

**Titre : PROCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE
(CONTENTIONS PHYSIQUES ET ISOLEMENT)**

Rédigé par le groupe de travail composé de la conseillère cadre à l'hébergement, la directrice des services multidisciplinaires, la directrice de l'hébergement, d'un ergothérapeute, d'une thérapeute en réadaptation physique, d'une chef d'unités de vie et d'un physiothérapeute du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

Révisé par le groupe de travail composé de la directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles, le directeur de l'hébergement, le directeur adjoint de l'hébergement, la directrice de la qualité, une chef d'unités de vie, une conseillère cadre en soins infirmier, une conseillère cadre en gestion des risques et une conseillère en milieu de vie et soutien clinique du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

Adopté par le conseil d'administration le 29 janvier 2008
Résolution n° CSSS34-R388-08

Date d'entrée en vigueur : 21 octobre 2008
Date de révision : 2013-04-30

Professionnels visés :

- Ergothérapeutes
- Infirmiers et infirmières
- Médecins
- Physiothérapeutes

Référence à une règle de soins, ordonnance collective, protocole ou à une procédure :

Non Oui _____

Secteurs d'activités visés:

Sites :

CLSC : de Saint-Michel de Saint-Léonard
Centres d'hébergement : de Saint-Michel des Quatre-Temps des Quatre-Saisons
Ressource non-institutionnelle : UTRF¹ Navarro RI² Lacordaire RTF³, RA⁴
 RPA⁵

CLIENTÈLE VISÉE

Résidents des centres d'hébergement du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, la clientèle du soutien à domicile et du centre de jour et les ressources non institutionnelles.

¹ Unité transitoire de récupération fonctionnelle

² Résidence intermédiaire

³ Ressources de type familial sur le territoire du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel

⁴ Résidences d'accueil sur le territoire du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel

⁵ Résidences pour personnes âgées sur le territoire du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel

PROFESSIONNELS VISÉS

- Ergothérapeutes
- Infirmiers et infirmières
- Médecins
- Physiothérapeutes

PROCÉDURE

Se référer au protocole «*Protocole d'application des mesures de contrôle (contentions physiques et isolement)*» que nous joignons en annexe.

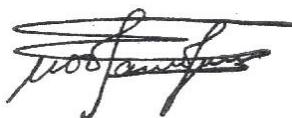
TABLEAU DES ANNEXES

Annexe 1	Protocole d'application des mesures de contrôle (contentions physiques et isolement)
----------	--

Approbation : Janvier 2008



Johanne Maître
Directrice des soins infirmiers par intérim

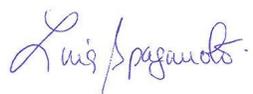


Christian Lauriston, médecin
Directeur des services professionnels

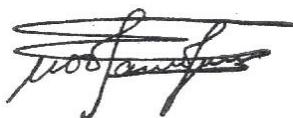


Claire Gagnon, médecin
Présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Approbation : 30 avril 2013



Lina Spagnuolo
Directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles



Christian Lauriston, médecin
Directeur des services professionnels



Nan Li
Présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens



PROTOCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE (CONTENTIONS PHYSIQUES ET ISOLEMENT)

Adopté par le Conseil d'administration à sa séance du 29 janvier 2008
Résolution n° : CSSS34-R388-08

Adopté par le comité de direction le 19 mars 2013

Adopté par le Conseil d'administration le 26 mars 2013
Mise à jour 30 avril 2013

GRUPE DE TRAVAIL (2013)

Alexandre Barradas, directeur adjoint	Direction de l'hébergement
Carole Dagenais, conseillère-cadre	Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles
Cassandra François, conseillère en milieu de vie et soutien clinique à l'hébergement	Direction de l'hébergement
Guylaine Lalime, directrice	Direction de la qualité
Line Lemieux, chef d'unités de vie	Direction de l'hébergement
Michel Lévesque, directeur	Direction de l'hébergement
Lina Spagnuolo, directrice	Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles
Nathalie Trastour, conseillère cadre	Direction de la qualité

Consultantes externes

Marise Dion, infirmière clinicienne
Monique Giguère, conseillère en soins infirmiers
Sylvie Mercier, ergothérapeute

GRUPE DE TRAVAIL (2008-2009) (MODALITÉS D'APPLICATION EN CENTRES D'HÉBERGEMENT)

Carole Dagenais, conseillère-cadre	Direction des soins infirmiers
Guylaine Lalime, directrice	Direction des services multidisciplinaires
Johanne Maître, directrice	Direction de l'hébergement
Collaboration de plusieurs intervenants de la Mission Hébergement	

GRUPE DE TRAVAIL (2007-2008)

Carole Dagenais, conseillère-cadre	Direction des soins infirmiers
Guylaine Lalime, directrice	Direction des services multidisciplinaires
Johanne Maître, directrice	Direction de l'hébergement
Sylvie Mercier, ergothérapeute	Direction des services aux personnes en perte d'autonomie et Direction de l'hébergement
Sonia Paquette, trp	Direction de l'hébergement
Nicole Patry, chef d'unité de vie	Direction de l'hébergement
Michel St-Amand, physiothérapeute	Direction des services aux personnes en perte d'autonomie

Coordination et rédaction

Danielle Desnoyers, conseillère externe

HISTORIQUE DU DOCUMENT

INSTANCE	DATE
Document de travail – version 1	2007-09-13
Document de travail – version 2	2007-10-10
Comité de direction	2008-01-22
Conseil d'administration	2008-01-29
Agence de Montréal	2008-02-18
Révision	2013-03-13
Comité de direction	2013-03-19
Conseil d'administration	2013-03-26

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1 - PRINCIPES DIRECTEURS ET CADRE D'APPLICATION DU PROTOCOLE.....	6
CONTEXTE.....	7
CADRE LÉGAL	7
ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES	7
ORIENTATIONS DU CSSS DE SAINT-LÉONARD ET SAINT-MICHEL.....	8
OBJECTIFS	8
PRINCIPES ÉTHIQUES	9
PRINCIPES CLINIQUES.....	9
DÉFINITIONS.....	10
INDICATIONS	12
INDICATIONS	12
CONTRE-INDICATIONS	12
CONTEXTES D'APPLICATION	12
ENVIRONNEMENT	12
PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	13
PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER	13
APPROCHE PARTICIPATIVE ET PRATIQUE EN INTERDISCIPLINARITE	13
LES AUTRES INTERVENANTS	14
DIRECTION RESPONSABLE DU DOSSIER (DSI-PP)	14
DIRECTIONS CLINIQUES (DH-DSPPA).....	14
DIRECTION DE LA QUALITE (DQ)	14
DIRECTION GENERALE.....	15
CONSEIL D'ADMINISTRATION	15
CONSENTEMENT	16
OBLIGATION	16
CARACTÉRISTIQUES DU CONSENTEMENT	16
PERSONNES AUTORISÉES À CONSENTIR / VALIDITÉ DU CONSENTEMENT.....	17
DROIT DE REFUS	17
REFUS CATÉGORIQUE	17
DIVERGENCE D'OPINIONS ENTRE LES PROCHES ET L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE.....	18
SOUTIEN À LA PRISE DE DÉCISION POUR LES SITUATIONS COMPLEXES OU LITIGIEUSES	18
ANNEXE 1 : TEXTES DE LOIS PERTINENTS	19
CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE	19
CHARTRE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS	19
CODE CIVIL DU QUÉBEC	19
LOIS SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX ET LOIS MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS.....	20
CHAPITRE 2 - LA DÉMARCHE CLINIQUE	22
DÉMARCHE CLINIQUE	23
MODÈLE CONCEPTUEL DE J. KAYSER-JONES	23
CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE (URGENTE)	24
CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE	24
ANNEXE 1 : ILLUSTRATION DE LA DEMARCHE CLINIQUE	27
EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT.....	27
À DOMICILE	28

CHAPITRE 3 - PRIORITÉ AUX MESURES DE REMPLACEMENT	29
ALTERNATIVE À LA MESURE DE CONTRÔLE.....	30
ANNEXE 1 : AIDE-MÉMOIRE	32
ANNEXE 2 : GRILLE D'OBSERVATION LORS DE L'UTILISATION DES MESURES DE REMPLACEMENT ÉLECTRONIQUES	33
ANNEXE 3 : GRILLE DE CONTRÔLE DE QUALITÉ DU SYSTÈME DE REMPLACEMENT ÉLECTRONIQUE	35
CHAPITRE 4 - MODALITÉS D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE	37
APPROCHE PARTICIPATIVE ET DÉMARCHE INTERDISCIPLINAIRE.....	38
ÉVALUATION INTERDISCIPLINAIRE.....	38
CONTEXTES D'INTERVENTION	39
PRÉSENCE DE CONTENTION À L'ADMISSION	39
INTERVENTION NON PLANIFIÉE (URGENCE).....	39
INTERVENTION PLANIFIÉE	39
LISTE DES MESURES DE CONTRÔLE	41
CONSENTEMENT	42
NIVEAU DE RESPONSABILITES SELON LES CHAMPS D'EXERCICE	43
APPLICATION ET SURVEILLANCE.....	47
RÉÉVALUATION DE LA MESURE DE CONTRÔLE.....	49
NOTES AU DOSSIER	50
SUIVI DES INDICATEURS.....	51
ANNEXE 1 : ÉVALUATION INTERDISCIPLINAIRE - PROTOCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE - MISSION HÉBERGEMENT	52
ANNEXE 2 : CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE - PROCESSUS DE DÉCISION	54
ANNEXE 3 : CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE - ÉVALUATION DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES	55
ANNEXE 4 : GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS.....	56
ANNEXE 5 : GRILLE DE RECENSION DES COMPORTEMENTS D'AGITATION SELON L'ÉCHELLE DE COHEN MANSFIELD	58
ANNEXE 6 : CONSÉQUENCES DE L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE	60
ANNEXE 7 : LISTE DES MESURES DE CONTRÔLE	62
ANNEXE 8 : GUIDE D'INSTALLATION, AJUSTEMENT ET ENTRETIEN DE LA MESURE DE CONTRÔLE: CEINTURE PELVIENNE "POSEY" NO 4430	63
ANNEXE 9 : DEMANDE DE CONSENTEMENT À UNE MESURE DE CONTRÔLE.....	65
ANNEXE 10 : DEMANDE DE CONSENTEMENT À UNE MESURE DE CONTRÔLE (CONTENTION ET ISOLEMENT)	67
ANNEXE 11 : GRILLE DE SURVEILLANCE INITIALE OU PONCTUELLE (24 HEURES) APPLICATION DE MESURES DE CONTRÔLE	69
ANNEXE 12 : GILLE DE SURVEILLANCE (AUX 1 OU 2 HEURES) APPLICATION DE MESURES DE CONTRÔLE	71
ANNEXE 13 : GILLE DE SURVEILLANCE	73
CHAPITRE 5 - MESURES DE POSITIONNEMENT	75
MESURE DE POSITIONNEMENT.....	76
PRINCIPES ENCADRANT L'UTILISATION D'UNE MESURE DE POSITIONNEMENT	77
CONSENTEMENT	77
DÉMARCHE CLINIQUE LORS DE L'UTILISATION D'UNE MESURE DE POSITIONNEMENT	78
TYPES DE MESURES DE POSITIONNEMENT	80
TABLEAU (DÉMARCHE CLINIQUE POUR MESURE DE POSITIONNEMENT).....	82
RÉFÉRENCES	84

INTRODUCTION

On sait que les mesures de contrôle n'éliminent pas les risques de chute ou de blessures. Plusieurs études démontrent qu'en cas de chute, les personnes sous contention subissent des blessures plus importantes que celles qui ne le sont pas. De plus, certains risques sont associés à la mesure elle-même qui réduit la mobilité et de ce fait peut provoquer une perte d'habiletés aux transferts ou à la marche, des contractures, de la faiblesse, des plaies, de l'incontinence, des infections ou même une strangulation. Les risques au plan social, cognitif et affectif incluent la perte de dignité, la diminution de la qualité de vie, l'isolement, la dépression, la peur, la colère, l'augmentation de l'agitation, de l'agressivité et la confusion.

Dans ce contexte, le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel veut réduire l'utilisation des mesures de contrôle auprès de sa clientèle et en faire une mesure d'exception rigoureusement balisée.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que tout établissement doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle qui tient compte des orientations ministérielles. Ce protocole doit être approuvé par le conseil d'administration. Il doit par la suite être diffusé auprès de la clientèle et faire l'objet d'une évaluation annuelle de l'application des mesures qui en découlent.

La mise sur pied d'un premier groupe de travail en 2007 mettant à contribution des intervenants et des cadres de divers groupes professionnels et de diverses installations, a fourni l'occasion de mettre en commun les travaux déjà réalisés, l'expérience acquise, les ressources et l'expertise pour produire un protocole harmonisé (2008) qui couvrait l'ensemble des situations vécues dans l'établissement : hébergement, soutien à domicile, centre de jour. Un deuxième document intitulé *Modalités d'application* est venu ensuite, compléter le protocole permettant ainsi son implantation.

Bien qu'une mise à jour régulière des modalités d'application à l'hébergement ait été effectuée depuis 2009, la révision de l'ensemble du dossier en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle à notre CSSS, était rendue nécessaire. En effet, la publication par le MSSS du « Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle » (2011)¹ ainsi que le processus d'amélioration continue de nos activités dans lequel s'inscrit notre établissement, justifiaient une telle démarche.

Un troisième groupe de travail, composé aussi de cadres et de divers professionnels concernés par l'utilisation des mesures de contrôle auprès de la clientèle, a donc produit un protocole révisé. Parmi les éléments faisant l'objet de cette révision, notons le partage des rôles et responsabilités des directions et professionnels concernés, les objectifs en lien avec l'identification d'indicateurs de performance et le processus de suivi des mesures de la qualité ainsi que l'encadrement des mesures de positionnement. La liste des mesures de contentions physiques, le formulaire de consentement, l'ajout d'un outil clinique permettant de documenter le processus décisionnel quant à l'utilisation ou non d'une mesure de contrôle et la révision des modalités de surveillance ont également fait partie des travaux de ce comité, à ce jour.

L'ensemble des secteurs d'activités impliqués auprès de la clientèle visée par ces mesures sont encore une fois considérés : hébergement, soutien à domicile, centre de jour et ressources non institutionnelles.

¹ MSSS (2011) Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement. 23 p.

CHAPITRE 1

PRINCIPES DIRECTEURS
ET
CADRE D'APPLICATION
DU
PROTOCOLE

CONTEXTE

CADRE LÉGAL

Plusieurs articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), dont le plus important est l'article 118.1, touchent la question de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques.

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.

On trouvera en annexe les articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, du Code civil du Québec, de la Charte des droits et libertés de la personne (Québec), de la Charte canadienne des droits et libertés et des lois modifiant le Code des professions dans les domaines de la santé, de la santé mentale et des relations humaines (PL 90, PL 21) qui balisent l'utilisation des mesures de contrôle.

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Les orientations ministérielles de 2002 énoncent 6 principes directeurs sur lesquels s'appuie le présent protocole^{2 3}:

- Les mesures de contrôle sont utilisées uniquement comme mesures de sécurité dans un **contexte de risque imminent** ;
- Les mesures de contrôle ne sont envisagées qu'en **dernier recours** ;
- Les mesures appliquées sont **les moins contraignantes** possibles ;
- L'application des mesures doit se faire dans le **respect**, la **dignité** et la **sécurité** tout en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive ;
- L'utilisation des mesures de contrôle doit être **balisée** par des procédures et suivie rigoureusement afin d'assurer le **respect du protocole**. Lorsqu'une mesure est utilisée, le dossier doit contenir une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils sont utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure ;
- L'utilisation des mesures doit faire l'objet d'une **évaluation** et d'un **suivi** auprès du conseil d'administration de chaque établissement.

² MSSS (2002) Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. p. 15 à 17.

³ MSSS (2011) Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement. P. 2 et 3.

ORIENTATIONS DU CSSS DE SAINT-LÉONARD ET SAINT-MICHEL

Le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel endosse les orientations ministérielles. Il les traduit notamment dans le Code d'éthique de l'établissement et par la gestion des risques et de la qualité.

L'application d'une mesure de contrôle représente une restriction des droits de la personne. Dans ce contexte, en accord avec les orientations ministérielles, le CSSS considère que l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être limitée et exceptionnelle et que cette pratique doit être étroitement balisée.

