de collaboration.
  - o Dans tous les cas, il faut rigoureusement documenter le dossier de l'utilisateur.
- En situation d'urgence**
- o Le proche, le responsable d'une ressource non institutionnelle ou le personnel en place qui constate chez un utilisateur un comportement présentant une dangerosité pour lui-même ou pour autrui, doit :
    - 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;
    - En d'autres temps, le proche, le responsable ou le membre du personnel communique immédiatement avec les services d'urgence (9-1-1).
  - o 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'utilisateur et de ses proches aidants.

## INSCRIPTION AU DOSSIER

- Les professionnels autorisés devront documenter le dossier de l'utilisateur en regard de leur pratique professionnelle respective 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'utilisateur;
  - ✓ 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'utilisateur 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'utilisateur, 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.
- La mesure de contrôle devra aussi être inscrite au registre prévu selon la mission (ex. : Sicheid plus);
- 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 le comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et des mesures de contrôle en collaboration avec la DQEPE et les directions professionnelles (DSI, DSM, DSP).
- **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'usager, 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.
- **Évaluation et 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 CEMTL.

- **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

- 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;
- 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.
- 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.

## ÉLABORATION

Rédigée par : Guylaine Blais, CCSI – volet santé mentale, DSI  
Danielle Gervais, chef d'unité, DSAPA  
Linda Labelle, conseillère-cadre en physiothérapie, DSM  
Nathalie Le Blanc, conseillère-cadre en ergothérapie, DSM  
Hélène Ménard, chef de service, évaluation des soins infirmiers et du matériel en soins infirmiers, DSI

En collaboration avec : Catherine Hupé, infirmière clinicienne, DSI  
Comité interdisciplinaire prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle:

- Éliette Tanguay, CCSI - volet psychogériatrie, DSI
- Hélène Foisy, CCSI SAD, DSI
- Caroline Ducasse, CCSI Urgence, DSI
- Lucie Bolduc, Coordinatrice clinico-administratif, séjours hospitaliers en chirurgie
- Patricia Lafrenière, Chef de service, développement de l'expertise infirmière en CHSLD
- Pierre Mercier, Directeur adjoint hébergement santé mentale et dépendance
- Nathalie Demers, Chef d'administration de programmes en DP, DI-TSA-DP
- Geneviève Archambault, Coordinatrice du CHSLD Jeanne-LeBer
- Sébastien Milin, Coordinateur, service aide à domicile, DSAPA
- Caroline Provencher, chef de service-cancérologie, DSP
- Danielle Côté, conseillère en prévention SST, DRHCAJ
- Dr Daniel Racine, Médecin en gériatrie, DSP
- Dr Patricia Ayoub, Médecin en gériatrie, Chef médecine générale, DSP
- Mélanie Beausoleil, pharmacienne, DSP
- Mme Maria Teresa Justino, patiente partenaire
- Mme Francine Dionne, proche partenaire
- Maude Beaupré, APPR-évaluation des soins infirmiers, DSI

Validation de la version mai 2017:

- M<sup>e</sup> Marie Boivin, avocate-conseil et procureur, DRHCAJ
- M. Alain Sylvestre, conseiller-cadre psychologie, sexologie, orientation professionnelle, DSM
- M. Rémi Beaugard, conseiller clinique aux pratiques psychosociales, DSM
- Volet spécifique milieu hospitalier :
  - ✓ Natalia Gulpa, CCSI chirurgie, DSI
  - ✓ Mélanie Saumur, CCSI médecine, DSI
  - ✓ Ninon Yale, CCSI soins intensifs, DSI
- Volet spécifique jeunesse :
  - ✓ Caroline Bedikian, chef d'unité en néonatalogie, DPJ
  - ✓ Olivier-Alexandre Charest Kesteman, chef de service cliniques externes de pédiatrie et d'hospitalisation en pédiatrie
  - ✓ Carine Giang, monitrice clinique néonatalogie, Programme santé femme - enfant
  - ✓ Mickaël Grimard, coordonnateur, DPJ
- Volet spécifique santé mentale :
  - ✓ Jessica Edmond, CSI en remplacement, DSI
- Comité exécutif du Conseil Médecins, Dentistes et Pharmaciens

- Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
- Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire
- Comité des pratiques professionnelles
- Comité de vigilance et de la qualité

Adaptation et validation de la version actuelle (2019) par :

- Geneviève Barlow, Coordinatrice des programmes surspécialisés, DPSMDI
- Alexis Beauchamp-Châtel, Psychiatre, chef de service médical du programme de psychiatrie neurodéveloppementale adulte de l'IUSMM, DSP
- Guylaine Blais, CCSI santé mentale, DSI
- Stéphanie Borduas-Pagé, Médecin psychiatre légiste et chef médical du service de psychiatrie légale, DSP
- Geneviève Chouinard, Coordinatrice de la pratique, de l'expertise, de la qualité et de l'excellence en soins infirmiers volet première ligne, DSI
- Sylvie Deschênes, Coordinatrice services hospitaliers, DPSMDI
- Fafa Djabi, CSI en santé mentale, DSI
- Nathalie Fortin, Coordinatrice des programmes de gérontopsychiatrie, gériatrie et soins palliatifs, DSAPA
- Michel Lavoie, Coordonnateur médical du programme des services hospitaliers
- Nathalie Le Blanc, Conseillère cadre en ergothérapie, DSM
- Comité exécutif du Conseil Médecins, Dentistes et Pharmaciens
- Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers
- Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire

Validation de la version actuelle (2019)

- M<sup>e</sup> Marie Boivin, avocate-conseil et procureur, DRHCAJ
- Comité consultatif ordonnances et protocoles
  - ✓ Martin Franco, chef adjoint du département de pharmacie, DSP, président du comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires, responsable du comité ordonnances et protocoles
  - ✓ Philippe Bouchard, pharmacien, coordonnateur pratiques collaboratives et accès, DSP
  - ✓ Amélie Lacroix, Conseillère cadre en nutrition clinique, DSM
  - ✓ Mélissa Lalonde, chef de service au développement de l'expertise infirmière, DSI
  - ✓ Sylviane Landry, Chef de service des activités respiratoires de l'HSCO et l'IUSMM, DSM
  - ✓ Aylvide Nathalus, chef de service, développement de l'expertise infirmière en santé physique, DSI

