



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

PROTOCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE



**ÉLABORÉ PAR LA DIRECTION DU
DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES**

***EN COLLABORATION AVEC LES MEMBRES DU
COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'APPLICATION
DU PROTOCOLE D'ISOLEMENT/CONTENTION
(CÉAPIC)***

JUIN 2014

PROTOCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

**ÉLABORÉ PAR
LA DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

**EN COLLABORATION AVEC
LES MEMBRES DU
COMITÉ D'ÉVALUATION DE L'APPLICATION
DU PROTOCOLE D'ISOLEMENT/CONTENTION
(CÉAPIC)**

JUIN 2014

Table des matières

<i>Préambule</i>	4
<i>Introduction</i>	6
<i>Principes directeurs</i>	7
<i>Principes juridiques</i>	8
<i>Principes éthiques</i>	10
<i>Définitions des termes</i>	12
<i>Types de mesures de contrôle autorisés dans l'établissement</i>	12
<i>Contextes d'application</i>	14
<i>Contexte d'intervention planifié</i>	14
<i>Contexte d'intervention non planifié</i>	15
<i>Modalités de décision et d'application des mesures de contrôle</i>	15
<i>Le processus décisionnel interdisciplinaire</i>	15
<i>Les étapes du processus décisionnel pour l'utilisation d'une mesure de contrôle</i>	16
<i>Application des mesures de contrôle</i>	18
<i>Mesures appliquées dans un contexte planifié</i>	18
<i>Mesures appliquées dans un contexte non planifié</i>	22
<i>Implication des différents intervenants</i>	26
<i>Les aspects légaux et la notion de consentement</i>	27
<i>Tableau synthèse de la notion de consentement : personne apte à consentir</i>	31
<i>Tableau synthèse de la notion de consentement : personne inapte à consentir</i>	32
<i>Formation et soutien professionnel</i>	33
<i>Évaluation des résultats</i>	33
<i>Responsabilités des gestionnaires</i>	34
<i>Références – documents consultés</i>	36
<i>Annexe I – mesures de remplacement</i>	38
<i>Annexe II – demande de dérogation</i>	44
<i>Annexe III – procédures d'installation du matériel de contention</i>	48
<i>Annexe IV – formulaire isolement et contention (prise de décision et application des mesures) ...</i>	92
<i>Annexe V – procédure d'utilisation du retour post-situationnel</i>	96

PRÉAMBULE

L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal fait la promotion de la pleine citoyenneté des personnes. Elle voit à leur mieux-être et se soucie de leur offrir les meilleurs soins et services. Le respect de la personne sous-tend toute activité.

Dans ce contexte, la révision du protocole d'application des mesures de contrôle s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue où les pratiques font constamment l'objet d'évaluation et de remise en question. Loin d'être une finalité, ce protocole fixe des balises pour l'utilisation de ces mesures exceptionnelles et de dernier recours. L'accent est mis sur la collaboration et le consentement de la personne, l'approche interdisciplinaire, la planification des interventions et la promotion et l'utilisation des mesures de remplacement. L'objectif ultime à cet égard est la constante réduction de l'utilisation de toutes mesures contraignantes voire la cessation de celles-ci. À ce propos, le protocole fait écho à une pratique qui tend déjà à s'installer à l'Institut.

INTRODUCTION

L'application des mesures de contrôle à l'égard d'une personne est un processus thérapeutique dispensé dans un contexte où des mesures préventives et de remplacement se sont avérées inefficaces à assurer la sécurité de cette personne ou de celles présentes dans son entourage. Il s'agit donc d'une intervention de dernier recours alors que toutes les autres possibilités d'interventions ont été épuisées. En aucun cas, les mesures de contrôle ne peuvent être appliquées pour des raisons administratives telles que le manque de ressources ou autres.

Dans le contexte de ces mesures, les intervenants sont confrontés à des dilemmes éthiques et à des implications légales considérables où s'entrechoquent les droits, les responsabilités et les valeurs personnelles et professionnelles de toutes les personnes concernées, soit la personne, ses proches et les intervenants.

L'encadrement de ce processus par des balises claires permet d'assurer la sécurité, l'intégrité et la dignité des personnes. Il permet également aux intervenants d'avoir l'assurance que, malgré la contrainte appliquée, les interventions sont justifiées dans les circonstances exceptionnelles et qu'elles rencontrent les normes professionnelles, éthiques et juridiques en vigueur.

L'application des mesures de contrôle doit être minimale et temporaire : elle doit être la moins contraignante possible et causer le moins d'inconfort possible à la personne. Elle ne doit jamais se prolonger inutilement et doit être cessée dès que la personne est en mesure de reprendre la maîtrise de ses émotions, de ses comportements et qu'elle ne représente plus un danger pour elle-même ou les autres.

La réflexion doit en tout temps être au cœur même des interventions afin de permettre l'identification, l'application et l'évaluation d'autres alternatives. L'implication et la recherche constante de solutions novatrices de tous les membres de l'équipe de soins permettent non seulement de bien cibler les facteurs précipitant une situation de crise pour la personne, de pouvoir agir davantage en amont, mais aussi d'éviter d'être constamment confrontés à des interventions contraignantes. Le souci de ne pas nuire et de ne pas créer de souffrance tant chez la personne que chez le personnel de soins oblige chacun à questionner constamment ces pratiques.

Une évaluation précise et rigoureuse de la condition physique et mentale de la personne est indispensable pour l'application d'un soin personnalisé, sécuritaire et de qualité. Cette évaluation se fait parfois dans des situations d'urgence où l'infirmière et les autres professionnels y contribuant disposent de peu d'information, où des décisions sérieuses doivent être prises dans de brefs délais afin d'assurer la sécurité de tous. Ce contexte délicat doit être tenu en compte; il exige une très grande rigueur et doit s'appuyer sur une solide compétence clinique à évaluer la condition physique et mentale de la personne.

La communication efficace, fluide et continue entre les intervenants et la personne permet, qu'en dépit de l'application d'une mesure contraignante, l'intervention s'effectue avec respect, humanité et dans le souci que la personne retrouve la plus grande autonomie possible dans les meilleurs délais. Elle permet d'assurer la cohésion d'équipe, de mettre à profit la contribution de chacun pour l'amélioration des soins et l'émergence de nouvelles solutions. La personne et ses proches pourront ainsi être rassurés à l'effet que l'application des mesures d'isolement et contentions était appropriée dans les circonstances et appliquée rigoureusement. Les retours post-situationnels permettent à la fois aux intervenants de

constater l'efficacité et la qualité des interventions et de trouver des moyens de les améliorer. Pour la personne, ils permettent de préserver la qualité du lien thérapeutique avec les soignants, de clarifier les événements ayant conduit à l'application des mesures et à identifier des moyens d'éviter que de telles situations se reproduisent. L'implication active de la personne et de ses proches dans le processus d'intervention est alors indispensable et ce, dans le respect de la confidentialité.

Le maintien d'un accompagnement intensif : l'application des mesures de contrôle nécessite la mise en place d'un **accompagnement intensif de la personne qui est maintenu tout au long du processus**. Cet accompagnement est soutenu et se traduit par une relation thérapeutique qui tient compte des caractéristiques de la personne et de son environnement. De plus, l'accompagnement vise à permettre à la personne de retrouver la maîtrise de ses émotions et de ses comportements, son estime de soi, sa capacité à faire face à son anxiété tout en s'assurant de son bien-être. **Après l'événement, un retour est effectué avec elle, ses proches et le cas échéant un pair aidant.**

La connaissance et la maîtrise des habiletés relationnelles, des outils et des interventions proposées, notamment, par la formation Oméga et la préoccupation de maintenir un lien thérapeutique dans le cadre d'une **philosophie de soin humaniste** permettent une substitution de l'utilisation des mesures de contrôle par des interventions moins contraignantes ou à tout le moins une réduction.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les principes encadrant l'utilisation des mesures de contrôle réfèrent aux six principes directeurs¹ énoncés dans les orientations ministérielles.

1^{er} principe :

Les substances chimiques², la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un **contexte de risque imminent**.

2^e principe :

Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en **dernier recours**.

3^e principe :

Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la **moins contraignante** pour la personne.

¹ MSSS, Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, Québec, 2002, p 15 – 17.

² À ce jour, le suivi de l'application des mesures de contrôle concerne la contention et l'isolement. Il ne porte pas sur les substances chimiques. Travaux en cours.

4^e principe :

L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le **respect, la dignité et la sécurité**, en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive.

5^e principe :

L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le **respect des protocoles**.

6^e principe :

L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet **d'une évaluation et d'un suivi** de la part du Conseil d'administration.

PRINCIPES JURIDIQUES

ENCADREMENT LÉGISLATIF DE L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT

L'utilisation des mesures de contrôle par l'établissement repose, notamment, sur son obligation d'assurer la sécurité des personnes hospitalisées, en tenant compte de leurs droits fondamentaux et plus particulièrement de ceux qui sont en cause en l'occurrence, tels le droit à l'inviolabilité de sa personne, le droit à la liberté et celui, dès lors, d'exprimer un refus concernant les interventions proposées.

Le législateur québécois a prévu des règles strictes pour l'application de ces mesures. Il a également mis à la disposition des personnes qui en font l'objet, des recours pouvant mener à des sanctions advenant le non-respect de ces règles.

Plusieurs textes de lois et règlements font écho aux valeurs ci-dessus énoncées. Ceux qui sont répertoriés dans le présent protocole sous forme de tableau n'ont pas la prétention d'être exhaustifs mais ils ont été retenus pour leur pertinence en la matière.

Charte canadienne des droits et libertés

- **Article 1 :** garantie du respect des droits et libertés énoncés dans cette charte
- **Article 7 :** droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne
- **Article 12 :** droit à la protection contre les traitements ou peines cruels et inusités

Charte des droits et libertés de la personne

- **Article 1 :** droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne
- **Article 4 :** droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation
- **Article 5 :** droit au respect de sa vie privée

Code civil du Québec (C.c.Q.)

- **Article 3 :** énoncé des droits reliés à la personnalité, tels droit à la vie, à l'inviolabilité et à l'intégrité de sa personne, droit au respect de son nom, de sa réputation et de sa vie privée
- **Article 10 :** droit à l'inviolabilité et à l'intégrité de sa personne, droit à l'expression d'un consentement libre et éclairé ou à celle d'un refus de soins
- **Article 11 :** sens du terme soins → soin de toute nature → examens, prélèvements, traitements ou toute autre intervention - nécessité d'un consentement substitué si la personne est jugée inapte à consentir
- **Article 13 :** consentement non requis si urgence et si impossibilité, faute de temps, d'obtenir le consentement de la personne concernée ou celui d'un tiers habilité par la loi
- **Article 15 :** personnes pouvant donner un consentement substitué si la personne est jugée inapte à consentir (réf tableau sur le consentement pages 31 et 32)
- **Article 16 :**
 1. nécessité de recourir au tribunal pour passer outre au refus catégorique exprimé par la personne, même si elle est jugée inapte à consentir;
 2. nécessité de recourir au tribunal pour passer outre au refus catégorique de la personne, même si l'on a obtenu un consentement substitué
 3. nécessité de recourir au tribunal pour passer outre au refus jugé injustifié de la part du tiers substitut

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) - encadre l'application des mesures de contention et d'isolement

- **Article 118.1 :** énoncé des normes encadrant l'utilisation des mesures d'isolement et de contention: utilisation minimale et exceptionnelle → empêcher la personne de s'infliger ou d'infliger des blessures à autrui; consignation au dossier de notes détaillées de l'intervention
- **Article 5 :** droit à des services sociaux-sanitaires adéquats, personnalisés et sécuritaires
- **Article 9 :** référence aux articles 10 à 16 C.c.Q.
- **Article 8 :** droit pour la personne d'être informée de son état et des différentes options thérapeutiques possibles, de leurs avantages et inconvénients

Loi médicale

- **Article 31, 10^e et 11^e alinéas :**

prévoit la possibilité pour les **médecins** de prescrire des mesures de contention et d'isolement conformément à la LSSSS

Loi sur les infirmiers et infirmières (modifiée par la Loi 90)

▪ **Article 36, 14^e et 15^e alinéas :**

prévoit la possibilité pour les **infirmières et infirmiers** de décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement conformément à la LSSSS

Code des professions (modifié par la Loi 21)

- **Article 37.1 :** 1.1.1^e alinéa, i) et j) : **Travailleuses (eurs) sociales (aux)**
1.3.2^e alinéa, g) et h) : **Psycho-éducatrices (eurs)**
2^e alinéa, i) et j) : **Psychologues**
4^e alinéa, d) et e) : **Ergothérapeutes**

habilite les professionnels ci-dessus nommés à décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement conformément à la LSSSS

3^e alinéa, g) : **Physiothérapeutes**

habilite les professionnels ci-dessus à décider de l'utilisation des mesures de contention conformément à la LSSSS

PRINCIPES ÉTHIQUES

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

Le respect de la dignité humaine

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

Le respect de l'autonomie et le consentement aux soins

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

La bienfaisance

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

La protection et la sécurité

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

La nécessité

L'application des mesures de contrôle peut être jugée nécessaire lorsqu'elle devient l'unique moyen de protection de la personne ou de son environnement. Les interventions seront appliquées selon la philosophie d'intervention d'Oméga, d'abord de façon large et non dirigée (ex. : pacification) puis graduellement de façon plus encadrante (pyramide des interventions Oméga) jusqu'à la résolution de la crise. En cas contraire, si la personne présente une dangerosité pour elle-même ou les autres, les mesures de contrôle pourront s'appliquer. La sécurité de la personne ou de son environnement auront alors préséance sur le respect de son autonomie lorsque la personne n'est pas en mesure de l'exercer.

L'efficacité

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

Les scénarios

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

Le test de la balance des bienfaits et méfaits

Il s'agit, dans le cadre d'une conduite à tenir, d'en évaluer les bienfaits et de les comparer aux inconvénients potentiels. La supériorité des bienfaits anticipés par rapport aux désavantages ou inconvénients permet dans bon nombre de cas de justifier la décision sur le plan éthique. Dans le cas contraire, il faut envisager d'autres scénarios.

En conclusion, la justification éthique de l'application des mesures de contrôle se fait donc, d'une part, par la supériorité de ses bienfaits sur ses inconvénients et, d'autre part, par l'incapacité de la personne, au moment de l'application de la mesure et de façon temporaire, à exercer son autonomie. C'est donc

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

DÉFINITIONS DES TERMES

- 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.³*
- Isolement :** *Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.⁴*
- Mesures de remplacement : (voir annexe I)** *Stratégies d'intervention simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement. Ces mesures peuvent viser à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité et celle d'autrui.⁵*

TYPES DE MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉS DANS L'ÉTABLISSEMENT

Le matériel de contention et les mesures d'isolement autorisés à l'Institut figurent dans le tableau suivant. Les procédures d'utilisation de ces mesures se trouvent en annexe du protocole et doivent être consultées avant l'utilisation. Certaines situations cliniques complexes requièrent parfois d'envisager l'utilisation d'autres types de matériel non répertoriés dans le présent tableau; afin de déterminer le matériel répondant aux besoins spécifiques de la personne en termes de sécurité, de confort et de conformité aux normes en vigueur, il est nécessaire que soient impliqués les différents professionnels concernés. En conséquence, pour l'application de ces autres types de matériel, une conseillère clinicienne en soins infirmiers doit être consultée, une **demande de dérogation** doit être complétée et acheminée à la Présidente du CÉAPIC. En **cas d'urgence**, un professionnel peut décider de la mesure et obtenir subséquemment l'opinion clinique d'une conseillère clinicienne en soins infirmiers et ce, dans les meilleurs délais. Le formulaire de dérogation se trouve à l'annexe II du présent document.

³ MSSS, Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, Québec, 2002, p.14.

⁴ Ibid

⁵ MSSS : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Module 4 : Mesures de remplacement. Québec 2002, p. 3.

La **demande de dérogation** implique la participation des différents gestionnaires concernés par la prise de décision clinique et confirme la pertinence du choix de la mesure qui doit, par ailleurs, faire l'objet d'un suivi rigoureux. Cet encadrement serré de l'utilisation des mesures de contrôle assure l'application des meilleures pratiques.

Matériel	Indications	Remarques ⁶
Chambre d'isolement	Agressivité, agitation, désorganisation, risque de blesser les autres ou d'être en danger	Utiliser exclusivement les chambres prévues à cet effet.
Poignetières et chevillères	Agressivité, agitation, désorganisation, risque de blesser les autres ou d'être en danger, automutilation	Utiliser en dernier recours. Installer conformément à la technique présentée en annexe III.
Mitaines	Automutilation	Installer conformément à la technique présentée en annexe III.
Casque avec ou sans visière	Risque de chute Automutilation	S'assurer qu'il soit ajusté à la personne.
Ridelles de lit et de civière	Risque de chute	Procéder à une évaluation interdisciplinaire afin de s'assurer d'une utilisation sécuritaire des ridelles. À noter que lorsque les ridelles sont installées à la demande de la personne pour l'aider à se mobiliser, il ne s'agit pas de contention.
Fauteuil gériatrique avec tablette	Risque de chute	S'assurer que le fauteuil gériatrique soit adapté à la personne.
Poignetières de coton	Agitation, désorganisation, confusion amenant la personne à interférer dans l'application des soins	Utiliser pour l'application du soin.
Contention par enveloppement*	Agressivité, agitation, désorganisation, risque de blesser les autres ou d'être en danger, automutilation	*Utiliser uniquement après évaluation professionnelle et approbation de la DSI.
Filet de protection**	Crachat et morsure	**Utilisé uniquement par les agents d'intervention lorsque que toutes autres mesures ont été inefficaces et que la personne crache et mord. Il s'agit d'une mesure de protection et non de contention.

⁶ Les procédures d'installation du matériel figurent à l'annexe III du présent document.

CONTEXTES D'APPLICATION⁷

Contexte d'intervention planifiée

La planification de l'ensemble des interventions requises pour résoudre une problématique particulière constitue le contexte d'intervention planifiée.