Tous les efforts doivent d'abord être mis en œuvre afin d'éviter le recours aux mesures de contrôle. En ce sens, il est primordial de considérer d'abord toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation, de les appliquer et d'évaluer leur efficacité. Si aucune solution n'est efficace, la mesure de contrôle doit être mise en place à partir d'un plan d'intervention interdisciplinaire avec le consentement de la personne ou de son représentant légal. La mise en place d'une mesure de contrôle exige une surveillance étroite et une révision régulière du plan d'intervention.

OBJECTIFS

Le présent protocole incluant ses modalités d'application visent les objectifs suivants :

AU PLAN CLINIQUE

- Réduire, voire éliminer, l'utilisation des mesures de contrôle;
- Assurer le respect des droits fondamentaux de la personne notamment des droits à la liberté, à la sécurité et l'intégrité physique dans le respect du cadre légal;
- Développer une approche clinique interdisciplinaire axée sur l'analyse et sur la recherche de stratégies de prévention et de mesures de remplacement appropriées à la situation;
- Lorsqu'une mesure de contrôle doit malgré tout être utilisée :
 - Choisir la moins contraignante possible;
 - S'assurer d'obtenir un consentement libre et éclairé;
 - Assurer un suivi strict et rigoureux de son utilisation, incluant la surveillance de la personne.
- Protéger la personne lorsque ses comportements menacent sa sécurité ou celle d'autrui;
- Baliser l'utilisation des mesures de positionnement.

AU PLAN ADMINISTRATIF

- Définir les rôles et responsabilités des différents intervenants;
- Définir les modalités d'application des mesures de contrôle et les règles de surveillance;
- Standardiser les orientations entre les différentes installations du CSSS tout adaptant les modalités à la réalité de chacun des milieux;
- Former le personnel aux enjeux de l'utilisation des mesures de contrôle, de positionnement et aux méthodes d'analyse et de recherche d'alternatives;
- Développer un mécanisme pour assurer le suivi du protocole et son intégration dans la culture de l'organisation;
- Tenir à jour un registre des mesures de contrôle;
- Identifier des indicateurs de performance alimentant le tableau de bord des mesures de contrôle
- Procéder à des activités de mesures de qualité et en assurer le suivi.

PRINCIPES ÉTHIQUES

En plus des valeurs exprimées dans le Code d'éthique du CSSS, la conduite des professionnels doit être guidée par les valeurs et les principes éthiques suivants :

- **Bienveillance** : consiste en une disposition affective d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui, qui évoque la sollicitude. Se traduit par le souci d'autrui constant que doivent avoir les intervenants à l'égard des usagers lorsqu'il s'agit d'utiliser les mesures de contrôle;
- **Autodétermination** : va au-delà de la liberté et du libre choix que l'on concède à une personne. L'autodétermination vise le respect de la personne, de sa dignité et de ses besoins individuels. De manière opérationnelle, le principe d'autodétermination se traduit notamment par l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé et par la participation de la personne à son plan d'intervention. Il s'agit aussi de bien informer la personne et sa famille des risques et des conséquences de l'utilisation des mesures de contrôle;
- **Protection et sécurité** : en lien avec la bienveillance, la protection et la sécurité visent à empêcher un mal qui pourrait être fait à une personne. Concrètement, la protection et la sécurité amènent les intervenants à réduire autant que possible les risques d'incidents, d'accidents, et de détérioration de l'état général de la personne. De cette façon, on cherche à protéger l'intégrité et l'invulnérabilité de la personne;
- **Proportionnalité des moyens** : ce principe cherche à équilibrer les avantages et les inconvénients d'une action en évaluant les risques et les bénéfices pour la personne. L'éthique exige une optimisation des avantages ou, du moins, un rapport positif des avantages sur les inconvénients afin de promouvoir le bien-être de la personne. L'utilisation d'une mesure devrait toujours se faire dans cette optique;

PRINCIPES CLINIQUES

Puisque toute utilisation d'une mesure de contrôle constitue une entrave à la liberté de la personne, les principes suivants balisent l'intervention :

- Le souci de limiter de façon minimale et exceptionnelle la liberté de la personne guide l'intervention;
- La recherche et l'application d'une alternative à la mesure de contrôle guident l'intervention en collaboration avec la personne, ses proches et les intervenants. La recherche d'alternative s'appuie sur les caractéristiques de la personne et de son environnement physique et humain;
- Les mesures de contrôle sont utilisées uniquement comme mesure de sécurité dans un contexte de risque imminent ou récurrent;
- Toute mesure de positionnement est considérée comme une mesure de contrôle si, malgré le but visé, elle empêche ou limite la liberté de mouvement;
- En tout temps, le jugement clinique des intervenants doit être appliqué lors des décisions et des interventions qui en découlent;
- Lorsque, après évaluation, l'équipe demeure dans le doute quant à la pertinence d'appliquer une mesure de contrôle, le CSSS favorise la liberté de mouvements de la personne;
- Lorsque nécessaire, la mesure de contrôle choisie est la moins contraignante possible et sa période d'application réduite au minimum nécessaire;
- L'intervention vise à favoriser l'autonomie et la sécurité de la personne;
- Toute mesure de contrôle mise en place demande un suivi rigoureux et une analyse continue afin d'en réduire la période d'application, la durée et l'intensité dès qu'une alternative peut être mise en place;
- Pendant le travail d'analyse, l'équipe doit demeurer consciente de ses propres valeurs en lien avec l'utilisation des mesures de contrôle;

DÉFINITIONS

Les définitions ci-dessous sont extraites des *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, produites en 2002⁴ et du *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, publié en 2011⁵.

MESURE DE CONTRÔLE

Par mesure de contrôle, le MSSS entend les contentions, l'isolement et les substances chimiques et définit ces termes de la façon suivante :

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.

ISOLEMENT

Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

SUBSTANCE CHIMIQUE

Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.

MESURE DE REMPLACEMENT

Le MSSS ne fournit pas de définition précise de la mesure de remplacement qui sera comprise comme suit dans le cadre du présent document : stratégie d'intervention qui peut être liée à la personne, à l'organisation des soins, à l'équipement utilisé, à l'environnement physique, psychosocial, récréatif ou occupationnel et qui vise à limiter le recours aux mesures de contrôle.

MESURE DE POSITIONNEMENT

Mesure qui consiste à utiliser un équipement ou 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.

Précisions

Les substances chimiques peuvent être considérées comme des mesures de contrôle, mais cette forme de mesure de contrôle fera l'objet d'un protocole ultérieur puisque les travaux du comité de travail entre le MSSS et le Collège des médecins ne sont pas encore terminés.

Par ailleurs, les mesures d'isolement imposées dans le cadre de la prévention des infections sont également exclues du présent protocole puisqu'elles sont mises en place pour des raisons de santé publique conformément à la Loi sur la santé publique.

⁴ MSSS (2002) Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. p. 14

⁵ MSSS (2011) Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement. P. 6-7

Le port de la ceinture de sécurité dans le minibus du centre de jour ne relève pas des mesures de contrôle mais d'une obligation légale pour le transporteur de s'assurer que les personnes transportées et leurs aides à la mobilité sont solidement attachées.

NOTION D'INTENTION

La notion de mesure de contrôle fait appel à la notion d'intention. 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.

De plus, l'article 11 du Code civil du Québec et l'article 9 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux énoncent que «Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, qu'elle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention». En ce sens, toute mesure qui a pour but de maintenir une personne dans une bonne position ou lui permettre d'accomplir ses AVQ⁶, mais qui restreint aussi la personne dans sa capacité d'agir (liberté de mouvements volontaires), est considérée comme une mesure de contrôle.

Aussi un objet courant, ne faisant pas partie de la liste ministérielle des produits de contention doit, s'il est utilisé avec l'intention de restreindre les mouvements de la personne, être considéré comme une mesure de contrôle au sens du présent protocole. On songe ici notamment aux ceintures, aux draps, aux freins de fauteuil roulant appliqués pour une période prolongée (but de surveillance et confinement de la personne à un endroit) ou au retrait d'une aide à la mobilité, incluant le fauteuil roulant. Ces mesures de contrôle sont parfois utilisées dans le cadre du domicile par les familles qui ne disposent pas d'autres ressources et qui ne connaissent pas les conséquences possibles de leur geste. Certaines de ces pratiques pourraient également être observées en milieu substitut.

Par ailleurs, l'utilisation de la tablette fixée au fauteuil gériatrique au cours d'un repas et qui ne brime pas la personne dans sa liberté de mouvement, n'est pas considérée comme une mesure de contrôle. Il en est de même lorsqu'on applique les freins d'un fauteuil roulant pour protéger momentanément la personne contre un accident potentiel lié à l'environnement. Les ridelles de lit (une, deux ou trois et ½ ridelle(s) ou une ridelle pleine longueur montée(s)) ne sont pas non plus considérées comme une mesure de contrôle lorsque leur utilisation a pour but de fournir des appuis à une personne pour lui permettre de sortir du lit, d'entrer dans le lit ou de se déplacer dans le lit.

⁶ Activités de la vie quotidienne

INDICATIONS

INDICATIONS

La mesure de contrôle doit être considérée comme une mesure d'exception ne s'appliquant qu'à la personne dont les comportements sont susceptibles de mettre en danger immédiat sa santé, sa sécurité ou celles d'autrui. Elle ne devrait être utilisée qu'en dernier recours, c'est-à-dire lorsque toutes les autres interventions incluant les mesures de remplacement ont échoué. Les principaux motifs d'utilisation sont :

- Intervention d'assistance : afin de pallier un risque élevé d'accident ou de détérioration de la santé d'une personne en lien avec son état de santé physique ou mentale (p. ex. risque de chute ou de fugue);
- Intervention de soins ponctuels : afin d'effectuer un examen ou de donner les soins requis par la condition de la personne advenant une interférence de cette dernière;
- Intervention de maîtrise : afin d'empêcher la personne de poser des gestes agressifs imminents qui mettraient en danger sa sécurité ou celle des autres.

CONTRE-INDICATIONS

La mesure de contrôle ne doit en aucun cas être utilisée comme mesure punitive ni pour suppléer au besoin de surveillance de la personne.

CONTEXTES D'APPLICATION

INTERVENTION PLANIFIÉE

En général, il est possible d'anticiper un besoin et de planifier en conséquence. C'est notamment le cas des situations récurrentes ou chroniques où la personne a un comportement susceptible de se répéter et qui présente un danger réel pour elle-même ou pour autrui.

INTERVENTION NON PLANIFIÉE (URGENTE)

Dans d'autres cas, le comportement est inhabituel ou la personne est inconnue de l'établissement et la situation imprévisible met en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Une personne 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 qui peuvent laisser suspecter sa survenue.

ENVIRONNEMENT

La présence de personnel en milieu substitut permet en principe une surveillance régulière dans la limite des ressources disponibles.

Par contre, à domicile ou en ressource non institutionnelle (RNI), le personnel du CSSS ne peut assurer une surveillance régulière et doit déléguer cette tâche aux proches ou au personnel des RNI, dans les limites de leurs capacités.

PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER

Dans le cadre de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q., 2002, c. 33- PL90), les médecins, les ergothérapeutes, les infirmières et les physiothérapeutes peuvent individuellement « décider de l'utilisation de mesures de contention » dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Cette décision n'est pas limitée quant au lieu où ces professionnels la prennent.

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (L.Q., 2012, c. 28-PL21) élargit la liste des professionnels habilités à prendre la décision d'utiliser une mesure de contention au psychologue, au travailleur social et au psychoéducateur. Par ailleurs, cette décision ne leur est réservée que dans une installation maintenue par son établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS) pour les autochtones cris.

Quant à la décision d'utiliser des mesures d'isolement, elle est réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSS et de la LSSS pour les autochtones cris.

Malgré ces nouvelles orientations légales et tenant compte de la clientèle desservie dans les secteurs d'activités visés, le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel réserve au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute la décision de l'utilisation des mesures de contrôle (contentions physiques et isolement) et au physiothérapeute la décision d'utiliser des contentions physiques. Par ailleurs, les autres professionnels non autorisés au présent protocole peuvent être impliqués dans la démarche visant à faire l'analyse de toute situation clinique pour laquelle leur expertise complémentaire permettra une utilisation judicieuse des mesures envisagées.

APPROCHE PARTICIPATIVE ET PRATIQUE EN INTERDISCIPLINARITE

En ce sens et en raison de la complexité de la problématique, des risques encourus et des enjeux éthiques, le CSSS considère que la décision d'appliquer ou de retirer une mesure de contrôle ne peut reposer sur une seule personne et doit être le résultat d'une **concertation d'équipe**.

La décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement doit être planifiée et devrait résulter d'une démarche interdisciplinaire à la lumière de l'expertise particulière de chaque professionnel telle que balisée par son champ d'exercice ou si l'application de la mesure est prévue au plan d'intervention ou prescrite par le médecin dans le cadre du plan de traitement médical.

Cette décision implique le jugement clinique de professionnels issus de différentes disciplines, possédant une expertise particulière et apportant une complémentarité d'opinions qui garantit une utilisation judicieuse et ultime de telles mesures. Le regroupement d'un ensemble de compétences spécifiques et transversales favorise l'utilisation de ces mesures en dernier recours seulement et offre la garantie et l'imputabilité propres au système professionnel.

En fonction de la situation clinique, l'intervenant autorisé doit juger de la composition de l'équipe requise pour le soutenir dans sa décision. Il doit également s'assurer de la participation de la personne visée, de son représentant légal ou de ses proches.

LES AUTRES INTERVENANTS

Les autres intervenants auxquels la loi ne permet pas de décider de l'utilisation de mesures de contrôle soit les thérapeutes en réadaptation physique, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, les auxiliaires en services de santé et services sociaux, etc. participent à la concertation en fonction de leur rôle auprès de la personne. Ils peuvent, selon le cas :

- Collaborer à la cueillette de données;
- Participer à la décision quant à l'aptitude à consentir;
- Collaborer à l'obtention du consentement de la personne ou de son représentant légal ;
- Appliquer les mesures de contrôle prévues au plan selon le champ d'expertise de chacun;
- Donner les soins/traitements requis à l'usager;
- Collaborer à la surveillance et à la rédaction des notes s'y rattachant;
- Faire part de leurs observations à l'équipe.

DIRECTION RESPONSABLE DU DOSSIER (DSI-PP)

La direction responsable du dossier *Mesures de contrôle* est la direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles (DSI-PP). Son rôle consiste à :

- Mettre en place un comité aviseur permanent et en assurer la pérennité ;
- Assurer le suivi du plan de formation du personnel et de la diffusion de l'information auprès de la clientèle ;
- Préparer le rapport annuel pour le conseil d'administration ;
- Assurer la mise à jour du présent protocole.

DIRECTIONS CLINIQUES (DH-DSPPA)

Les directions cliniques visées par le protocole sont la direction de l'hébergement (DH) pour la clientèle en milieu de vie substitut et la direction des services aux personnes en perte d'autonomie (DSPPA) pour la clientèle en milieu de vie naturel et en ressources non institutionnelles. Leur rôle consiste à :

- Voir à la mise en application du présent protocole ;
- Contribuer à la formation du personnel et à la diffusion de l'information auprès de la clientèle de leur secteur d'activités ;
- Recueillir et analyser les statistiques relatives à l'utilisation des mesures de contrôle et de remplacement dans leur secteur d'activités ;
- Aider la direction responsable du dossier à identifier les cibles d'amélioration continue des services et prendre les moyens pour les atteindre.

DIRECTION DE LA QUALITE (DQ)

De par son mandat de coordination des activités d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques, la direction de la qualité se voit attribuer le rôle suivant :

- Assurer une vigie de la qualité dans le domaine de la prévention et de l'utilisation des mesures de contrôle ;
- Assurer la compilation des statistiques et des incidents/accidents en lien avec les mesures de contrôle, de remplacement et de positionnement ;
- Analyser les résultats et faire des recommandations, le cas échéant ;
- Collaborer au suivi des recommandations avec les directions concernées.

DIRECTION GENERALE

Le rôle de la direction générale consiste à :

- Désigner la direction responsable du dossier ;
- S'assurer de l'application du protocole ;
- Rendre compte au conseil d'administration.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

À la fin de chaque année, l'établissement produit au conseil d'administration un rapport sur l'application des mesures de contrôle. Ce rapport comprend les statistiques relatives aux mesures employées, le suivi des indicateurs de performance ainsi que les mesures de remplacement.