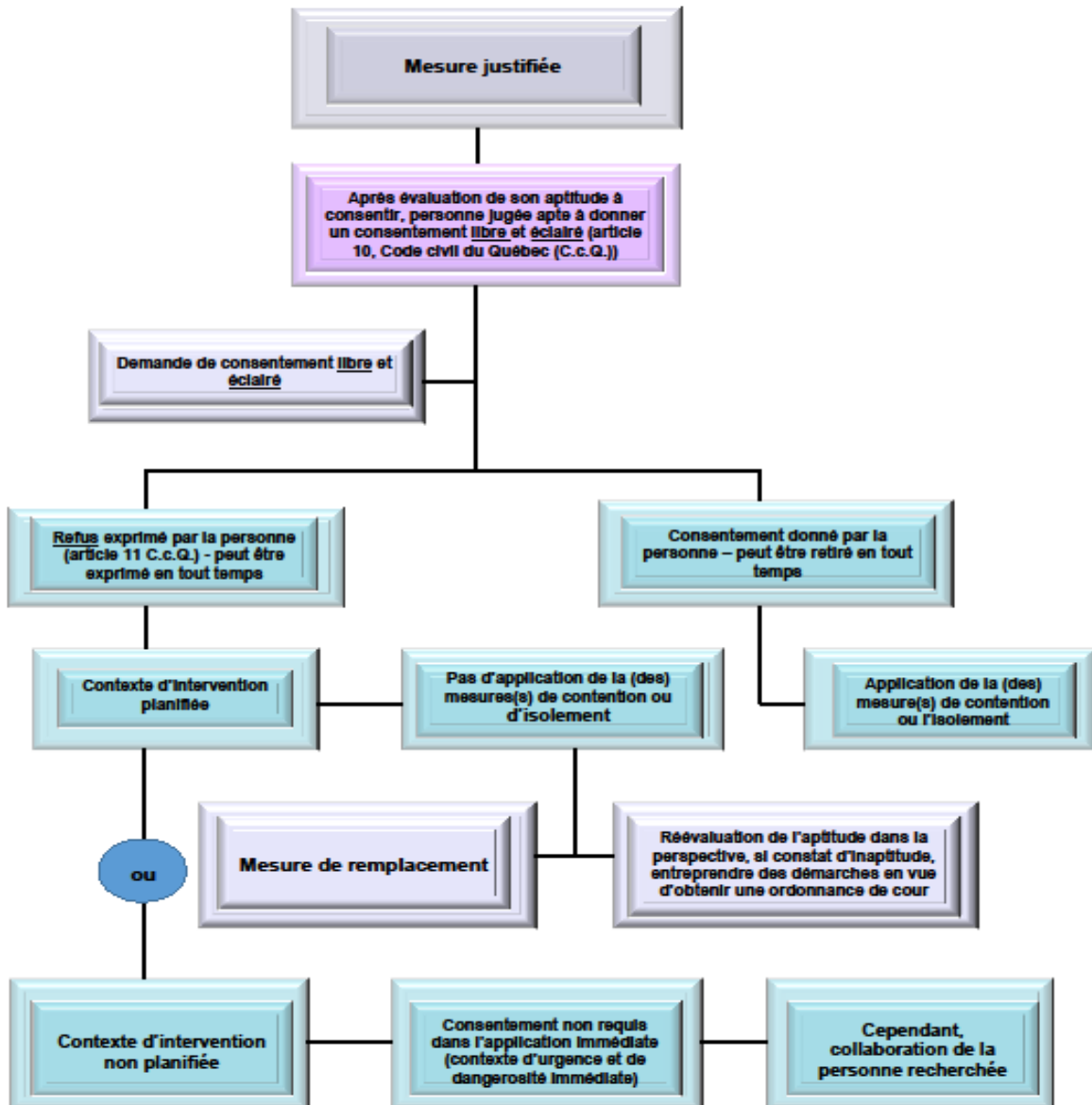
## APPROBATION

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 Président du comité de la qualité des pratiques cliniques interdisciplinaires Responsable, comité des ordonnances & protocoles Martin Franco	Date
Présidente du Comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers Javiera Kegevic Labbé	Date
Président du Comité exécutif du Conseil Multidisciplinaire Guy Jolicoeur	Date
Président du Comité exécutif du Conseil Médecins, Dentistes et Pharmaciens Dr J. André Luyet	Date
Président-directeur général Sylvain Lemieux	Date

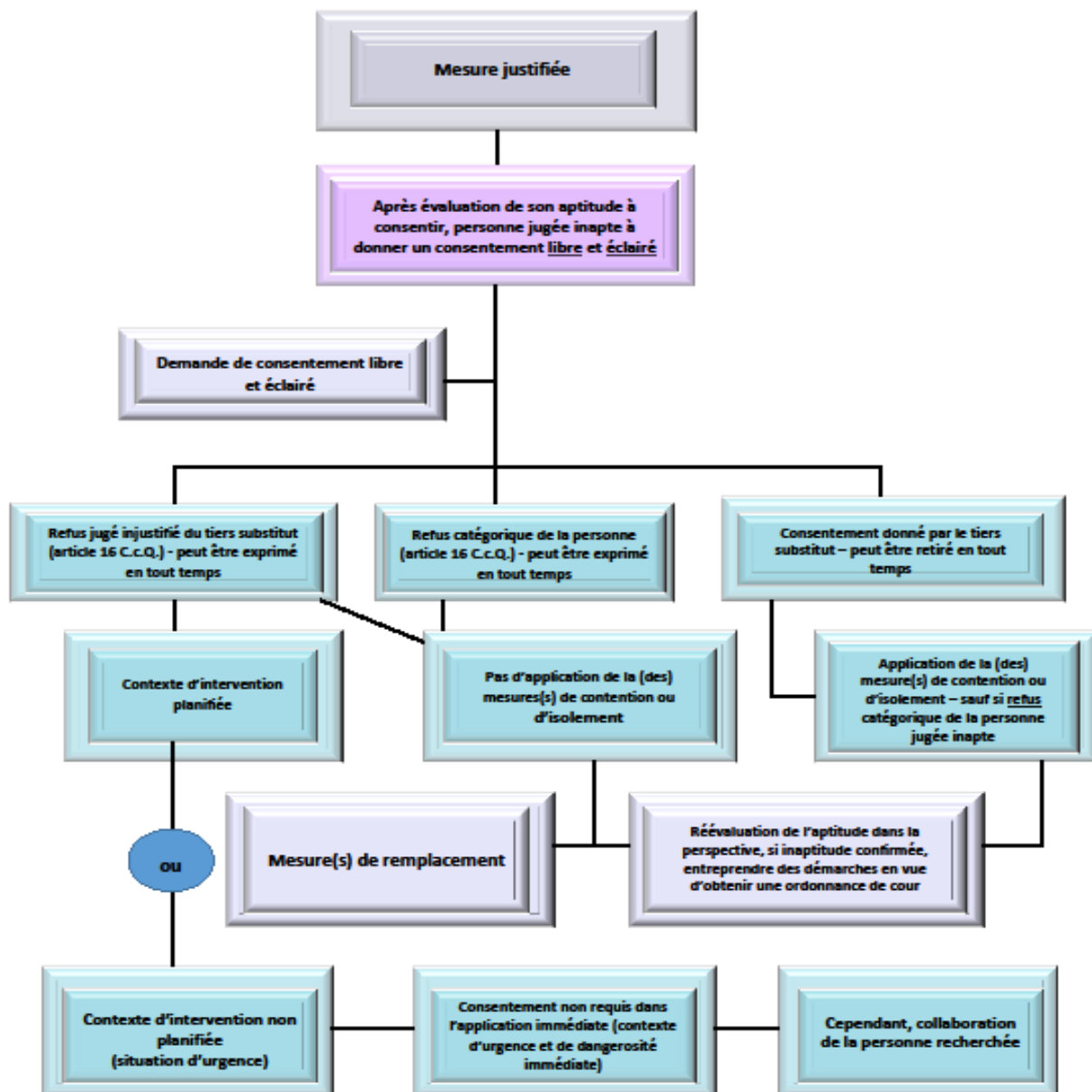
## CONSERVATION DU DOCUMENT

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

### 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 prise de décision d'application d'une mesure de contrôle et  
consentement de l'utilisateur**

Révision en cours

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

## Annexe 4 – Guide pour les familles visant des soins de qualité sans contention mission clientèle hébergement

### TOUT LE MONDE Y GAGNE!

GUIDE POUR LES FAMILLES  
VISANT DES SOINS DE QUALITÉ  
SANS CONTENTION



**MAIMONIDES**  
Going further in geriatric care  
À l'avant-garde des soins gériatriques



### QU'EST-CE QU'UNE CONTENTION ?

Selon les directives du ministère de la santé et service sociaux, une contention physique se définit comme suit : « 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. » Ceci pourrait être une camisole attachée à une chaise ou à un lit, un plateau fixé sur les genoux qu'une personne assise n'arrive pas à retirer ou une contention peut être simplement une ceinture de sécurité.