L'intervention planifiée est appropriée lorsque la personne présente un comportement susceptible de se répéter et présentant un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. De concert avec la personne, son représentant ou ses proches, les intervenants développent un plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) comportant différents moyens pour faire face à ces situations. Parmi les moyens proposés, l'utilisation d'une mesure de contrôle peut être envisagée en dernier recours, après que les intervenants auront tenté d'appliquer toutes les mesures de remplacement prévues au PSTI et en auront évalué l'efficacité. Si une décision est prise quant à l'utilisation d'une mesure de contrôle, elle doit être documentée sur le formulaire « **Isolement et contention (prise de décision et application des mesures de contrôle)** » et signée par deux professionnels, minimalement une infirmière. La décision de la mesure planifiée est valable pour un mois mais réévaluée régulièrement en fonction de son efficacité et de l'évolution clinique de la personne. (Voir Annexe IV).

Les mesures de remplacement proposées au PSTI ou au plan thérapeutique infirmier (PTI) découlent notamment d'une connaissance précise de la condition de santé de la personne, de ses antécédents, des symptômes de la maladie, des manifestations cliniques de ces symptômes chez la personne, des signes précurseurs et des contextes favorisant l'émergence d'une situation de crise. Discutés avec la personne et ses proches, ces éléments de l'évaluation permettent d'agir en prévention, de cibler des mesures de remplacement et de réduire au maximum le recours aux mesures de contrôle.

En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique pour une personne qui présente des comportements à risque : les intervenants doivent toujours s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement. Ils doivent éviter de conclure d'emblée que ces causes sont identiques à celles observées antérieurement chez la même personne ou chez d'autres, et qui ont justifié l'élaboration d'un PSTI. Ainsi, en apparence, un même comportement peut découler de différentes causes et nécessiter différentes mesures de remplacement ou, en dernier recours, différentes mesures de contrôle.

Dans le contexte d'intervention planifiée, le consentement de la personne est requis. Toutefois, si la personne retire son consentement au moment d'appliquer la mesure de contrôle prévue au plan et que son comportement fait en sorte qu'elle se retrouve dans une situation de danger imminent pour elle-même ou pour autrui, après réévaluation, l'équipe peut appliquer la mesure comme s'il s'agissait d'une intervention dans un contexte d'intervention d'urgence. L'analyse de la situation et la révision du PSTI deviennent alors nécessaires.

⁷ Tiré tel quel du MSSS. « Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Contention et isolement. Édition révisée, août 2011 »

Contexte d'intervention non planifiée

Le contexte d'intervention non planifiée correspond à une situation où les intervenants sont appelés à agir auprès d'une personne qui présente un comportement **inhabituel et imprévu**, susceptible de la mettre en danger ou de mettre autrui en danger de façon imminente.

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 manifestation.

Le contexte d'intervention non planifiée ne doit être invoqué que dans les cas où le comportement d'une personne constitue un danger imminent pour elle-même ou pour autrui, si ce comportement ne s'est pas manifesté antérieurement ou si la manifestation est différente des situations vécues antérieurement et donc imprévisible et inhabituelle.

Lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée dans un contexte d'intervention non planifiée, le consentement de la personne n'est pas requis. Par contre, la collaboration de la personne doit être sollicitée en tout temps. Dès que possible, une analyse de la situation doit être réalisée. **Le PSTI doit être revu en équipe et avec la personne ou son représentant en fonction de la situation d'urgence qui a été vécue, de façon à planifier l'utilisation future de toutes les mesures de remplacement disponibles susceptibles d'aider la personne et, lorsque celles-ci sont épuisées, en dernier recours, l'utilisation d'une mesure de contrôle.** La décision prise et l'application de la mesure doivent être documentées sur le formulaire « **Isolement et contention (prise de décision et application des mesures de contrôle)** » et signées par deux professionnels, minimalement une infirmière. La décision de la mesure non planifiée est valable pour 24 heures mais réévaluée à chaque quart de travail par l'infirmière, afin de suivre l'évolution clinique de la personne et de questionner la pertinence de l'utilisation ou du maintien de la mesure. (Voir Annexe IV).

MODALITÉS DE DÉCISION ET D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Le processus décisionnel interdisciplinaire

La Loi 90 (2002, chapitre 33) et la Loi 21 (2009, chapitre 28) ont apporté des modifications majeures à la pratique concernant l'utilisation des mesures de contentions et d'isolement. En effet, le *Code des Professions*, que ces lois ont modifié, prévoit plusieurs catégories de professionnels légalement habilités à décider de leur application : médecins, infirmières et infirmiers, ergothérapeutes, travailleuses (eurs) sociales (aux), psychologues et psychoéducatrices (eurs) se partagent actuellement ce champ de pratique, chacun et chacune en conformité avec son champ d'exercice respectif. Quant aux physiothérapeutes, leur compétence à cet égard se limite à l'application des contentions lors de l'administration des soins et services dans leur champ d'expertise.

La prise de décision en matière de mesure de contrôle n'est pas chose simple. Elle requiert l'analyse rigoureuse et approfondie de la situation de la personne, en tenant compte des composantes de son environnement humain, psychosocial et culturel, ainsi que de l'aménagement physique et des structures

organisationnelles, tel que l'indique le modèle développé par Kayser-Jones en 1992. Chaque situation, par ailleurs, étant unique, elle nécessite que les intervenants ou l'équipe interpellée, la personne ou son représentant procèdent d'abord à une évaluation exhaustive, avant de planifier les interventions éventuellement jugées requises. Il faut éviter les règles fixes et immuables, qui peuvent créer un obstacle majeur à l'exercice du jugement clinique. Les décisions prises et, dès lors, les interventions choisies doivent faire l'objet d'une réévaluation continue suite à l'application de la mesure.

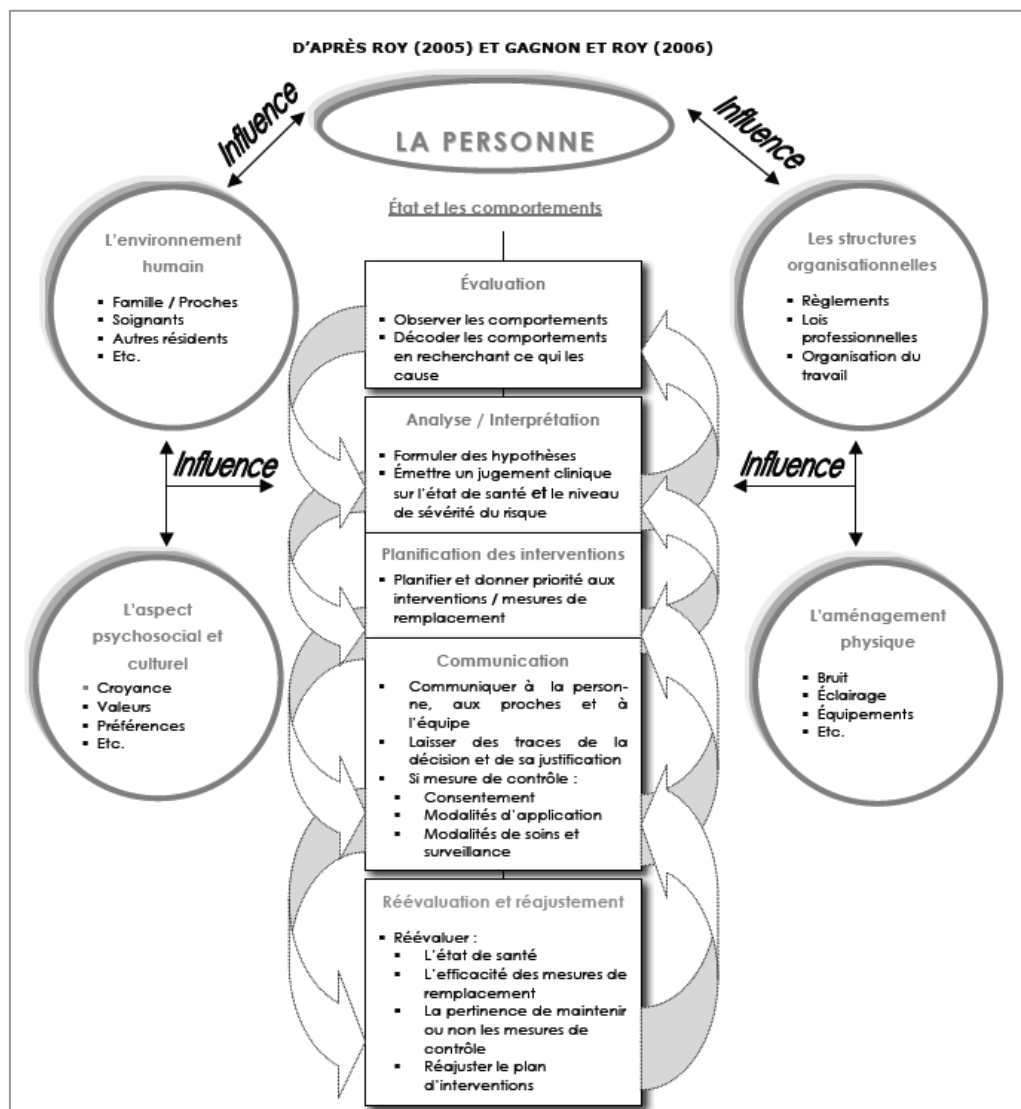
Ce processus est également complexe. Il requiert la contribution des différents membres de l'équipe et de la personne concernée afin d'offrir à cette dernière les soins et les services les plus appropriés à sa condition. Ces décisions ne doivent pas reposer sur la responsabilité d'une seule personne, mais être partagées par l'ensemble des professionnels de l'équipe de soins, voire des différentes instances de l'établissement.

Les étapes du processus décisionnel pour l'utilisation d'une mesure de contrôle

Bien qu'elles soient décrites l'une à la suite de l'autre, les cinq étapes comprises dans le processus décisionnel forment un tout dynamique et circulaire et non pas un processus linéaire. Un schéma, tiré du Programme de formation.

Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement.
Module 3 :
Prise de décision P.16 du MSSS, illustre le processus (voir l'encadré ci-contre).

L'évaluation de la situation
L'évaluation de la situation devrait être documentée dès l'admission de la personne où déjà, celle-ci ou son entourage



informe les intervenants des signes précurseurs et des facteurs environnementaux à considérer ainsi que des activités à privilégier pour lui permettre de reprendre la maîtrise de ses émotions et comportements. Si la personne éprouve tout de même des difficultés, l'évaluation vise à décrire la situation clinique de la personne et à en identifier les causes sous-jacentes. Elle doit également faire état des accommodements et interventions qui ont été effectués et témoigner de leur efficacité.

L'analyse et l'interprétation des informations

Les professionnels analysent les données et posent un jugement clinique sur la condition de la personne et sur le niveau de risque qu'elle présente en terme de dangerosité pour elle-même ou pour autrui, en gardant à l'esprit de privilégier si possible, tout en poursuivant des interventions de pacification et les interventions proposées par la grille des interventions d'Oméga, l'application de mesures de remplacement.

La planification des interventions

L'équipe établit en interdisciplinarité un PSTI notamment en indiquant les accommodements et les mesures de remplacement qui pourraient être tentées pour gérer, voire éliminer la cause de la situation clinique problématique au moment de sa manifestation. Si ces tentatives échouent, l'équipe juge alors de la pertinence d'utiliser des mesures de contrôle, et ce, de la façon la moins contraignante possible, pour le plus court laps de temps possible et en toute sécurité pour la personne. L'élaboration de ce plan personnalisé inclut la recherche du consentement de la personne et sous-entend qu'il soit développé avec la collaboration de cette dernière, celle de son représentant ou celle de ses proches.

La communication du plan d'intervention

Il importe de communiquer le PSTI à tous les intervenants impliqués auprès de la personne. Lors des ajustements de ce plan, des moyens de communication efficaces doivent être mis en place afin de s'assurer que tous les intervenants concernés en prennent connaissance. Le PSTI exige également rigueur, professionnalisme et cohérence dans son application.

La réévaluation et l'ajustement

Afin d'apporter les ajustements adaptés à la condition clinique de la personne, la réévaluation continue est essentielle. Elle s'effectue avec la personne ou son représentant, le cas échéant, en collaboration avec l'équipe soignante selon l'évolution de l'état clinique de cette personne. Une réévaluation et des ajustements continus des mesures de contrôle utilisées contribueront à favoriser un contexte d'application personnalisé et sécuritaire pour la personne, tout en lui permettant une reprise rapide de la maîtrise de ses émotions et comportements dans un laps de temps le plus court possible.

APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Les mesures de contrôle s'appliquent uniquement en fonction des deux contextes d'interventions mentionnés : planifiés et non planifiés. Les éléments à considérer sont répertoriés.

Mesures appliquées dans un contexte planifié			
	Isolement	Contentions aux poignets et aux chevilles	Autres contentions
Type de mesures autorisées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chambre prévue exclusivement à des fins d'isolement aménagée de façon sécuritaire correspondant aux normes émises par le MSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poignetières et chevillères installées au lit de la chambre d'isolement pour la durée de la mise en application. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fauteuil gériatrique; ▪ Mitaines, casque avec ou sans visières; ▪ Poignetières de coton; ▪ Ridelles de lit ou de civière; ▪ <i>Pour toute autre contention qui ne figure pas sur ce répertoire, une conseillère clinicienne en soins infirmiers doit être consultée.</i>
Indications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ces mesures sont appliquées de façon planifiée donc en fonction de ce qu'il aura été convenu en discussion interdisciplinaire et avec la personne et après que toutes mesures de remplacement tentées aient échoué, également parce qu'il est connu et documenté que la personne a un comportement susceptible de se présenter ou de se répéter et que cette situation clinique présente un réel danger pour elle ou pour autrui. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lorsqu'une personne risque de s'infliger ou infliger à autrui des blessures si la contention n'est pas utilisée. ▪ Lors de risque de passage à l'acte agressif (exemple: assaut, geste autodestructeur, menaces de mort, bris important de mobilier). ▪ Lorsqu'une personne présente un comportement dangereux, menaçant ou extrêmement hostile de façon répétée. ▪ Lorsqu'une personne présente un comportement extrêmement désorganisé qui la met à risque de s'infliger ou d'infliger à autrui des blessures. <p>* Lorsqu'une personne est en chambre d'isolement sans contention, les contentions doivent être fermées, barrées ou enlevées.</p>		

Mesures appliquées dans un contexte planifié					
	Isolement	Contentions aux poignets et aux chevilles	Autres contentions		
Indications (suite)			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer un examen, traitement ou donner les soins requis par la condition clinique d'une personne advenant une interférence aux soins de la part de cette dernière. 		
Contre indications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne présentant une condition physique et mentale pouvant se détériorer de façon significative lors de l'utilisation de mesures de contrôle. 				
Décision de la mesure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'infirmière procède à l'évaluation initiale et continue de la condition de santé de la personne afin de déterminer la nature du problème, les facteurs étiologiques (dangerosité, trouble psychiatrique, désorganisation, trouble du comportement, déficit cognitif, troubles du sommeil ou d'élimination, douleur, infection, risque de chute, etc.) et les besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux. Elle partage son évaluation avec l'équipe interdisciplinaire. ▪ Elle recueille aussi les observations des intervenants qui contribuent à l'évaluation. ▪ De concert avec la personne, son représentant ou sa famille, l'équipe interdisciplinaire développe un PSTI comportant différents moyens pour faire face à ces situations. Cette planification doit inclure les étapes de réduction de la mesure jusqu'à la cessation. Elle inclut également les mécanismes de réévaluation, de surveillance et du réajustement de la planification. ▪ Parmi les moyens proposés, l'utilisation d'une mesure de contrôle peut être envisagée en dernier recours, après que les intervenants auront tenté d'appliquer toutes les mesures de remplacement prévues au plan et évalué leur efficacité. ▪ L'équipe interdisciplinaire doit convenir avec la personne ou son représentant de divers moyens pour faire face à la situation clinique ou à une prochaine désorganisation. Il importe d'identifier les meilleurs moyens pour répondre au besoin de la personne et de prévoir ensuite les moyens de remplacement et en dernier recours l'utilisation d'une mesure de contrôle. ▪ La prise de décision est documentée sur le formulaire « Isolement et contention (prise de décision et application des mesures de contrôle) » et signée par deux professionnels, minimalement une infirmière. La décision de la mesure planifiée est valable x un mois mais réévaluée régulièrement en fonction de son efficacité et de l'évolution de la personne. (Voir Annexe IV) 				
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le consentement de la personne ou de son représentant est requis. ▪ Toutefois, si la personne retire son consentement au moment d'appliquer la mesure de contrôle prévue au PSTI et que son comportement la place dans une situation de danger imminent pour elle-même ou pour autrui, après réévaluation, l'équipe peut appliquer la mesure comme s'il s'agissait d'une intervention en contexte d'intervention d'urgence. L'analyse de la situation et la révision du plan deviennent alors nécessaires. ▪ Informer, s'il y a lieu, le représentant ou le Curateur de la mesure appliquée. 				
Vérification du matériel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La conformité et le confort de la chambre d'isolement doivent être vérifiés avant, pendant et après son utilisation. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité, son bon fonctionnement et son confort (vérification avant, durant et après l'utilisation). ▪ L'infirmière s'assure que les intervenants appliquent avec rigueur les différentes techniques d'installation selon les précautions et directives décrites pour chaque matériel de contention. ▪ L'infirmière s'assure du respect d'un environnement sécuritaire, salubre et confortable pour la personne. </td> </tr> </table>				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité, son bon fonctionnement et son confort (vérification avant, durant et après l'utilisation). ▪ L'infirmière s'assure que les intervenants appliquent avec rigueur les différentes techniques d'installation selon les précautions et directives décrites pour chaque matériel de contention. ▪ L'infirmière s'assure du respect d'un environnement sécuritaire, salubre et confortable pour la personne.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité, son bon fonctionnement et son confort (vérification avant, durant et après l'utilisation). ▪ L'infirmière s'assure que les intervenants appliquent avec rigueur les différentes techniques d'installation selon les précautions et directives décrites pour chaque matériel de contention. ▪ L'infirmière s'assure du respect d'un environnement sécuritaire, salubre et confortable pour la personne. 				