Le conseil d'administration doit recevoir le rapport d'évaluation annuelle, l'approuver et formuler des recommandations.

CONSENTEMENT

OBLIGATION

L'équipe interdisciplinaire doit obtenir un consentement de la personne ou de son représentant en situation d'intervention planifiée.

Les intervenants peuvent recourir à l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de la personne lorsque la situation revêt un caractère urgent en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger pour la personne ou pour autrui. En situation d'intervention non planifiée (urgence), l'obligation de porter secours prévaut sur l'obligation d'obtenir un consentement lorsque la vie ou l'intégrité de la personne est menacée.

CARACTÉRISTIQUES DU CONSENTEMENT

L'application d'une mesure de contrôle prive la personne d'un droit fondamental, le droit à la liberté. De ce fait, l'équipe doit exercer une grande rigueur dans l'obtention du consentement qui doit être :

- 1) **Idéalement écrit sinon manifeste**, c'est-à-dire que sa nature, sa réalité et son authenticité s'imposent avec évidence;

Il est fortement recommandé d'obtenir un consentement écrit mais, exceptionnellement, l'obtention du consentement peut se faire par téléphone avec la signature de deux (2) témoins.

- 2) **Libre** : c'est-à-dire qu'il est donné par l'utilisateur ou son représentant, de son plein gré, sans crainte, menace ni pression d'aucune sorte;
- 3) **Donné à des fins spécifiques**, c'est-à-dire qu'il n'est valable que pour la ou les mesures expliquées par le professionnel;
- 4) **Éclairé** : c'est-à-dire qu'il doit être donné en toute connaissance de cause. Pour aider la personne dans la prise de décision, l'information suivante doit lui être communiquée dans un langage accessible et validée;

- Le résultat des évaluations réalisées et l'état de la démarche clinique;
- Les mesures de remplacement étudiées, appliquées et évaluées et leurs avantages et limites;
- L'indication ou la justification de la mesure;
- Le type de mesure recommandé et son contexte d'application;
- La période d'application et la durée d'utilisation de la mesure;
- La fréquence de révision de la décision;
- Les bénéfices anticipés à l'utilisation de la mesure;
- Les risques inhérents aux mesures de contrôle et les mesures prises pour les éviter (soins et surveillance);

Tout changement au plan d'intervention : ajout, retrait ou modification d'une mesure de contrôle, doit faire l'objet d'un consentement de la personne ou de son représentant légal.

NB : Il importe de remplir **un formulaire de consentement** pour **chaque mesure** de contrôle utilisée

Le consentement est révoquant à tout moment.

PERSONNES AUTORISÉES À CONSENTIR / VALIDITÉ DU CONSENTEMENT

Validité du consentement

Afin d'être valide, le consentement doit être donné par une personne apte à le faire. La responsabilité d'évaluer l'aptitude d'un usager à donner son consentement incombe au médecin.

Aptitude	Inaptitude à consentir
<input type="checkbox"/> Comprend bien la nature et le but de son traitement <input type="checkbox"/> Capable d'en évaluer les conséquences <input type="checkbox"/> Capable de saisir les risques et les avantages <input type="checkbox"/> En mesure de faire connaître sa décision	Ne peut prendre de décision à la suite de l'altération temporaire ou permanente de son état de conscience ou de ses facultés intellectuelles

Ainsi, un consentement libre et éclairé doit être donné par la personne elle-même lorsqu'elle est apte à consentir.

Si la personne est déclarée inapte à consentir, le consentement peut être accordé au moyen d'un consentement substitué en vertu de l'article 11 du Code civil du Québec. Ce consentement peut être fourni par un représentant légal (tuteur, curateur privé ou public, mandataire, titulaire de l'autorité parentale) ou par un représentant de fait (conjoint, parent, etc.). Lorsque le Curateur public doit consentir, le formulaire *Demande de consentement à une mesure de contrôle : Contention et d'isolement* est utilisé.

Lorsque la personne n'est pas déclarée inapte, mais qu'elle démontre des déficits cognitifs, l'équipe doit porter un jugement sur son aptitude à consentir à partir des critères issus de la législation de la Nouvelle-Écosse et adoptés par la Cour d'appel du Québec dans une jurisprudence de 1994.

DROIT DE REFUS

Lorsque l'usager ou son représentant fait un choix libre et éclairé de refuser l'application d'une mesure de contrôle, le principe d'inviolabilité de la personne doit être respecté.

REFUS CATÉGORIQUE

Il arrive que l'obtention du consentement substitué soit refusée ou que la personne qui a été déclarée inapte à consentir refuse catégoriquement de se voir imposer une mesure de contrôle. À cet égard, l'article 16 du Code civil du Québec prévoit que « *L'autorisation du tribunal est nécessaire [...] si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence [...]* »

Ainsi, lorsqu'il s'agit de mesures qui ne sont pas requises par son état de santé, le majeur inapte peut les refuser même si un tiers autorisé a déjà consenti à de telles mesures. Toutefois si les mesures sont requises par son état de santé, l'établissement ou le médecin pourra s'adresser à la Cour pour être autorisé à procéder malgré le refus de la personne. Il en est de même lorsque c'est le représentant qui refuse sans justification de donner son consentement pour une situation similaire.

DIVERGENCE D'OPINIONS ENTRE LES PROCHES ET L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

À domicile, la famille met parfois en place des mesures de contrôle « maison » que l'équipe désapprouve.

En milieu substitut, il peut arriver que la famille, croyant réduire les risques de chute, souhaite l'application d'une mesure de contrôle alors que l'équipe interdisciplinaire, après une évaluation rigoureuse et une observation de la personne, juge que les risques associés à la mise en place d'une mesure de contrôle sont supérieurs aux risques associés à l'absence de mesure.

Dans ces cas, l'équipe doit prendre les mesures suivantes :

- Faire participer les proches à l'analyse de la situation ;
- Informer les proches, par écrit au besoin, des risques encourus et s'assurer de leur compréhension ;
- Faire participer les proches à la recherche de mesures de remplacement ;
- Documenter le dossier rigoureusement : démarches effectuées, analyse du risque encouru avec et sans mesure de contrôle, recommandation ;
- Faire appel au comité d'éthique clinique et organisationnelle du CSSS au besoin ;

Si la divergence d'opinions persiste entre la famille et l'équipe, l'équipe en désaccord avec la mise en place ou le maintien d'une mesure de contrôle n'est pas tenue d'appliquer une mesure qui va à l'encontre de son jugement professionnel.

En toutes circonstances, les lois et les orientations ministérielles prévalent. L'équipe ne pourra céder aux demandes des proches que sur une ordonnance de Cour obtenue par cette dernière.

SOUTIEN À LA PRISE DE DÉCISION POUR LES SITUATIONS COMPLEXES OU LITIGIEUSES

En plus du soutien du personnel d'encadrement clinique, l'équipe interdisciplinaire peut s'adresser au Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CECO) qui l'accompagnera dans la réflexion et la prise de décision. Au besoin, le CECO émettra un avis ou des recommandations.

ANNEXE 1 : TEXTES DE LOIS PERTINENTS

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

ARTICLE 1 DROIT À LA VIE

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

PERSONNALITÉ JURIDIQUE

Il possède également la personnalité juridique.

ARTICLE 3 LIBERTÉS FONDAMENTALES

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 SAUVEGARDE DE LA DIGNITÉ

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

ARTICLE 9.1 EXERCICE DES LIBERTÉS ET DES DROITS FONDAMENTAUX

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.

CHARTRE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS

ARTICLE 1 DROITS ET LIBERTÉS AU CANADA

La Charte canadienne des droits et libertés garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.

ARTICLE 7 VIE, LIBERTÉ ET SÉCURITÉ

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.

ARTICLE 9 DÉTENTION ET EMPRISONNEMENT

Chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraires.

ARTICLE 12 CRUAUTÉ

Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités.

CODE CIVIL DU QUÉBEC

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.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude 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 tenant compte, dans la mesure du possible, des 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 15

Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, 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.

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

ARTICLE 3 LIGNES DIRECTRICES

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 :

- La raison d'être des services est la personne qui les requiert ;
- Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit ;
- L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;
- L'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant ;
- L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

ARTICLE 5 DROIT AUX SERVICES

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 9 CONSENTEMENT REQUIS

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements 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 (Lois du Québec, 1991, chapitre 64).

ARTICLE 10 PARTICIPATION DE LA PERSONNE AU PLAN D'INTERVENTION

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 ACCOMPAGNEMENT

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.

Articles 29 à 76.5 sur les plaintes des usagers, mais plus particulièrement les articles 30 et 33

ARTICLE 104 COLLABORATION DE L'USAGER

Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'usager tel que le prévoit l'article 10.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

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.

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX POUR LES AUTOCHTONES CRIS.

LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LEGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE. (P L 90), L.Q. 2002, c.33. (PL90)

LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LEGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE ET DES RELATIONS HUMAINES, L.Q. 2009, c.28 (PL 21), (Guide explicatif, Sept. 2012).

CHAPITRE 2

LA DÉMARCHE CLINIQUE

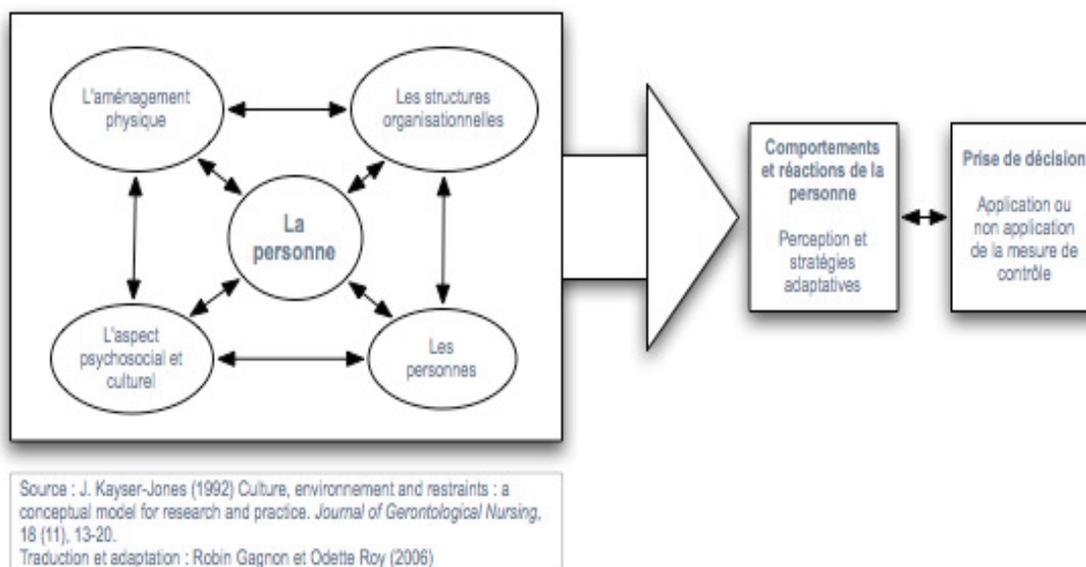
DÉMARCHE CLINIQUE

MODÈLE CONCEPTUEL DE J. KAYSER-JONES

Les orientations ministérielles encouragent les intervenants à développer des pratiques créatives dans la recherche d'une mesure de remplacement à la mesure de contrôle.

Le modèle conceptuel de J. Kayser-Jones (1992), adapté par Robin Gagnon et Odette Roy (2006) et illustré ci-dessous, permet de comprendre que l'utilisation d'une mesure de contrôle résulte de l'interaction entre les caractéristiques personnelles de la personne et celles de l'environnement dans lequel elle vit.

Il a ainsi pour but d'expliquer ce qui influence l'intervenant dans sa décision de recourir ou non à une mesure de contrôle.



Les cinq composantes de ce modèle sont :

- **La personne**
La personne est au centre du modèle et doit être évaluée globalement et respectée dans son intégralité (en fonction, par exemple, de son âge, de son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive, de sa capacité à effectuer ses activités quotidiennes).
- **L'aspect psychosocial et culturel**
Cette composante fait référence aux croyances, aux valeurs, aux préférences et aux attitudes de la personne et de son entourage.
- **L'aménagement physique**
Cette composante concerne l'environnement physique (ex. : aménagement de la chambre, disposition du mobilier, éclairage, bruit environnant et disponibilité du matériel de remplacement).
- **Les structures organisationnelles**
Cette composante comprend l'ensemble des moyens mis en place par l'établissement pour éviter de recourir aux mesures de contrôle (ex. : procédures et politiques, disponibilité du personnel et formation du personnel).
- **L'environnement humain**
Cette composante concerne tous les membres entrant en interaction avec la personne (ex. : famille, proches, amis, intervenants et autres usagers).

Le modèle de Kayser-Jones démontre que la réduction des mesures de contrôle dépend de la mise en place de stratégies visant à modifier les composantes environnementales tout autant que les interventions directes sur la personne.

ILLUSTRATION DE LA DEMARCHE CLINIQUE

Deux algorithmes résument la démarche clinique adoptée en cas de recherche de mesures de remplacement, d'application ou de retrait d'une mesure de contrôle. L'annexe 1 illustre ainsi la démarche en milieu de vie substitut ainsi que celle en milieu de vie naturel.

Il est important d'ajouter que la participation de l'utilisateur ou de son représentant aux décisions liées aux objectifs de soins constitue la **pierre angulaire** de l'intervention, laquelle doit reposer sur des démarches claires et sans équivoque, appuyées sur des faits observés et non sur des suppositions ou des craintes de la part des intervenants ou des proches.

CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIEE (URGENTE)

En situation non planifiée, la cueillette de données est sommaire et réalisée par les intervenants disponibles. Elle porte davantage sur la nature du risque et son imminence. Les mesures requises pour assurer la sécurité immédiate de la personne ou des autres sont mises en place sans délai. De ce fait, le consentement n'est pas requis. Par contre, la collaboration de la personne doit être sollicitée en tout temps. La surveillance doit être très étroite durant la période de crise.

L'équipe doit procéder à une analyse a posteriori dans les plus brefs délais. Une cueillette de données plus complète et un plan d'intervention détaillé intégrant, le cas échéant, des mesures préventives et de remplacement, seront mis en place dès que possible, avec la participation de la personne ou son représentant.

CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIEE

ÉVALUATION DE LA SITUATION (CUEILLETTE DE DONNÉES)

Une évaluation rigoureuse de la situation vise à décrire les comportements de la personne, à les décoder en recherchant leurs causes sous-jacentes. Cette évaluation doit être globale et tenir compte à la fois des caractéristiques de la personne et des composantes de son environnement. La cueillette de données comprend :

- La nature du problème : agitation, agressivité, confusion, errance, fugues, chutes, etc.;
- La nature du risque et sa probabilité;
- Les causes probables : déficits cognitifs, trouble du sommeil ou d'élimination, douleur, infection, souffrance psychologique, etc.;
- Les besoins physiologiques et psychosociaux et liés aux comportements à risque;
- L'opinion de la personne, de son représentant légal et de ses proches à l'égard des mesures de contrôle.

L'apport de l'équipe interdisciplinaire est nécessaire pour obtenir une vision d'ensemble des divers aspects de la situation. L'équipe doit solliciter la participation active de la personne ou de ses proches au processus décisionnel.

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES INFORMATIONS

La problématique doit être définie avec soin et le risque doit être qualifié et quantifié quant à sa probabilité (imminent, probable, possible) ou à sa gravité (conséquences bénignes, modérées ou graves). Les mesures de remplacement varient selon qu'il est question de risque de chute, d'errance, d'agitation ou de violence.

L'analyse doit tenir compte des avantages et des inconvénients de chacune des pistes explorées en collaboration avec la personne ou les proches dont le vécu et les valeurs doivent être pris en considération.

À partir des éléments de la cueillette de données, l'équipe :

- Définit la problématique;
- Formule des hypothèses;
- Précise le niveau de sévérité du risque encouru en l'absence de mesure de contrôle (probabilité et gravité);
- Détermine les objectifs de l'intervention;
- Procède à un remue-méninge pour identifier toutes les solutions possibles;
- Analyse les pistes de solution;

PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

Suite à l'analyse, l'équipe avec la participation de la personne ou des proches:

- Établit le plan d'intervention, en donnant priorité aux mesures de remplacement qui pourraient être tentées;
- Obtient le consentement de la personne ou de son représentant légal, si requis;
- Détermine les modalités d'application de la mesure, incluant les soins requis et la surveillance appropriée à la condition clinique de la personne.

COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Le succès de l'application du plan d'intervention requiert qu'il soit élaboré avec la personne ou son représentant et communiqué à ses proches et à tous les intervenants concernés.

De plus, il importe de laisser au dossier toutes les informations relatives à la décision et à la justification des interventions retenues.

PRIORITÉ AUX MESURES DE REMPLACEMENT

Les mesures de remplacement constituent les moyens les plus appropriés de prévenir, de réduire voire d'éliminer les causes des comportements de la personne qui nuisent à sa personne ou à celle d'autrui.

Elles doivent donc être priorisées dans l'analyse de toute situation visant le recours aux mesures de contrôle.

MODALITÉS D'APPLICATION DE LA MESURE DE CONTRÔLE

Si le recours à une mesure de contrôle s'avère la solution envisagée, les modalités d'application doivent prévoir :

- L'aspect de la situation qui motive la mesure;
- Le type de mesure, sa taille, le site corporel et l'endroit d'application;
- Les situations dans lesquelles la mesure est appliquée;
- La durée maximale d'application;
- Les indications d'arrêt et de reprise;
- Les paramètres, la fréquence et les modalités de surveillance;
- La durée de la validité de la mesure;
- Le partage des responsabilités;
- L'échéancier de réévaluation du plan d'intervention interdisciplinaire;
- Les éléments de formation nécessaires pour les personnes qui auront à appliquer la mesure;
- Les interventions de soutien à la personne et l'accompagnement requis.

APPLICATION DE LA MESURE DE CONTRÔLE

La personne qui applique une mesure de contrôle doit avoir reçu la formation nécessaire. Sa responsabilité consiste à :

- Vérifier l'état du matériel utilisé avant l'application de la mesure;
- Appliquer la mesure de contrôle en respectant les consignes prévues;
- S'assurer que la surveillance est effectuée selon l'horaire prévu;
- S'assurer que les besoins physiologiques et psychologiques de la personne sont comblés.

COLLABORATION DES PROCHES

En milieu substitut, la personne qui applique la mesure peut être un membre du personnel du CSSS ou un proche qui est venu rendre visite au résident. La surveillance demeure sous la responsabilité du personnel du CSSS. Par ailleurs, la sécurité de l'utilisateur exige la collaboration étroite des proches. En ce sens, il importe que ceux-ci soient informés des modalités d'utilisation des mesures et collaborent à l'observation et au confort du résident. De plus, il est impératif que les proches avisent le personnel au moment de leur départ afin d'assurer le suivi approprié à la situation du résident (ex. : vérifier l'application de la mesure, la réaction de l'utilisateur, etc.).

En milieu naturel, la mesure est mise en place par un proche qui habite avec la personne. L'intervenant doit s'assurer que la famille comprend bien les risques liés à l'utilisation de la mesure de contrôle et qu'elle a reçu la formation nécessaire pour l'application, l'entretien et la surveillance durant la période d'application. Il doit s'assurer que la famille est en mesure d'appliquer correctement la mesure, d'apprécier l'intégrité de celle-ci, d'identifier les signes de complication ou de détresse et de les rapporter immédiatement à l'intervenant responsable ou à son substitut (24/7). La famille sera par la suite seule responsable de l'application, de l'entretien et de la surveillance de la mesure de contrôle.

RÉÉVALUATION CONTINUE ET RÉAJUSTEMENT

La réévaluation est primordiale. Elle s'effectue avec la personne ou son représentant en collaboration avec l'équipe. Elle porte sur l'évolution de l'état de santé de la personne, sur l'efficacité du plan d'intervention mis de l'avant incluant les mesures de remplacement et, le cas échéant, sur la révision de la décision relative à l'utilisation d'une mesure de contrôle et sur les réajustements requis.

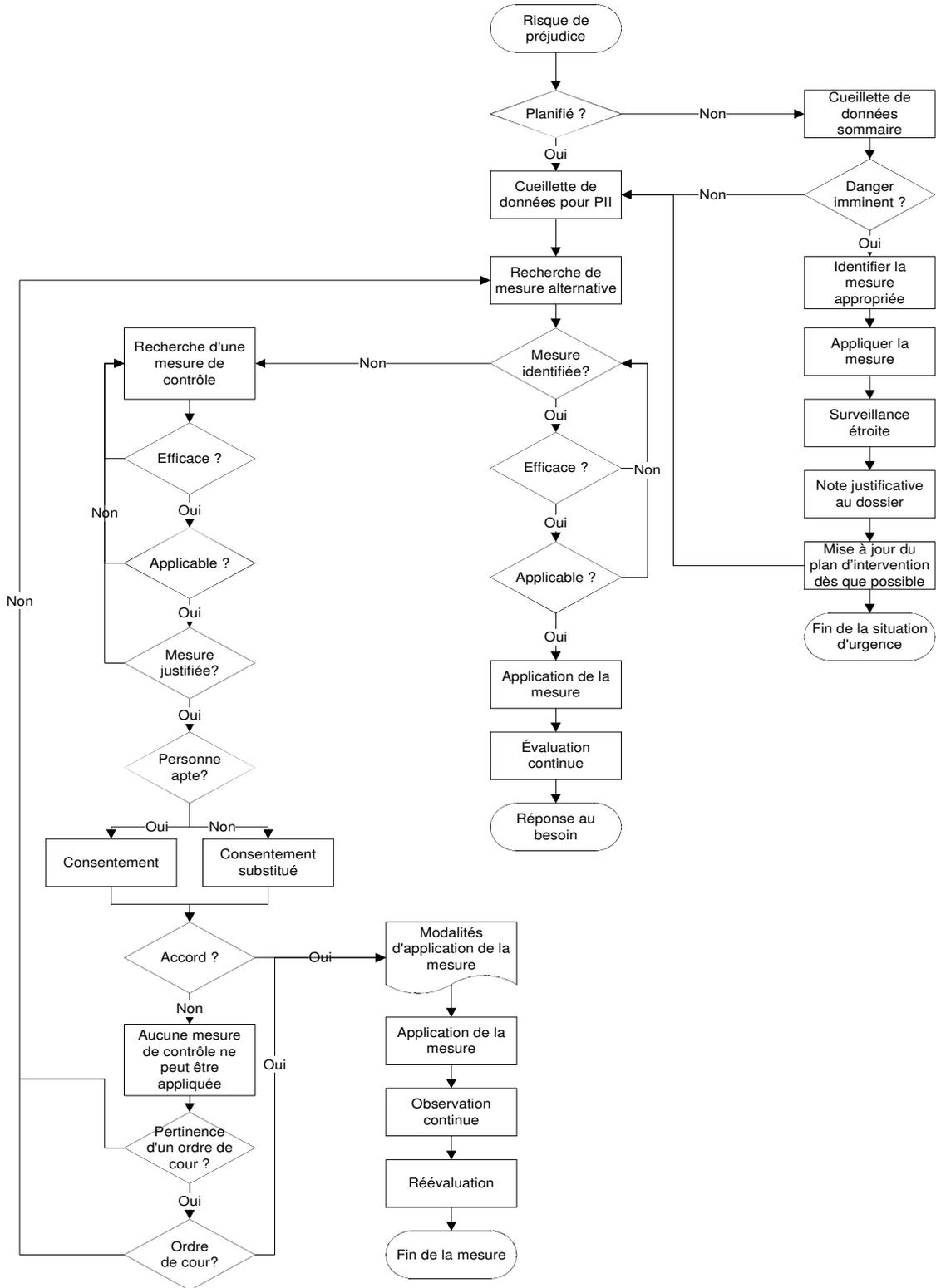
Lors de la mise en place ou du retrait d'une mesure de contrôle, une analyse a posteriori doit être effectuée le plus tôt possible, puis à intervalles réguliers. Cette réévaluation vise à répondre aux questions suivantes :

- Le comportement ou la situation à l'origine de la mesure de contrôle sont-ils encore présents ?
- La mesure s'avère-t-elle efficace ?
- La mesure présente-t-elle des risques ou des effets secondaires négatifs?
- Une alternative pourrait-elle remplacer la mesure ?
- La mesure est-elle encore pertinente ?
- Quand devra-t-on réévaluer la situation ?

ANNEXE 1 : ILLUSTRATION DE LA DEMARCHE CLINIQUE

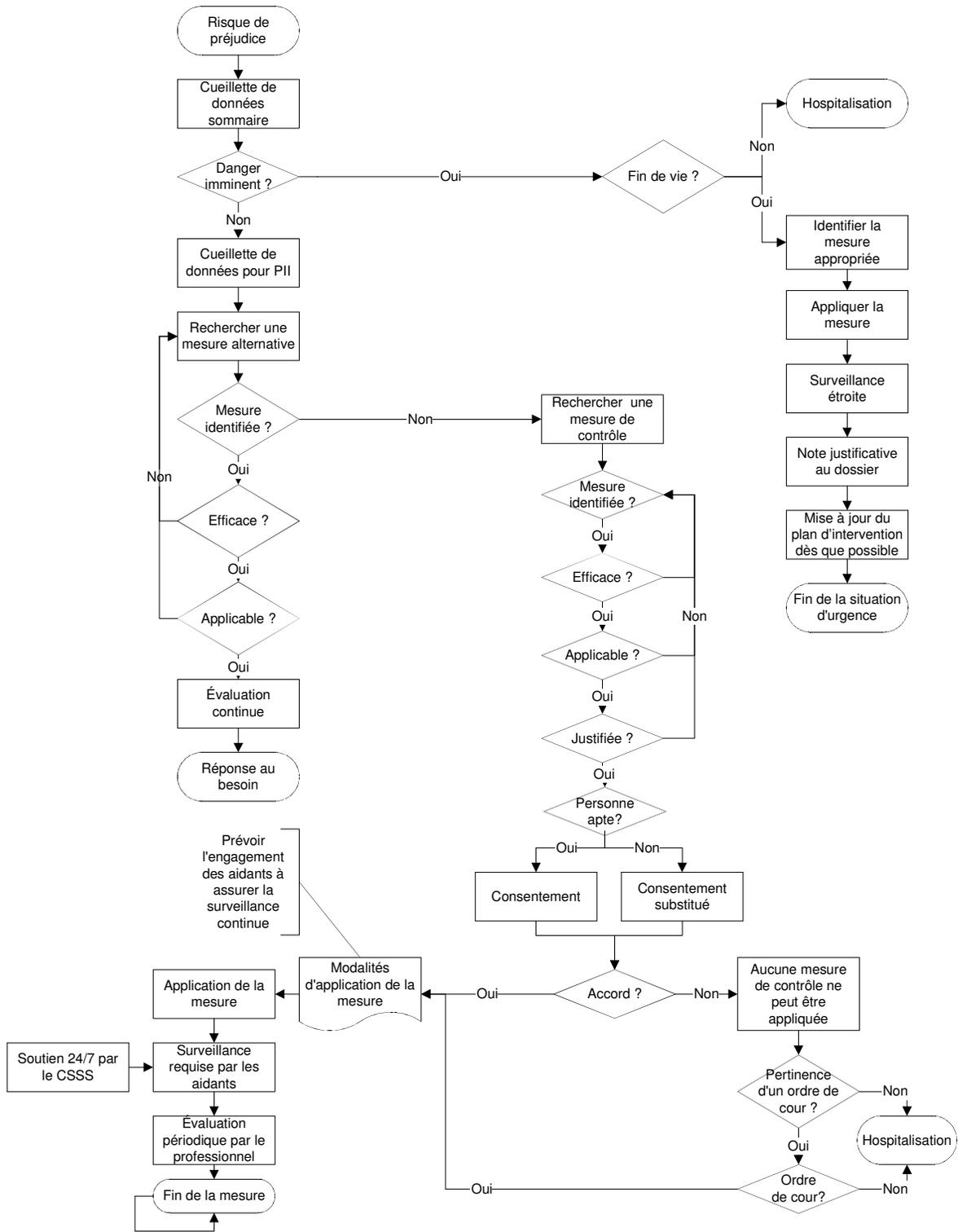
EN MILIEU DE VIE SUBSTITUT

Applicable dans les situations où une surveillance est disponible 24 heures par jour.



À DOMICILE

Applicable dans les situations sans surveillance disponible 24 heures par jour comme le domicile (incluant les résidences privées).



CHAPITRE 3

PRIORITÉ
AUX
MESURES DE REMPLACEMENT

(MISSION HÉBERGEMENT)

ALTERNATIVE À LA MESURE DE CONTRÔLE

Les recherches tendent à prouver que l'utilisation des mesures de contrôle accroît le risque de blessures sévères lors d'accidents et de chutes. Aucune étude clinique ne démontre hors de tout doute que ces mesures contribuent à prévenir les chutes. Au contraire, des cas de décès ont même été rapportés au Québec. De plus, le recours à ces mesures peut appauvrir les relations du résident avec son environnement, ses proches, le personnel soignant et les autres résidents.

Il est important de tenir compte des contre-indications aux mesures de contrôle et de discuter avec le médecin de la condition clinique du résident. Entre autres :

- Troubles respiratoires ou cardiaques;
- Scoliose et autres problèmes de dos ayant nécessité une opération récente;
- Épilepsie mal contrôlée par la médication;
- Intervention chirurgicale récente;
- Claustrophobie.

La mesure de remplacement est le moyen le plus approprié de prévenir, éliminer ou réduire les causes des comportements du résident qui nuisent à sa sécurité ou à celle d'autrui. Elle vise à éviter le recours à la mesure de contrôle. Il s'agit de différentes actions et interventions, parfois simples ou complexes, faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants, du résident ou de ses proches. On y retrouve aussi des équipements de protection qui visent le confort de la personne, du matériel qui aide la posture ou qui limite le mouvement en protégeant la personne des blessures qu'elle pourrait s'infliger.

Chaque personne est unique et les solutions à appliquer se réalisent au cas par cas et sont donc pratiquement infinies. On ne doit pas perdre de vue qu'il n'y a pas de règle préétablie. La mesure de remplacement demande une bonne connaissance de la personne, de ses capacités résiduelles et de ses limites, mais également de ses goûts, ses valeurs et ses expériences de vie.

AIDE-MÉMOIRE

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a publié un document en 2008 proposant une variété de mesures de remplacement pouvant être utilisées auprès des usagers, selon leur condition de santé. Il sert de base aux discussions d'équipe visant à planifier des interventions auprès de la clientèle concernée. Le document apparaît en annexe 1 du présent chapitre.

GUIDE D'INSTALLATION DES MESURES DE REMPLACEMENT ÉLECTRONIQUES

Parmi les mesures actuellement utilisées auprès des résidents des centres d'hébergement, figurent des mesures de remplacement électroniques. Il s'agit des moniteurs de mobilité et des bracelets anti-fugue.

Les intervenants doivent procéder à l'installation des ces mesures selon les méthodes de soins informatisées (MSI) de l'AQESSS⁷.

⁷ Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux

PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE – MESURES DE REMPLACEMENT

Lors de l'application de toute mesure de remplacement, il est important d'en évaluer l'efficacité par une surveillance appropriée du comportement du résident. Il en est de même lors du retrait de la mesure de remplacement (annexe 13).

Pour les mesures de remplacement électroniques de type moniteur de mobilité (Smart, TABS, etc.) une grille d'observation devra être complétée durant une période prédéterminée afin de permettre une analyse objective du comportement du résident et de mettre à jour son plan d'intervention (annexe 2).

VÉRIFICATION ET CONTRÔLE DE QUALITÉ - MESURES DE REMPLACEMENT ÉLECTRONIQUES

Lors de l'application de toute mesure de remplacement électronique certains éléments doivent être vérifiés afin de s'assurer de l'installation appropriée du système. (annexe 3)

Les critères de vérification pour les moniteurs de mobilité sont :

- le fonctionnement de la pile
 - le branchement des fils ou du moniteur
 - la fixation de la cordelette
- } **à chaque installation**

Les critères de vérification pour le bracelet anti-fugue sont :

- le port du bracelet à l'endroit prévu (**à chaque quart de travail**)
- le déclenchement du système de sécurité (**1 fois par semaine**)

De plus, il importe de s'assurer que le résident est confortable et que son environnement est sécuritaire.