Ce qui est le plus important c'est de savoir comment ce moyen affecte l'individu et si votre parent/e peut facilement retirer cet objet.

### EST-CE QUE LES CONTENTIONS PROTÈGENT LES PERSONNES ?

Les contentions n'empêchent pas les risques de chutes. En fait, presque tout le monde fait une chute à un moment donné. Une étude récente a révélé qu'un adulte sur trois, âgé de 65 ans ou plus, tombe chaque année. Cependant, dans le cas de chute, les personnes qui ne sont pas sous contention subissent des blessures moins graves que celles qui sont sous contention. Dans certains cas, les contentions augmentent la sévérité de blessures lors d'une chute.

Considérez par exemple le cas d'une personne qui tombe au sol en essayant de se lever d'une chaise. Si la personne est attachée, la chaise risque de tomber sur elle.

De même, les ridelles peuvent entraîner des

problèmes graves si elles ne sont pas bien utilisées. En effet, si une personne est incapable de demander de l'aide pour sortir de son lit lorsque les ridelles sont remontées et qu'elle essaye quand même de le faire, elle risque de tomber ou de rester coincée entre les barreaux. Si la personne est attachée à son lit, des blessures graves, ou même la mort peuvent survenir. Si un membre de votre famille craint de tomber de son lit en se levant la nuit, demandez aux responsables de baisser la hauteur du lit et demandez si les membres de l'équipe interdisciplinaire ont été consultés à cet effet.

### MAIS LES CONTENTIONS N'ÉTAIENT-ELLES PAS TOUJOURS UTILISÉES DANS LES CENTRES DE SOINS DE LONGUE DURÉE ?

Autrefois, l'utilisation de moyens de contention dans les établissements de soins de longue durée était très courante. En fait, la plupart des écoles de soins infirmiers ont enseigné à leurs élèves que ces moyens visaient à protéger les personnes âgées contre les chutes ou les fugues. Ces dernières années, l'utilisation de contentions a soulevé d'importantes préoccupations. Nous savons à présent que les personnes qui sont placées sous contention plongent rapidement dans la dépression. Elles perdent leur force musculaire et leur mobilité. Elles peuvent devenir incontinentes ou développer des problèmes cutanés à force de demeurer dans la même position trop longtemps. Elles deviennent souvent agitées, ce qui augmente les risques de blessures.

D'autre part, une plus grande mobilité stimule la circulation, canalise l'excès d'énergie et l'angoisse, réduit le stress et le risque d'accidents cardiovasculaires. Une dimension plus importante encore : la

mobilité permet aux résidents de conserver leur dignité et de vivre de façon plus normale. En fait, les avantages de prodiguer des soins sans contentions sont tellement plus importants par rapport aux risques encourus, qu'en 1987, les États-Unis ont voté une loi pour mettre fin spécifiquement à l'utilisation systématique de contentions.

### QUELLES SONT LES LOIS ET DIRECTIVES AU CANADA ET AU QUÉBEC ?

#### SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA

La loi régissant les soins de santé à long terme et toutes les questions qui en découlent sont placées sous juridiction provinciale; cependant, il est important de noter que les lois provinciales, les règlements et les pratiques sont soumis à la constitution et en particulier à la Charte des droits et libertés.

#### QUÉBEC

En 2004, chaque établissement de soins de santé au Québec devait se pourvoir d'une politique sur l'utilisation des contentions, l'objectif étant de réduire sinon d'éliminer cette utilisation dans le continuum des soins de santé.

Les contentions doivent être utilisées comme mesure exceptionnelle temporaire dans le but de protéger le résident. Elles ne doivent pas être appliquées pour remplacer l'attention personnelle, la supervision appropriée, le programme de soins établi ou le traitement quotidien. Elles ne doivent pas être utilisées comme mesure disciplinaire, pour renforcer négativement des comportements inappropriés ou tout simplement pour convenir au personnel soignant. L'usage abusif de contentions peut être interprété comme un mauvais traitement à l'égard d'un aîné et, dans le cas de juridictions



exigeant d'en faire rapport, il devient obligatoire de dénoncer de telles situations.

Cependant, certaines situations peuvent obliger les soignants à recourir à l'utilisation de contentions. Les critères d'utilisation doivent être clairement définis par l'institution, pour un temps limité et sous étroite surveillance. La décision d'utiliser des contentions sera prise à la suite d'une évaluation par l'équipe interdisciplinaire, en consultation avec le résident et la famille. Le processus devra être clairement documenté dans le dossier du résident.

## COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS LA QUALITÉ DE VIE?

La qualité de vie implique confort, bien-être et dignité. Les gérontologues (spécialistes en soins gériatriques) sont d'avis que chacun doit vivre de la façon la plus normale possible. Plus que quiconque, les résidents placés dans des centres de soins de longue durée doivent maintenir des relations avec d'autres personnes tout en gardant le contrôle de leur vie et de leur identité. Être capable de se déplacer et de dialoguer est essentiel pour atteindre ces objectifs.

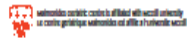
Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à la firme « Independent Production Fund », productrice de « Everyone Wins » de nous avoir autorisés d'adapter leur matériel pour cette brochure. Pour de plus amples renseignements, appelez au 1 800 727-2470.

### CHSLD JUIF DE MONTRÉAL

5725, avenue Victoria, Montréal (Québec) H3W 3H6  
Tél. : 514-738-4500 • Téléc. : 514-738-2611  
[www.chslDJuif.ca](http://www.chslDJuif.ca)

### CENTRE GÉRIATRIQUE MAIMONIDES

5795, avenue Caldwell, Montréal (Québec) H4W 1W3  
Tél. : (514) 483-2121 • Téléc. : (514) 483-1561  
[www.maimonides.net](http://www.maimonides.net)



## EST-CE QUE LES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE RÉALISENT QU'ELLES SONT PLACÉES SOUS CONTENTION ?

Même si une personne a perdu toute capacité de discernement, elle peut quand même savoir qu'elle ne peut pas se libérer de sa chaise, bouger un bras ou se gratter le nez. Ce sont des sensations fondamentales qui demeurent, même après la détérioration de la communication verbale.

En fait, nous savons aujourd'hui que la mémoire d'un événement comportant une composante émotionnelle est plus susceptible de rester en mémoire et de causer de l'anxiété, particulièrement chez les résidents atteints de démence.



## QU'ARRIVE-T-IL LORSQU'UNE INSTITUTION COMMENCE À ÉLIMINER LES CONTENTIONS ?

L'élimination de contentions est un processus très graduel et qui doit être abordé avec beaucoup de prudence. Généralement, une équipe interdisciplinaire de professionnels devra procéder à une observation rigoureuse du résident pendant une bonne période de temps afin de bien le connaître et comprendre ses besoins précis. Cette équipe voudra vous rencontrer pour apprendre le plus de choses possible au sujet de votre parent/e. Elle pourra vous questionner sur les activités quotidiennes de votre parent/e et sur ce qui compte le plus pour lui/elle. Il est possible qu'elle veuille savoir ce qui irrite ou ce qui calme votre parent/e. Elle voudra connaître les centres d'intérêt de votre parent/e. Tous les renseignements que l'équipe obtiendra de vous sur le rythme et les besoins quotidiens de votre parent/e lui permettront de lui administrer les meilleurs soins et lui assurer la meilleure qualité de vie possible.