Mesures appliquées dans un contexte planifié			
	Isolement	Contentions aux poignets et aux chevilles	Autres contentions
Procédure d'utilisation	<p>** L'infirmière évalue la condition de santé de l'usager tout au long de l'application de la ou des mesures de remplacement ou de contrôle utilisées</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'infirmière utilise d'abord les différentes mesures de remplacement qui sont à sa disposition avec la collaboration de l'équipe de soins. ▪ L'infirmière met en application le plan élaboré et approuvé en équipe interdisciplinaire. ▪ L'infirmière doit prévoir un nombre suffisant d'intervenants afin de procéder à la mise en place de la mesure si nécessaire. ▪ L'infirmière rappelle à la personne le plan prévu et valide son consentement, recherche sa collaboration et la rassure quant à la rigueur de l'application de la mesure. ▪ Durant l'intervention, l'infirmière s'assure que la personne est vêtue de façon confortable et sans risque pour elle. La personne remet ses lunettes, sa montre ou tout autre objet susceptible d'être dangereux pour elle-même ou pour autrui. ▪ L'infirmière planifie et assure la surveillance de la personne en respectant le niveau de surveillance requis. ▪ L'infirmière planifie l'horaire de la satisfaction des besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier (hygiène, hydratation, alimentation, élimination, mobilité, confort) et s'assure de leur satisfaction. ▪ L'infirmière met fin à la mesure dès que les indications la justifiant ne sont plus présentes ou tel que l'indique le plan d'intervention. ▪ L'infirmière fait un retour post situationnel avec la personne afin qu'elle puisse s'exprimer sur sa perception des événements; l'infirmière doit expliquer le contexte d'application des mesures, rassurer la personne et vérifier avec elle si ce qui a été décidé en rencontre interdisciplinaire convient toujours. Elle explore avec la personne si d'autres mesures de remplacement seraient applicables, lors de situation semblables. (Retour post-situationnel : voir procédure annexe V) ▪ Une réévaluation du PSTI est faite en équipe interdisciplinaire de façon régulière. ▪ La conseillère clinicienne en soins infirmiers doit être consultée pour toute situation clinique complexe. 		
Paramètres de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les visites de surveillance sont effectuées minimalement aux 15 minutes ou plus fréquemment selon la condition de santé de l'usager. De plus, si une contention est utilisée, l'intervenant entre dans la chambre d'isolement aux 30 minutes et effectue la vérification des éléments précisés dans les alertes des différents types de contentions de la section « techniques d'utilisation et d'application du matériel ». ▪ L'infirmière réévalue la condition de santé de la personne minimalement aux 60 minutes et réévalue la pertinence de maintenir la mesure de contrôle. ▪ L'infirmière doit évaluer les paramètres de surveillance requis et en discuter avec son supérieur immédiat. La présence constante au chevet de la personne est encouragée si cela est favorable à la condition clinique de la personne. Cette approche permet d'éviter l'utilisation de l'isolement. ▪ L'infirmière s'assure que la surveillance est effectuée et que le formulaire contrôle/isolement est dûment complété. 		

Mesures appliquées dans un contexte planifié			
	Isolement	Contentions aux poignets et aux chevilles	Autres contentions
Durée de l'application de la mesure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mesures de contrôle s'appliquent jusqu'à ce que la personne retrouve la maîtrise de ses émotions et ne présente plus de risque pour elle-même ou pour autrui. Si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint dans le délai cliniquement attendu, l'infirmière doit se référer à la chef d'unité, à la conseillère clinicienne en soins infirmiers ou au coordonnateur. La durée de la mesure doit respecter le temps déterminé en équipe interdisciplinaire qui figure au PII ou être révisé selon la condition clinique de la personne. 		
Plan thérapeutique infirmier	<p>L'infirmière:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifie le problème ou le besoin prioritaire de la personne ▪ Indique les directives en lien avec la mesure de contrôle utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer ▪ Procède aux ajustements requis 		
Notes au dossier concernant l'application de la mesure	<p>L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les faits reliés à la situation clinique, les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de la personne; ▪ Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats; ▪ La décision prise en équipe; ▪ La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle en fonction du plan établi; ▪ Le consentement vérifié ou obtenu ou validé auprès de la personne; ▪ La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure; ▪ Le type de mesure d'isolement et de mesure de contention (s'il y a lieu); ▪ La description de l'habillement (s'il y a lieu); ▪ Le comportement et la collaboration de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de la personne face à la mesure; ▪ L'évolution de la condition de santé de la personne en cours d'application de la mesure; ▪ La fréquence et les observations lors des visites de surveillance ou de réévaluation; ▪ La description des interventions posées pour satisfaire les besoins de la personne et leurs résultats; ▪ La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure; ▪ La compréhension et la réaction émotionnelle de la personne au moment du retour sur la mise en place de la mesure suite au retour post-situationnel effectué avec la personne; ▪ Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail et ce, pendant toute la durée de la mesure. <p>Lorsque requis, le médecin et les autres professionnels rédigent leur note d'évolution respective en conformité avec les règles de leur discipline.</p>		
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'infirmière documente la situation de la personne au formulaire de communication interservices. ▪ L'infirmière complète ou s'assure que soit complété le formulaire de contrôle isolement-contentions aux 15 minutes. ▪ L'assistante ou sa remplaçante s'assure que les données sont colligées au quotidien avec rigueur et que les entrées de données dans le programme informatisé soient bien complétées. 		

Mesures appliquées dans un contexte non planifié			
	Isolement	Contentions aux poignets et aux chevilles	Autres contentions
Type de mesures autorisées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chambre prévue exclusivement à des fins d'isolement aménagée de façon sécuritaire correspondant aux normes émises par le MSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poignetières et chevillères installées au lit de la chambre d'isolement pour la durée de la mise en application. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fauteuil gériatrique; ▪ Mitaines, casque avec ou sans visière; ▪ Poignetières de coton; ▪ Ridelles de lit ou de civière; ▪ <i>Pour toute autre contention qui ne figure pas sur ce répertoire, une conseillère clinicienne en soins infirmiers doit être consultée.</i>
Indications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ces mesures sont appliquées de façon non planifiée dans un contexte où la personne présente un comportement inhabituel et imprévu, susceptible de la mettre en danger ou de mettre autrui en danger de façon imminente ainsi que lorsqu'aucune évaluation antérieure n'a été faite et qu'aucune mesure planifiée n'est prévue au PSTI ou au PTI. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lorsqu'une personne risque de s'infliger ou infliger à autrui des blessures si la contention n'est pas utilisée. ▪ Lors de passage à l'acte agressif (exemple: assaut, geste autodestructeur, menaces de mort, bris important de mobilier). ▪ Lorsqu'une personne présente un comportement dangereux, menaçant ou extrêmement hostile. ▪ Lorsqu'une personne présente un comportement extrêmement désorganisé qui la met à risque de s'infliger ou d'infliger à autrui des blessures. <p>* Lorsqu'une personne est en chambre d'isolement sans contention, les contentions doivent être fermées, barrées ou enlevées.</p>		

Mesures appliquées dans un contexte non planifié			
	Isolement	Contentions aux poignets et aux chevilles	Autres contentions
Contre indications	<ul style="list-style-type: none"> Personne présentant une condition physique et mentale pouvant se détériorer de façon significative lors de l'utilisation de mesures de contrôle 		
Décision de la mesure	<ul style="list-style-type: none"> L'infirmière et un autre professionnel selon le cas, deux infirmières peuvent décider de l'application de la mesure. Une décision d'équipe est toutefois recommandée. Une évaluation de la condition de santé de l'usager est requise afin de déterminer et de traiter les causes sous-jacentes et ainsi, restreindre ou éviter l'utilisation de contentions. Toutes les mesures de remplacement à l'utilisation de la mesure de contention doivent être envisagées, tentées et évaluées. L'équipe doit impliquer dans la mesure du possible, la personne, ses proches ou son représentant dans la recherche des causes et des mesures de remplacement. La prise de décision et la mise en application est documentée sur le formulaire « Isolement et contention (prise de décision et application des mesures de contrôle) et signée par deux professionnels, minimalement une infirmière. La décision de la mesure planifiée est valable x 24 heures mais réévaluée à chaque quart de travail par l'infirmière, afin de suivre l'évolution clinique de la personne et de questionner la pertinence de la mesure. (Voir Annexe IV) 		
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> Le consentement est recherché en tout temps Si la personne présente un risque imminent de danger pour elle-même et pour autrui, l'obtention du consentement peut être différé. Il doit être considéré lors de la réévaluation au PII (après que la crise soit passée). Pour une personne sous un régime de protection, informer le représentant ou le curateur public si la personne est sous un régime public. 		
Vérification du matériel	<ul style="list-style-type: none"> La conformité de la chambre d'isolement doit être vérifiée avant, pendant et après son utilisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité et son bon fonctionnement (vérification avant, durant et après l'utilisation). L'infirmière s'assure que les intervenants appliquent avec rigueur les différentes techniques d'installation selon les précautions et directives décrites pour chaque matériel de contention. L'infirmière s'assure du respect d'un environnement sécuritaire et salubre pour la personne. 	
Procédure d'utilisation	<p>** L'infirmière évalue la condition de santé de l'usager tout au long de l'application de la ou des mesures de remplacement ou de contrôle utilisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> L'infirmière utilise d'abord les différentes mesures de remplacement qui sont à sa disposition en collaboration avec de l'équipe de soins. L'infirmière consulte les membres de l'équipe de soins et de l'équipe multidisciplinaire qui sont présents à ce moment afin d'explorer l'ensemble des alternatives possibles et de prendre la meilleure décision. La décision doit être en fonction d'utiliser la mesure de contrôle la moins contraignante et la mieux adaptée à la condition de santé de la personne. L'infirmière doit prévoir un nombre suffisant d'intervenants, si la situation l'exige, afin de procéder à la mise en place de la mesure. L'infirmière désigne une personne qui assumera le leadership de l'intervention. 		

Mesures appliquées dans un contexte non planifié			
	Isolement	Contentions aux poignets et aux chevilles	Autres contentions
Procédure d'utilisation (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'infirmière explique à la personne les motifs de la décision, recherche son consentement et sa collaboration autant que possible et tente de la rassurer. ▪ Durant l'intervention, l'infirmière s'assure que la personne est vêtue de façon confortable et sans risque pour elle. Elle remet ses lunettes, sa montre ou tout autre objet susceptible d'être dangereux pour elle-même ou pour autrui. ▪ L'infirmière planifie et assure la surveillance de la personne en respectant le niveau de surveillance requis. ▪ L'infirmière planifie l'horaire de la satisfaction des besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier (hygiène, hydratation, alimentation, élimination, mobilité, confort) et s'assure de leur satisfaction. De plus, elle s'assure de leur inscription au formulaire de contrôle. ▪ L'infirmière met fin à la mesure dès que les indications l'ayant justifié ne sont plus présentes. Elle informe et explique à la personne et aux intervenants les motifs de sa décision. ▪ L'infirmière fait un retour post situationnel avec la personne afin qu'elle puisse s'exprimer sur sa perception des événements; l'infirmière doit expliquer le contexte d'application des mesures, rassurer la personne et explorer avec elle la recherche de mesures de remplacement pour éviter la répétition d'événement semblable. (Retour post-situationnel : voir procédure annexe V) ▪ L'infirmière informe le médecin traitant ou son remplaçant de la condition de santé de l'usager et des motifs qui l'ont amenée à utiliser une ou des mesures de contrôle. 		
Paramètres de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les visites de surveillance sont effectuées minimalement aux 15 minutes ou plus fréquemment selon la condition de santé de la personne. De plus, si une contention est utilisée, l'intervenant entre dans la chambre d'isolement aux 30 minutes et effectue la vérification des éléments précisés dans les alertes des différents types de contentions de la section « techniques d'utilisation et d'application du matériel ». ▪ L'infirmière réévalue la condition de santé physique et mentale de la personne minimalement aux 60 minutes et réévalue la pertinence de maintenir la mesure de contrôle. ▪ L'infirmière doit évaluer les paramètres de surveillance requis et en discuter avec son supérieur immédiat. La présence constante au chevet de la personne est encouragée si cela est favorable à la condition clinique de la personne. Cette approche permet d'éviter l'utilisation de l'isolement. ▪ Le formulaire de contrôle isolement-contentions est dûment complété. 		
Durée de l'application de la mesure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mesures de contrôle s'appliquent jusqu'à ce que la personne retrouve la maîtrise de ses émotions ou de son comportement ou jusqu'à ce qu'elle ne présente plus de risque pour elle-même ou pour autrui. Si l'objectif thérapeutique n'est pas atteint dans le délai cliniquement attendu, l'infirmière doit référer à la chef d'unité, à la conseillère clinicienne en soins infirmiers ou au coordonnateur. 		

Mesures appliquées dans un contexte non planifié			
	Isolement	Contentions aux poignets et aux chevilles	Autres contentions
Plan thérapeutique infirmier	<p>L'infirmière:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifie le problème prioritaire de la personne; ▪ Indique les directives en lien avec la mesure de contrôle utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer; ▪ Procède aux ajustements requis. 		
Notes au dossier concernant l'application de la mesure	<p>L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les faits reliés à la situation clinique; ▪ Les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de la personne; ▪ Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats; ▪ La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle; ▪ La recherche de consentement auprès de la personne; ▪ La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure; ▪ Le type de mesure d'isolement et de mesure de contention (s'il y a lieu); ▪ La description de l'habillement (s'il y a lieu); ▪ Le comportement et la collaboration de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'usager face à la mesure; ▪ L'évolution de la condition de santé de la personne en cours d'application de la mesure ▪ La fréquence et les observations lors des visites de surveillance ou de réévaluation; ▪ La description des interventions posées pour répondre aux besoins de la personne et leurs résultats; ▪ La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure; ▪ La compréhension et la réaction émotionnelle de la personne au moment du retour sur la mise en place de la mesure suite au retour post-situationnel effectué avec la personne. <p>Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail, et ce, pendant toute la durée de la mesure.</p>		
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'infirmière inscrit la situation au formulaire de communication interservices à la section "particularités". ▪ L'infirmière remplit ou s'assure que soit rempli le formulaire de contrôle isolement-contentions aux 15 minutes. ▪ L'infirmière-chef ou son remplaçant s'assure que les données sont colligées au quotidien avec rigueur et entrées dans le programme informatisé. 		

IMPLICATION DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Tel qu'illustré à l'intérieur des tableaux de mise en application des mesures de contrôle, différents intervenants sont concernés dans la démarche. Le tableau suivant indique la contribution des différents professionnels qui sont impliqués dans la prise de décision. Chacun y contribue dans le respect de son champ d'exercice.

En cas d'échec des mesures de remplacement :

PROFESSIONNELS APPELÉS À CONTRIBUER À LA DÉCISION DE L'APPLICATION D'UNE CONTENTION OU D'UN ISOLEMENT		
CONTEXTE D'INTERVENTION	CONTENTION	ISOLEMENT
<p>Non planifié</p> <p>En situation d'urgence, la décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement ne constitue pas une activité réservée.</p>	<p>Évaluation faite par une infirmière et un autre professionnel dans le cadre de leur champ d'exercice respectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médecin; ▪ infirmière; ▪ travailleur social; ▪ psychologue; ▪ psychoéducateur; ▪ ergothérapeute; ▪ physiothérapeute (dans le cadre de l'administration d'un soin). <p>Le médecin peut décider seul.</p>	<p>Évaluation faite par une infirmière et un autre professionnel dans le cadre de leur champ d'exercice respectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médecin; ▪ infirmière; ▪ travailleur social; ▪ psychologue; ▪ psychoéducateur; ▪ ergothérapeute. <p>Le médecin peut décider seul.</p>
<p>Planifié</p>	<p>Analyse faite par l'équipe de soins en interdisciplinarité avec la personne ou ses proches :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médecin; ▪ infirmière; ▪ travailleur social; ▪ psychologue; ▪ psychoéducateur; ▪ ergothérapeute; ▪ physiothérapeute (dans le cadre de l'administration d'un soin). 	<p>Analyse faite par l'équipe de soins en interdisciplinarité avec la personne ou ses proches :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médecin; ▪ infirmière; ▪ travailleur social; ▪ psychologue; ▪ psychoéducateur; ▪ ergothérapeute.

Les éléments suivants doivent être considérés :

- Le choix de l'isolement et du type de contention est guidé par l'évaluation de la situation clinique.
- Les intervenants anticipant l'application d'une mesure de contrôle obtiennent le consentement de la personne, de son proche ou de son représentant légal en situation planifiée.
- L'évaluation de la condition physique et mentale doit être judicieusement effectuée avant l'application de la mesure ainsi que pour décider de la retirer.
- Les soins de surveillance et de suivi incluant la réévaluation doivent être prédéterminés, appliqués et documentés au dossier de la personne.

LES ASPECTS LÉGAUX ET LA NOTION DE CONSENTEMENT

LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Le concept de « consentement libre et éclairé » occupe une place importante et est bien enraciné dans notre paysage juridique, en ce qu'il rejoint des valeurs érigées en droits fondamentaux par nos chartes, soit la *Charte canadienne des droits et libertés* et la *Charte des droits et libertés de la personne*: le droit à l'inviolabilité de sa personne, le droit à son autonomie, le droit de décider quels sont les soins ou les interventions, quelle qu'en soit la nature, l'on est prêt à accepter pour sa personne parce qu'on les juge nécessaires, pour son bien-être et dans son intérêt. Ce concept est énoncé clairement au *Code civil du Québec* depuis plusieurs années.

Il s'agit donc d'un concept devant en tout temps gouverner nos pratiques en matière d'administration de soins, l'application des mesures de contention et d'isolement ne faisant pas exception à la règle. Bien au contraire, puisque celle-ci doit toujours être vue comme une mesure exceptionnelle, comme la loi l'indique, à laquelle on ne recourt qu'en cas d'absolue nécessité et de manière à porter le moins possible atteinte à l'intégrité de la personne.

Définition du consentement libre et éclairé

Un consentement libre est un consentement manifeste, donné de vive voix ou par écrit, par choix et volontairement, et non sous le coup de menaces, d'intimidation ou d'influence indue de la part des personnes intéressées dans l'application éventuelle des mesures visées en l'occurrence.

Un consentement éclairé est un consentement donné par une personne qui exerce cette prérogative en toute connaissance de cause, à savoir, après avoir reçu et compris les informations pertinentes en lien avec les mesures dont on envisage l'application pour elle. Elle doit donc avoir reçu les informations suivantes :

1. la nature et le but de la (des) mesures(s) envisagée(s);
2. les avantages et les inconvénients de son (leur) application;
3. les conséquences de sa (leur) non-application;
4. les alternatives possibles, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Après avoir reçu les informations pertinentes dans un langage clair et adapté à son niveau de compréhension, la personne devrait, si la situation le permet, bénéficier d'un temps de réflexion pour prendre sa décision et être vraiment confortable avec celle-ci. Si elle a exprimé un consentement, elle peut le retirer en tout temps, sans avoir à se justifier.