RÉÉVALUATION DE LA MESURE DE REMPLACEMENT

Une réévaluation doit être faite au besoin ou selon l'échéancier prévu au programme clinique cadre de la mission hébergement.

Le retour sur la situation s'avère essentiel pour réévaluer la pertinence de maintenir, de modifier ou de cesser l'utilisation d'une telle mesure.

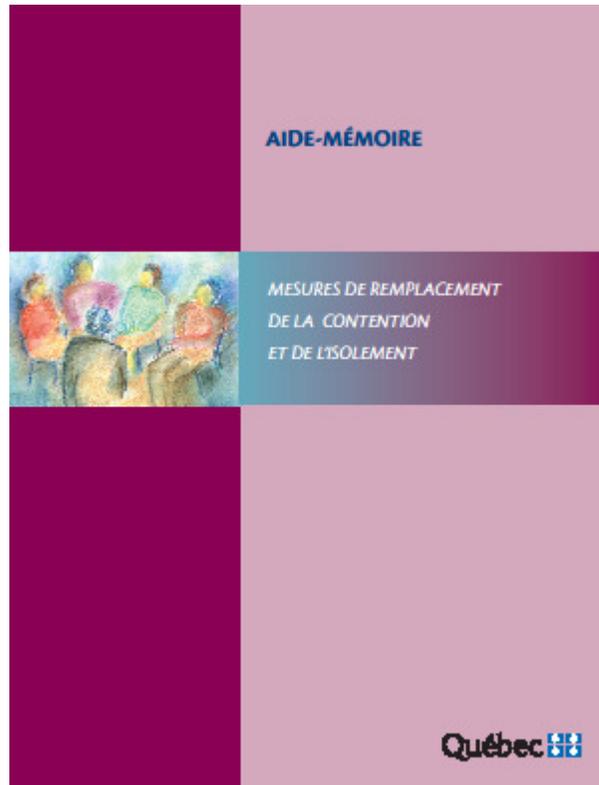
Pour ce faire, l'infirmière et l'ergothérapeute remplissent et signent l'outil d'évaluation interdisciplinaire (présenté au chapitre 4).

Cette démarche interdisciplinaire doit conduire à la révision du plan d'intervention interdisciplinaire et à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier. Par la suite, l'infirmière doit s'assurer du suivi de l'information auprès de tous les membres de l'équipe.

NOTES AU DOSSIER

Les professionnels concernés s'assurent que les informations pertinentes sont notées au dossier soit dans les notes d'évolution ou via les formulaires et outils cliniques appropriés. Le chapitre 4 discute des éléments qui doivent se retrouver au dossier du résident.

Annexe 1



MSSS (2008). Gouvernement du Québec. 26p.

N.B. Le document ne peut s'insérer dans les annexes par voie électronique mais sera disponible en copie papier dans chacune des unités de vie de la mission hébergement.

CHAPITRE 4
MODALITÉS D'APPLICATION
DES
MESURES DE CONTRÔLE

(MISSION HÉBERGEMENT)

APPROCHE PARTICIPATIVE ET DÉMARCHE INTERDISCIPLINAIRE

Tel qu'énoncé dans le chapitre 2 du présent protocole, en raison de la complexité de la problématique, des risques encourus et des enjeux éthiques, le CSSS considère que la décision d'appliquer ou de retirer une mesure de contrôle ne peut reposer sur une seule personne et doit être le résultat d'une **concertation d'équipe**.

À la mission hébergement, dès le début de la démarche et en fonction de la situation clinique, l'infirmière est l'intervenante désignée pour établir la composition de l'équipe requise. Cette équipe sera constituée d'au moins deux (2) professionnels désignés par la Loi pour décider de l'application d'une mesure de contrôle. Considérant les problématiques particulières reliées à l'hébergement, la présence de l'ergothérapeute est requise. L'infirmière doit également s'assurer de l'implication du résident, de son représentant ou de ses proches.

L'infirmière, de par sa présence constante auprès du résident, est aussi la professionnelle désignée pour s'assurer du respect des modalités d'application auprès de l'équipe de soins⁸ et coordonner le travail de l'équipe interdisciplinaire⁹.

ÉVALUATION INTERDISCIPLINAIRE

Afin de guider le processus décisionnel de l'équipe interdisciplinaire dans la recherche de solutions aux problématiques présentées par le résident, un outil d'aide à la décision a été élaboré. Il apparaît à l'annexe 1 du présent chapitre.

Ce processus d'évaluation devra être réalisé à différents moments, selon la condition de santé du résident :

- Évaluation **initiale** : dès manifestation d'une situation problématique;
- Réévaluation **sommaire** : selon l'échéancier déterminé au programme clinique cadre de la mission hébergement, i.e. aux quatre (4) mois;
- Lors d'un **changement de l'état de santé** du résident;
- À la **demande de l'utilisateur ou de ses proches**;
- À l'**évaluation clinique annuelle**;
- À **tout autre moment** jugé nécessaire.

L'outil clinique servant à cette évaluation doit être complété et signé par l'infirmière et l'ergothérapeute et laissé au dossier du résident.

⁸L'équipe de soins comprend les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

⁹ L'équipe interdisciplinaire comprend en plus de l'équipe de soins, le médecin, l'ergothérapeute, le thérapeute en réadaptation physique, le travailleur social, le pharmacien, le technicien en loisirs et la récréologue, l'éducatrice spécialisée, l'animateur de pastorale, le personnel du service de l'entretien ménager, le personnel des services techniques et du service alimentaire. Elle n'est pas restrictive, elle pourrait, selon la situation, inclure d'autres catégories de professionnels ou de travailleurs du CSSS.

CONTEXTES D'INTERVENTION

Les modalités d'application d'une mesure de contrôle s'effectuent dans le cadre de deux (2) contextes d'intervention, soit le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.

Toutefois, il se peut qu'un résident déjà sous contention soit admis dans nos installations.

PRÉSENCE DE CONTENTION À L'ADMISSION

Considérant la période d'adaptation du résident à son nouveau milieu de vie, la contention sera maintenue et la grille de surveillance sera appliquée dès son arrivée, jusqu'à la rencontre de l'équipe interdisciplinaire, à l'intérieur d'un délai de trois (3) mois. L'infirmière devra s'assurer d'obtenir le consentement écrit ou, exceptionnellement, par téléphone avec la signature de deux (2) témoins, pour le maintien de la mesure, et ce, dans les **24 heures post-admission**.

Si la contention que doit porter le résident n'est pas comprise dans la liste des mesures de contrôle autorisées par le CSSS de St-Léonard et St-Michel, un délai maximal de 7 jours de calendrier est accordé pour procéder à la réévaluation et au changement de la contention, le cas échéant.

INTERVENTION NON PLANIFIÉE (URGENCE)

En situation d'intervention non planifiée, l'application d'une mesure de contrôle est considérée comme une situation d'urgence.

Dans ce contexte, le processus de décision (évaluation-planification-réévaluation) présenté à l'annexe 2, guide l'infirmière dans sa démarche clinique.

Le consentement n'est pas requis dans l'immédiat. Il doit être obtenu, par écrit ou, exceptionnellement, par téléphone avec signature de deux (2) témoins, dans un délai de **24 heures** auprès du résident ou de son représentant.

L'infirmière qui décide de l'application d'une mesure de contrôle en situation d'urgence devra s'assurer d'une réévaluation selon la démarche interdisciplinaire décrite lors d'un contexte d'intervention planifiée. Cette démarche doit s'effectuer dans un **délai de 96 heures**.

INTERVENTION PLANIFIÉE

Le contexte d'intervention planifiée réfère au risque qu'une situation problématique se reproduise et tient compte de l'histoire clinique du résident.

La décision d'utiliser ou non une mesure de contrôle ou de la retirer, le cas échéant, découle d'un processus d'évaluation par les différents professionnels de l'équipe interdisciplinaire en collaboration avec le résident, son représentant ou ses proches. Cette collaboration permet de trouver des solutions appropriées aux besoins du résident.

L'annexe 3 propose une liste de facteurs étiologiques à l'origine des comportements à risque pour la personne ou autrui. L'équipe d'intervenants peut également utiliser les grilles d'observation des comportements, apparaissant aux annexes 4 et 5, afin de recueillir des données supplémentaires permettant une évaluation plus exhaustive de la problématique.

La réflexion permettant de décider ou non d'appliquer une mesure de contrôle doit tenir compte évidemment des conséquences de son utilisation. L'annexe 6 donne un aperçu des conséquences pour :

- Le résident : impact sur sa santé physique, son autonomie fonctionnelle, sa santé psychologique;
- Les proches;
- L'intervenant;
- L'organisation.

ALERTE

La croyance populaire selon laquelle la contention est un bon moyen de prévenir les chutes et les blessures est FAUSSE !

LISTE DES MESURES DE CONTRÔLE

La liste des mesures de contrôle approuvée par la direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles est présentée à l'annexe 7.

Tout comme pour les mesures de remplacement, les intervenants doivent installer les contentions selon les techniques de soins décrites dans les MSI de l'AQESSS.

En ce qui a trait à la ceinture pelvienne «Posey» (# 4430), l'annexe 8 décrit la technique d'installation, d'ajustement et d'entretien de cette mesure de contrôle.

CONSENTEMENT

L'installation d'une mesure de contrôle (contention et isolement) nécessite le consentement libre et éclairé du résident ou de son représentant. La demande de consentement implique prioritairement que toute l'information sur la situation a été clairement donnée et validée, incluant les conséquences de l'utilisation d'une mesure de contrôle et que toutes les interventions qui se sont avérées inefficaces ont été expliquées.

Un consentement¹⁰ est **obligatoire** lors de l'installation de toute nouvelle mesure de contrôle. Ainsi obtenu, le consentement a une durée de validité qui doit être précisée sur le formulaire "*Demande de consentement à une mesure de contrôle*" (annexe 9). La validité du consentement doit cependant **ne pas dépasser un (1) an**. Lors de l'évaluation clinique annuelle, si la mesure de contrôle est maintenue, **une nouvelle demande** de consentement est **obligatoire**.

L'annexe 10 présente le formulaire de demande de consentement pour les usagers sous la protection de la curatelle publique.

Lors des réévaluations sommaires, réalisées aux quatre (4) mois tel que dicté par le programme clinique cadre, tout changement au plan d'intervention à savoir ajout, retrait ou modification d'une mesure de contrôle, doit faire l'objet d'un nouveau consentement de la personne ou de son représentant légal.

¹⁰ Il est fortement recommandé d'obtenir un consentement écrit, mais exceptionnellement l'obtention du consentement peut se faire par téléphone avec la signature de deux (2) témoins

NIVEAU DE RESPONSABILITES SELON LES CHAMPS D'EXERCICE

La décision et l'application d'une mesure de remplacement ou d'une mesure de contrôle relèvent de la responsabilité conjointe des membres de l'équipe interdisciplinaire. Tous les intervenants sont impliqués dans la démarche, à des degrés divers, selon leur champ de compétence.

Le résident ou son représentant doit participer à toutes les étapes de la démarche encadrant l'utilisation des mesures de contrôle, (décision, application, retrait et suivi).

À la mission hébergement, les responsabilités des intervenants concernés se déclinent comme suit :

L'INFIRMIÈRE, lorsqu'elle prend la décision d'utiliser des mesures de contrôle doit:

- Évaluer la situation de santé du résident (comportements, facteurs étiologiques, besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux);
- Analyser et interpréter les données recueillies. Formuler des hypothèses d'intervention en tenant compte de la sévérité du risque;
- Solliciter le soutien d'autres professionnels des services multidisciplinaires pour recueillir leur évaluation et recommandations;
- Convoquer une rencontre interdisciplinaire afin de planifier les interventions appropriées en donnant priorité aux mesures de remplacement. Impliquer le résident et ses proches dans la démarche;
- S'il y a lieu, recommander, conjointement avec l'ergothérapeute, la mesure de contrôle à privilégier dans la perspective où celle-ci doit être la moins contraignante possible tout en étant optimale;
- S'assurer d'obtenir le consentement libre et éclairé requis auprès du résident ou de son représentant, le cas échéant;
- Documenter au dossier la décision et les justifications. Remplir et signer l'outil d'évaluation interdisciplinaire conjointement avec l'ergothérapeute.
- En informer l'équipe;
- Ajuster le PTI (plan thérapeutique infirmier) et le PII (plan d'intervention interdisciplinaire) s'il y a lieu;
- En tout temps, assurer les soins et le respect des modalités d'application selon la mesure utilisée incluant la surveillance requise;
- Informer les proches de leurs responsabilités dans l'application des mesures privilégiées, s'il y a lieu;
- Planifier la réévaluation de la mesure de contrôle selon la situation clinique du résident ou selon l'échéancier prévu au programme clinique cadre (délai maximal de 4 mois).

L'*ERGOTHÉRAPEUTE*, lorsqu'elle prend la décision d'utiliser des mesures de contrôle doit:

- Évaluer le niveau d'autonomie et le niveau de risque de la personne dans ses habitudes de vie, en lien avec ses capacités et incapacités (physiques, cognitives, sensorielles, perceptuelles et affectives) ainsi que les facteurs environnementaux;
- Recommander les mesures de remplacement à privilégier incluant l'aménagement de l'environnement physique et l'organisation de l'environnement humain;
- Si besoin, recommander, conjointement avec l'infirmière, la mesure de contrôle à privilégier, dans la perspective où celle-ci doit être la moins contraignante possible tout en étant optimale;
- Inscrire au dossier toutes les données pertinentes relatives à son évaluation et à ses recommandations. Remplir et signer l'outil d'évaluation interdisciplinaire conjointement avec l'infirmière;
- Procéder à la réévaluation de la mesure de contrôle selon la situation clinique du résident ou selon l'échéancier prévu au programme clinique cadre (délai maximal de 4 mois).

LE *MÉDECIN*, lorsqu'il prend la décision d'utiliser des mesures de contrôle doit:

- Évaluer, identifier et traiter les causes ayant contribué aux comportements menant à l'application des mesures de contrôle ou d'isolement;
- Participer à la décision des mesures de remplacement;
- Établir le diagnostic selon la situation;
- S'assurer d'obtenir le consentement libre et éclairé du résident ou de son représentant;
- Réévaluer la mesure de contrôle selon la situation clinique du résident ou selon l'échéancier prévu au programme clinique cadre (délai maximal de 4 mois);
- Documenter au dossier la décision et les justifications, s'il y a lieu;
- Surveiller la situation clinique du résident encore plus étroitement lorsqu'il est exceptionnellement nécessaire d'utiliser en concomitance des moyens physiques et des substances chimiques;
- Consigner au dossier toutes les données pertinentes relatives à l'évaluation, au traitement, au consentement et à la réévaluation.

Le recours aux médicaments ou à des substances contrôlées demeure sous la responsabilité du médecin.

LE *THÉRAPEUTE EN RÉADAPTION PHYSIQUE*, qui applique des mesures de contrôle doit :

- Procéder à la vérification de la sécurité du résident par l'exécution de tests standardisés;
- Faire part de ses observations pour alimenter l'équipe en vue d'une prise de décision;
- Informer l'équipe sur la condition du résident grâce à sa collecte de données évaluatives découlant de ses interventions;
- Contribuer au choix des mesures de remplacement;
- Appliquer la mesure de remplacement ou de contrôle déterminée au plan thérapeutique infirmier ou au plan d'intervention interdisciplinaire;
- Collaborer au suivi des mesures de remplacement ou des mesures de contrôle appliquées;
- Consigner au dossier toutes les observations pertinentes.

L'*INFIRMIÈRE AUXILIAIRE*, qui applique des mesures de contrôle doit:

- Contribuer à l'évaluation, à l'observation et au confort du résident;
- Faire part de ses observations pour alimenter l'équipe en vue d'une prise de décision;
- Appliquer la mesure de remplacement ou de contrôle déterminée au plan thérapeutique infirmier ou au plan d'intervention interdisciplinaire;
- Respecter les directives inscrites au plan thérapeutique infirmier (soins et surveillance);

12

13

- Collaborer au suivi quotidien des mesures de remplacement ou des mesures de contrôle appliquées;
- Vérifier, **une fois par quart de travail**, le respect de la technique d'installation de la mesure;
- Prendre connaissance, **une fois par quart de travail**, de la grille de surveillance remplie par les PAB afin de signaler à l'infirmière les particularités;
- Consigner au dossier et au rapport inter-service toutes les observations pertinentes.