Le personnel se pose la question suivante : comment garder cette personne en sécurité sans contentions? Des séances de physiothérapie ou d'ergothérapie peuvent être prescrites pour renforcer des muscles qui n'ont pas été utilisés depuis longtemps. Si une personne risque de tomber en voulant sortir toute seule de son lit ou de sa chaise, on peut installer un détecteur de mouvements sur le lit ou la chaise (plutôt que sur la personne) pour envoyer un signal au personnel soignant. Des coussins spéciaux peuvent être utilisés pour une meilleure posture.

En général, si un résident avait été placé sous contention pendant une longue période de temps, celles-ci ne seraient retirées que pour un court laps

de temps au début. Pendant cette période, les membres du personnel devront demeurer tout près du résident pour surveiller ses réactions et agir en conséquence. C'est en prenant tout le temps de l'observer que le personnel pourra anticiper les besoins du résident.

## COMMENT POUVEZ-VOUS NOUS AIDER ?

Les membres de la famille ont un rôle très important à jouer pour empêcher l'utilisation de contentions chez les résidents ou pour les retirer après un certain temps.

**Premièrement**, informez le personnel de tout ce que vous savez sur votre parent/e. Soyez aussi précis que possible. Qu'est-ce que votre parent/e a fait pour gagner sa vie? Quelles étaient ses occupations en semaine et pendant les week-ends? Quels sont les sports ou passe-temps qui l'intéressaient? Quels genres de vêtements aimait-il/-elle porter? Parlez-nous de ses habitudes de sommeil et de ses moments de repas préférés. Est-ce que votre parent/e aime faire une sieste? Prend-il/-elle une collation à des moments précis pendant la journée? Aime-t-il/-elle dormir sous une légère douillette par exemple, ou sous un tas de couvertures? Dort-il/-elle en pyjama ou en sous-vêtement? Comment qualifiez-vous le comportement actuel de la personne?

**Deuxièmement**, si cela vous est possible, passez quelque temps avec nous pendant les premiers jours qui suivent le retrait des contentions. Nous aurons besoin de deux yeux et de deux bras supplémentaires.

**Troisièmement**, soyez franc et ouvert. Si vous appréhendez le retrait des contentions, discutez de vos craintes avec le personnel. Acceptez d'en faire l'essai pour une courte période de temps, même si ce n'est que pour une heure par jour au début.

**Finalement**, célébrez avec le personnel le succès obtenu après le retrait des contentions. Observez le changement de comportement et d'attitude de votre parent/e et partagez vos commentaires avec le personnel.

## EST-CE TOUT CE QUE CELA IMPLIQUE POUR RETIRER DES CONTENTIONS ?

Les besoins et les habiletés des aînés évoluent de jour en jour. Il est possible qu'une stratégie sans contentions qui fonctionne pendant une semaine ait besoin d'être changée pour fonctionner de nouveau la semaine suivante. Soyez ouverts au changement et aidez-nous à relever les défis qui nous attendent.



## Annexe 5 – Guide pour les familles visant des soins de qualité sans contention mission clientèle hospitalière

[Application des mesures de contrôle]  
[PID-CEMTL-00007]

### En cours d'approbation

#### EXISTE-T-IL D'AUTRES MOYENS DE PROTECTION ET DE SÉCURITÉ QUE L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE?

Oui. Il existe de plus en plus de mesures alternatives qui visent à réduire l'utilisation des contentions physiques. Elles offrent au personnel de soins et aux proches de l'utilisateur, des solutions de remplacement à l'application des contentions physiques, tout en maintenant le maximum de protection et de sécurité. Les mesures alternatives peuvent être par exemple: des barres d'appui, une alarme de positionnement, une aide posturale, un environnement adapté, une approche pour anticiper et répondre aux besoins de la personne. Malgré l'efficacité de ces mesures, il est parfois inévitable de maintenir ou de recourir à la contention physique.

#### QUELLE EST LA LIGNE DE CONDUITE RELATIVE AUX CÔTÉS DE LIT?

À moins d'une indication contraire, un seul côté de lit est levé, voir même aucun, et le lit est gardé à la position la plus basse avec les roues barrées. L'infirmière et l'équipe interdisciplinaire procèdent à l'évaluation globale de la personne et planifient les interventions appropriées en conséquence.

#### EST-CE QUE LES CÔTÉS DE LITS SONT NÉCESSAIRES À L'USAGER?

Bien que les côtés de lits aident parfois la personne à se lever, s'asseoir et à se tourner dans le lit et donnent chez certains un sentiment de sécurité, ils comportent des risques tels que :

- Chute si l'utilisateur essaie de passer par-dessus les côtés de lits ;
- Agitation si l'utilisateur se sent emprisonnée ;
- Sentiment d'isolement ou de restriction ;
- Coincer et blesser le résident s'il glisse entre les côtés de lits ou entre le matelas et les côtés de lits ;
- Incontinence ou constipation dues à l'accès restreint à la toilette.

#### QUELLE EST LA LIGNE DE CONDUITE RELATIVE AU RETRAIT D'UNE CONTENTION?

L'utilisation de la contention doit être d'une durée la plus courte possible. L'évaluation des besoins et l'observation rigoureuses de l'utilisateur précèdent toute décision concernant le retrait ou le maintien de la contention.

#### Conséquences psychologiques :

- Peur, anxiété, humiliation, résignation et impuissance ;
- Diminution de l'estime de soi, atteinte à la dignité ;
- Colère, agressivité, agitation.

Ces conséquences peuvent entraîner une diminution de la mobilité et de l'autonomie.

**L'APPLICATION DES MESURES  
DE CONTRÔLE : CONTENTION  
PHYSIQUE**

**UN DERNIER RECOURS POUR LE  
MIEUX-ÊTRE DES PERSONNES  
SOIGNÉES**

**INFORMATIONS À L'INTENTION  
DES PERSONNES HOSPITALISÉES ET  
LEURS PROCHES**

AVRIL 2017

Au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, dans un contexte d'hospitalisation en soins généraux, la dignité, la sécurité et la promotion de l'autonomie des usagers sont au centre de nos préoccupations. Dans cette perspective, dès l'admission de l'usager, ses besoins fondamentaux et son profil d'autonomie sont évalués de sorte à élaborer et un plan d'intervention individualisé et adapté aux enjeux de sécurité et de soins requis par l'usager.

#### QU'EST-CE QU'UNE CONTENTION PHYSIQUE?

La contention est une 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 (ex.: ceinture, tablette...) ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier à un handicap (ex.: retrait du fauteuil roulant, etc.). Elle est utilisée en dernier recours afin d'empêcher l'usager de se blesser ou de blesser une autre personne.

#### EXISTE-T-IL UN PROTOCOLE SUR L'UTILISATION DE LA CONTENTION?

Le protocole « Application des mesures de contrôle » de l'établissement révisé et adopté en 2017, vise la réduction maximale voire l'élimination de l'utilisation de la contention physique, notamment grâce à la promotion et à la mise en application de mesures préventives et de moyens alternatifs.

#### QUAND UTILISE-T-ON UNE CONTENTION?

La contention est une intervention de dernier recours et elle est uniquement utilisée pour empêcher l'usager de se blesser ou de blesser les autres. Avant de recourir à la contention, les membres de l'équipe interdisciplinaire utilisent des moyens alternatifs.

En dernier recours, si la contention est envisagée, elle doit être la moins contraignante possible pour la personne, doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité. Le personnel de soins doit assurer le confort de l'usager et effectuer une surveillance appropriée.

#### QUELLE EST LA LIGNE DE CONDUITE RELATIVE À L'APPLICATION D'UNE CONTENTION?

La contention peut être appliquée par l'infirmière en situation d'urgence. Dans ce cas, une réévaluation de la situation doit être réalisée rapidement, en équipe interdisciplinaire.