Évaluation de l'aptitude à consentir aux soins

En tout temps, il faut s'assurer que la personne visée par les mesures est apte à donner un consentement libre et éclairé à leur application, à savoir, apte à recevoir et à comprendre les informations devant lui être transmises pour lui permettre de donner un tel consentement. Il est donc nécessaire, si la situation l'exige, c'est-à-dire dès le moment où il y a doute sur l'aptitude de la personne à cet égard, de procéder à son évaluation, en prenant pour guide le test reconnu depuis plusieurs années comme étant le meilleur pour ce faire, soit le « Test de la Nouvelle-Écosse ».

Ainsi, il s'agira de poser à la personne, encore une fois dans un langage clair et adapté à son niveau de compréhension, les questions qui vont permettre d'effectuer les vérifications requises, questions qui sont, en fait, le pendant du concept de consentement éclairé :

1. la personne comprend-elle la nature et le but de la (des) mesure(s) envisagée(s)?
2. la personne comprend-elle les avantages et les inconvénients de son (leur) application?
3. la personne comprend-elle les conséquences de sa (leur) non-application?
4. la personne comprend-elle l'(es) alternative(s) possible(s), avec ses (leurs) avantages et ses (leurs) inconvénients?
5. La capacité de la personne à comprendre est-elle affectée par la maladie qu'elle présente?

Il est important de signaler que le fait de procéder à l'évaluation de l'aptitude d'une personne à consentir aux soins est considéré comme un **acte médical** et cela étant, il s'agit d'une responsabilité incombant au médecin traitant de la personne. Cependant dans le présent contexte où les réflexions s'effectuent en mode d'interdisciplinarité et que les décisions se prennent aussi de cette manière, on comprendra que le médecin concerné souhaitera y procéder avec la collaboration des autres membres de l'équipe traitante, dont l'opinion pourra s'avérer précieuse en l'occurrence, notamment en raison de leur proximité parfois quotidienne avec la clientèle.

Il est également important de signaler que, le fait pour une personne d'avoir un représentant légal - tuteur à la personne, curateur ou mandataire - ne signifie pas pour autant qu'elle est inapte à consentir. Il n'y a pas d'adéquation automatique entre ces deux volets, contrairement à une croyance encore trop répandue. Notre droit est clair sur cette question : la personne représentée légalement doit comme toute autre personne bénéficier d'une présomption d'aptitude à consentir, jusqu'à preuve du contraire. En d'autres termes, elle doit elle aussi être évaluée en bonne et due forme pour son aptitude à consentir et si, par ailleurs, elle est jugée apte, il lui revient dès lors en propre de décider de la pertinence ou non de la (des) mesure(s) envisagée(s) pour elle. Le cas échéant, la prudence voudra tout de même que le représentant légal soit informé de la situation, voire que l'opportunité lui soit offerte de participer au processus décisionnel, étant donné le rôle qui lui est imparti en vertu de la loi.

Personne jugée apte à consentir

Si la personne, après évaluation, est jugée apte à consentir à la (aux) mesure(s) envisagée(s), on pourra y procéder, après avoir obtenu son consentement explicite. Si elle exprime un refus et que l'on se trouve dans un contexte d'intervention planifiée, on devra respecter sa volonté et envisager d'autres façons de faire, telle l'application de mesures de remplacement. À moins que l'on soit dans un contexte d'intervention non planifiée, auquel cas on pourra procéder à l'application de la (des) mesure(s) envisagée(s), étant donné la situation d'urgence et la nécessité de prévenir que la personne « s'inflige ou inflige à autrui des lésions », selon les termes mêmes de la loi. Il s'agit donc d'une exception à la règle. Cependant, il faudra, même dans ces circonstances, rechercher la collaboration de la personne autant que possible pour faciliter l'application de la (des) mesure(s).

Par ailleurs, on notera que le consentement exprimé par la personne, le cas échéant, peut être retiré en tout temps. Le consentement, en effet, s'inscrit dans un contexte de processus continu, il n'est jamais donné une fois pour toutes et il suppose une communication constante entre le personnel soignant et la personne concernée. Cette dernière a d'ailleurs le droit de changer d'avis si elle le souhaite, sans avoir à se justifier.

De même, comme l'aptitude constatée chez la personne n'est pas non plus figée dans le temps ou établie une fois pour toutes, cette condition pouvant évoluer ou fluctuer au fil du temps, il pourrait être requis d'en refaire l'évaluation, dans la mesure où l'on soupçonne que des changements sont survenus au plan cognitif chez la personne. Si la nouvelle évaluation donnait lieu à un constat d'inaptitude, on procéderait comme indiqué ci-après.

Personne jugée inapte à consentir

Si la personne, après évaluation, est jugée inapte à consentir, on ne pourra procéder à l'application des mesures envisagées qu'avec le consentement substitué de l'une ou l'autre des personnes désignées dans notre *Code civil* pour ce faire et en respectant l'ordre hiérarchique qui y est établi.

Le consentement substitué peut donc être donné par :

1. le représentant légal (tuteur à la personne, curateur ou mandataire en exercice) ou, à défaut d'un tel représentant,
2. le conjoint (marié, en union civile ou union de fait) ou, à défaut de 1 et 2,
3. un proche parent ou toute autre personne significative, c'est-à-dire, selon les termes de la loi « toute personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier ».

Le tiers désigné, comme la personne elle-même doit recevoir, dans un langage clair et adapté à son niveau de compréhension, toutes les informations pertinentes qui lui permettront de donner un consentement éclairé. Il doit lui aussi bénéficier d'un temps de réflexion, s'il le désire, pour prendre sa décision et être confortable avec celle-ci. S'il a exprimé un consentement, il peut le retirer en tout temps, sans avoir à se justifier également.

«Refus injustifié » du tiers désigné

Cependant, si ce tiers refuse d'acquiescer à la demande qui lui est faite et qu'il y a tout de même lieu, de l'avis des intéressés, d'appliquer la (les) mesure(s) envisagée(s), la seule façon de dénouer cette impasse est de recourir à l'intervention de la cour supérieure, auprès de qui l'on invoquera alors le *refus injustifié* du tiers substitué. Sur la foi de la preuve qui lui sera présentée, la cour analysera la demande et en décidera à la lumière des critères devant la guider en l'instance : l'intérêt de la personne jugée inapte à consentir, l'opportunité de la (des) mesure(s) envisagée(s), son (leur) caractère bénéfique malgré la gravité de certains de ses (leurs) effets et le risque non disproportionné en regard des bienfaits.

« Refus catégorique » de la personne jugée inapte à consentir

Si la personne évaluée comme étant inapte à consentir refuse l'application de la (des) mesure(s) envisagée(s) et qu'il y a tout de même lieu de l'avis des intéressés de procéder à son (leur) application, encore ici, la seule avenue pour dénouer l'impasse est de recourir à l'intervention de la cour supérieure, auprès de qui l'on invoquera, cette fois, le *refus catégorique* de la personne jugée inapte à consentir, inaptitude dont on devra, bien sûr, faire la preuve. La cour décidera de la demande conformément aux critères précités.

Il est important de noter que : l'intervention de la cour est requise même si l'on a obtenu le consentement substitué de l'un des tiers précédemment évoqués. Notre droit civil a de ce fait investi la cour supérieure d'un rôle délicat, celui de décider quelle est la meilleure façon d'agir en matière de soins auprès d'une personne malade, vulnérable, inapte à consentir et déclinant les options thérapeutiques qu'on lui propose. À moins, encore une fois, que l'on estime être dans un contexte d'intervention non planifiée, auquel cas, comme précédemment évoqué, on pourra procéder à l'application de la (des) mesure(s) envisagée(s), car il y a urgence et nécessité de prévenir que la personne « s'inflige ou inflige à autrui des lésions » selon les termes de la loi. Il s'agit donc d'une exception à la règle, mais il faut, même dans ces circonstances, rechercher la collaboration de la personne dans la mesure du possible pour faciliter l'application de la (des) mesure(s).

En conclusion, il est important de le répéter : le législateur québécois a clairement voulu que les mesures d'isolement et de contention fassent l'objet d'une « utilisation minimale et exceptionnelle » et en tenant compte de l'état physique et mental de la personne. Voilà donc ce qu'il faut garder à l'esprit au moment de leur application, qui doit aussi se faire, par ailleurs, dans le respect des principes et valeurs précédemment énoncés. À défaut, on ouvre la porte à des recours, ce qu'il faut éviter le plus possible, dans l'intérêt de toutes les parties impliquées.

TABLEAU SYNTHÈSE DE LA NOTION DE CONSENTEMENT

SI LA PERSONNE, APRÈS ÉVALUATION, EST JUGÉE APTE À CONSENTIR :

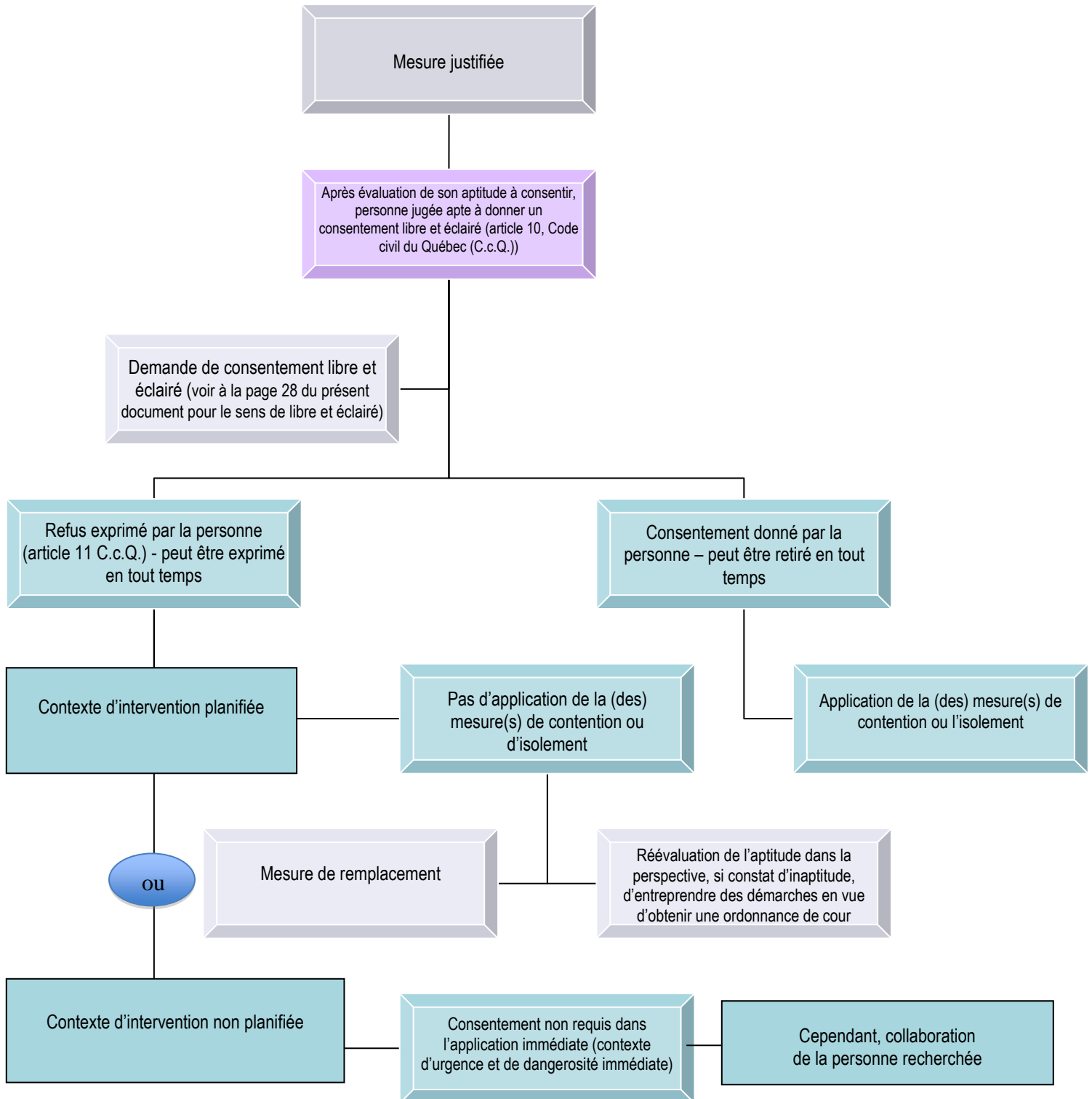
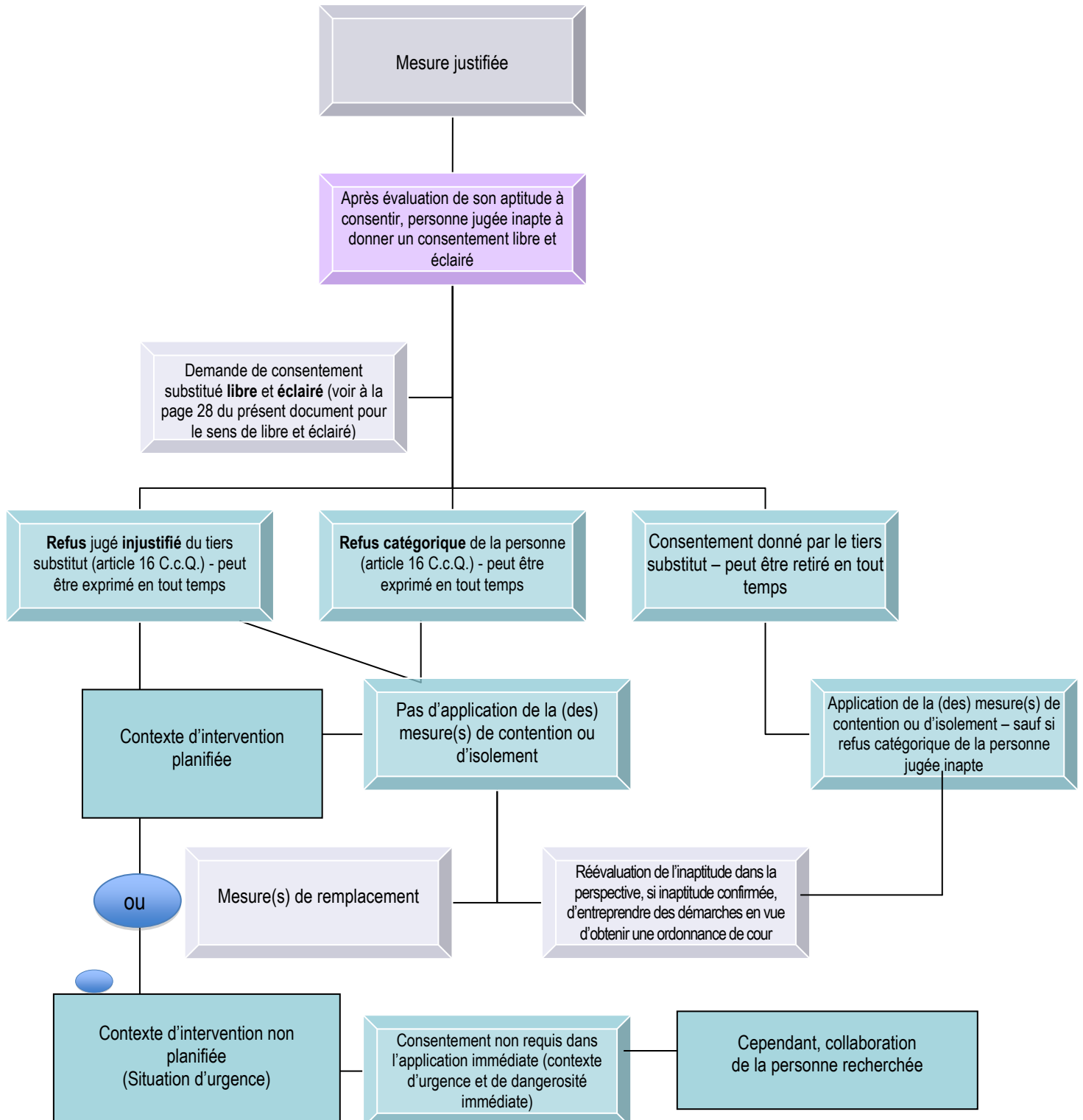


TABLEAU SYNTHÈSE DE LA NOTION DE CONSENTEMENT

SI LA PERSONNE, APRÈS ÉVALUATION, EST JUGÉE INAPTE À CONSENTIR :



FORMATION ET SOUTIEN PROFESSIONNEL

Le programme d'orientation et d'intégration du nouveau personnel dans l'Institut aborde la question de la gestion de crise : les pratiques exemplaires et les normes professionnelles en cette matière sont revues avec les nouvelles embauches et quelques notions de la formation OMEGA sont introduites. Dans la première année d'embauche, le nouveau personnel se joint aux groupes des unités de soins afin de recevoir la formation de quatre jours du programme OMEGA.

Pour l'ensemble des professionnels autorisés, des sessions de formation en regard de l'application des mesures de contrôle sont prévues avant qu'ils puissent franchir l'étape de décider de l'utilisation de ces mesures.

Des sessions de formation sont également prévues pour tous les membres des équipes soignantes afin qu'ils puissent bien connaître les modalités d'application et d'utilisation des mesures de contrôle.

Le présent protocole sera disponible dans l'intranet.

ÉVALUATION DES RÉSULTATS

L'objectif général des mécanismes d'évaluation des mesures de contrôle est de fournir aux usagers un traitement optimal dans le cadre de l'application du protocole.

Les indicateurs et les critères d'évaluation retenus s'appuient sur les données disponibles et les normes de documentation établies.

Indicateurs retenus :

- le nombre de mise en contention ou isolement/nombre d'admission par 1000 jours ;
- la durée moyenne de mise en contention ou isolement/nombre d'admission par 1000 jours ;
- le nombre et le type de mesures de remplacement utilisées/nombre de mesures de contrôle utilisées* ;
- le nombre et le type de PRN (médication au besoin) utilisés/nombre de mesures de contrôle utilisés* ;
- nombre de consentement obtenu/nombre de mesures de contrôle utilisés*.