LE *PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES* qui applique des mesures de contrôle doit:

- Collaborer à l'observation et au confort du résident;
- Faire part de ses observations pour alimenter l'équipe en vue d'une prise de décision;
- Appliquer la mesure de remplacement ou de contrôle déterminée au plan thérapeutique infirmier et au plan d'intervention interdisciplinaire;
- Respecter les directives du plan thérapeutique infirmier inscrites au plan de travail (soins et surveillance);`
- Remplir la grille de surveillance selon la fréquence indiquée au PTI;
- Collaborer au suivi quotidien des mesures de remplacement ou des mesures de contrôle appliquées.

LES *PROCHES* qui participent à l'application des mesures de contrôle doivent :

- Collaborer à l'observation et au confort du résident;
- Respecter les modalités d'utilisation des mesures de remplacement ou de contrôle;
- Aviser le personnel au moment de leur départ.

AUTORISATION DE DÉCISION ET D'APPLICATION (RÉSUMÉ)

Le tableau suivant résume les différentes catégories d'intervenants qui sont autorisés à décider et à appliquer les mesures de contrôle, selon les contextes d'intervention précédemment discutés.

Mesures	Intervention non planifiée		Intervention planifiée	
	Prise de décision	Application	Prise de décision	Application
Contention	L'infirmière responsable du résident <i>Obtention d'un consentement dans les 24 heures</i> <i>Évaluation interdisciplinaire dans les 96 heures</i>	En plus de l'infirmière habilitée à la prise de décision, s'ajoutent tous les autres intervenants concernés.	Infirmière; Ergothérapeute; Médecin <i>La décision résulte d'une concertation de l'équipe interdisciplinaire, du résident ou de son représentant</i>	En plus des professionnels habilités à la prise de décision, s'ajoutent tous les autres intervenants concernés.
Isolement	L'infirmière responsable du résident	En plus de l'infirmière habilitée à la prise de décision, s'ajoutent tous les autres intervenants concernés.	Infirmière; Ergothérapeute; Médecin <i>La décision résulte d'une concertation de l'équipe interdisciplinaire, du résident ou de son représentant</i>	En plus des professionnels habilités à la prise de décision, s'ajoutent tous les autres intervenants concernés.

APPLICATION ET SURVEILLANCE

Toute personne qui applique une mesure de remplacement ou une mesure de contrôle doit en connaître les modalités d'application soit l'installation, les paramètres de surveillance et le contrôle de qualité.

Qu'il s'agisse d'une mesure de remplacement ou d'une mesure de contrôle (contention et isolement), son application constitue un moment charnière durant lequel le niveau de sévérité du risque de lésion est élevé en raison de la situation clinique et de la réaction potentielle du résident. Il importe donc de fixer des paramètres de surveillance et des critères de vérification selon une fréquence pré déterminée. Ceci permettra de suivre l'évolution de la condition clinique du résident et ses réactions à la mesure appliquée. Il en est de même lors du retrait de celle-ci.

PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE – APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Lors de l'application de toute mesure de contrôle (contention et isolement), plusieurs éléments doivent être surveillés à partir des paramètres suivants (*annexes 11 et 12*) :

- Signes vitaux (lors de l'application initiale, puis selon la condition clinique du résident);
- Matériel;
- Confort;
- Environnement ;
- Comportement;
- État de conscience.

Il faut de plus s'assurer que les interventions associées au plan de surveillance soient respectées :

- Le maintien de l'intégrité de la peau;
- la satisfaction des besoins physiologiques (hydratation, alimentation, élimination, hygiène);
- Le maintien de la qualité des relations avec le résident.

PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE – RETRAIT D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Lors du retrait de toute mesure de contrôle (contention et isolement), d'autres éléments doivent faire l'objet de surveillance à partir des paramètres suivants (*annexe 13*):

- Stabilité de la démarche;
- Risque de chute;
- Comportement;
- État de conscience.

10

FRÉQUENCE DE SURVEILLANCE

Lors de l'application ou du retrait d'une mesure de contrôle (contention et isolement), la surveillance est effectuée comme suit :

Type	Application / retrait	Fréquence/surveillance	Responsables
MESURE DE CONTRÔLE (CONTENTION OU ISOLEMENT)	Application	À toutes les 30 minutes pendant les 2 premières heures	ASI ou IA
		À toutes les 1 ou 2 heures par la suite	PAB
	Retrait	À toutes les 30 minutes pendant les 2 premières heures	ASI ou IA
		À toutes les 1 ou 2 heures par la suite durant 46 heures minimum	PAB

À noter que l'état de santé ou le comportement du résident pourrait justifier une surveillance plus étroite, voire une présence continue. De même, il est important de prévoir des périodes où le résident est libéré de mesures de contrôle pour effectuer un changement de position et permettre une mobilisation des membres à toutes les 2 à 4 heures ou selon le plan thérapeutique infirmier (PTI).

Lors de la participation d'un résident sous mesure de contrôle aux activités de l'établissement ou lors d'une sortie à l'extérieur, prévoir une surveillance adéquate (vigilance).

RÉÉVALUATION DE LA MESURE DE CONTRÔLE

Dans tous les cas, une réévaluation doit être faite au besoin ou selon l'échéancier prévu au programme clinique cadre.

Le retour sur la situation s'avère essentiel non seulement pour prévenir les effets négatifs de l'utilisation d'une mesure de contrôle, mais surtout pour réévaluer la pertinence de maintenir, de modifier ou de cesser l'utilisation d'une telle mesure.

Pour ce faire, l'infirmière et l'ergothérapeute remplissent et signent l'outil d'évaluation interdisciplinaire discuté au début de ce chapitre.

Cette démarche interdisciplinaire doit conduire à la révision du plan d'intervention interdisciplinaire et à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier. Par la suite, l'infirmière doit s'assurer du suivi de l'information auprès de tous les membres de l'équipe.

NOTES AU DOSSIER

Certains éléments de l'utilisation de la contention ou de l'isolement répondent à des exigences normatives. Ils doivent donc se retrouver de façon impérative au dossier lors du maintien, de la modification ou de l'arrêt de l'utilisation d'une mesure de contrôle.

Les professionnels s'assurent que les informations suivantes sont notées au dossier soit dans les notes d'évolution ou via les formulaires et outils cliniques appropriés:

- La description des mesures de remplacement utilisées et les résultats observés;
- Description objective des faits précédant l'application initiale de la mesure et de la raison motivant l'utilisation de la mesure;
- Présence d'un consensus interdisciplinaire quant à la prise de décision;
- Description des informations données au résident ou à son représentant tout au long de la démarche, notamment au moment de l'obtention du consentement;
- Consentement du résident ou de son représentant;
- Type de mesure appliquée et modalités d'application;
- Évolution de la condition clinique du résident;
- Fréquence et observation lors des visites de surveillance;
- Réactions et comportement du résident;
- Description des interventions posées pour répondre aux besoins du résident et leurs résultats;
- Information pertinente découlant de la démarche de réévaluation, incluant la raison motivant le maintien ou le retrait de la mesure;
- Tout autre renseignement jugé pertinent;
- Date et heure de début et de fin de la mesure.

SUIVI DES INDICATEURS

Dans le cadre des activités d'amélioration continue de la qualité et de la gestion intégrée des risques, des indicateurs de performance alimentant le tableau de bord des mesures de contrôle, sont identifiés.

Des activités de mesures de qualité (audits), issues du programme clinique cadre, permettent d'assurer le suivi de ces indicateurs.

Évaluation interdisciplinaire Protocole d'application des mesures de contrôle Mission Hébergement

1. MOTIF DE LA DÉMARCHE

- Évaluation initiale
- Réévaluation sommaire (programme clinique cadre)
- Changement de la condition de santé de l'utilisateur Demande de l'utilisateur / du représentant
- Évaluation clinique annuelle Autre (préciser) : _____

2. IDENTIFICATION DU PROBLÈME

- Risque de chute Comportement : _____
- Errance / Fugue Autre : _____
- Interférence aux soins

3. MESURES DE REMPLACEMENT TENTÉES ET EFFICACITÉ

4. PROFIL ACTUEL D'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

- N/A

Mesure de contrôle utilisée actuellement _____

Fauteuil roulant Fauteuil gériatrique Base roulante Fauteuil fixe Lit

Depuis _____ Période de la journée _____

5. ÉVALUATION DE LA SITUATION

5.1 Évaluation spécifique

- Infirmière Médecin Ergothérapeute Thérapeute en réadaptation physique

5.2 Observations et commentaires des autres intervenants (jour, soir, nuit)

5.3 Observations et commentaires des proches

6. ANALYSE

6.1 Facteurs aggravants (risques, gravité), atténuants, et niveau de risque justifiant l'utilisation de la mesure

- Trouble d'élimination Trouble auditif/visuel Environnement physique
- Trouble de l'équilibre Hypotension Trouble de la mobilité
- Histoire de chute Déficit perceptuel et/ou cognitif Comportement perturbateur
- Délirium Médication

6.2 Valeurs et opinions de l'utilisateur et/ou du représentant

7. DÉCISION INTERDISCIPLINAIRE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mesure de contrôle non-justifiée | <input type="checkbox"/> Retrait |
| | <input type="checkbox"/> Mesures de remplacement |
| | <input type="checkbox"/> Mesures de positionnement |
| <input type="checkbox"/> Mesure de contrôle justifiée | <input type="checkbox"/> Maintien de la mesure déjà utilisée |
| | <input type="checkbox"/> Modification |
| | <input type="checkbox"/> Nouvelle mesure |

7.1 Raison(s) justifiant l'utilisation d'une mesure de positionnement comme mesure de contrôle :

8. PLAN D'INTERVENTION

8.1 Objectifs

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sécurité de la personne | <input type="checkbox"/> Sécurité des autres usagers/visiteurs |
| <input type="checkbox"/> Faciliter le traitement | <input type="checkbox"/> Sécurité du personnel |
| <input type="checkbox"/> Autres _____ | |

8.2 Mesures retenues

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mesures de remplacement _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mesures de positionnement _____ | |
| <input type="checkbox"/> Contention _____ | Taille _____ |
| Période de la journée _____ | Type de fauteuil ou lit _____ |
| <input type="checkbox"/> Contention _____ | Taille _____ |
| Période de la journée _____ | Type de fauteuil ou lit _____ |
| <input type="checkbox"/> Isolement (demi-porte) | |

8.3 Soins et surveillance (incluant la fréquence)

8.4 Consentement requis

- Consentement obtenu de l'utilisateur ou du représentant
- Refus obtenu de l'utilisateur ou du représentant

8.5 PTI fait/ajusté PI ergothérapie fait/mis à jour PII fait/mis à jour

9. SIGNATURES

Signature du professionnel et titre d'emploi

Date

Signature du professionnel et titre d'emploi

Date

Signature du professionnel et titre d'emploi

Date

Signature du professionnel et titre d'emploi

Date

Source : CSSS Cœur de l'Île. Protocole d'application des mesures de contrôle : contentions et isolement. MAJ Janvier 2013. P 36-37.

Annexe 2

CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE – PROCESSUS DE DÉCISION

Évaluation	Planification	Réévaluation
<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer dans un court délai le degré de risque ou de dangerosité pour le résident et pour son entourage: faits, manifestations cliniques, circonstances, conséquences possibles d'une non-intervention. - Sa sécurité et son bien-être sont-ils menacés? - Le comportement agressif doit-il être maîtrisé immédiatement? - Y a-t-il un risque élevé d'accident? - L'état d'éveil est-il altéré? - Y a-t-il présence de troubles cognitifs sévères? - Y a-t-il des signes précurseurs laissant présager un passage à l'acte agressif? - Y a-t-il présence d'agitation psychomotrice importante? - S'assurer que l'objectif n'est ni punitif, ni sanctionnel, ni administratif. 	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir la mesure de contrôle la moins contraignante et la plus sécuritaire. - Mettre à contribution l'équipe de soins pour la mise en œuvre des interventions appropriées. - Adapter l'environnement physique et le niveau de surveillance. - Aviser le médecin s'il y a lieu. - Obtenir un consentement dans les 24 heures. - Ajuster le PTI 	<p>Réévaluer la situation :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dans un court délai avec l'équipe de soins; 2. en planifiant une rencontre de l'équipe interdisciplinaire (96 heures). <p><i>Le passage d'un contexte d'intervention non planifiée à un contexte d'intervention planifiée est généralement inévitable.</i></p>

Annexe 3

CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE – ÉVALUATION DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES

Évaluer les **facteurs étiologiques** à l'origine des comportements à risque pour le résident ou autrui et leurs **conséquences**

Facteurs physiques et physiologiques potentiels

- Délirium
- Dépression
- Démence
- Douleur
- Sensation de froid, de chaud, de soif, de faim
- Incontinence, constipation
- Rétention urinaire
- Fatigue

Facteurs environnementaux

- Excès de bruits
- Sous-stimulation ou sur stimulation
- Hausse ou baisse de la température ambiante
- Manque de stabilité des équipes (trop grande rotation)
- Travail orienté sur la tâche et non centré sur le résident
- Formation inadéquate du personnel

Facteurs psychosociaux

- Envahissement de l'espace personnel du résident
- Perte de liberté de choix, perte de contrôle
- Sentiment de perte d'identité
- Sentiment d'insécurité lié à une admission récente, un transfert de chambre, du nouveau personnel soignant, une nouvelle routine

Facteurs de risque

- Antécédents de chute
- Admission ou transfert récent
- Déficits perceptuels et cognitifs
- Témérité
- Agitation
- Médication
- Hypotension orthostatique
- Problème de mobilité
- Troubles d'élimination
- Troubles visuels et auditifs
- Facteurs extrinsèques : chaussures, plancher luisant, éclairage, hauteur du lit, cloche d'appel, disposition du mobilier, encombrement du corridor, aide technique inadéquate
- Malaises physiques et psychologiques liés à la présence de dispositifs, tels qu'une sonde urinaire, un masque à oxygène, une sonde nasogastrique, un cathéter intraveineux, etc.
- Altération du statut mental

Outils :

- Grille d'observation des comportements (annexe 4 – Héb 0049)
- Grille de recension des comportements d'agitation selon l'échelle de Cohen Mansfield (annexe 5 - Héb 0050)
- Autres outils pertinents à l'évaluation, incluant ceux reliés à la prévention des chutes.

Grille de recension des comportements d'agitation selon l'échelle de Cohen Mansfield

Cocher à l'endroit approprié lorsque le résident manifeste, à chaque fois, un ou les comportements suivants pendant le quart de travail. Faire le total (**T**) pour chacun des comportements concernés. Peut être complétée par tous les intervenants de l'équipe.

Comportements		Date :				Date :				Date :			
		N	J	S	T	N	J	S	T	N	J	S	T
Agitation physique non agressive	Cherche à saisir												
	Déchire les affaires												
	Absorbe des produits non comestibles												
	Fait des avances sexuelles physiques												
	Déambule												
	Se déshabille, se rhabille												
	Attitudes répétitives												
	Essaie d'aller ailleurs (fugue)												
	Manipulation non conforme des objets												
	Agitation généralisée												
	Recherche constante d'attention												
	Se cache												
Amasse des objets													
Agitation + agressivité physique	Répète des mots, phrases												
	Se plaint												
	Émet des bruits bizarres												
	Fait des avances sexuelles verbales												
	Donne des coups												
	Bouscule												
	Mord												
	Crache												
	Donne des coups de pied												
	Griffe												
	Se blesse												
	Tombe volontairement												
Lance des objets													
Agitation + agressivité verbale	Jure												
	Est opposant (attitudes négatives)												
	Pousse des hurlements												
Initiales													
Initiales	Nom				Initiales	Nom							

Référence : Micas, M., Ousset, P.J., Vellas, B. Évaluation des troubles de comportement présentation de l'échelle de Cohen Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psycho. Médicale. 1997. : 151-157.

Une fois complétée, la classer au dossier, à la fin de la section « Notes d'observation » ou sous l'onglet « Comportements ».