La contention peut également être appliquée dans un contexte de risque connu. Dans ce cas, les éléments suivants sont requis :

- une **évaluation et une discussion** avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, incluant les proches et l'usager, si elle peut y participer;
- un **consentement libre et éclairé** de la personne ou de son représentant à la lumière des échanges entourant les risques et effets indésirables de l'application d'une contention ;
- une **surveillance et une réévaluation régulières**.

En tout temps, un refus catégorique de la personne est respecté. L'usager ou son proche ont le droit de retirer leur consentement à tout moment.

#### QUELS SONT LES IMPACTS POUR L'USAGER LORS DE L'UTILISATION D'UNE CONTENTION PHYSIQUE?

L'utilisation des contentions a pour unique fonction d'assurer la sécurité et la protection de l'usager et des personnes qui l'entourent. Toutefois, nous savons que cette mesure peut entraîner des conséquences sur le plan physique et psychologique, tels que:

##### *Conséquences physiques :*

- Perte de force musculaire ;
- Diminution de l'équilibre ;
- Fragilité des os ;
- Blessures liées à l'application de la contention.

#### EST-CE QUE LA CONTENTION PHYSIQUE AIDE À DIMINUER L'AGITATION, LE RISQUE DE CHUTE ET DE BLESSURE DE LA PERSONNE?

L'efficacité des contentions pour réduire les risques de chutes, de blessures, d'errance, d'agitation et d'agressivité est discutable. Généralement, il y a plus de conséquences pour la personne soignée que de bénéfiques, d'où la préoccupation de l'équipe d'y avoir recours, seulement si la situation l'exige, comme solution temporaire, pour une courte période.

#### EST-CE QUE L'UTILISATION D'UNE CONTENTION PHYSIQUE DIMINUE LA CHARGE DE TRAVAIL DES INTERVENANTS?

Non. Au contraire, l'utilisation d'une mesure de contrôle exige une surveillance et une vigilance accrues par le personnel de soins.

Le personnel doit assurer le confort de l'usager et répondre à ses besoins, tels qu'être rassurée, boire, manger, aller à la toilette.

#### COMMENT PUIS-JE AIDER MON PROCHE QUI A UNE CONTENTION PHYSIQUE?

Les visites des proches sont d'excellentes occasions pour laisser la personne libre de marcher ou libre de contention physique. Leur présence est fortement encouragée. Les familles aident aussi le personnel à comprendre les réactions de leur proche contraint par la contention physique et à rechercher des moyens d'aménager l'environnement et l'équipement autrement afin d'atténuer les risques d'inconfort, de complications, de blessures sans contention ou avec une contention physique minimale.

## Annexe 6 – Les mesures de contrôle : contention et isolement Information à l'intention des usagers vivant à domicile et de leurs proches En cours d'approbation

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal  
**Québec**

**Les mesures de contrôle : contention physique  
et isolement**  
Informations à l'intention des usagers vivant à  
domicile ou de leurs proches

**Mission soutien à domicile**  
- Direction du soutien à l'autonomie des personnes  
âgées (DSAPA) - volet soutien à domicile  
- Direction de la déficience intellectuelle du  
Troubles du spectre de l'autisme et de la  
déficience physique (DI-TSA-DP)

### Qu'est qu'une contention physique ?

La contention est une 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 (ex. : ceinture, tablette, côtés de lit...) ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier à un handicap (ex. : retrait du fauteuil roulant, etc.). Elle est souvent utilisée dans les situations pour prévenir les chutes, contrôler l'agressivité, réaliser des soins et empêcher la personne de se blesser ou de blesser autrui.

### Existe-t-il des lois ou règlements sur l'utilisation de la contention physique ?

Le respect de la personne, de ses droits fondamentaux de liberté, de ses valeurs les plus intimes, de sa dignité et de son autonomie se retrouvent au cœur même des lignes directrices de la politique de notre établissement.

Les Chartes des droits et liberté canadienne et québécoise, le Code civil du Québec, le Code criminel et la Loi sur les services de santé et les services sociaux tracent ces lignes directrices qui sont :

- ♦ De faire de la contention une mesure d'exception, temporaire, dans le but de protéger l'utilisateur;
- ♦ D'utiliser l'approche qui sera la moins contraignante possible pour l'utilisateur;
- ♦ D'obtenir le consentement de l'utilisateur ou de son représentant;
- ♦ D'assurer la sécurité de l'utilisateur en tout temps lors de l'application de la contention, et ce, avec une supervision attentive;
- ♦ De réévaluer régulièrement la situation de l'utilisateur;
- ♦ De privilégier une approche interdisciplinaire.

### Est-ce que la contention physique a des impacts sur l'utilisateur ?

La littérature nous rapporte des effets physiques et psychologiques négatifs sur l'utilisateur. Les risques potentiels à l'utilisation de contentions sont :

- ♦ Complications suite à l'immobilité tel que le développement de plaies;
- ♦ Perte de dignité, perte de l'estime de soi, dépression;
- ♦ Agitation (peur, colère), agressivité, augmentation de la confusion;
- ♦ Incontinence ou constipation;
- ♦ Infections (ex. : pneumonie);
- ♦ Risque de suffocation pouvant entraîner la mort.

Bien que requises dans certaines situations, les contentions n'éliminent pas les risques de chutes ou de blessures et dans certains cas, elles peuvent même les conduire à des conséquences plus graves pour l'utilisateur.

La mobilité et l'autonomie permet à la personne de garder sa dignité et de profiter d'une meilleure qualité de vie.

Dans le cas des usagers avec des troubles cognitifs (démence), même si une personne a perdu toute capacité de discernement, elle peut quand même savoir qu'elle ne peut pas se libérer de sa chaise, bouger un bras ou se gratter le nez. Ce sont des sensations fondamentales qui demeurent, même après la détérioration de la communication verbale.

## Annexe 7 - Guide pour les familles visant des soins de qualité sans contention mission clientèle santé mentale

En cours d'approbation

### L'application des mesures de contrôle

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a la préoccupation d'assurer aux usagers des soins et des services de qualité et sécuritaires, dispensés dans le respect des personnes.

Sans que cela soit fréquent, il se peut que certaines personnes venues consulter ou qui sont admises dans nos services présentent, bien malgré elles, des comportements qui mettent à risque leur santé et leur intégrité. Le personnel est formé et possède les habiletés nécessaires afin d'intervenir auprès d'elles et de les accompagner dans un moment intense et difficile.

Diverses stratégies d'aide et de soutien seront alors mises en place afin d'assurer la sécurité de tous. Ces stratégies sont basées sur une approche de relation d'aide où la communication empreinte d'empathie et de respect permet de rassurer la personne et d'apaiser ses tensions.

Cependant, dans de rares situations, alors que la personne en détresse est incapable de répondre à ces interventions et qu'elle en vient à représenter un danger pour elle-même ou les autres, des stratégies plus encadrantes sont mises en place. Ultimement, les intervenants de l'équipe interdisciplinaire pourraient avoir à décider de l'application de mesures de contrôle. On compte parmi les mesures de contrôle, les contentions physiques et l'isolement.



L'isolement consiste à retirer la personne dans une salle destinée à assurer sa sécurité et à favoriser le retour au calme.

Une fois installée en salle d'isolement, la personne bénéficiera du soutien d'un intervenant qui poursuivra la communication thérapeutique. Advenant le cas où la dangerosité persiste malgré les interventions, il se pourrait que la personne soit contentionnée au lit afin d'assurer sa sécurité. L'isolement, avec ou sans contention physique, constituent ce que nous appelons des «de contrôle».

L'application des mesures de contrôle est prévue et étroitement balisée par la Loi. Un protocole strict de l'application est disponible dans chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux où ce type de mesure peut être utilisé.

Les mesures de contrôle font l'objet d'une surveillance et d'un suivi étroits par l'infirmière et elles ne sont utilisées qu'en dernier recours alors que toutes les autres alternatives ou mesures de remplacement effectuées auprès de la personne ont échoués et que celle-ci présente une dangerosité imminente de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.

Les mesures de contrôle sont appliquées de façon minimale, pour une courte durée et elles doivent cesser dès le moment où la personne retrouve le contrôle de ses comportements et de ses émotions et que le danger n'est plus présent.

Au terme de l'application d'une mesure de contrôle, la personne sera rencontrée afin de procéder à un retour sur la situation, de la rassurer et d'élaborer avec elle des moyens ou des stratégies afin d'éviter la répétition d'une situation semblable.

Le personnel de soins ainsi que votre médecin demeurent à votre disposition afin de répondre à vos préoccupations et à vos questions concernant l'application des mesures de contrôle.

## **Annexe 8 - 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**

- 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, cadre, 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;
- 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).

### **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
- Adopter une routine qui tient compte des habitudes de vie antérieure et des choix individuels (sommeil, alimentation, soins d'hygiène, etc.);
- 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;
- 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);
- 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).

### **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);
- 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;
- 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 usager;
- Intégrer un proche / représentant légal dans les activités de loisirs;

## **Annexe 9 - 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'usager 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'usager**

#### *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'usager 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 10 - Demande de consentement à une mesure de contrôle au curateur**



**Demande de consentement à une mesure de contrôle  
 Contention et isolement**

Identification			
<b>Personne concernée</b>			
Nom		Prénom	
N° de dossier au Curateur public		Date de naissance aaaa-mm-jj	
<b>Personne qui rédige la demande</b>			
Nom		Prénom	
Établissement			
Téléphone	Poste	Télécopieur	
<b>Personne à qui le Curateur public doit retourner le consentement</b>			
<input type="checkbox"/> Demandeur			
Nom		Prénom	
Établissement			
Téléphone	Poste	Télécopieur	
<b>Aptitude à consentir et opinion de la personne concernée</b>			
<b>Aptitude de la personne à consentir à la mesure faisant l'objet de cette demande</b>			
La personne : <input type="checkbox"/> est jugée apte à consentir ou à refuser cette mesure.			
<input type="checkbox"/> est jugée inapte à consentir ou à refuser cette mesure.			
Raison : _____			
<b>Échange d'information avec la personne jugée inapte à consentir</b>			
La personne : <input type="checkbox"/> a été informée dans le respect de ses capacités de communication; elle :			
<input type="checkbox"/> a exprimé son accord.		<input type="checkbox"/> a exprimé son indifférence.	
<input type="checkbox"/> a exprimé des réserves.		<input type="checkbox"/> s'en remet à la décision des experts.	
<input type="checkbox"/> a exprimé un refus catégorique.			
<input type="checkbox"/> n'a pas été informée.			
Raison : _____			
<b>Mesure proposée</b>			
<b>Raisons nécessitant le recours à une mesure de contrôle (décrire le comportement ou les pathologies)</b>			

## Annexe 11 - 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.

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, 1995<sup>3</sup>, Villeneuve, 2005<sup>4</sup>, AFSSPS, 2006<sup>5</sup>). 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 ou demi-ridelle, ne sont pas considérés 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.

De plus, les côtés de lit ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle lorsqu'ils sont remontés 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 2005<sup>6</sup> 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.

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.

<sup>3</sup> 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](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.

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

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Gouvernement du Québec. 2005. Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle. Québec : Direction des communications du MSSS.

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 restrictive<sup>7</sup> 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.

---

<sup>7</sup> 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 12 - 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, tels le droit à la vie, à l'invulnérabilité 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'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'usager 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'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° l'usager 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'usager 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 13 - Guide pour le retour post-situationnel

Suite à l'application des mesures de contrôle, un retour post-situationnel doit être effectué avec l'usager 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 postsituationnel 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 14 - Les contentions physiques autorisées

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
<b>Sangle pelvienne</b>	Annexe 14.1	Sangle pelvienne cousiné en mousse, boucle à déclenchement rapide	<b>POSEY/ 4430S</b> <b>POSEY/ 4430M</b> <b>POSEY/ 4430L</b>	<b>Produit discontinué</b>	<b>Produit toujours autorisé. Pour prochains achats, se référer à la gamme de produit commençant par PFR (voir no 4.1.2)</b>
		Contention pelvienne ratine a/mousse coussinée avec attache à relâchement rapide	<b>BELPRO/PFR-53S-QR</b> (rouge) (petit) <b>BELPRO/PFR-57M-QR</b> (vert) moyen) <b>BELPRO/PFR-61L-QR</b> (jaune) (large)	<b>9600000145</b> <b>9600000146</b> <b>9600000147</b>	<b>Aucune restriction d'utilisation</b>
		Breezeline, boucle à déclenchement rapide	<b>POSEY/4427M</b> <b>POSEY/4427L</b>	<b>Produit discontinué</b>	<b>Produit toujours autorisé. Pour prochains achats, se référer à la gamme de produit commençant par PM (voir no 14.1.4)</b>
		Contention pelvienne tissu filet	<b>BELPRO/PM-53S-QR</b> (rouge) (petit) <b>BELPRO/PM-57M-QR</b> (vert) moyen) <b>BELPRO/PM-61L-QR</b> (jaune)(large)	<b>9660001625</b> <b>2000033249</b> <b>2000033250</b>	

**Annexe 14 - Les contentions physiques autorisées (suite)**

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
<b>Ceinture aux hanches</b>	Annexe 14.2.A	Ceinture à 2 points d'attaches (régulière) 	<b>Accessoire standard à l'achat du fauteuil.</b> Choix de boucle selon le modèle : touche à verrouillage métallique (auto) ou ouverture latérale plastique		
	Annexe 14.2.B	Ceinture en Y pour fauteuil gériatrique 	<b>PHYSIPRO/ SC7589</b>	<b>3000006783</b>	
		Ceinture de hanche à 2 points d'ancrage boucle auto (Bodypoint)	<b>BODYPOINT/ HB205 S –B1 (Petit)</b>  <b>BODYPOINT/ HB205 M –B1 (Moyen)</b>  <b>BODYPOINT/ HB205 L –B1 (Large)</b>	<b>9600001487</b>  <b>9600001488</b>  <b>9600001489</b>	
		Ceinture de hanche à 4 pts d'ancrage boucle auto (Bodypoint)	<b>BODYPOINT/ HB405 S-A1 (Petit)</b>	<b>9600001490</b>  <b>9600001491</b>	

			<b>BODYPOINT/ HB405 M-A1 (Moyen)</b>	<b>9600001549</b>	
			<b>BODYPOINT/ HB405 L-A2 (Large)</b>		
		Couvre-boucle pour ceinture petit-moyen-large Bodypoint standard (push button)	<b>BODYPOINT/ FS018C-1</b>	<b>9600000320</b>	
		Clé de déverrouillage pour couvre-boucle pour ceinture body point)	<b>BODYPOINT/ BMR20</b>	<b>9600000869</b>	

**Annexe 14 - Les contentions physiques autorisées (suite)**

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
<b>Contention de poignet</b>	Annexe 14.3	Contention - attache membre poignet ou cheville adulte	<b>BELPRO/</b> LHE-123	<b>2000017337</b>	À usage exclusif des soins intensifs
		Contention de poignets bleue avec attache à relâchement rapide	<b>POSEY/</b> 2790Q	<b>2000014860</b>	À usage pour les unités de soins hospitalières en santé physique (HMR et HSCO) et unités de soins associés à la DSAPA
		Contention de poignet en cuir	<b>POSEY/</b> 2206	<b>2000033254</b>	À usage exclusif pour l'urgence de HSCO. Révision des pratiques professionnelles en cours.
		Contention poignet/ cheville PINEL Qté : 1	<b>PINEL/</b> 1004	<b>2000016054</b>	Produit toujours autorisé pour la chambre d'isolement à l'urgence de HMR. Révision des pratiques professionnelles en cours.
		Ensemble de contentions poignets reliées par une bande unique fixée au lit (attache combinée velcro et serrure)	<b>POSEY/</b> S27947	<b>2000056918</b>	INCLUS 4 CLES EXTRA
		Clé universelle pour contention Posey poignet et cheville	<b>POSEY/</b> 1072	<b>9600001624</b>	RÉFÉRER AU CODE GRM: 2000056918 ET 9600001623

		Paire de contention au poignet en cuir rembourrée en mousse, avec verrou	<b>Human Restraint/ WAL-501 (15'')</b>	<b>Produit discontinué</b>	<b>Produit toujours autorisé pour les chambres d'isolement à l'IUSMM. Révision des pratiques professionnelles en cours.</b>
		Sangles(4) de cuir avec verrou (attaches au lit)	<b>Human Restraint/ BL-148</b>	<b>Produit discontinué</b>	<b>Produit toujours autorisé pour les chambres d'isolement à l'IUSMM. Révision des pratiques professionnelles en cours.</b>
		Contention au poignet en cuir et rembourrée en mousse, <b>avec verrou</b>	<b>Human Restraint/ AAL501 XLOD (19'')</b>	<b>Produit discontinué</b>	<b>Produit toujours autorisé pour les chambres d'isolement à l'IUSMM. Révision des pratiques professionnelles en cours.</b>
		Contention en cuir pour civière, <b>avec verrou</b>	<b>Human Restraint/ BL136</b>	<b>Produit discontinué</b>	<b>Produit toujours autorisé pour les chambres d'isolement à l'IUSMM. Révision des pratiques professionnelles en cours.</b>



**Annexe 14 - Les contentions physiques autorisées (suite)**


Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
		Contention en cuir pour civière, avec verrou	Human Restraint/ BL172	Produit discontinué	Produit toujours autorisé pour les chambres d'isolement à l'IUSMM. Révision des pratiques professionnelles en cours.
<b>Contention de cheville</b>	Annexe 14.3	Contention - attache membre poignet ou cheville adulte	<b>BELPRO/</b> LHE-123	<b>2000017337</b>	À usage exclusif aux unités des soins intensifs (HMR ET HSCO)
		Contention de chevilles rouge avec attache à relâchement rapide	<b>POSEY/</b> 2791Q	<b>2000014811</b>	À usage pour les unités de soins hospitalières en santé physique (HMR et HSCO) et unités de soins associés à la DSAPA
		Contention de cheville en cuir	<b>POSEY/</b> 2207	<b>2000033253</b>	À usage exclusif pour l'urgence de HSCO. Révision des pratiques professionnelles en cours.
		Contention poignet/ cheville PINEL Qté : 1	<b>PINEL/</b> 1004	<b>2000016054</b>	Produit toujours autorisé pour la chambre d'isolement à l'urgence de HMR. Révision des pratiques

					<b>professionnelles en cours.</b>
		Ensemble de contentions cheville reliée par une bande unique fixée au lit (attache combinée velcro et serrure)	<b>POSEY/ S27957</b>	<b>9600001623</b>	<b>INCLUS 4 CLES EXTRA</b>
		Paire de contention à la cheville en cuir rembourrée en mousse, avec verrou	<b>Human Restraint/ AAL-501</b>	<b>Produit discontinué</b>	<b>Produit toujours autorisé pour les chambres d'isolement à l'IUSMM. Révision des pratiques professionnelles en cours.</b>

**Annexe 14 - Les contentions physiques autorisées (suite)**

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
<b>Ceinture magnétique et accessoires</b>	Annexe 14.4	Ceinture magnétique de contention Pinel	<b>PINEL/</b> Taille régulière : 1001 <b>PINEL/</b> Taille petite : 1001P <b>PINEL/</b> Taille XL : 1001XL	<b>2000013697</b> <b>2000014921</b> <b>2000016864</b>	<b>Comprend 1 ceinture de taille, 2 sangles de positionnement latéral, 3 boutons tiges et 2 clés magnétiques</b>
		Rallonge de bande de taille pour contention Pinel	<b>PINEL/</b> 1002	<b>2000016866</b>	
		Bretelle de contention Pinel	<b>PINEL/</b> 1003	<b>9600001550</b>	
		Courroie pelvienne pour contention Pinel	<b>PINEL/</b> 1011	<b>9600001551</b>	
		Clé magnétique ceinture Pinel	<b>PINEL/</b> 1005	<b>2000014217</b>	
		Bouton-tige pour contention Pinel	<b>PINEL/</b> 1006	<b>2000014900</b>	
		Bouton pour contention Pinel	<b>PINEL/</b> 1006A	<b>2000033281</b>	
		Tige pour contention Pinel	<b>PINEL/</b> 1006B	<b>9600001553</b>	

**Annexe 14 - Les contentions physiques autorisées (suite)**

Matériel	Fiche d'utilisation	Modèles de produit autorisés	Fabricant/ Code	Code GRM	Commentaires
<b>Contention bretelle (sangle d'épaule) sur civière</b>	Annexe 14.5	Contention bretelle (sangle d'épaule) PINEL 	<b>PINEL/ 1008</b>	<b>2000016053</b>	
<b>Mitaines</b>	Annexe14.6	Mitaine double rembourrage avec ouverture pour surveillance des doigts Posey peek-a-boo	<b>POSEY/2811</b>	<b>9600000339</b>	
		Mitaine de protection avec séparateur de doigts et dessus en filet	<b>BELPRO/LMM-817</b>	<b>2000014957</b>	
		Mitaines ez-on, avec dos en tissu à maille	<b>POSEY/2817</b>	<b>Produit discontinué</b>	<b>Produit toujours autorisé. Pour prochains achats, se référer au produit commençant par LMM</b>
<b>Ridelles de lit et de civière</b>	Annexe 14.7	Selon le modèle de lit/ civière choisi	Se référer au modèle choisi		<b>Pour les lits Umano, il est obligatoire de munir les côtés de lits de housses si l'usage est combiné avec l'utilisation de la ceinture magnétique Pinel</b>

		Housse de côté de couvre-ridelles pour lit médical Ook snow d'Umano	DM64515-TRI	<b>2000051456</b>	
--	--	---	-------------	-------------------	--



### Annexe 14.1 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 saillies 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 14.2A 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 14.2B CEINTURE AUX HANCHES – CEINTURE Y

### **BUT(S) VISÉ(S)**

- Réduire les risques de chute.

### **CONTRE-INDICATIONS**

- Équipement dont l'usage est proscrit pour une clientèle ayant subi une chirurgie à la région abdominale ou inguinale.
- Équipement compatible avec une base roulante de type fauteuil gériatrique seulement.

### **PARTICULARITÉS / PRÉCAUTIONS**

- À prime abord, les ceintures de sécurité dont l'attache est située à l'avant donc accessible par l'utilisateur lui-même, ne sont pas conçues dans un but de contention, mais pour bien pour des motifs de sécurité en transport ou de positionnement. Par ailleurs, une rigueur d'ajustement et de surveillance est aussi requise dans un cas comme dans l'autre.
- Toutes les parties de la ceinture en contact avec les segments corporels de l'utilisateur doivent épouser le corps mais en permettant le passage de l'épaisseur d'une main à plat entre le segment du corps et l'attache mais sans plus.
- Si l'intervenant à recours à la fonction d'inclinaison du fauteuil gériatrique, il faut prévoir réajuster la longueur des attaches lorsque l'utilisateur est basculé vers l'arrière et à nouveau les raccourcir lorsqu'on le redresse sinon quoi, la tension des attaches pourraient susciter de l'inconfort pour le client ou encore une inefficacité au plan de la sécurité.

### **ÉQUIPEMENT – PIÈCES CONSTITUANT LA CONTENTION PHYSIQUE**

- (2) parties fixées à la structure fixes du fauteuil gériatrique.

### **MODE D'APPLICATION (INSTRUCTIONS DU FABRICANT)**

- Capsule vidéo en développement. Disponibilité sur intranet du CEMTL sous peu.

### Annexe 14.3 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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> 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 clamper : 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 14.4 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.
- 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 14.5 Contention bretelle-sangle d'épaule sur civière



#### BUT(S) VISÉ(S)

- Limiter la liberté de mouvement du patient agité qui présente un risque pour sa sécurité ou pour celle d'autrui.
- Immobiliser les épaules du patient agité pour l'empêcher de surélever le tronc ou de s'asseoir.

#### CONTRE-INDICATIONS

- Non applicable

#### PARTICULARITÉS / PRÉCAUTIONS

- L'utilisation de la contention bretelle de marque Pinel® est seulement autorisée à l'urgence et en santé mentale.
- Une distance de 10 cm (4 pouces) doit être maintenue entre un stimulateur cardiaque et le bouton ou la clé magnétique.
- Une clé magnétique doit toujours être gardée à un endroit connu et accessible en tout temps et une autre près du patient, mais hors de sa portée.
- Il faut minimalement 5-6 intervenants lors de l'installation de la contention bretelle de marque Pinel® afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur.
- Lors d'une situation d'agressivité ou d'agitation, le personnel est à risque d'être atteint par des liquides biologiques (tel que les crachats) ou d'être mordu. Il est donc recommandé de se protéger en portant l'équipement de protection requis
- Placer la tête de la civière à 30 degrés pour éviter l'aspiration bronchique
- Installer les contentions de poignets et chevilles au préalable

### **ÉQUIPEMENT – PIÈCES CONSTITUANT LA CONTENTION PHYSIQUE**

- 1 contention bretelle (sangle d'épaules) de marque Pinel®.
- 1 tige en laiton Pinel®.
- 1 bouton magnétique Pinel®.
- 1 clé magnétique

### **MODE D'APPLICATION (INSTRUCTIONS DU FABRICANT)**

- Voir technique de soins 12.8 de l'HMR

#### **Annexe 14.6 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).

### Matériel 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.



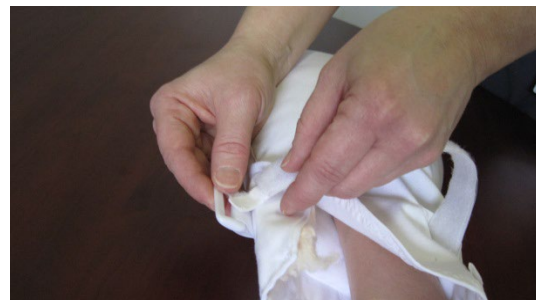
### Technique d'installation des mitaines

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 14.7 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 15 - Formulaire de soins et surveillance**

Révision en cours

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

## Annexe 16 - Table des matières

NOTE IMPORTANTE AU LECTEUR.....	1
CONTEXTE .....	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 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 concernés .....	3
Intervenants professionnels et non professionnels.....	3
Comité interdisciplinaire sur la prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle.....	3
Les personnes habilitées à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle.....	4
Les personnes habilitées à appliquer une mesure de contrôle .....	4
Les personnes autorisées à contribuer aux soins et à la surveillance lors de l'application d'une mesure de contrôle .....	4
Consentement.....	5
Refus ou retrait du consentement de la personne apte à consentir .....	5
Consentement par le Curateur public.....	5
Refus du représentant de l'utilisateur inapte à une mesure de contrôle .....	5
Refus injustifié du représentant de l'utilisateur .....	6
Refus catégorique de la personne jugée inapte à consentir.....	6
OBJECTIFS.....	6
DÉFINITIONS.....	7
CONDITION(S) D'INITIATION .....	8
MÉTHODES ET PROCÉDURES .....	8
• Philosophie d'intervention.....	8
• Principes directeurs.....	9
• Dimensions éthique, juridique, déontologique et clinique.....	9
• Dimension éthique .....	9
• Dimensions juridique et déontologique.....	10

- Dimension clinique ..... 11
- Types de mesures de contrôle autorisés ..... 13
- Les contentions physiques autorisées ..... 13
- Mesures de contentions chimiques autorisées ..... 13
- Mesures d'isolement autorisées ..... 13
- Les mesures de contrôle proscrites ..... 13
- Demande de dérogation à l'application du protocole et à l'utilisation des mesures proscrites ..... 13
- Le processus décisionnel interdisciplinaire ..... 14
- Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée ..... 15
- Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention non planifiée (situation d'urgence) ..... 17
- Les soins à prodiguer et les modalités de surveillance ..... 17
- La surveillance ..... 18
- Les soins ..... 18
- Mettre fin définitivement à l'utilisation des mesures de contrôle ..... 19
- Les particularités d'application clinique en fonction des missions clientèles..... 19
- ✓ Particularités pour la mission clientèle HÉBERGEMENT (CLIENTÈLE PERSONNES ÂGÉES) ..... 19
- ✓ Particularités pour la mission CLIENTÈLE HOSPITALIÈRE : SOINS AIGUS ET SOINS CRITIQUES..... 19
- ✓ Particularités pour la mission clientèle JEUNESSE ..... 20
- ✓ Particularités pour la mission clientèle en SANTÉ MENTALE (INCLUANT LES UNITÉS SPÉCIFIQUES I-II ET III LOCALISÉES EN CHSLD) ..... 21
- ✓ Particularités pour la mission clientèle au DOMICILE (INCLUANT LES DIRECTIONS PROGRAMME SAPA ET DI-TSA-DP) ..... 22
- INSCRIPTION AU DOSSIER ..... 24
- INDICATEURS DE QUALITÉ ..... 25
- OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 27
- ÉLABORATION ..... 28
- APPROBATION ..... 30



## 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 et consentement de l'utilisateur
Annexe 4	Guide pour les familles visant des soins de qualité sans contention Mission clientèle hébergement
Annexe 5	Guide pour les familles visant des soins de qualité sans contention Mission clientèle hospitalière
Annexe 6	Les mesures de contrôle : contention et isolement Information à l'intention des usagers vivant à domicile et de leurs proches
Annexe 7	Guide pour les familles visant des soins de qualité sans contention Mission clientèle santé mentale
Annexe 8	Suggestions de mesures de remplacement
Annexe 9	Risques et effets néfastes des mesures de contrôle
Annexe 10	Demande de consentement à une mesure de contrôle au curateur
Annexe 11	Balises supplémentaires pour guider l'analyse en fonction du but visé
Annexe 12	Extraits législatifs
Annexe 13	Guide pour le retour post-situationnel
Annexe 14	Les contentions physiques autorisées
Annexe 15	Formulaire de soins et de surveillance
Annexe 16	Table des matières