* *arrimage requis avec les données disponibles*

Les normes de documentation permettant d'évaluer le respect des principes :

- le consentement ;
- la participation de l'utilisateur et de sa famille à la prise de décision ;
- l'élaboration et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier (PTI) ;
- le formulaire « *Isolement et contention (prise de décision et application de mesures de contrôle)* » ;
- le retour post-situationnel.

Sur une base ponctuelle, d'autres données pourront faire l'objet d'une analyse en corrélation avec d'autres types d'information disponibles.

De plus, le comité d'évaluation et d'application du protocole d'utilisation des mesures de contrôle (CEAPIC) a pour mandat d'assurer l'évaluation générale de l'application du protocole et d'en déterminer les balises. Un rapport annuel est soumis au Conseil d'administration et des données statistiques sont fournies dans le tableau de bord du conseil d'administration.

RESPONSABILITES DES GESTIONNAIRES

L'application du protocole d'utilisation des mesures de contrôle requiert un suivi rigoureux dont la responsabilité est partagée entre les différents gestionnaires.

Conseil d'administration

- Approuve et révisé au besoin le protocole d'application des mesures de contrôle en conformité avec les orientations ministérielles ;
- Promeut la qualité des soins et des services ainsi que le respect des droits des usagers ;
- Reçoit le rapport d'évaluation annuelle et l'approuve par résolution.

Direction générale

- Assure l'application du protocole portant sur l'application des mesures de contrôle ;
- Reçoit le rapport d'évaluation annuelle et le transmet au Conseil d'administration.

Direction du développement des pratiques professionnelles

- Assure l'évaluation de l'application du protocole des mesures de contrôle ainsi que sa mise à jour
- Assure l'élaboration et la mise en place d'un plan d'action pour l'implantation et le suivi de ce protocole incluant la formation appropriée ; Soutien l'intégration des meilleures pratiques auprès des différents professionnels pour le développement des mesures de remplacement ;
- S'assure du respect des normes de documentation des différents professionnels selon leur Ordre professionnel ;
- Analyse avec la DSC les statistiques de l'Institut reliées à l'utilisation des mesures de contrôle ;
- Prépare le rapport annuel du comité d'évaluation et d'application du protocole isolement contention (CEAPIC).

Direction de la qualité performance

- Appuie le comité de suivi pour le respect du protocole d'application des mesures de contrôle ;
- Collabore à la définition des activités reliées à l'amélioration continue du respect du protocole d'application des mesures de contrôle.

Direction des services cliniques

- Facilite la diffusion de ce protocole ;
- Collabore à l'élaboration et à la mise en place d'un plan d'action pour l'implantation et le suivi de ce protocole incluant la formation appropriée ;
- Collabore à l'analyse des rapports statistiques reliés aux mesures de contrôle et supervise le suivi des recommandations du Conseil d'administration dans une vision d'amélioration continue des soins à la clientèle.

Chef clinico-administratif

- Assure un suivi annuel du nombre et du type de contention, la durée d'application, le respect du processus décisionnel et de la documentation ainsi que des incidents/accidents possiblement reliés à la présence/absence de contentions ;
- Décèle les difficultés d'application ;
- Propose des modifications, s'il y a lieu.

Chef d'unité

- Participe activement à l'implantation et au respect de l'application de ce protocole ;
- Promeut l'application des mesures de remplacement pour assurer une utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle par le personnel sous sa responsabilité ;
- S'assure que l'ensemble du personnel, y compris les nouveaux employés, ait eu la formation appropriée pour l'application de ce protocole ;
- S'assure que les intervenants appliquent adéquatement et de façon sécuritaire les mesures de contrôle ;
- Diffuse auprès du personnel, rapidement après la collecte de données, l'analyse des résultats reliés à l'utilisation des mesures de contrôle et recherche des stratégies d'amélioration.

RÉFÉRENCES

- Brûlé, M., Cloutier, L. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Montréal : ERPI.
- Direction du développement des pratiques professionnelles – DSI (2013) *Rédaction des notes d'évolution clinique des infirmières. Secteur Hospitalier*. IUSMM.
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2009). *Guide de pratique sur les droits en santé mentale*. Montréal : Direction des communications MSSS.
- Fortinash, K.M., Holoday-Worret, P.A. (2003). *Santé mentale et psychiatrie. Soins infirmiers*. Laval : Beauchemin Éditeur.
- Lecomte, T., Leclerc, C. (2004). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Ménard, G., Grenier, R. (2004). *Contention et isolement. Normes et critères de la qualité des soins et services*. Montréal : Décarie Éditeur.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2011) *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Contention et isolement*.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2006) *Programme de formation . Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*. Québec : M.S.S.S.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2002) *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *La pratique infirmière en santé mentale. Une contribution essentielle à consolider*. Rapport du comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *L'exercice infirmier en santé mentale et en psychiatrie*. Montréal : OIIQ.
- Pannetier, E. (2009). *Comprendre et prévenir la déficience intellectuelle*. Québec : Éditions multimondes.
- Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal : Chenelière Éducation.

Saint-Arnaud, J. (2008). L'éthique de la santé. Guide d'intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Townsend, M.C. (2010). *Soins infirmiers. psychiatrie et santé mentale*. Montréal : ERPI.

DOCUMENTS CONSULTÉS

Centre de santé et des services sociaux Richelieu-Yamaska, C.H. Honoré-Mercier (2006) *Ordonnance collective*.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2010) *Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement*.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (2011) *Programme de soins interdisciplinaire découlant du Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement*.

Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal (2010) *protocole d'utilisation des mesures de contrôle : isolement et contention*

Hôpital Maisonneuve-Rosemont centre affilié à l'Université de Montréal (2007) *Règlement du conseil d'administration. Règlement : Contention et isolement*.

Institut Philippe-Pinel de Montréal (2013) *Règlement concernant les patients (article 8). Article 8 Isolement-contention*.

Institut universitaire en santé mentale de Québec (2011) *Protocole d'application des mesures de contention et d'isolement*.

Institut universitaire en santé mentale Douglas (2013) *Protocole sur l'utilisation des mesures de contrôle*.

ANNEXE I

Mesures de remplacement

Les mesures de remplacement sont des « *stratégies d'intervention simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants et qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement. Ces mesures peuvent viser à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité et celle d'autrui* ⁸ ». Elles sont répertoriées en deux catégories : les mesures préventives et les mesures d'intervention. Elles sont également disponibles sur intranet via le chemin suivant :

Direction → Direction du développement des services professionnels → soins infirmiers → mesures de remplacement à l'isolement et à la contention

À noter que la contribution des utilisateurs de services à l'identification de mesures de remplacement qui peuvent s'avérer efficaces pour eux donne souvent de bons résultats.

Mesures préventives :

Agir sur les causes physiologiques

- Évaluer et gérer une possible douleur ou un inconfort physique
- Identifier les signes et symptômes possibles d'une maladie sous-jacente ou d'un malaise physique: démence, délirium, syndrome malin des neuroleptiques, infection, constipation, déshydratation, symptômes de sevrage, effets indésirables, intoxication, médication non reçue ou insuffisante, interaction médicamenteuse, etc.
- S'interroger sur la pertinence des traitements ou actes médicaux répétitifs et douloureux
- Donner un analgésique avant un soin douloureux
- Évaluer les résultats de laboratoire et les signes vitaux afin de détecter une possible hyponatrémie, hypotension, changement métabolique, etc.
- Réviser la médication et les heures d'administration
- Satisfaire les besoins de base de la personne : faim, soif, hygiène, sommeil, mobilisation, socialisation, etc.

Agir sur les causes psychologiques

- Identifier les signes et symptômes psychologiques : humeur euphorique, hypomanie, manie, délire, hallucinations, symptômes dépressifs, peur, privation sensorielle, ennui, anxiété, frustrations, impulsivité, etc.
- Identifier les autres « stressseurs » ou éléments en lien avec la personne : refus de collaborer au traitement, tensions dans l'équipe avec la personne, tensions familiales, deuil, habitudes de vie (prise de café, cola, tabagisme, etc.), absence de prothèse auditive ou visuelle, etc.
- Favoriser un environnement calme et confortable (température, achalandage, va-et-vient sur l'unité, qualité relationnelle entre les pairs, etc.)

⁸ MSSS : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Module 4 : Mesures de remplacement. Québec 2002, p. 3.

- S'assurer d'un cadre hospitalier confortable, propre, agréable, exempt d'actes de vandalisme : couleur des murs, disposition et qualité du mobilier, éclairage, qualité des fauteuils et des sièges, etc.
- S'assurer d'une routine de vie pour la personne (horaire quotidien, activités, repas, etc.)
- Anticiper les besoins de la personne et éviter les attentes
- Apporter une réponse rapide aux besoins de la personne
- Informer la personne de ce qui est fait pour répondre à ses besoins
- S'assurer que la personne connaît bien l'unité et les lieux où il peut se retirer et se détendre
- Installer des affiches suggérant aux usagers des méthodes de gestion de la colère, de l'anxiété ou de l'agressivité sur les murs des corridors de l'unité
- Enseigner à la personne des techniques de relaxation ou d'imagerie mentale et l'inviter à les mettre en application
- Éviter l'application trop rigide des règles de l'unité
- Diminuer autant que possible les contraintes sur l'unité
- Permettre à la personne de faire des choix, d'avoir une certaine liberté : favoriser l'autonomie
- Faire prendre conscience à l'usager de l'impact de son comportement sur son entourage
- Utiliser des objets familiers afin de sécuriser l'usager (photos, couverture, etc.)
- Respecter l'espace personnel de la personne (ex. : chambre)

Connaître la personne et l'impliquer

- Identifier avec la personne les signes précurseurs et les événements déclencheurs de l'agitation/agressivité et les consigner au PTI
- Documenter les comportements d'agitation et d'agressivité et élaborer des stratégies d'intervention personnalisées
- Utiliser un modèle de gestion des comportements et des stratégies de retour au calme proposées par la personne
- Vérifier les perceptions et corriger les pensées erronées chez la personne
- Impliquer la famille et les proches
- Impliquer la personne dans ses soins afin de lui procurer un sentiment de contrôle sur la situation (ex. : désinfection, prise des signes vitaux, etc.)
- Respecter autant que possible la routine de la personne
- Garder la personne occupée en lui confiant quelques tâches (arrosage des plantes, aide à la collation, etc.)

Assurer une cohérence dans les soins

- Assurer une cohérence, une constance et une continuité dans l'application des interventions auprès de la personne
- Assurer autant que possible une stabilité de l'équipe de soins
- Encadrer rapidement les comportements dysfonctionnels, répondre rapidement dès les premiers signes de tensions ou d'anxiété chez la personne
- Impliquer les intervenants ayant un lien de qualité avec la personne

Mesures d'intervention

Adopter une attitude « facilitante »

- Avoir le souci du respect de la personne, de ses droits et de sa dignité
- Croire en la capacité de la personne à reprendre le contrôle
- Prendre tout le temps nécessaire pour gérer la situation de crise
- Garder une distance sécuritaire et s'assurer de ne pas être envahissant dans l'espace de la personne
- Se centrer sur les préoccupations de la personne et les causes de son agitation, son agressivité ou son anxiété
- Éviter la confrontation et l'argumentation : chercher davantage la collaboration de la personne et son implication dans la recherche de solutions
- Adopter une certaine tolérance face à l'expression de l'agressivité
- Démontrer une attitude et un ton calmes
- Réconforter et rassurer la personne
- Assurer un accompagnement chaleureux et rassurant
- Rassurer la personne sur sa capacité à se maîtriser et à trouver des solutions
- Accorder du temps à la personne pour qu'elle puisse s'exprimer
- Offrir sa disponibilité à la personne

Favoriser des techniques de communication efficaces

- Intervenir auprès de la personne aux premiers signes de tension ou d'escalade
- Utiliser les techniques proposées par OMÉGA : pacification, trêve, requête alpha, recadrage, alternative, option finale
- Intervenir à deux ou trois intervenants connus de la personne, autant que possible
- Parler une seule personne à la fois
- Décoder et comprendre les modes d'expression de la personne
- Tenir compte des aspects culturels
- Valider les inconforts et frustrations de la personne
- Évaluer les difficultés de la personne à comprendre et à se faire comprendre
- Utiliser des phrases courtes et simples
- Favoriser la verbalisation des sentiments de frustration, de crainte
- Analyser la situation vécue par la personne : émotions, raisons à l'origine du comportement
- Informer des actions qui devront être prises graduellement pour contrôler l'agitation
- Renforcer les comportements positifs
- Procéder à des retours post-situationnels avec la personne

Planifier les soins

- Utiliser un modèle de gestion des comportements et des stratégies de retour au calme proposées par la personne
- Établir un plan de soins ou un contrat thérapeutique avec la personne
- Utiliser une grille d'observation clinique des comportements
- Planifier des activités de loisir et des interactions sociales (famille, bénévole, etc.)
- Augmenter la surveillance et la présence du personnel aux changements de quarts de travail
- Éviter la médication et les aliments stimulants en soirée (thé, café, etc.)
- Réduire les stimulations avant le coucher
- Optimiser la stimulation sensorielle selon les préférences de la personne (bruits de la nature, aromathérapie, musique, etc.)
- Organiser le travail afin d'offrir une présence maximale à la personne
- Assurer une surveillance accrue
- Offrir des activités thérapeutiques (groupe de gestion de l'agressivité, ateliers de relaxation) et récréatives (jeux, bricolage, etc.)
- Soulager les tensions par des activités telles que l'écriture, la réflexion, l'exercice physique intense, le fait de frapper ou crier dans un oreiller, etc.
- Colliger l'information au PTI

Agir au quotidien avec la personne

- Offrir une période de repos dans un fauteuil ou au lit
- Inviter la personne à s'installer dans une pièce agréable de l'unité
- Offrir un massage, un soin corporel, un bain
- Offrir une tisane, un lait chaud, une collation
- Offrir des techniques de relaxation
- Offrir un accompagnement à la marche
- Proposer de l'écoute musicale, de la lecture
- Utiliser des techniques de diversion : proposer l'écoute de la télé, radio, visite sur le Net, jeux vidéo, etc.
- Proposer des objets transitionnels (peluches, poupées, coussins, etc.)
- Tamiser les lumières et diminuer les stimuli
- Offrir un retrait à la chambre ou dans tout autre lieu de détente
- Offrir un PRN

ANNEXE II

Demande de dérogation



FORMULAIRE POUR UNE DEMANDE DE DÉROGATION AU PROTOCOLE
D'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE:
ISOLEMENT ET CONTENTIONS
(EN VUE D'UNE APPLICATION MODIFIÉE DE LA MESURE DE CONTRÔLE
OU DE L'APPLICATION NON PRÉVUE AU PROTOCOLE)

1. Description de l'utilisateur :

- Unité : _____
- Nom/Prénom : _____
- Âge : _____
- Sexe : _____
- Hospitalisé à l'IUSMM depuis : _____
- Hospitalisé à l'unité depuis : _____
- Diagnostic : _____

2. Particularités cliniques de l'utilisateur liées à l'utilisation des mesures de contrôle :

- Préciser la nature du problème et la fréquence des manifestations (quoi, comment, quand, etc.) :

3. Description de la démarche réalisée à ce jour :

<u>PROBLÈMES</u>	<u>STRATÉGIES MISES EN PLACE</u> (mesures de remplacement et mesures de contrôle)

RÉSULTATS OBTENUS À CE JOUR

4. Objectifs cliniques pour les six (6) prochains mois en lien avec la problématique :

5. Demande de dérogation temporaire au protocole d'isolement ou contentions :

- Décrire la mesure de dérogation désirée
(ex. : matériel, fréquence de la réévaluation, validité de la prescription médicale, etc.) :

6. Durée de validité de la dérogation demandée :

SIGNATURE DES DEMANDEURS :

Signature : _____

Signature : _____

Nom/Prénom (en lettres moulées)
Chef d'unité(s) ou son représentant

Nom/Prénom (en lettres moulées)
Médecin traitant

Date : _____
AA-MM-JJ

Date : _____
AA-MM-JJ

DÉCISION RELATIVEMENT À LA DEMANDE DE DÉROGATION :

- Acceptée
 Acceptée avec conditions/recommandation :

- Refusée
 Cessée

Signature : _____

Signature : _____

Nom/Prénom (en lettres moulées)
Président(e) du CEAPIC

Nom/Prénom (en lettres moulées)
DSP

Date : _____
AA-MM-JJ

Date : _____
AA-MM-JJ

Adopté au CEAPIC le 10 décembre 2013

Source : Hôpital Rivière-des-Prairies

ANNEXE III
***Procédures d'installation
du matériel de contention***

Préparation de la chambre d'isolement



Indications

Présence d'agressivité, d'agitation, de désorganisation, telles que la personne présente une dangerosité pour elle-même ou pour les autres.

Contre-indications

Selon l'évaluation de l'infirmière, toute condition physique ou mentale mettant la personne à risque.

Objectifs

Protéger la personne des risques qu'elle s'inflige ou inflige à autrui des blessures. Permettre à la personne de reprendre la maîtrise de ses comportements et de ses émotions.

Équipement et matériel utilisés

Seul un lit boulonné au sol est prévu dans la pièce, celui-ci doit être prêt à l'utilisation.

Préparation du lit

- Le matelas doit être couvert d'un drap plat et un oreiller recouvert d'une taie d'oreiller. En présence d'idées suicidaires l'infirmière doit réévaluer l'utilité de la taie d'oreiller.
- Une couverture de coton chaude pour recouvrir la personne (si requis).
- Les poignetières et chevillières demeurent en permanence fixées à la base du lit et ouvertes prêtes à l'utilisation.
- Lorsque la chambre n'est pas utilisée, les poignetières et chevillières ne doivent pas être mises sur le matelas ni au sol, mais plutôt sur la base du lit de façon à diminuer l'effet visuel pour la personne.
- S'assurer qu'aucune partie de la courroie de fixation au lit ne touche le sol pour éviter tout risque de blessure pour la personne et le personnel.