Grille de recension des comportements d'agitation selon l'échelle de Cohen Mansfield

Cocher à l'endroit approprié lorsque le résident manifeste, à chaque fois, un ou les comportements suivants pendant le quart de travail. Faire le total (**T**) pour chacun des comportements concernés. Peut être complétée par tous les intervenants de l'équipe.

Comportements		Date :				Date :				Date :			
		N	J	S	T	N	J	S	T	N	J	S	T
Agitation physique non agressive	Cherche à saisir												
	Déchire les affaires												
	Absorbe des produits non comestibles												
	Fait des avances sexuelles physiques												
	Déambule												
	Se déshabille, se rhabille												
	Attitudes répétitives												
	Essaie d'aller ailleurs (fugue)												
	Manipulation non conforme des objets												
	Agitation généralisée												
	Recherche constante d'attention												
	Se cache												
Amasse des objets													
Agitation + agressivité physique	Répète des mots, phrases												
	Se plaint												
	Émet des bruits bizarres												
	Fait des avances sexuelles verbales												
	Donne des coups												
	Bouscule												
	Mord												
	Crache												
	Donne des coups de pied												
	Griffe												
	Se blesse												
	Tombe volontairement												
Lance des objets													
Agitation + Agressivité verbale	Jure												
	Est opposant (attitudes négatives)												
	Pousse des hurlements												
Initiales													

Initiales	Nom	Initiales	Nom

Une fois complétée, la classer au dossier, à la fin de la section « Notes d'observation » ou sous l'onglet « Comportements ».

Annexe 6

CONSÉQUENCES DE L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Les conséquences de l'utilisation de la contention sont nombreuses tant pour le résident et ses proches que pour les intervenants et l'organisation. En voici un aperçu:

Pour le résident - santé physique et autonomie fonctionnelle

- Détérioration de l'état général
- Perte progressive de son autonomie dans la réalisation de ses activités de vie quotidienne
- Syndrome d'immobilisation ou grabatisation (ex. : contractures, augmentation de l'ostéoporose, perte de jeu articulaire, de force musculaire et de masse osseuse, etc.)
- Déconditionnement cardio-respiratoire et augmentation de la tension artérielle
- Diminution de l'équilibre
- Diminution de l'appétit, déshydratation et perte de poids
- Privation sensorielle
- Risque accru d'infections
- Hypotension orthostatique
- Engourdissements, œdème des membres
- Pneumonie
- Thromboses veineuse et artérielle
- Douleur
- Diminution de l'état d'éveil ou à l'opposé augmentation de l'agitation
- Épuisement
- Constipation, incontinence, plaies, contracture et lésions de pression
- Possibilité de provoquer de nouveaux troubles cognitifs et l'aggravation de ceux déjà en place
- Risque élevé de blessures en voulant se libérer de sa contention. Peut aller jusqu'à la mort par strangulation et compression.

Pour le résident - santé psychologique

- Détérioration de l'état psychologique
- Atteinte sur le plan social et familial :
- Image négative de la personne, baisse de l'estime de soi
- Diminution des rapports affectifs
- Crainte d'abandon
- Sentiment d'être puni, de gêne, d'impuissance et de culpabilité
- Isolement
- Augmentation de l'agitation et des états confusionnels
- Sentiments négatifs, tels que : agressivité, peur, colère, dépression, résignation
- Résistance au traitement
- Régression

Pour les proches

- Sentiment d'impuissance, de gêne, insatisfaction
- Frustration, colère
- Tristesse
- Malaise ou conflit moral
- Diminution des rapports affectifs
- Sentiments de culpabilité et de peur

Pour l'intervenant

- Conflit entre le besoin de protection de la personne et le respect de sa dignité, de son autonomie et de sa liberté
- Conflit de valeur et de rôle, image négative des soins prodigués au résident
- Sentiment de culpabilité, d'être inadéquat
- Peut nuire au contact humain et à la communication interpersonnelle
- Augmentation des responsabilités (soins à donner) et du temps de surveillance
- Anxiété, frustration, insatisfaction, insécurité

Pour l'organisation

- Diminution de la qualité des soins
- Mauvaise réputation
- Augmentation du travail de gestion (du personnel, formalités administratives, etc.)
- Augmentation des coûts due aux complications, à l'achat et à l'entretien du matériel de contention et aux poursuites, le cas échéant.

ALERTE

La croyance populaire selon laquelle la contention est un bon moyen de prévenir les chutes et les blessures est FAUSSE !

ANNEXE 7

LISTE DES MESURES DE CONTRÔLE

Contentions physiques au fauteuil (fauteuil gériatrique, fauteuil roulant, base roulante, fauteuil

- Tablette :
 - Au fauteuil roulant ou base roulante :
 - Tablette à glissière avec attache arrière
 - Au fauteuil gériatrique :
 - Tablette avec dispositif d'ancrage
- Ceinture de hanche attachée à l'avant de marque Bodypoint avec ajustement de confort à **deux points d'ancrage** ou **quatre points d'ancrage** avec:
 - Boucle à bouton pression
 - Boucle à bouton pression avec couvre-boucle
- Ceinture pelvienne « Posey » no 4430

Contentions physiques au lit

- Ridelles de lit (pleine longueur ou demi-ridelles levées en totalité)
- Ceinture abdominale à clé magnétique de marque Pinel avec courroies latérales et ridelles de lit:
 - Accessoires :
 - courroie pelvienne
 - bretelles

Autres matériels

- Mitaines rembourrées avec ou sans plaque rigide
- Attaches pour poignets et chevilles

Isolement

Demi porte (résident confiné à sa chambre ou un autre local pour une certaine période en raison de son agitation ou du dérangement qu'il provoque).

Tout matériel de contention hors de la présente liste doit être approuvé par la direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles et soumis à l'approbation du conseil d'administration du CSSS dans les plus brefs délais.

ANNEXE 8

GUIDE D'INSTALLATION, AJUSTEMENT ET ENTRETIEN DE LA MESURE DE CONTRÔLE : CEINTURE PELVIENNE « POSEY » NO 4430

Indications

Cette contention est utilisée **EN CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE ET PLANIFIÉE** lorsque les autres mesures de contention moins contraignantes se sont avérées inefficaces.

Elle est utilisée pour un résident qui tente de se lever ou qui glisse de son fauteuil.

Cette ceinture est conçue pour être utilisée au fauteuil roulant, à la base roulante ou au fauteuil gériatrique d'un résident pour lequel cette mesure exceptionnelle de contrôle fait partie intégrante du plan d'intervention afin d'assurer sa sécurité.

Cette ceinture peut également être utilisée au fauteuil de chambre ou au fauteuil berçant. Une fois adapté, ce fauteuil est à l'usage exclusif de la personne visée par la mesure de contrôle et selon les directives du fabricant de la ceinture.

Contre-indications

Résident agité, agressif ou suicidaire.

Résident capable d'enlever la ceinture ou de soulever le fauteuil.

Résident avec colostomie, cystostomie, hernies, en postopératoire ou équipé de tubulures et pour qui toute compression est déconseillée.

Précautions et directives

S'assurer que la largeur du fauteuil corresponde à la largeur du bassin du résident.

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 le résident et la contention. Des sangles insuffisamment ajustées permettront au résident de glisser de son fauteuil entraînant une compression thoracique et une suffocation.

S'assurer que les sangles sont bien fixées au cadre du fauteuil et qu'elles ne bougeront pas avec les mouvements du résident.



Entretien

Si la ceinture est contaminée :

Laver à l'eau chaude (70 °C) pendant 25 minutes.

Utiliser du javellisant selon la concentration recommandée.

Sécher à basse température.

Si la ceinture n'est pas contaminée :

Laver à l'eau tiède (ce qui permet d'augmenter la durée de vie du produit).

Directives d'installation et d'ajustement

<p>Avant d'installer la ceinture pelvienne, s'assurer que les freins du fauteuil sont appliqués et fonctionnels.</p>	
<p>Choisir la bonne taille de ceinture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petite (80-120 lbs) - Moyenne (110-155 lbs) - Large (145-190 lbs) 	
<p>1. Déposer la partie étroite de la ceinture vers le dossier du fauteuil.</p>	
<p>2. Passer les sangles de la partie étroite de la ceinture sous le siège et les attacher derrière les montants du dossier du fauteuil. S'assurer qu'elles passent entre les montants des appuis-bras et le dossier.</p>	
<p>3. Asseoir le résident sur la ceinture tout en s'assurant que ses hanches sont bien appuyées sur le dossier du fauteuil. Remonter la partie large de la ceinture entre ses jambes.</p>	
<p>4. Passer les sangles au niveau des hanches (angle de 45 degrés) et attacher derrière le dossier, le plus bas possible.</p>	
<p>5. On doit pouvoir passer l'épaisseur d'une main à plat entre le résident et la ceinture.</p>	



Demande de consentement à une mesure de contrôle

N.B. : UN FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR CHAQUE MESURE DE CONTRÔLE

Centre d'hébergement de Saint-Michel des Quatre-Saisons des Quatre-Temps

Type de mesure de contrôle (contention physique) :

Contentions au lit :

- Ridelles de lit
- Ceinture abdominale à clé magnétique de marque Pinel avec courroies latérales et ridelles de lit
- Avec bretelles Avec courroie pelvienne

Contentions au fauteuil :

Fauteuil roulant Fauteuil gériatrique Base roulante Fauteuil

Ceinture de hanche attachée à l'avant de marque Bodypoint avec ajustement de confort :

- Deux points d'ancrage Quatre points d'ancrage
- Boucle : Bouton pression Couvre-boucle

Ceinture Pelvienne : Posey No 4430

Tablette : Attache arrière Dispositif d'ancrage

Autres matériels :

Mitaines rembourrées Avec plaque rigide Attaches pour poignets Attaches pour chevilles

Type de mesure de contrôle (isolement) : Demi porte

Informations :

Reconnaissant avoir été informé(e) :

- des motifs justifiant le recours à la mesure de contrôle : _____
- du type de mesure de contrôle recommandé
- des modalités d'application :
 - période d'application : _____
 - durée d'application : _____
 - fréquence de surveillance (minimale aux 2 heures)
- des bénéfiques anticipés;
- des risques inhérents à l'utilisation ou non de la mesure de contrôle

J'autorise l'application de la mesure de contrôle sur moi ou sur la personne que je représente, suivant le protocole et les modalités d'application de l'établissement. **J'en comprends les conséquences.**

Ce consentement est valable jusqu'à la réévaluation (minimum : 4 mois / (maximum : 1 an) _____
ou jusqu'à l'expression de ma volonté de retirer ce consentement.

Nom du résident ou de son représentant légal : _____

Signature : _____ Date : _____

Témoïn¹ _____ Date : _____
Signature et titre d'emploi

Témoïn² _____ Date : _____
Signature et titre d'emploi

¹ Professionnel autorisé à décider de l'application de la mesure de contrôle

² 2^{ième} témoin si consentement téléphonique - Professionnel autorisé à décider de l'application de la mesure de contrôle ou infirmière auxiliaire

Refus d'application d'une mesure de contrôle

Je refuse expressément l'application de la mesure de contrôle sur moi ou sur la personne que je représente.

Je comprends les conséquences de mon choix et celui-ci est fait uniquement dans le but de servir mon meilleur intérêt ou celui de la personne que je représente.

Nom du résident ou de son représentant légal _____

Signature : _____ Date : _____

Témoin¹ _____ Date : _____
Signature et titre d'emploi

Témoin² _____ Date : _____
Signature et titre d'emploi

¹ Professionnel autorisé à décider de l'application de la mesure de contrôle

² 2^{ième} témoin si consentement téléphonique - Professionnel autorisé à décider de l'application de la mesure de contrôle ou infirmière auxiliaire

Retrait de la mesure de contrôle :

Je demande le retrait de la mesure de contrôle sur moi ou sur la personne que je représente.

Je comprends les conséquences de mon choix et celui-ci est fait uniquement dans le but de servir mon meilleur intérêt ou celui de la personne que je représente.

Nom du résident ou de son représentant légal _____

Signature : _____ Date : _____

Témoin¹ _____ Date : _____
Signature et titre d'emploi

Témoin² _____ Date : _____
Signature et titre d'emploi

¹ Professionnel autorisé à décider de l'application de la mesure de contrôle

² 2^{ième} témoin si consentement téléphonique - Professionnel autorisé à décider de l'application de la mesure de contrôle ou infirmière auxiliaire



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

Pour plus d'information, consultez *Le Point*, vol. 9, no 2, juin 2010.

Renseignements généraux			
Personne concernée			
Nom		N° de dossier au Curateur public	
Prénom		Date de naissance	
Demandeur (personne qui rédige la demande)			
Nom		Prénom	
Fonction	Téléphone	Poste	Télécopieur
Nom de l'établissement			
Destinataire (personne à qui le Curateur public doit retourner le consentement)			
<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Autre destinataire			
Nom		Prénom	
Fonction	Téléphone	Poste	Télécopieur
Nom de l'établissement			
Aptitude à consentir de la personne concernée			
Médecin ou professionnel ayant jugé la personne inapte à consentir			
Nom		Prénom	
Échange d'information avec la personne jugée inapte à consentir			
La personne : <input type="checkbox"/> a été informée dans le respect de ses capacités de communication. <input type="checkbox"/> n'a pas été informée. Raison : _____			
Mesure proposée			
Description de la mesure de contrôle proposée			
_____ _____ _____			
Raisons nécessitant le recours à une mesure de contrôle (décrire le comportement ou les pathologies)			
_____ _____ _____			

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

Mesures de remplacement qui ont été tentées	
Modalité d'application de la mesure proposée (joindre le plan d'intervention)	
Avantages et inconvénients de l'utilisation de la mesure	
IMPORTANT : Fréquence d'utilisation de la mesure s'il s'agit d'une demande de renouvellement	
Nom du professionnel décidant de l'application de la mesure	
Nom	Prénom
Profession	

Opinion d'un proche	
Échange d'information avec un proche	
<input type="checkbox"/> Un proche a été informé; il <input type="checkbox"/> a exprimé son accord. <input type="checkbox"/> a exprimé son désaccord. <input type="checkbox"/> ne désire pas s'impliquer.	
Nom du proche	Prénom
Lien <input type="checkbox"/> Conjoint ou conjointe <input type="checkbox"/> Fils ou fille <input type="checkbox"/> Père ou mère <input type="checkbox"/> Frère ou sœur <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	
<input type="checkbox"/> Aucun proche de la personne n'est connu. <input type="checkbox"/> Aucun proche connu n'a pu être joint. Raison : _____	

CHAPITRE 5

MESURES DE POSITIONNEMENT

Positionnement

Mesure de positionnement

Ce chapitre vise à fournir des balises pour aider les intervenants à déterminer si l'usage d'une mesure, d'un moyen ou d'un dispositif constitue ou non une mesure de contrôle et à préciser les interventions qui en découlent lorsque la mesure est utilisée pour un positionnement uniquement. Les ridelles, et la tablette au fauteuil seront aussi discutées lorsqu'elles ne sont pas utilisées comme mesure de contrôle qu'elles soient ou non utilisées comme mesure de positionnement.

En tout temps le jugement clinique des intervenants doit être appliqué lors de ces décisions et des interventions qui en découlent.

« Une 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 ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier à un handicap » (MSSS, 2002, p.14).

Par contre, « Dans certains cas particuliers, une mesure empêchant ou limitant la liberté de mouvement peut être utilisée à d'autres fins que le contrôle de la personne et entraîner un impact différent de celui que produit le contrôle » (Gouvernement du Québec, 2011, p.6). Ce dispositif pouvant servir de mesure de contrôle, peut, selon cette situation clinique, constituer alors une mesure 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. » (Gouvernement du Québec, 2011, p.7)

Si un équipement ou dispositif a pour but de maintenir une personne dans une bonne position ou de lui permettre d'accomplir ses AVQ, mais qu'il restreint aussi la personne dans sa capacité d'agir, ce dispositif est considéré comme une mesure de contrôle puisqu'il restreint la liberté de mouvements volontaires.

Donc, toute mesure de positionnement est considérée comme une mesure de contrôle si, malgré le but visé, elle empêche ou limite la liberté de mouvement. Puisque, selon le code civil, nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, cette mesure devient une contention et le protocole d'application des mesures de contrôle s'applique.

« Il est du ressort de l'équipe interdisciplinaire, à laquelle participe l'utilisateur ou son représentant et sa famille, 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 de mesure de contrôle. » (Gouvernement du Québec, 2011, p.7).