Précautions

- La conformité de la chambre d'isolement doit être vérifiée avant, pendant et après son utilisation.
- Les poignetières et chevillières doivent être fermées et barrées ou enlevées lorsqu'une personne se trouve en chambre d'isolement sans contentions.
- L'infirmière s'assure du respect d'un environnement sécuritaire et salubre pour la personne.
- L'infirmière doit prévoir un nombre suffisant d'intervenants afin de procéder à la mise en place de la mesure.
- L'infirmière rappelle à la personne le plan prévu et valide son consentement, recherche sa collaboration et la rassure quant à l'application de la mesure, de la surveillance exercée et de la fin de la mesure prévue, dès que la dangerosité est écarté.
- Durant l'intervention, l'infirmière s'assure que la personne est vêtue de façon confortable et sans risque pour elle. La personne remet ses lunettes, sa montre ou tout autre objet susceptible d'être dangereux pour elle-même ou pour autrui. Le port de jaquette n'est pas indispensable sauf si la personne présente des risques pour elle-même.

Soins à prodiguer durant l'application de la mesure et surveillances

- Indiquer l'horaire de la satisfaction des besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier (hygiène, hydratation, élimination, mobilité, confort ou autres) et s'assurer de son application.
- Évaluer les paramètres de surveillance requis et en discuter avec son supérieur immédiat. La présence constante au chevet est encouragée si cela est favorable à la condition clinique de la personne. Cette approche permet d'éviter l'utilisation de la contention.
- Les visites de surveillance sont effectuées minimalement aux 15 minutes ou plus fréquemment selon la condition de santé de la personne.
- L'infirmière doit prévoir un nombre suffisant d'intervenants lorsque des visites à l'intérieur de la chambre doivent être effectuées.
- Suite à l'évaluation continue de l'état de santé mental et physique de la personne, l'infirmière réévalue la pertinence de maintenir la mesure de contrôle et y met fin dès que la personne a retrouvé la maîtrise de ses comportements et de ses émotions.
- L'infirmière s'assure que la surveillance est effectuée et que le formulaire contrôle/isolement est complété.

ALERTE

- Pour tout changement de la condition physique ou mentale de la personne, aviser l'infirmière responsable.

Informations à consigner au plan thérapeutique infirmier

- Problème prioritaire de la personne.
- Directives en lien avec la mesure de contrôle utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer.
- Ajustements requis.

Information à consigner dans la note d'évolution infirmière concernant l'application de la mesure

L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :

- Les faits reliés à la situation clinique;
- Les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de la personne;
- Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats;
- La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle;
- La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure;

- Le type de mesure d'isolement et de mesure de contention (s'il y a lieu);
- La description de l'habillement (s'il y a lieu);
- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'usager face à la mesure;
- L'évolution de la condition de santé de la personne en cours d'application de la mesure
- La fréquence et les observations lors des visites de surveillance ou de réévaluation;
- La description des interventions posées pour répondre aux besoins de la personne et leurs résultats;
- La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure;
- La compréhension et la réaction émotionnelle de la personne au moment du retour sur la mise en place de la mesure suite au retour post-situationnel effectué avec la personne.

Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail, et ce, pendant toute la durée de la mesure.

Pour toute modification en termes de surveillance et de suivi des notes au dossier, réévaluer avec la chef d'unité.

- La mesure d'isolement doit être utilisée en dernier recours.
- Il est primordial de réévaluer la pertinence du maintien de la mesure et de la cesser dès que la personne ne présente plus de danger pour elle-même ou pour autrui, même si elle dort.
- Si les poignetières et chevillières ne sont pas utilisées, elles doivent être fermées et barrées ou enlevées pour empêcher que la personne ne les installe elle-même et se retrouve dans une situation à risque pour elle.

Installation des poignetières et chevillières de cuir

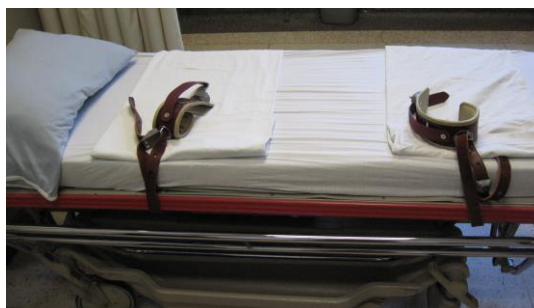
Définition de l'acte

Appliquer des poignetières et des chevillières de cuir à une personne installée au lit en chambre d'isolement ou sur la civière.

Lit en chambre d'isolement



Civière



Indications

Présence d'agressivité, d'agitation, de désorganisation, telles que la personne présente une dangerosité pour elle-même ou pour les autres.

Contre-indications

Présence de problèmes respiratoires, cardiaques, neurologiques, musculo-squelettiques comme l'épilepsie, l'insuffisance veineuse, un stimulateur cardiaque, une mastectomie, une parésie, une paralysie ou, selon l'évaluation de l'infirmière, toute condition physique ou mentale mettant la personne à risque.

Objectifs

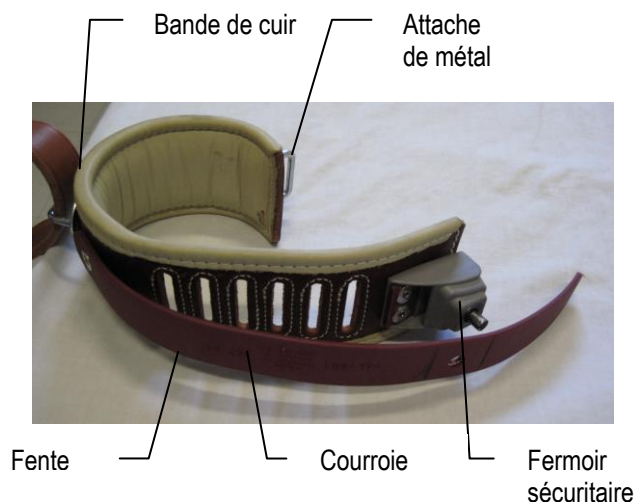
Protéger la personne des risques qu'elle s'inflige ou inflige à autrui des blessures. Permettre à la personne de reprendre la maîtrise de ses comportements et de ses émotions.

Précautions

- La conformité de la chambre d'isolement doit être vérifiée avant, pendant et après son utilisation.
- Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité et son bon fonctionnement (vérification avant, durant et après l'utilisation).
- L'infirmière s'assure du respect d'un environnement sécuritaire et salubre pour la personne.
- L'infirmière doit prévoir un nombre suffisant d'intervenants afin de procéder à la mise en place de la mesure.
- L'infirmière rappelle à la personne le plan prévu et valide son consentement, recherche sa collaboration et la rassure quant à l'application de la mesure, de la surveillance exercée et de la fin de la mesure prévue, dès que la dangerosité est écartée.
- Durant l'intervention, l'infirmière s'assure que la personne est vêtue de façon confortable et sans risque pour elle. La personne remet ses lunettes, sa montre ou tout autre objet susceptible d'être dangereux pour elle-même ou pour autrui. Le port de jaquette n'est pas indispensable sauf si la personne présente des risques pour elle-même.
- Installer la personne sur le dos.

Équipement et matériel utilisés

Bande de cuir munie de fentes dans lesquelles s'insère une attache de métal qui est ensuite barrée par une courroie qui se glisse dans un fermoir sécuritaire.



Techniques d'installation des poignetières et chevillières

Les chevillières s'installent de la même façon que les poignetières.

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

Au lit, les courroies des poignetières et des chevillières sont fixées sur les côtés du sommier et non sur les ridelles ou toutes autres parties mobiles du lit.

Maintenir les ridelles de lit baissées.

Selon la situation les ridelles peuvent être relevées, elles peuvent aussi être recouvertes de couvre ridelles capitonnées. Au besoin, communiquez avec le service d'ergothérapie ou avec les conseillères de la DDPP.



Sur **la civière** de l'urgence et de l'unité des soins intensifs, les courroies des poignetières et des chevillières sont insérées dans une fente sur la structure en métal sous le matelas.



S'assurer que la longueur des courroies de fixation des poignetières ou des chevillières est ajustée pour assurer en tout temps un alignement corporel des segments en position anatomique, pour assurer le confort de la personne.



Enrouler fermement, mais confortablement les poignetières autour des poignets, la peau en contact direct avec la doublure de cuir. S'assurer de ne pas trop serrer et d'entraver la circulation.



Insérer l'attache de métal dans la fente appropriée et glisser la courroie dans le fermoir sécuritaire.

Un pansement protecteur doit cependant recouvrir les endroits déjà lésés : un coussinet de mouton peut-être utilisé pour les personnes plus à risque de blessure.

Vérifier l'espacement entre la contention et le poignet ou la cheville.

Étirer les bas s'ils sont conservés pour qu'il ne reste aucun pli, pour éviter la pression et la friction sur la peau.



Soins à prodiguer durant l'application de la mesure et surveillances.

- Indiquer l'horaire de la satisfaction des besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier (hygiène, hydratation, élimination, mobilité, confort ou autres) et s'assurer de son application.
- Vérifier régulièrement l'état des téguments pour déceler toute rougeur, phlyctène, abrasion, enflure ou bleuissement de la peau ou des doigts.
- Si possible et pour préserver l'autonomie, enlever une ou deux poignetières lorsque la personne doit satisfaire ses besoins de base.
- Évaluer les paramètres de surveillance requis et en discuter avec son supérieur immédiat. La présence constante au chevet est encouragée si cela est favorable à la condition clinique de la personne. Cette approche permet d'éviter l'utilisation de la contention.
- Les visites de surveillance sont effectuées minimalement aux 15 minutes ou plus fréquemment selon la condition de santé de la personne. De plus, si une contention est utilisée, l'intervenant ou l'infirmière entre dans la chambre d'isolement aux 30 minutes.
- Suite à l'évaluation continue de l'état de santé mental et physique de la personne, l'infirmière réévalue la pertinence de maintenir la mesure de contrôle et y met fin dès que la personne a retrouvé la maîtrise de ses comportements et de ses émotions.
- L'infirmière s'assure que la surveillance est effectuée et que le formulaire contrôle/isolement est complété.

ALERTE

- Pour tout changement de la condition physique ou mentale de la personne, aviser l'infirmière responsable.

Informations à consigner au plan thérapeutique infirmier

- Problème prioritaire de la personne.
- Directives en lien avec la mesure de contrôle utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer.
- Ajustements requis.

Information à consigner dans la note d'évolution infirmière concernant l'application de la mesure.

L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :

- Les faits reliés à la situation clinique;
- Les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de la personne;
- Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats;
- La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle;
- La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure;
- Le type de mesure d'isolement et de mesure de contention (s'il y a lieu);
- La description de l'habillement (s'il y a lieu);
- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'usager face à la mesure;
- L'évolution de la condition de santé de la personne en cours de l'application de la mesure
- La fréquence et les observations lors des visites de surveillance ou de réévaluation;
- La description des interventions posées pour répondre aux besoins de la personne et leurs résultats;
- La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure;
- La compréhension et la réaction émotionnelle de la personne au moment du retour sur la mise en place de la mesure suite au retour post-situationnel effectué avec la personne.

Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail, et ce, pendant toute la durée de la mesure.

Pour toute modification en termes de surveillance et de suivi des notes au dossier, réévaluer avec la chef d'unité.

- Il est primordial de réévaluer la pertinence du maintien de la mesure et de la retirer dès que la personne ne présente plus de danger pour elle-même ou pour autrui.
- Les contentions doivent être utilisées en dernier recours.
- Si les poignetières et chevillières ne sont pas utilisées, elles doivent être fermées et barrées ou enlevées pour empêcher que la personne ne les installe elle-même et se retrouve dans une situation à risque pour elle.
- Lorsque la chambre d'isolement ou d'observation est libre, les contentions doivent être détachées et prêtes à être utilisées en cas de situation d'urgence.
- Les poignetières et chevillières doivent être désinfectées avec la solution le quaternaire, entre chaque personne utilisatrice, communiquer avec la conseillère en prévention des infections au besoin.

Installation au fauteuil gériatrique

Définition de l'acte

Installer une personne dans un fauteuil gériatrique.

Indications

Risque de chute.

Contre-indications

Présence d'agitation ou de désorganisation.

Objectifs

Protéger la personne dont l'état de conscience est altéré. Éviter les accidents chez une personne dont l'autonomie fonctionnelle est réduite et présentant des troubles cognitifs qui la mette en danger ou pallier à un risque élevé d'accident ou de détérioration de la santé d'une personne relié à sa condition de santé.

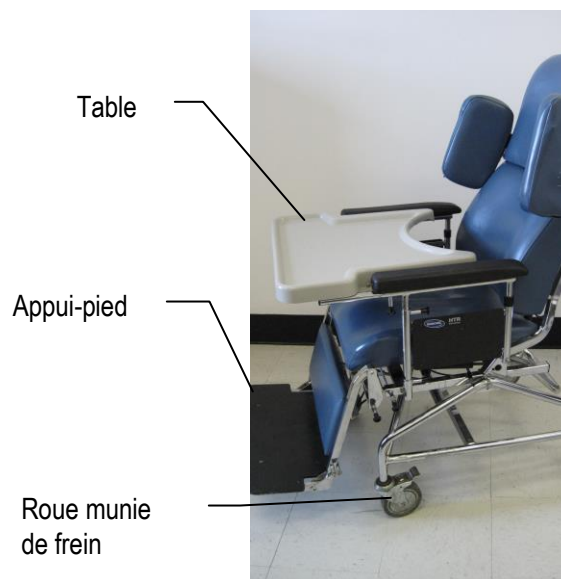
Précautions

- Les spécifications d'un fauteuil gériatrique personnalisé doivent être déterminées par une évaluation en ergothérapie physique. Si la personne possède un fauteuil personnalisé, s'assurer que le fauteuil utilisé est bien le sien.
- Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité et son bon fonctionnement (vérification avant, durant et après l'utilisation), particulièrement les freins et la table.
- Afin de dégager rapidement la personne du fauteuil, s'assurer que le mécanisme de glissement de la table fonctionne bien.
- L'infirmière doit prévoir un nombre suffisant d'intervenants afin de procéder à la mise en place de la mesure si nécessaire.
- Durant l'utilisation, l'infirmière s'assure que la personne est vêtue de façon confortable et sans risque pour elle et s'assure du respect d'un environnement sécuritaire et salubre pour la personne.
- S'assurer que la personne a satisfait ses besoins d'élimination avant de l'installer au fauteuil gériatrique.
- L'infirmière rappelle à la personne le plan prévu et valide son consentement, recherche sa collaboration et la rassure quant à la rigueur de l'application de la mesure.

- Lorsque la personne est installée au fauteuil gériatrique, elle doit se trouver dans un lieu qui permet une surveillance étroite.
- La personne ne doit jamais être laissée en fauteuil gériatrique seule à sa chambre à moins d'exercer une surveillance constante.

Équipement et matériel utilisés

Fauteuil muni d'une table et de quatre petites roues, dont les deux roues arrière sont pivotantes pour faciliter le déplacement.



Techniques d'installation au fauteuil gériatrique

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

Appliquer les freins aux roues, pour assurer la stabilité du fauteuil lors du transfert.

Remonter l'appui-pieds du fauteuil avant le transfert, pour éviter qu'il ne bascule vers l'avant.

Aider la personne à s'asseoir confortablement au fond du fauteuil.



Mettre la table en position horizontale et la glisser le plus au fond possible jusqu'à ce que le bouton presseur soit enclenché.



Faire attention de ne pas blesser ou coincer les membres supérieurs en glissant la table.

Laisser un espace de deux doigts entre la tablette et la personne, pour ne pas gêner sa respiration ou comprimer l'abdomen.



Installer l'appui-pied de façon à permettre une position des cuisses et des jambes à 90°.



Soins à prodiguer durant l'application de la mesure et surveillances

- Indiquer l'horaire de la satisfaction des besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier (hygiène, hydratation, alimentation, élimination, mobilité, confort). Favoriser la marche à intervalle régulier pour maintenir l'autonomie de la personne et éviter le déconditionnement.
- Vérifier régulièrement l'état des téguments pour déceler toute rougeur, phlyctène, abrasion, enflure ou bleuissement de la peau surtout aux niveaux des points de pression.
- La personne assise au fauteuil gériatrique doit être installée dans les aires communes pour que le personnel puisse effectuer une surveillance à vue.
- L'infirmière s'assure que la surveillance est effectuée et que le formulaire contrôle/isolément est complété aux 15 minutes.

ALERTE

- La personne installée dans un fauteuil gériatrique est dans une position de **vulnérabilité**, elle doit donc être assurée d'une surveillance à vue.
- Le fauteuil gériatrique n'est pas fixe au plancher et un risque de bascule demeure présent, d'où l'importance d'une surveillance à vue.
- Les risques que la personne glisse sous la table ou ne maintienne pas une position adéquate sont possibles; aviser le service d'ergothérapie physique afin de modifier le fauteuil ou de choisir un type de positionnement mieux adapté aux besoins de la personne.
- Cesser la mesure si la personne s'agite.

Informations à consigner au plan thérapeutique infirmier

- Identifie le problème prioritaire de la personne.
- Indique les directives en lien avec la mesure de protection utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer.
- Procède aux ajustements requis.

Information à consigner dans la note d'évolution infirmière concernant l'application de la mesure

L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :

- Les faits reliés à la situation clinique;
- Les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de la personne;
- Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats;
- La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle;
- La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure;
- Le type de mesure de contention;
- La description de l'habillement;

- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'utilisateur face à la mesure;
- L'évolution de la condition de santé de la personne en cours d'application de la mesure;
- La fréquence et les observations lors de la surveillance ou de la réévaluation;
- La description des interventions posées pour répondre aux besoins de la personne et leurs résultats;
- La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure.

Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail, et ce, pendant toute la durée de la mesure.

Pour toute modification en termes de surveillance et de suivi des notes au dossier, réévaluer avec le chef d'unité.

Installation des côtés de lit ou de civière

Définition de l'acte

Relever les côtés de lit d'hôpital ou d'une civière.

Indications

Risques de chute.

Contre-indication

Risque d'agitation, ou confusion.

Objectifs

Protéger la personne dont l'autonomie fonctionnelle est réduite. Faciliter le retournement au lit ou à la civière avec l'aide des membres supérieurs.

Mode d'application

- Procéder à une évaluation interdisciplinaire afin de s'assurer d'une utilisation sécuritaire des ridelles.
- Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité et son bon fonctionnement (vérification avant, durant et après l'utilisation) des ridelles de lit.
- L'infirmière rappelle à la personne le plan prévu et valide son consentement, recherche sa collaboration et la rassure quant à l'application de la mesure.
- Selon la situation les ridelles peuvent être recouvertes de couvre ridelles capitonnées. Au besoin, communiquez avec le service d'ergothérapie ou avec les conseillères de la DDPP.

Équipement et matériel utilisés

Côtés en acier inoxydable mobiles fixés au cadre d'un lit d'hôpital ou d'une civière.

Techniques d'installation des ridelles

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

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

Soins à prodiguer durant l'application de la mesure et surveillances

- Indiquer l'horaire de la satisfaction des besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier (hygiène, hydratation, alimentation, élimination, mobilité, confort) et s'assurer de l'application.
- Vérifier régulièrement l'état des téguments pour déceler toute rougeur, phlyctène, abrasion, enflure ou bleuissement de la peau surtout aux niveaux des points de pression, dans le cas où une personne est alitée pour une longue période.
- L'infirmière doit évaluer les paramètres de surveillance requis lors de l'instauration de la contention et déterminer avec son supérieur immédiat, la surveillance appropriée en fonction de la situation de la personne.
- L'infirmière s'assure que la surveillance est effectuée et que le formulaire contrôle/isolément est complété selon la situation.

Lorsque les ridelles sont installées à la demande de la personne pour l'aider à se mobiliser, il ne s'agit pas de contention.

ALERTE

- Si la personne cherche à descendre par le pied du lit ou par-dessus les ridelles du lit, aviser l'infirmière responsable et en équipe multidisciplinaire recourir à une mesure de remplacement.
- Ne rien fixer aux côtés de lit ou de civière, sauf le matériel approuvé et s'assurer de ne coincer aucun équipement lors de l'installation des ridelles.

Informations à consigner au plan thérapeutique infirmier

- Problème prioritaire de la personne.
- Directives en lien avec la mesure de protection utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer.
- Ajustements requis.

Information à consigner dans la note d'évolution infirmière concernant l'application de la mesure

L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :

- Les faits reliés à la situation clinique;
- Les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de la personne;
- Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats;
- La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle;
- La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure;
- Le type de mesure de contention;
- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'usager face à la mesure;
- L'évolution de la condition de santé de la personne en cours d'application de la mesure;
- La fréquence et les observations lors des visites de surveillance ou de réévaluation;
- La description des interventions posées pour répondre aux besoins de la personne et leurs résultats;
- La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure.

Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail, et ce, pendant toute la durée de la mesure.

Pour toute modification en termes de surveillance et de suivi des notes au dossier, réévaluer avec la chef d'unité.

Installation du casque protecteur

Définition de l'acte

Installer un casque de protection.

Indications

Pour les risques de chute ou d'automutilation.

Contre-indications

Augmentation de l'agitation ou des risques de blessure suite au port du casque.

Objectifs

Protéger le crâne, le front, les oreilles ou le visage de la personne lors des chutes ou lorsque la personne présente des comportements automutilatoires.

Mode d'application

- Procéder à une évaluation interdisciplinaire afin de s'assurer d'une utilisation sécuritaire du casque.
- Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état, sa salubrité et son bon fonctionnement (vérification avant, durant et après l'utilisation) du casque, de la courroie et des coussinets de rembourrage.
- S'assurer que le casque est bien identifié au nom de la personne. Le casque a été ajusté aux mensurations individuelles du crâne par le service de physiothérapie et ne peut servir pour une autre personne.
- L'infirmière rappelle à la personne le plan prévu et valide son consentement, recherche sa collaboration et la rassure quant à la rigueur de l'application de la mesure.

Équipement et matériel utilisés

Casque rembourré de coussinets de polyuréthane, recouvrant ou non les oreilles et muni d'une courroie mentonnière ou d'une attache arrière et, à l'occasion, d'une visière en plexiglas ou en grillage.

Il existe différents modèles de casque. Il est essentiel de déterminer avec l'ergothérapeute celui qui convient à la personne. L'ergothérapeute doit s'assurer ensuite de diffuser la procédure d'utilisation aux intervenants.

Soins à prodiguer durant l'application de la mesure et surveillance

- Indiquer l'horaire de la satisfaction des besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier (hygiène, hydratation, alimentation, mobilité, confort) et s'assurer de leur satisfaction.
- Vérifier régulièrement l'état des téguments pour déceler toute rougeur, phlyctène, abrasion, enflure ou bleuissement de la peau aux points de pression surtout au niveau des tempes.
- Enlever le casque la nuit et lorsque la personne ne risque pas de chuter ou de se blesser pour aérer le cuir chevelu.
- Laver la tête à tous les jours en massant bien le cuir chevelu. Bien assécher les cheveux avant de mettre le casque.
- Laver régulièrement l'intérieur du casque avec de l'eau et du savon ou des lingettes nettoyantes. Bien assécher avant de le remettre.
- L'infirmière doit évaluer les paramètres de surveillance requis et en discuter avec son supérieur immédiat.
- L'infirmière s'assure que la surveillance est effectuée et que le formulaire contrôle/isolément est complété selon la situation.

ALERTE

- Si la personne se frappe la tête avec le casque en place : vérifier l'état de la peau et du casque et aviser l'infirmière de référence de la présence de blessures ou ecchymoses.
- Si le casque est mal ajusté, cause des maux de tête ou des irritations cutanées, faire revoir l'ajustement au service de physiothérapie.
- Si le casque est brisé ou manque des pièces l'enlever et aviser le service d'ergothérapie.

Informations à consigner au plan thérapeutique infirmier

- Problème prioritaire de la personne.
- Directives en lien avec la mesure de protection utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer.
- Ajustements requis.

Information à consigner dans la note d'évolution infirmière concernant l'application de la mesure

L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :

- Les faits reliés à la situation clinique;
- Les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de la personne;
- Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats;
- La raison motivant l'utilisation de la mesure de contention;
- La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure;
- Le type de mesure de mesure de contention;
- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'usager face à la mesure;
- L'évolution de la condition de santé de la personne en cours d'application de la mesure;
- La fréquence et les observations lors des surveillances ou de réévaluation;
- La description des interventions posées pour répondre aux besoins de la personne et leurs résultats;
- La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure;

Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail, et ce, pendant toute la durée de la mesure.

Pour toute modification en termes de surveillance et de suivi des notes au dossier, réévaluer avec la chef d'unité.

Installation des mitaines

Définition de l'acte

Installer des mitaines de coton.

Indications

Automutilation.

Contre-indications

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

Objectifs

Protéger la personne de s'automutiler.

Mode d'application

- Le matériel de contention est préparé en vérifiant son état et sa salubrité (vérification avant, durant et après l'utilisation).
- L'infirmière rappelle à la personne le plan prévu et valide son consentement, recherche sa collaboration et la rassure quant à la rigueur de l'application de la mesure.

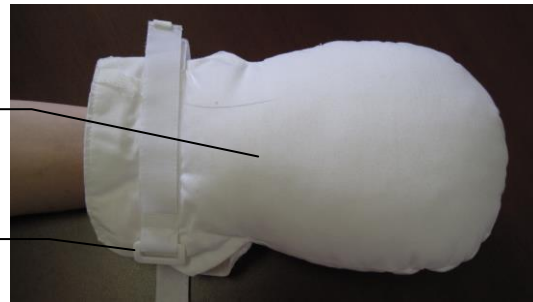
Équipement et matériel utilisés

Mitaine faite de coton qui recouvre la main et munie de lanières en velcro au niveau du poignet.

Dos de la mitaine

Dessus de
la main; partie
rembourrée

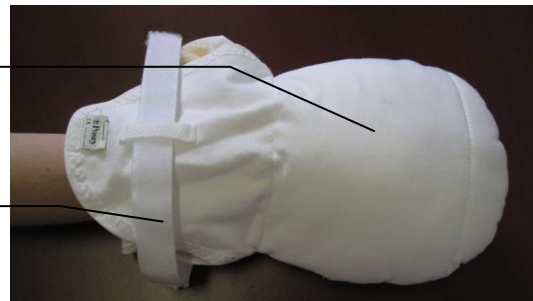
Anneau



Intérieur de la mitaine

Paume de
la main

Bande de
velcro



Autre modèle disponible à l'institut, celui-ci permet une vérification de la coloration de la peau des doigts sans retirer toute la mitaine.



Techniques d'installation des mitaines

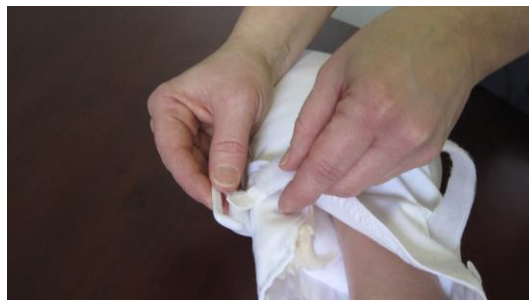
L'infirmière s'assure que les intervenants appliquent avec rigueur les différentes techniques d'installation selon les précautions et directives décrites pour le matériel de contention.

Glisser la main de la personne dans la mitaine, la partie rembourrée du côté de la paume.

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



Insérer la bande de velcro dans l'anneau.



Nouer les bandes de velcro autour du poignet.



S'assurer d'une installation confortable.



Soins à prodiguer durant l'application de la mesure et surveillance

- Indiquer l'horaire de la satisfaction des besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier (hygiène, hydratation, alimentation, élimination, mobilité, confort) et s'assurer de son application.
- Enlever une ou deux mitaines lorsque la personne doit satisfaire ses besoins de base (alimentation, hydratation, élimination).
- Vérifier régulièrement l'état des téguments pour déceler toute rougeur, phlyctène, abrasion, enflure ou bleuissement de la peau de la main.
- Laver les mains de la personne, bien les assécher, garder ses ongles courts, enlever ses bijoux.
- L'infirmière doit évaluer les paramètres de surveillance requis et en discuter avec son supérieur immédiat.
- L'infirmière s'assure que la surveillance est effectuée et que le formulaire contrôle/isolement est complété.

ALERTE

Aviser l'infirmière de référence si la personne présente de l'œdème, de l'irritation de la peau ou des plaies de friction.

Informations à consigner au plan thérapeutique infirmier

- Identifie le problème prioritaire de la personne.
- Indique les directives en lien avec la mesure de contrôle utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer.
- Procède aux ajustements requis.

Information à consigner dans la note d'évolution infirmière concernant l'application de la mesure

L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :

- Les faits reliés à la situation clinique;
- Les éléments d'évaluation et l'évolution de la condition de santé de la personne;
- Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats;
- La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle;
- La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure;
- Le type de mesure de contention;
- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'utilisateur face à la mesure;
- L'évolution de la condition de santé de la personne en cours d'application de la mesure;

- La fréquence et les observations lors des visites de surveillance ou de réévaluation;
- La description des interventions posées pour répondre aux besoins de la personne et leurs résultats;
- La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure.

Une note d'évolution doit être rédigée au dossier par l'infirmière de référence lors de chacun des quarts de travail, et ce, pendant toute la durée de la mesure.

Pour toute modification en termes de surveillance et de suivi des notes au dossier, réévaluer avec la chef d'unité.

Installation de la ceinture pelvienne

Définition de l'acte

En mesure planifiée et après avoir épuisé toutes les autres mesures de remplacement, installer une ceinture pelvienne à un usager en fauteuil roulant ou à un fauteuil gériatrique afin d'assurer un positionnement sécuritaire et éviter un glissement hors du fauteuil.

Indications

Utiliser, exceptionnellement, la ceinture pelvienne pour :

- L'usager qui a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse du risque de chute;
- L'usager nécessitant un positionnement sécuritaire au fauteuil;
- L'usager ayant tendance à se glisser hors du fauteuil.

Contre-indications

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

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

Précautions

L'infirmière doit procéder à l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de l'usager et assurer une vigilance étroite en ce qui concerne :

- Des inconforts émotifs, psychologiques ou physiques chez l'usager;
- L'apparition d'une agitation ou de l'agressivité chez l'usager;
- L'apparition de signes ou symptômes du syndrome d'immobilisation.

L'infirmière doit immédiatement cesser l'application de la ceinture pelvienne.

Description du matériel

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

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



Le matériel ne peut être modifié d'aucune façon et aucune autre pièce d'équipement (ex. : autre sangle ou boucle d'attache) ne peut y être ajoutée.

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



Mode d'application

- Informer l'utilisateur de la raison de l'utilisation de la ceinture pelvienne et obtenir son consentement ou l'obtenir de son représentant;
- Informer l'utilisateur de la durée de l'utilisation de la ceinture;
- S'assurer que l'utilisateur porte des sous-vêtements afin de protéger sa peau;
- S'assurer de l'intégrité et de la propreté du matériel avant l'installation, y compris le fauteuil sur lequel l'utilisateur sera installé;

- Déposer le coussin triangulaire sur le siège du fauteuil, la partie la plus étroite vers le dossier et l'étiquette de mise en garde face au siège

1. dossier et l'étiquette de mise en garde face au siège



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



3. Installer l'utilisateur assis tout au fond du siège, dos appuyé sur le dossier;

4. Rabattre la partie la plus large du triangle entre les jambes de l'utilisateur. L'étiquette du produit devrait être visible sur l'abdomen de l'utilisateur;



5. Ramener les sangles vers l'arrière au bas du fauteuil dans un angle de 45 degrés et attacher les sangles;



6. Les sangles attachées à l'arrière du fauteuil doivent être installées le plus bas possible afin d'éviter que l'utilisateur y ait accès;

7. S'assurer que les sangles sont installées de façon sécuritaire, qu'elles ne sont pas mobiles, trop lâches ou trop serrées;
8. Vérifier à l'avant que l'utilisateur est confortable et que la ceinture est bien ajustée;
9. Il devrait y avoir un espace d'une main entre la ceinture et l'abdomen de l'utilisateur.

ALERTE

Toute utilisation d'un matériel de contention comporte des risques de lésions ou peut même entraîner un décès chez l'utilisateur.

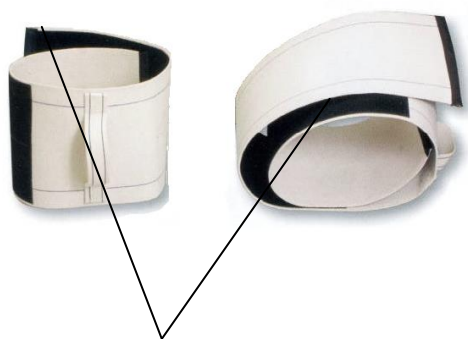
- Une surveillance étroite doit être assurée auprès de l'utilisateur installé avec la ceinture pelvienne;
- L'infirmière doit évaluer l'état de la peau à chaque heure pour détecter toute rougeur ou autre lésion causées par le matériel, notamment à l'aîne;
- Il y a risque de compression thoracique et de suffocation si les sangles de la ceinture pelvienne se relâchent;
- Surveiller si l'utilisateur tente de se dégager de la ceinture en se glissant vers le sol;
- CESSER L'UTILISATION DE LA CEINTURE PELVIENNE SI L'USAGER EST TROP AGITÉ OU AGRESSIF, S'IL TENTE DE SE DÉGAGER DE LA CEINTURE, S'IL EST CAPABLE DE DÉTACHER OU DE RELÂCHER LES SANGLES.

Contention par enveloppement

Définition de l'acte

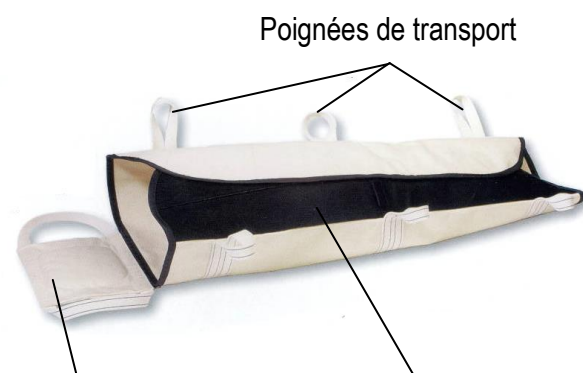
Fermer deux bandes d'enveloppement par de larges velcro sur un usager de manière à maintenir ses bras et jambes et installer l'usager dans une couverture de contention fermée elle aussi par un large velcro. Transporter l'usager d'un lieu à un autre grâce aux poignées de transport.

Bande d'enveloppement du tronc et des jambes



Fermeture par velcro

Couverture de contention



Poignées de transport

Appui tête

Fermeture par velcro

Indications

Présence d'agressivité, d'agitation, de désorganisation, telles que la personne présente une dangerosité pour elle-même ou pour les autres.

Contre-indications

Présence de problèmes respiratoires (MPOC), cardiaques, neurologiques, musculo-squelettiques comme l'épilepsie, l'insuffisance veineuse, un stimulateur cardiaque, une mastectomie, une parésie, une paralysie ou, selon l'évaluation de l'infirmière, toute condition physique ou mentale mettant la personne à risque.

Cette contention peut-être utilisée après évaluation multidisciplinaire et approbation de la DSI

Objectifs

- Empêcher l'usager de s'automutiler et/ou sécuriser les déplacements vers le lieu de mise sous contention;
- Assurer une plus grande sécurité de l'usager par l'utilisation de contentions mieux adaptées à ses caractéristiques morphologiques;
- Prévenir certaines blessures pouvant survenir avec d'autres types de contention et assurer un plus grand confort à l'usager;
- Répondre aux besoins psychologiques de l'usager en assurant un plus grand sentiment de sécurité lorsqu'il est sous contention;

Précautions

- Une évaluation multidisciplinaire est requise et la prescription médicale est exigée.
- L'assistante infirmière chef et l'ergothérapeute assureront la formation du personnel. Le suivi de l'efficacité de la contention sera fait par l'ergothérapeute.
- Vérifier le bon état des contentions.
- S'assurer que le matériel est identifié au nom de l'usager.
- S'assurer que les personnes qui installent et qui assurent le suivi de l'application de la contention par enveloppement ont reçu et intégré une formation au préalable.
- L'usager doit être en présence d'un intervenant pendant toute la durée d'application de la contention.
- La couverture de contention ne peut être utilisée sans les bandes d'enveloppement
- Cette contention n'est pas destinée à être utilisée pendant des périodes prolongées et ce, en raison des risques d'entraver la circulation sanguine et la respiration, de la chaleur et de l'inconfort qu'elle peut causer. Durant toute la période de l'application, s'assurer du respect des besoins fondamentaux (élimination, hydratation) à toutes les visites de contrôle.
- L'infirmier(ère) est requis aux 15 minutes afin de vérifier l'état de la circulation sanguine particulièrement au niveau des jambes et des bras où sont installées les bandes d'enveloppement. Pour ce faire il est nécessaire à chaque fois d'ouvrir en partie la couverture de contention. Selon le jugement de l'infirmier(ière), la saturation peut être prise plus fréquemment afin d'éliminer la présence d'une désaturation dû à une restriction mécanique de la respiration.
- Selon le jugement de l'infirmier(ière) et dans le cas où l'usager s'agite au point où la contention par enveloppement devient inefficace et qu'il peut s'automutiler ou avoir des comportements comportant un risque pour le personnel; utiliser les contentions standards (poignetières et chevillières) de la salle d'isolement.
 - Exemples de comportements à risque demandant une réévaluation de l'infirmier(ière):
 - Dans la couverture, l'usager tourne sur lui-même, se frappe la tête sur le sol et les intervenants ne réussissent pas à l'en empêcher en tenant les poignées, ou l'effort physique demandé est trop grand.
 - L'usager réussit à sortir une partie ou l'intégralité de son corps.
 - On observe que l'usager démontre des difficultés respiratoires ou des signes de panique.

- Entretien : Laver à moins de 280°F à la machine en veillant à bien fermer les velcros. Pour décontaminer le matériel, tremper les contentions dans un mélange d'eau et d'eau de javel (1 tasse d'eau de javel dans un gallon d'eau).

Techniques d'installation de la couverture d'enveloppement

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

Séquences :

1. Informer l'utilisateur et si possible les proches de la raison et de la durée de la contention

- afin d'obtenir sa collaboration et son consentement.

2. Préparation :

- a) Prévoir la présence d'un minimum de 4 personnes pour la mise sous contention.
- Limiter à 6 personnes qui interviennent
 - Éloigner les personnes non impliquées (intervenants et usagers) pour assurer la sécurité de l'intervention et des usagers.



-
- b) Observations sur la condition clinique de l'utilisateur avant, pendant et après l'application

-
- c) Aller chercher le tapis de sol et le placer à proximité de l'utilisateur si possible
- S'assurer que l'endroit est sécuritaire : assez d'espace pour intervenir tout autour du tapis, espace dégagé pour éviter les blessures

-
- d) Aller chercher le matériel de contention par enveloppement
-

- e) Placer la couverture de contention sur le tapis de sol et ouvrir les velcros
- S'assurer de placer la couverture de contention de manière à ce que les courroies de transport soient en dessous de la couverture.

- f) Ouvrir les deux bandes d'enveloppement et les placer sur la couverture, en position ouverte
- S'assurer que le côté noir de la bande est à côté de la couverture (sinon les velcros colleront ensemble).
 - Dans le cas d'un usager amputé ou avec des particularités morphologiques, évaluer avec l'ergothérapeute la nécessité des bandes d'enveloppement.



3. Mise sous contention :

- a) Retirer tous bijoux, montre ou autres objets pouvant causer de l'inconfort ou des points de pression une fois sous contention

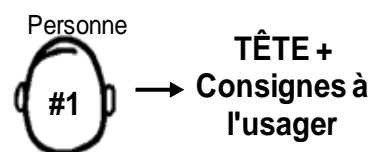


- b) Soulever l'usager et le déposer sur la couverture de contention
- La tête de l'usager doit être en dehors de la couverture de contention et reposer sur l'appui-tête.
 - Les épaules de l'usager doivent être quelques pouces sous le rebord supérieur de la couverture de contention.



- c) La personne #1 est responsable de la tête de l'usager et des consignes verbales..

- Choisir la personne la plus significative
- Cette personne maintient au besoin la tête de l'usager contre le tapis de sol pour éviter des comportements d'hétéro ou d'auto-agression.

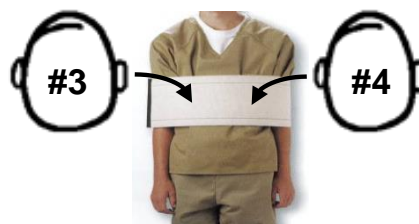


d) La personne #2 est responsable des jambes de l'utilisateur

- Cette personne maintient les chevilles de l'utilisateur au sol pour éviter les coups de pieds au personnel. Il est possible que deux personnes soient nécessaires

e) Les personnes #3 et #4 vont appliquer les contentions tel que suit :

- Attacher la plus grande bande d'enveloppement au niveau du tronc, quelques pouces sous les épaules.
 - (1) Placer la bande de manière à recouvrir aussi le coude
 - (2) Placer les bras le long du corps, paumes vers la cuisse
 - (3) Vérifier que la bande n'est pas trop serrée, il devrait être possible d'insérer deux doigts entre la contention et le bras de l'utilisateur.
- Attacher la plus petite bande au niveau des genoux.

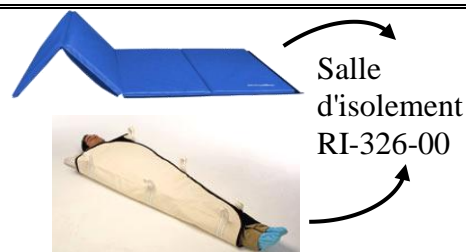


f) Les personnes #2-3-4 ferment la couverture de contention de la manière suivante :

- Fermer la couverture au niveau des pieds, le plus serré possible.
- Fermer la couverture au niveau des épaules, avec une bonne tension.
 - (1) Une main devrait tout de même passer dans la couverture pour avoir un espace suffisant pour respirer.
 - (2) Le but est d'éviter que l'utilisateur puisse se glisser facilement vers le haut.
- Fermer le restant de la couverture, ne pas chercher à la fermer de manière égale ce n'est pas nécessaire.
 - (1) Tant que 2 pouces de velcro sont collés tout le long, la couverture de contention est solidement fermée.

4. Mise à l'écart du groupe :

a) En utilisant les poignées de transport, au moins 3 personnes déplacent l'utilisateur dans la chambre d'isolement



b) Dès que l'utilisateur est soulevé, une autre personne prend le tapis de sol et l'installe dans la chambre d'isolement

- S'assure que la pièce est sécuritaire et suffisamment dégagée

c) Déposer l'utilisateur sur le tapis de sol

- Ne jamais déposer l'utilisateur dans un lit, même avec des ridelles

d) Assurer une surveillance constante

- La personne responsable doit s'asseoir au sol, au niveau de la tête de l'utilisateur

e) Au besoin, si l'utilisateur bouge ou tente de se glisser en dehors de la couverture, l'intervenant tient une poignée de la couverture ou met sa main sur l'épaule de l'utilisateur en exerçant une pression modérée pour apaiser la personne.

- En cas de problème ou d'agitation très grande, se référer à l'infirmier(ière) de l'utilisateur et aux « PRÉCAUTIONS » du présent document.

Soins à prodiguer durant l'application de la mesure et surveillances.

- Assurer une surveillance constante auprès de la personne
- Vérifier la respiration
- Vérifier régulièrement l'état des téguments pour déceler toute rougeur, phlyctène, abrasion, enflure ou bleuissement de la peau ou des doigts.
- Suite à l'évaluation continue de l'état de santé mental et physique de la personne, l'infirmière réévalue la pertinence de maintenir la mesure de contrôle et y met fin dès que la personne a retrouvé la maîtrise de ses comportements et de ses émotions.
- L'infirmière s'assure que la surveillance est effectuée et que le formulaire contrôle/isolement est complété.

ALERTE

- S'assurer de la respiration de la personne

Informations à consigner au plan thérapeutique infirmier

- Problème prioritaire de la personne.
- Directives en lien avec la mesure de contrôle utilisée : les interventions à appliquer, la surveillance à effectuer ainsi que le suivi à assurer.
- Ajustements requis.

Information à consigner dans la note d'évolution infirmière concernant l'application de la mesure.

L'infirmière inscrit toute information pertinente notamment :

- Les faits reliés à la situation clinique;
- Les éléments d'évaluation physique et mentale et l'évolution de la condition de santé de la personne;
- Les mesures de remplacement utilisées et leurs résultats;
- La raison motivant l'utilisation de la mesure de contrôle;
- La date et l'heure du début de la période d'utilisation de la mesure;
- Le type de mesure utilisé
- Le consentement
- La description de l'habillement (s'il y a lieu);
- Le comportement de la personne durant l'application de la mesure ainsi que les réactions de l'utilisateur face à la mesure;
- L'évolution de la condition de santé de la personne en cours de l'application de la mesure
- La surveillance exercée;
- La description des interventions posées pour répondre aux besoins de la personne et leurs résultats;
- La date et l'heure de la fin de la période d'utilisation de la mesure;
- La compréhension et la réaction émotionnelle de la personne au moment du retour sur la mise en place de la mesure suite au retour post-situationnel effectué avec la personne.

Pour toute modification en termes de surveillance et de suivi des notes au dossier, réévaluer avec la chef d'unité.

Toutes les modifications dans l'application de la mesure doivent être discutées avec l'ergothérapeute.

*Cette procédure a été élaborée par Marie-Hélène Brunet, ergothérapeute et Lyse Grond, psychologue.
Entériné par Lyne Bouchard, cadre supérieur – soins infirmiers et Guylaine Blais, conseillère clinicienne en soins infirmiers*

Un abrégé imagé de cette procédure est disponible sur demande.

Filet de protection

Définition de l'acte

Installer, un court moment, sur la tête d'un usager qui mord ou qui crache sur son entourage, un filet de protection lors d'une intervention auprès de lui.



Indications

Utiliser, exceptionnellement, en situation d'agitation ou d'agressivité, auprès des usagers, qui crachent ou qui mordent, mettant ainsi à risque les intervenants qui tentent d'assurer leur sécurité et celle de l'entourage.

Le recours à l'utilisation du filet de protection est une mesure ultime d'intervention pour un usager qui mord ou qui crache sur son entourage. Il doit être retiré dès que l'intervention est terminée.

Le filet de protection ne peut être utilisé de façon permanente ou en prévention d'une situation où l'usager pourrait cracher. Des considérations éthiques nous obligent également à prendre toutes les mesures nécessaires afin de préserver la dignité des usagers lors de l'utilisation de ce filet de protection.

Contre-indications

Le filet de protection ne peut pas être utilisé si l'utilisateur présente des difficultés respiratoires, des saignements, des vomissements ou, de façon générale, si sa condition de santé mentale ou physique fait en sorte que l'utilisation du filet protecteur est déraisonnable ou non sécuritaire.

Objectifs

- Protéger les intervenants qui viennent en aide à un usager en perte de contrôle qui crache sur l'entourage ou qui tente de mordre;
- Diminuer l'exposition à des éclaboussures des gouttes de sang, du liquide organique ou des sécrétions qui risquent d'atteindre les yeux ou la bouche des intervenants, même si le risque de contamination est minime;
- Utiliser des techniques sécuritaires afin d'éviter les morsures;
- Assurer la sécurité et la dignité de l'utilisateur dans le cadre de telles interventions.

Équipement et matériel utilisés

Filet jetable constitué de trois composantes :

Un filet noir avec un adaptateur circulaire blanc, appelé "secure lock", pour l'ajustement sur le sommet de la tête;

Un tissu rose et opaque de filtration qui prend place sous le nez de l'utilisateur afin de retenir les crachats;

Une bande élastique blanche qui prend place à la base du cou.

Ce filet jetable est disponible en taille unique



Mode d'application

- En situation planifiée ou non planifiée, lorsque l'utilisateur crache sur l'entourage, les intervenants peuvent, après avoir épuisé toutes les autres mesures de remplacement et avoir obtenu l'autorisation de l'infirmière ou du médecin, installer le filet de protection en le passant sur la tête de l'utilisateur.
- Le filet de protection doit être retiré dès que l'utilisateur peut être laissé seul dans un endroit sécuritaire; une fois retiré, le filet doit être jeté dans un contenant à déchets biomédicaux.

- Informer l'utilisateur de la raison de l'utilisation de cette mesure et de la durée de la contention (afin d'obtenir sa collaboration et son consentement).
- Enfiler le capuchon par-dessus la tête jusqu'à ce que la partie filet recouvre bien la région des yeux et que la partie filtration recouvre la bouche juste sous le nez. Le tissu blanc et opaque doit être ajusté sous le nez de l'utilisateur afin de s'assurer que celui-ci puisse respirer librement et être confortable. **Il est important de ne pas entraver la respiration de l'utilisateur.**



- Afin que le filet de protection ne se déplace pas, il doit être ajusté avec le "secure lock" sur le dessus de la tête pousser soigneusement le dispositif « secure-lock » vers le dessus de la tête en prenant bien soin de tenir la partie filet du capuchon. Ceci permettra de sécuriser le capuchon afin qu'il soit bien en position. **Attention de ne pas trop serrer pour ne pas nuire à la vision et à la respiration de l'utilisateur.**

Précautions :

- Avant et pendant l'intervention, l'infirmière ou toute personne intervenant auprès de l'utilisateur doivent autant que possible donner les informations nécessaires afin de le rassurer
- L'utilisateur ne doit jamais être laissé seul avec le filet sur la tête

ALERTE :

- **Le filet de protection ne peut jamais être utilisé comme moyen de mobiliser ou de contrôler la tête ou pour intimider ou punir l'utilisateur pour ses comportements.**
- **Le filet de protection doit être retiré dès que l'intervention auprès de l'utilisateur est terminée et qu'il peut être laissé seul dans un endroit sécuritaire; une fois retiré, le filet doit être jeté dans un contenant à déchets biomédicaux.**

Soins à prodiguer durant l'application du filet de protection :

- S'assurer que l'utilisateur respire librement et adéquatement;
- Évaluer les risques de convulsions, de malaises respiratoires ou cardiaques chez l'utilisateur;
- Faciliter ou prodiguer les soins d'hygiène nécessaires suite à l'utilisation du filet de protection.

Informations à consigner au plan thérapeutique infirmier :

- Les facteurs de risque;
- Les objectifs visés par l'utilisation du filet de protection;
- Les mesures alternatives possibles suite au retour post situation avec l'utilisateur.

Informations à consigner dans la note d'évolution de l'infirmière :



- Description de la situation ayant mené à l'utilisation du filet de protection, des alternatives tentées avant d'en arriver à cette utilisation ainsi que leurs résultats;
- Date et heure de l'application de la mesure;
- Observations sur la condition physique et mentale de l'utilisateur avant, pendant et après l'application de la mesure ainsi que sur la surveillance effectuée;
- Résultats des interventions;
- Retour avec l'utilisateur suite à l'application de la mesure;
- Modification du plan thérapeutique infirmier si nécessaire.

Malgré la mise en place de la présente procédure, toutes sortes de situations particulières à risque de blessure ou de contamination peuvent survenir: Des discussions d'équipe, incluant les agents d'intervention, et, au besoin, une consultation des conseillères cliniciennes en soins infirmiers, sont recommandées afin de faire émerger des solutions sécuritaires et efficaces pour l'utilisateur et les intervenants.

ANNEXE IV

Formulaire
Isolation et contention
(prise de décision et application de mesures de contrôle)

BROUILLON

 		NO DE DOSSIER : _____ NOM / PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ NO D'ASS. MALADE : _____ EXP. : _____ MÉDECIN TRAITANT : _____ UNITÉ / CLINIQUE : _____	
ISOLEMENT ET CONTENTIONS (Prise de décision et application de mesures de contrôle)			
Situation clinique : _____ _____ _____			
1. Mesures de remplacement (autres mesures) <input type="checkbox"/> Diminuer les stimuli <input type="checkbox"/> Impliquer la famille et les proches <input type="checkbox"/> Rechercher des solutions avec l'usager <input type="checkbox"/> Permettre la verbalisation des émotions <input type="checkbox"/> Fournir une aide technique <input type="checkbox"/> Modifier l'habillement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		2. Administration d'un PRN Laps de temps depuis le dernier PRN : _____ Médicaments : <input type="checkbox"/> Ativan <input type="checkbox"/> Bénadryl <input type="checkbox"/> Valium <input type="checkbox"/> Seroquel <input type="checkbox"/> Haldol <input type="checkbox"/> Clopixol <input type="checkbox"/> Zyprexa <input type="checkbox"/> Loxapac <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> I.M. <input type="checkbox"/> En association	
3. Motifs à l'utilisation de la mesure de contrôle Dangereux pour lui-même : <input type="checkbox"/> Automutilation <input type="checkbox"/> Risque suicidaire <input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Dangereux pour autrui : <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Menace verbale et intégrité des autres <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____		4. Facteurs de risque à l'utilisation de la mesure de contrôle <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Épileptique <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque ou autre stimulateur <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	
5. Consentement <input type="checkbox"/> De l'usager <input type="checkbox"/> Du représentant légal Consentement : _____ <input type="checkbox"/> L'usager est apte à consentir		6. Contextes d'application <input type="checkbox"/> Planifié (pour 7 mois) <input type="checkbox"/> Non planifié (pour 24 hrs) Décision de la mesure : _____	
7. Personnes informées <input type="checkbox"/> Famille de l'usager <input type="checkbox"/> Cadre en responsabilité <input type="checkbox"/> Représentant légal <input type="checkbox"/> Équipe multidisciplinaire <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____			
8. Description de la mesure utilisée / Bilan de l'application de la mesure MATÉRIEL UTILISÉ <input type="checkbox"/> Chambre d'isolement <input type="checkbox"/> Poignetières et chevillères <input type="checkbox"/> Mitaines <input type="checkbox"/> Casque avec ou sans visière <input type="checkbox"/> Ridelles de lit <input type="checkbox"/> Ridelles de civière <input type="checkbox"/> Fauteuil gériatrique avec tablette <input type="checkbox"/> Poignetières de coton Cessé le : _____ <input type="checkbox"/> Demande de dérogation au protocole (précisez) : _____ LIEU D'APPLICATION DE LA MESURE <input type="checkbox"/> Chambre d'isolement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ SYNTHÈSE DU NOMBRE D'HEURES Isolement : _____ Contention : _____			
9. Responsables <input type="checkbox"/> Prise de décision <input type="checkbox"/> Mise en application Signature : _____ Titre d'emploi : _____ Signature : _____ Titre d'emploi : _____			

ANNEXE V

***Procédure d'utilisation du
retour post-situationnel***



Projet retour post-situationnel

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

Propositions de questions :

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

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

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