Principes encadrant l'utilisation d'une mesure de positionnement

Les principes qui guident l'utilisation d'une mesure de positionnement découlent du cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle.

- En cas de doute entre une mesure de contrôle et une mesure de positionnement, considérer l'intervention comme une mesure de contrôle.
- La mesure de positionnement est une mesure qui s'applique seulement dans un contexte d'intervention planifiée après une évaluation « *réalisée par un professionnel ayant compétence en la matière* » (Gouvernement du Québec, 2011, p.7).
- Dans un contexte d'intervention non planifiée la mesure de positionnement utilisée est considérée comme une contention et le protocole d'application des mesures de contrôle s'applique.
- La mesure de positionnement doit respecter l'horaire d'application optimum et ne doit pas excéder la durée d'utilisation requise.
- Éviter le recours à des moyens disproportionnés eu égard aux particularités de la personne et de sa condition clinique.
- « *Les mesures de positionnement doivent respecter les principes biomécaniques de confort postural, de niveau fonctionnel, d'ergonomie et d'esthétique, et doivent être le moins contraignantes possibles* » (Gouvernement du Québec, 2011, p.7).
- L'application d'une mesure de positionnement doit se faire dans le respect, la dignité et la **sécurité** en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet de soins spécifiques et d'une supervision attentive en lien avec le risque encouru. Les soins et la supervision incluent le respect des techniques et des procédures appropriées afin que ces mesures soient appliquées dans les règles, en tenant compte des besoins individuels de la personne.

Consentement

- Tout résident ou son représentant légal, doit être informé de l'utilisation d'une mesure de positionnement au moment de la décision de l'utilisation et lorsqu'il y a un changement et au moins une fois par année lors de la réévaluation clinique annuelle.
- Si le risque n'est pas augmenté par l'ajout de la mesure et que cette mesure ne fait pas partie des dispositifs pouvant servir de mesure de contrôle, le consentement aux soins généraux est suffisant (ex. les orthèses). Le résident ou son représentant légal doit être informé. Une note au dossier doit refléter l'information transmise et la réponse du résident ou de son représentant légal.

- Le consentement à une mesure de positionnement est requis si cette mesure pourrait aussi être utilisée comme une contention dans une autre situation clinique⁶. Toute mesure de positionnement qui pourrait aussi augmenter le risque de blessure ou de déclin dans les AVQ nécessite un consentement (ex. une tablette lors du repas qui facilite l'alimentation mais augmente le risque de strangulation si le résident glisse). Ce consentement spécifique à la mesure de positionnement est requis au moins annuellement lors de l'évaluation annuelle.
- Ce consentement ne requiert pas un formulaire spécifique mais doit être noté au dossier.
- Le consentement initial est obtenu par l'ergothérapeute. Par contre, si l'évaluation a été faite par un intervenant en réadaptation en externe, l'infirmière obtient le consentement

Démarche clinique lors de l'utilisation d'une mesure de positionnement :

La démarche clinique lors de l'utilisation d'une mesure de positionnement est influencée par la situation clinique, la personne et ses besoins et par le type de dispositif envisagé.

La décision d'appliquer une mesure de positionnement se fait toujours dans un contexte planifié. Dans un contexte non planifié (urgence), l'utilisation d'une mesure de positionnement est traitée comme une contention et le protocole des mesures de contrôle s'applique jusqu'à ce que la démarche clinique ait été complétée.

Évaluation :

« 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 »
(Gouvernement du Québec, 2011, p.7)

L'évaluation interdisciplinaire (comprenant au moins deux professionnels dont l'ergothérapeute ou un autre intervenant en réadaptation selon son champ de pratique ex. physiothérapeute, physiatre) est requise dans toutes les mesures de positionnement.

- Collecte de données :

Documenter la situation clinique (ex. historique du problème et les interventions tentées antérieurement, les facteurs possiblement réversibles, si la problématique est occasionnelle ou permanente). Cette étape est complétée par l'infirmière et l'ergothérapeute ou un autre intervenant en réadaptation selon son champ de pratique (ex. physiothérapeute en externe). La collecte de données nécessite aussi la contribution des autres intervenants.

⁶ *L'exception est le coussin en biseau et la chaise inclinée qui, s'ils ne sont pas utilisés comme mesure de contrôle, ne nécessitent pas le consentement spécifique. Par contre, le résident ou son représentant légal, doit en être informé au moment de la décision de l'utilisation et lorsqu'il y a un changement et au moins une fois par année lors de l'évaluation clinique annuelle.

- Analyse :

Suite à son analyse, l'équipe pose un jugement clinique. Déterminer si la situation clinique nécessite des interventions permettant de corriger ou de diminuer la problématique (ex. augmenter la force musculaire, programme de marche, revoir la médication, modifier le fauteuil, etc.). Si oui, mettre en place les interventions requises.

S'assurer que le positionnement identifié n'agit pas aussi comme une mesure de contrôle. Si la mesure de positionnement est aussi une contention, le protocole d'application des mesures de contrôle s'applique.

Le résultat de l'analyse est documenté au dossier.

Planification de l'intervention :

- Si la mesure de positionnement n'est pas un dispositif pouvant aussi être utilisé comme mesure de contrôle (par ex. une orthèse) ne pas appliquer le protocole de mesures de contrôle et utiliser le jugement clinique pour déterminer les soins et la surveillance requise.
- Si la mesure de positionnement est un dispositif pouvant aussi être utilisé comme mesure de contrôle, les principes généraux des mesures de contrôle s'appliquent.
- Toutes mesures de positionnement requièrent une évaluation documentée au dossier, un PII, un PTI indiquant les directives spécifiques au suivi clinique et une évaluation minimalement annuelle ou plus fréquemment lors d'un changement de la condition de santé amenant une modification de la mesure de positionnement ou du risque encouru.
- Pour toutes ces mesures de positionnement évaluer le risque encouru par le résident pour déterminer les soins et la fréquence de la surveillance.
- Tous les dispositifs de positionnement au fauteuil nécessitent une réinstallation du résident aux 2 heures.
- Tous les dispositifs de positionnement nécessitent des directives spécifiques au plan de travail du préposé aux bénéficiaires.

« 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 » (Gouvernement du Québec, 2011, p.6). Par contre, se rappeler que si la mesure restreint la liberté de mouvement volontaire, c'est une mesure de contrôle.

Pour chaque dispositif utilisé uniquement comme mesure de positionnement, les interventions requises sont précisées au tableau présenté à la fin de ce chapitre.

Ceinture de hanches (au fauteuil) :

Les ceintures au fauteuil (avec 2 ou 4 points d'ancrage) sont des mesures de positionnement stabilisant le bassin. Un résident incapable de tenter de sortir de son fauteuil ne subit pas de restriction dans sa liberté de mouvement par la ceinture. Dans ce cas c'est uniquement une mesure de positionnement. Par contre, si la ceinture empêche ou limite la liberté de mouvement, elle devient une contention et le protocole d'application des mesures de contrôle s'applique. Et ce, même si elle sert aussi de mesure de positionnement.

Ceinture pelvienne :

La ceinture pelvienne est considérée en tout temps comme une contention et le protocole d'application des mesures de contrôle s'applique. Et ce, étant donné le risque élevé de cette mesure.

Tablette au fauteuil :

La décision de l'utilisation d'une tablette est prise par l'équipe interdisciplinaire. La démarche clinique est influencée par le but visé lors de l'utilisation de la tablette. Dans toutes les situations une démarche clinique est requise.

Une tablette utilisée dans le but de limiter les déplacements ou les mouvements, est considérée comme une contention et le protocole d'application des mesures de contrôle s'applique. Et ce, même si la tablette est utilisée uniquement à l'heure des repas pour faciliter l'alimentation (par exemple, limiter l'errance d'une résidente pendant le repas afin de faciliter son alimentation).

Une tablette **fixée à un fauteuil gériatrique**, utilisée pour déposer des objets (ex. pour faciliter les loisirs ou la communication) et qui n'enfreint pas la liberté de mouvement n'est pas considérée comme une mesure de contrôle ni une mesure de positionnement mais un dispositif d'aide aux AVQ ou aux loisirs.

Une tablette utilisée uniquement pour le positionnement d'un membre supérieur chez une personne qui ne peut se déplacer seule est une mesure de positionnement.

Lorsque la tablette est considérée une mesure de positionnement ou une aide aux activités, les interventions requises sont précisées au tableau présenté à la fin de ce chapitre.

Orthèses aux membres supérieurs et inférieurs :

La décision de l'utilisation d'une orthèse est prise par l'ergothérapeute ou un autre intervenant en réadaptation selon son champ de pratique en collaboration avec l'infirmière. Le professionnel décideur (ex. ergothérapeute) inscrit une note au dossier qui doit inclure les résultats de l'évaluation et le mode de suivi.

Évidemment, le jugement clinique prévaut et dans certaines situations cliniques exceptionnelles, une orthèse pourrait limiter le mouvement et être considérée comme une contention. Dans ce cas, ce serait le protocole de mesures de contrôle qui s'appliquerait. Lorsque l'orthèse est considérée uniquement comme une mesure de positionnement, les interventions requises sont précisées au tableau présenté à la fin de ce chapitre.

Ridelles :

« L'utilisation des deux côtés de lit..., constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre la personne à demeurer dans son lit alors qu'elle souhaite se lever » (Gouvernement du Québec, 2011, p.9).

Une, deux ou trois ½ ridelles montées ou 1 ridelle pleine grandeur montée n'est pas considéré comme une mesure de contrôle puisque la personne peut sortir du lit. Ce n'est pas non plus une mesure de positionnement mais plutôt une aide ou une assistance à la mobilité et au transfert.

Il est suggéré d'utiliser les ridelles pleines longueurs seulement lorsqu'une mesure de contrôle est exigée. Dans les autres situations cliniques, privilégier trois ½ ridelles ou moins afin de ne pas restreindre la possibilité pour le résident de sortir du lit.

En Centre d'hébergement, 2 ridelles pleines longueurs montées sont presque toujours considérées comme une mesure de contrôle et le protocole d'application des mesures de contrôle s'applique. Et ce, même si la personne demande de lever les ridelles puisque les résidents en Centre d'hébergement sont susceptibles de présenter un état de confusion et les ridelles levées augmentent le risque d'accident.

Une situation exceptionnelle serait la présence d'ataxie ou de mouvements involontaires chez une personne qui serait incapable de tenter de sortir du lit. Dans ce cas, quatre 1/2 ridelles ou 2 ridelles pleines longueurs ne sont pas une mesure de contrôle, ni de positionnement mais une mesure de protection pour que les jambes du résident restent dans le lit. Dans ce cas, suivre la même démarche clinique que la mesure de positionnement puisque le risque d'accident est élevé. Le tableau présenté à la fin de ce chapitre y précise les interventions requises.

Tableau
Démarche clinique pour mesure de positionnement

Type de mesure	Ceinture de hanches	Tablette	2/2 ou 4/4 Ridelles*	Orthèses membres	Coussin biseau, fauteuil incliné
Responsable de la prise de décision	Au moins 2 professionnels dont un intervenant en réadaptation	Au moins 2 professionnels dont un intervenant en réadaptation	2 infirmières	Un intervenant en réadaptation en collaboration avec l'inf.	Au moins 2 professionnels dont un intervenant en réadaptation
Processus de décision	Démarche clinique Équipe inter Notes collaboratives	Démarche clinique Équipe inter Notes collaboratives	Démarche clinique Équipe inter Notes collaboratives	Démarche clinique de l'intervenant en réadaptation et l'inf.	Équipe inter Notes collaboratives démarche clinique
Consentement	<p>Pour toutes les mesures de positionnement, le consentement inscrit dans les notes au dossier comprend l'information transmise et la réponse du résident ou de son représentant légal.</p> <p>Ce consentement ne nécessite pas une feuille spécifiquement réservée à cet effet.</p> <p>L'information peut être transmise par téléphone.</p> <p>Il est préférable mais non obligatoire lors de la première application, que le répondant légal voit le dispositif afin qu'il comprenne mieux et ait ainsi un consentement plus éclairé.</p> <p>Le résident ou son représentant légal renouvelle son consentement au minimum annuellement lors de la l'évaluation annuelle et lors d'un changement de la condition clinique requérant une modification de la mesure ou du risque encouru. Cette information fait partie du consentement aux soins. Une note au dossier reflète l'information transmise et le consentement du répondant.</p>			<p>Le résident ou son représentant légal doit être informé par l'intervenant en réadaptation ou l'infirmière. Cette information est documentée au dossier.</p> <p>Le résident ou son représentant légal est informé de la mesure au minimum annuellement lors de la l'évaluation annuelle et lors d'un changement de la condition clinique requérant une modification de la mesure ou du risque encouru. Une note au dossier reflète l'information transmise.</p>	
PII	Un PII est fortement recommandé avec une évaluation au moins une fois par année ou plus souvent si le changement de la condition clinique l'exige. En l'absence de PII, le résultat, documenté au dossier, d'une discussion entre les professionnels ciblés est requise.				
PTI	Le PTI doit préciser les directives spécifiques au suivi clinique (soins et surveillance). Les soins et la fréquence de la surveillance sont en lien avec le risque encouru par la mesure et les besoins du résident.				
Plan de travail	Le plan de travail inclut les directives aux préposés aux bénéficiaires. Il n'est pas requis d'avoir une feuille spécifique de contrôle des soins et surveillance où le préposé doit inscrire ses initiales suite aux interventions effectuées.				
Vérification	L'infirmière auxiliaire vérifie, à chaque quart de travail, la conformité de l'installation. L'infirmière auxiliaire de soir vérifie les signes potentiels de complications.				

Notes au dossier	<p>L'infirmière et l'ergothérapeute intervenant en réadaptation (selon son champ de pratique) documentent au dossier les résultats de leur évaluation.</p> <p>Les notes au dossier reflètent les étapes de la démarche clinique des différents intervenants impliqués et de la communication avec le résident ou le répondant légal. Les notes d'évolution décrivent la réponse aux interventions et les changements cliniques.</p>
------------------	---

*Situation exceptionnelle où il y a présence d'ataxie ou de mouvements involontaires chez une personne qui serait incapable de tenter de sortir du lit.

RÉFÉRENCES

CHSLD Les Havres (2003). *Programme interdisciplinaire de réduction des mesures de contentions physiques et normes d'utilisation au CHSLD les Havres.*

CHSLD Saint-Michel (2004). Protocole de réduction des contentions.

CSSS Cœur-de-l'île (MÀJ Janvier 2013). Protocole d'application des mesures de contrôle : contentions et isolement

CSSS de l'Ouest-de-l'Île (2005). Protocole d'application des mesures de contrôle - Contention et isolement.

CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel (MÀJ 2011). Code d'éthique. Cadre de référence à l'usage des intervenants et des prestataires de services.

CSSS de la Pointe-de-l'île. Modalités d'application des mesures de contrôle (contention et isolement). Mai 2006.

CSSS Dorval-Lachine-LaSalle. Règlement sur l'utilisation des mesures de contrôle – contentions physiques et isolement en centre d'hébergement. Mai 2008.

CSSS Jardins-Roussillon (2006). Mesures de contrôle (contention et isolement) Protocole et modalités d'application.

CSSS Jeanne-Mance (2007). Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contentions physiques.

CSSS du Suroît (sans date). Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement. Document de travail – Extrait du manuel de politiques et procédures.

CSSS La Pommeraie (2005). Non aux contentions – Guide à l'intention des intervenantes au soutien à domicile ou en résidences privées.

CSSS Lucille-Teasdale. Politique et procédure, utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. Octobre 2007.

CSSS Haute-Yamaska. (2005). Protocole d'application des mesures de contrôle ; contention, isolement et substances chimiques.

CSSS Rimouski-Neigette. Procédure interdisciplinaire d'application relative à l'utilisation exceptionnelle de la contention et de l'isolement. Décembre 2007.

Équipe de consultation sur les aides techniques (2005). Les mesures de contrôle en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions.

Hôpital Louis-H. Lafontaine (2004). Outil standardisé de collecte de données liées aux mesures de contrôle.

MSSS (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.

MSSS (2002). Plan d'action en lien avec les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.

MSSS (2005). Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle – Matériel de contention – Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement.

MSSS (2011). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Édition révisée.

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004). Application de la loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (MÀJ Février 2012). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières.