

Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2017-02-24
	<input type="text" value="Choisissez un élément."/>	Révisé	2019-06-19
Personne(s) concernée(s)	Toutes les installations et tous les secteurs du CISSS de la Montérégie Ouest		
Outils cliniques associés	CLI-60058 Mesures de remplacement; CLI-60060 Plan d'intervention liée aux mesures de contrôle; CLI-60057 Consentement à l'application de mesure de contrôle; CLI-60057A Consent to the application of restraint procedures; CLI-60066 Soins, interventions et surveillance liés aux mesures de contrôle/hébergement et déficience; CLI-60059 Soins, interventions et surveillance liés aux mesures de contrôle/Hôpital; Aide à la décision, substance chimique à des fins de mesure de contrôle		

1. Énoncé

La procédure d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques) découlant de la politique s'inscrit dans notre volonté d'harmoniser nos pratiques et d'offrir à la population de notre territoire des soins et des services de qualité optimale. Ce document a donc été conçu pour les intervenants travaillant auprès des usagers pour qui le recours aux mesures de contrôle est envisagé afin de définir les modalités balisant leur utilisation exceptionnelle.

Ce document s'appuie sur les lois, les pratiques professionnelles ainsi que sur les principes auxquels adhère le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest. Il est inspiré des orientations ministérielles et du cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle.

Tous les efforts doivent d'abord être mis en œuvre afin d'éviter le recours aux mesures de contrôle. Si aucune mesure de remplacement n'est efficace, la mesure de contrôle doit être mise en place avec le consentement de l'usager ou un de ses proches lorsque l'usager est inapte à consentir. La mise en place d'une mesure de contrôle exige une surveillance étroite et une révision régulière.

2. Champ d'application/Contexte légal

L'application d'une mesure de contrôle représente une restriction des droits de la personne. Dans ce contexte, en accord avec les orientations ministérielles et de l'article 118.1 de la « *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)* », le CISSS de la Montérégie-Ouest considère que l'application d'une mesure de contrôle doit demeurer une mesure minimale et exceptionnelle, seulement si l'usager représente un danger pour lui-même ou pour autrui. Cette pratique doit être étroitement balisée par un plan d'intervention lié aux mesures de contrôle, élaboré en interdisciplinarité par deux professionnels visés par la Loi 90 et la Loi 21, modifiant le *Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, en collaboration avec l'usager ou son représentant. De façon exceptionnelle, en contexte d'intervention non planifiée, la mesure de contrôle pourrait être décidée par un seul professionnel habilité à le faire. Un suivi sera fait par la suite en équipe interdisciplinaire.

Cette procédure s'adresse à tous les intervenants qui dispensent des soins et des services aux usagers dans tous les secteurs du CISSS de la Montérégie-Ouest selon les modalités indiquées.

3. Définitions

Aménagements préventifs : Tout aménagement de l'environnement physique et psychosocial qui a pour but de réduire la probabilité d'apparition d'un comportement problématique. Les aménagements préventifs visent à diminuer le comportement préjudiciable.

Contexte d'intervention planifiée : Contexte correspondant à la planification de l'ensemble des interventions requises pour résoudre une problématique particulière face à un comportement susceptible de se produire ou de se répéter et comportant un danger imminent pour l'utilisateur ou pour autrui.

Contexte d'intervention non planifiée : Contexte correspondant à une situation urgente où l'intervenant est appelé à agir auprès d'un usager qui présente un comportement inhabituel et imprévu, comportant un danger imminent pour l'utilisateur ou pour autrui.

Mesures de contrôle : Tout moyen mécanique ou humain (contention), toute mesure pour confiner (isolement) ou toute substance chimique administrée dans le but de limiter la liberté de mouvement d'un usager ou de limiter sa capacité d'action.

Contention : Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'un usager en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'il utilise pour pallier un handicap.

Deux types de contention sont définis :

- **Contention mécanique** : implique un moyen mécanique pour restreindre, immobiliser ou entraver partiellement ou totalement la liberté de mouvement d'un usager;
- **Contention humaine** : utilisation de la force physique (non abusive) de l'intervenant pour restreindre, immobiliser ou entraver totalement ou partiellement la liberté de mouvement d'un usager, et ce, sans l'utilisation d'appareil ou d'instrument.

Isolement : Mesure de contrôle qui consiste à confiner un usager dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où il ne peut sortir librement.¹

Substance chimique : Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'un usager en lui administrant un médicament.¹

Mesure de positionnement : Mesure qui ne constitue pas une mesure de contrôle. Il utilise un équipement ou un appareil dans le but de suppléer à une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'un usager dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer lui-même. Cette mesure ne doit en aucun cas viser à contrôler l'utilisateur.

Mesure de remplacement : Mesure définie comme étant une stratégie d'intervention qui peut être liée à l'utilisateur, ou à l'organisation des soins, à l'équipement utilisé, à l'environnement physique, psychosocial, récréatif ou occupationnel et qui vise à limiter au maximum le recours aux mesures de contrôle (Outil clinique associé).

Hébergement : Ressource qui offre les services de gîte, de couvert ainsi que les services d'assistance et de soutien aux AVQ et AVD via ses employés de type non professionnel. Centre d'hébergement, ressources intermédiaires [RI], ressources de type familial [RTF], résidences à assistance continue [RAC], résidence intermédiaire de type résidence de groupe [RIRG] et ressources privées avec lesquelles l'établissement a signé un contrat.

4. Objectifs

- Harmoniser les règles de pratique concernant l'utilisation des mesures de contrôle au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Assurer la sécurité des usagers dans le respect des lois, des droits et liberté lorsque les comportements d'un usager menacent sa sécurité ou celle d'autrui;

¹ MSSS, 2015. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle

- Définir les modalités d'évaluation et d'application d'une mesure de contrôle ainsi que les mécanismes de surveillance qui doivent être respectés en tout temps.

5. Types de mesures de contrôle autorisées

CONTENTION

Aucun équipement ou dispositif de type « maison » n'est autorisé. Les équipements utilisés doivent suivre les recommandations de Santé Canada et respecter les spécifications des fabricants afin d'en assurer une bonne utilisation. Le comité d'évaluation des produits de soins du CISSS de la Montérégie-Ouest est responsable de déterminer, suite à une recommandation du comité tactique des mesures de contrôle, le type d'équipement et de matériel requis pour l'ensemble du CISSS de la Montérégie-Ouest.

La liste des types de mesures de contrôle autorisées selon le type de milieu se retrouve à l'annexe A.

Certaines mesures de contrôle pourraient être ajoutées lors de situations particulières selon le plan d'intervention lié aux mesures de contrôle. Le professionnel devra assurer un suivi auprès de son supérieur immédiat. Le professionnel ou le supérieur immédiat contactera la conseillère-cadre à la qualité et à la surveillance de l'acte. Les membres du comité tactique seront informés via la conseillère-cadre.

SUBSTANCE CHIMIQUE

Le recours aux substances chimiques comme mesures de contrôle fait appel à la prescription médicale. Il est régi par le *Code des professions* (RLRQ, chapitre C-26) et ses règlements d'application, qui précisent les professionnels autorisés à prescrire des médicaments.

Il est primordial dans une telle situation de bien distinguer l'utilisation d'un médicament à des fins thérapeutiques de l'utilisation d'un médicament à des fins de mesure de contrôle. Dans le cas présent, les substances chimiques doivent être prescrites par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) (selon l'autorisation) dans le but d'empêcher un usager de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, et cela, dans un contexte de danger réel pour lui-même ou pour autrui.

Thérapeutique

Si le but est de soulager un symptôme (ex. de l'anxiété, des hallucinations, de l'agitation), ce n'est pas considéré comme une mesure de contrôle.

Mesure de contrôle

Si le but est de limiter la capacité d'action de l'usager afin de l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, dans un contexte de danger réel pour lui-même ou pour autrui (ex. étrangler une personne, s'automutiler), la substance chimique est considérée comme une mesure de contrôle.

Consulter l'outil, aide à la décision, substance chimique à des fins de mesure de contrôle (outil clinique associé).

ISOLEMENT

Lorsqu'un dispositif (ex. porte verrouillée ou fermée à clé) est utilisé dans le but de confiner un usager dans un lieu d'où il ne peut sortir librement, on doit le considérer comme une mesure de contrôle. De la même façon, si une surveillance étroite et constante de l'usager est nécessaire ou que l'usager est soumis à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter l'espace désigné, l'isolement est une mesure de contrôle.

Une approche limitant les mouvements des usagers est également considérée comme une mesure de contrôle et ne devrait pas être utilisée. Advenant le besoin d'utiliser cette méthode, celle-ci devrait être exceptionnelle et être discutée en interdisciplinarité.

Dans les milieux ciblés, l'utilisation d'une demie-porte comme mesure de contrôle ne doit être utilisée que lorsqu'il n'y a pas d'autres solutions valables et raisonnables et que l'utilisation d'autres dispositifs a été tentée. L'utilisation d'une porte avec fenêtre, qui respecte les normes d'incendies, est considérée plus sécuritaire.

Toute salle d'isolement utilisée à cette fin dans les installations doit faire l'objet d'une inspection et répondre aux normes ministérielles². Un inventaire de ces salles d'isollements doit être tenu. Une procédure d'inspection régulière des salles doit également être en place pour en assurer la conformité en tout temps. Il est interdit d'isoler un usager dans une pièce en utilisant un système de barrure non conforme aux normes de prévention des incendies.

6. Contextes d'applications

Lorsqu'il faut avoir recours à une mesure de contrôle, celle-ci peut être appliquée dans deux contextes d'interventions différents : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée. Toutefois, les principes qui guident les interventions à accomplir demeurent les mêmes dans les deux situations.

CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

Lorsque l'ensemble des interventions requises pour résoudre une problématique particulière est prévisible, cela constitue un contexte d'intervention planifiée.

L'intervention est planifiée lorsque l'usager a un comportement susceptible de se répéter et présente un danger réel pour lui-même ou pour autrui. Les intervenants doivent planifier les interventions, en collaboration avec l'usager, son représentant ou sa famille, qui comportent différents moyens pour faire face à la situation. L'utilisation d'une mesure de contrôle est alors envisagée comme moyen de dernier recours.

En situation planifiée, la cueillette de données doit être réalisée de façon complète, en collaboration avec tous les intervenants susceptibles d'éclaircir la situation. Elle porte davantage sur l'origine du comportement et les moyens pour le réduire. De plus, l'équipe interdisciplinaire doit compléter la démarche selon le processus décisionnel.

Dans le contexte d'intervention planifiée, le consentement de l'usager ou de son représentant est requis. Toutefois si l'usager retire son consentement au moment d'appliquer ou pendant l'utilisation de la mesure de contrôle prévue et que son comportement la place en situation de danger imminent pour lui-même ou pour autrui, l'équipe peut appliquer la mesure comme s'il s'agissait d'une intervention en contexte d'intervention non planifiée. L'analyse post situationnelle et la révision du plan d'intervention lié aux mesures de contrôle sont alors nécessaires.

CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

Un contexte d'intervention non planifiée est défini lors d'une situation où l'intervenant est appelé à agir auprès d'un usager qui présente un comportement inhabituel et imprévu susceptible de se mettre en danger ou de mettre autrui en danger de façon imminente.

Un usager présente un comportement inhabituel lorsque celui-ci ne s'est pas manifesté antérieurement ou que la manifestation est différente des situations vécues antérieurement. Ce comportement est imprévu s'il n'est pas précédé de signes avant-coureurs qui peuvent laisser suspecter sa survenue. En pareille situation, la décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé.

Lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée dans un contexte d'intervention non planifiée, le professionnel ou le non professionnel (seulement en RI-RTF ou en RAC) peut recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de l'usager. Par contre, la collaboration de l'usager doit être sollicitée en tout temps.

Dans ce contexte, la cueillette de données est sommaire et se fait avec les personnes disponibles. Elle porte davantage sur la nature du risque et son imminence. Les mesures requises pour assurer la sécurité immédiate de l'usager ou d'autrui sont appliquées sans délai. La surveillance doit être très étroite durant la période de crise. La cueillette de données plus complète est effectuée dès que possible.

En cas d'intervention non planifiée, l'intervenant rédige une note au dossier faisant état du motif d'utilisation, du type de mesure utilisée, de la durée d'application, de la surveillance de l'usager durant l'application de la mesure. Dès que possible, une analyse post situationnelle doit être réalisée. Le plan d'intervention lié aux mesures de contrôle doit être réalisé en équipe interdisciplinaire et avec l'usager ou son représentant en fonction de la situation

² MSSS, 2005. Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle

d'urgence qui a été vécue, de façon à planifier l'utilisation future de toutes les mesures de remplacement disponibles ou lorsque celles-ci sont épuisées, l'utilisation d'une mesure de contrôle.

L'utilisateur et le représentant de l'utilisateur, le cas échéant, doivent être informés qu'une telle mesure a été appliquée en expliquant le contexte, et ce, dans les plus brefs délais.

7. Critères de décision et modalités d'application

INDICATIONS

La mesure de contrôle doit être considérée comme une mesure d'exception ne s'appliquant qu'à l'utilisateur dont les comportements sont susceptibles de mettre en danger immédiat sa sécurité ou celle d'autrui. Elle ne devrait être utilisée qu'en dernier recours, c'est-à-dire lorsque toutes les mesures de remplacement ont échoué.

Les principaux motifs d'utilisation sont :

- **Intervention de soins ponctuels** : afin d'effectuer un examen ou de donner les soins requis par la condition de l'utilisateur advenant une interférence de cette dernière;
- **Intervention d'assistance** : afin de pallier un risque élevé d'accident ou de détérioration de la santé d'un utilisateur en lien avec son état de santé physique ou mental (ex. risque de chute ou de fugue);
- **Intervention de maîtrise** : afin d'empêcher l'utilisateur de poser des gestes agressifs imminents qui mettraient en danger sa sécurité ou celle des autres. Cette mesure doit être exceptionnelle et être utilisée seulement lors de mesures d'urgence.

CONTRE-INDICATIONS

L'application d'une mesure de contrôle doit d'abord faire suite à l'évaluation des contre-indications en tenant compte de l'utilisateur, du contexte et du type de mesures. Elle doit aussi tenir compte de celles énumérées par le fabricant. Elles peuvent être d'ordre physique ou cognitif, par exemple;

- Intégrité de la peau altérée ou présence de plaie;
- Œdème périphérique important;
- Problème vasculaire périphérique important;
- Condition cardiorespiratoire chronique ou aiguë;
- Stimulateur cardiaque (clé magnétique si placée à moins de 10 cm).

CRITÈRES DE DÉCISION (ANNEXE B)

La décision d'appliquer une mesure de contrôle découle du jugement clinique des intervenants. Dans certains cas particuliers, une mesure empêchant ou limitant la liberté de mouvement peut être utilisée à d'autres fins que le contrôle de l'utilisateur et entraîner un impact différent de celui que produit une mesure de contrôle.

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

ANALYSE EN FONCTION DU BUT VISE

Lorsque le but visé de l'intervention est de restreindre la capacité de l'utilisateur à exécuter un mouvement préjudiciable (ex. mordre ou frapper) ou socialement inacceptable (ex. attouchement sexuel non sollicité), à adopter une posture ou une position à risque ou à se déplacer de façon jugée non sécuritaire, on doit considérer l'intervention comme une mesure de contrôle et intervenir selon les modalités d'application de la présente procédure.

Par contre, si le but visé par l'intervention est plutôt de réduire une incapacité ou de prévenir une aggravation, de permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire ou de fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle, mais d'une mesure de positionnement (annexe C).

8. Processus décisionnel

VERS UNE CULTURE DE RÉDUCTION AU RECOURS À LA MESURE DE CONTRÔLE

L'application d'une mesure de contrôle rend l'utilisateur très vulnérable tant physiquement que psychologiquement et juridiquement (Varcarolis, 2006, Carlson et Alvarez 2006). Les mesures de remplacement à l'utilisation des mesures de contrôle représentent la pierre angulaire d'un changement de pratique dans le respect de l'utilisateur. Une meilleure connaissance des mesures de remplacement par le personnel, mais également par les décideurs et le personnel d'encadrement, peut contribuer à limiter le recours aux mesures de contrôle.

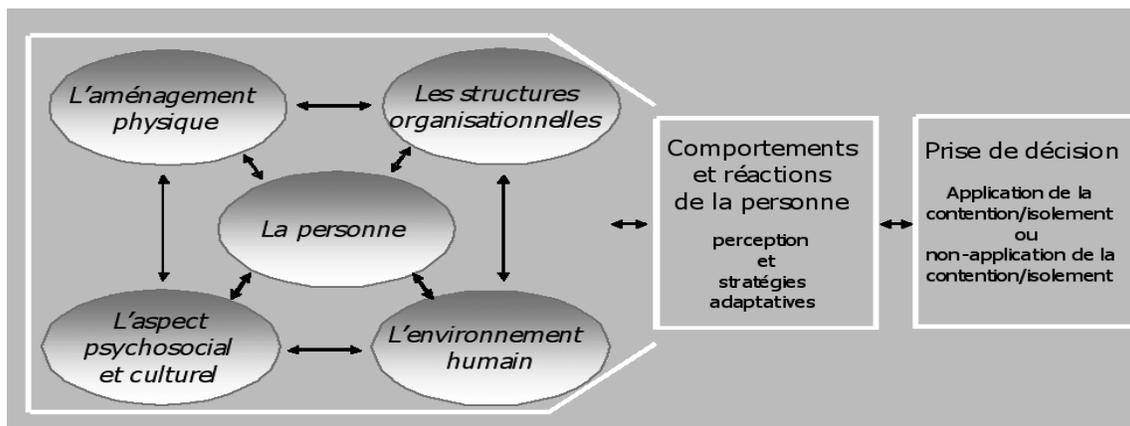
La prise de décision en matière de mesure de contrôle requiert une analyse de la situation qui doit tenir compte de l'utilisateur et de son environnement. Cette décision doit s'appuyer sur une démarche rigoureuse et individualisée et validée le plus tôt possible par une équipe interdisciplinaire. Le modèle de Kayser-Jones (1992) a été choisi par le CISSS de la Montérégie-Ouest pour baliser l'intervention lors de l'application de mesures de contrôle. L'évaluation interdisciplinaire de la situation clinique de l'utilisateur est primordiale afin de déterminer les mesures de remplacement qui lui conviennent. Un formulaire « plan d'intervention lié aux mesures de contrôle » est disponible pour aider les intervenants à faire l'analyse.

MODÈLE DE KAYSER-JONES

Ce modèle montre que les comportements et les réactions d'un usager sont influencés par les composantes de son environnement, qui influencent à leur tour directement le professionnel autorisé quant à sa décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle.

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

Le modèle a été traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006).



Les cinq composantes de ce modèle sont :

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

9. Étapes du processus décisionnel

La démarche proposée dans cette procédure vise à guider le professionnel autorisé et son équipe dans le processus décisionnel en regard de l'application de mesures de contrôle dans un contexte d'intervention planifiée.

Cette démarche tient compte des différentes composantes du modèle de Kayser-Jones et comporte les cinq étapes suivantes :

1. ÉVALUATION DE LA SITUATION CLINIQUE

L'évaluation vise à décrire les comportements de l'utilisateur et à déterminer les causes sous-jacentes à ces comportements. Elle doit être globale en tenant compte à la fois des caractéristiques de l'utilisateur et des composantes de son environnement et doit impliquer l'utilisateur ou son représentant tout au long du processus.

Le recours à une mesure de contrôle doit être justifié par une cueillette de données rigoureuse, qui décrit :

- La nature du problème : agitation, agressivité, confusion, errance, fugues, risque de chute, etc.;
- La fréquence et la durée du comportement;
- La nature du risque et sa probabilité;
- Les causes probables : déficits cognitifs, délirium, trouble du sommeil ou d'élimination, douleur, infection, souffrance psychologique, etc.;
- Les besoins physiologiques et psychosociaux.

L'apport de l'équipe interdisciplinaire est nécessaire pour obtenir une vision d'ensemble de la situation.

2. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES INFORMATIONS

Cette étape repose sur la formulation et la validation d'une hypothèse. Pour ce faire, les professionnels doivent poser un jugement clinique sur la condition de l'utilisateur à partir de l'analyse et l'interprétation des données.

L'analyse doit tenir compte des avantages et des inconvénients de chacune des pistes explorées en collaboration avec l'utilisateur ou la famille, en considérant leur vécu et leurs valeurs. La problématique doit ainsi être définie avec soin et le risque doit être qualifié (nul, possible, probable, imminent) ainsi que sa gravité (impact sur l'utilisateur ou son entourage bénin, modéré, grave ou incertain).

3. PLANIFICATION DES INTERVENTIONS (PLAN D'INTERVENTION LIÉ AUX MESURES DE CONTRÔLE)

Il s'agit d'un processus de résolution de problèmes dynamique en interdisciplinarité, impliquant au moins deux professionnels autorisés par la Loi 90 et la Loi 21, l'utilisateur ou ses proches. Ce processus clinique permet de mettre en place des interventions pour éliminer le comportement à risque ou en diminuer la fréquence.

À partir de l'évaluation clinique et suite à l'analyse, l'équipe interdisciplinaire doit :

- Identifier les correctifs et les interventions visant l'élimination des causes;
- Identifier et prioriser les mesures de remplacement (outil clinique associé);
- Analyser la pertinence d'appliquer une mesure de contrôle en cas d'échec des mesures de remplacement;
- Analyser les avantages et les effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure de contrôle;
- Choisir la mesure de contrôle appropriée, la moins contraignante possible (mesure utilisée et durée d'application).

Dans un contexte d'intervention non planifiée, exceptionnellement et dépendamment des ressources disponibles, un seul professionnel habilité peut prendre la décision d'appliquer une mesure de contrôle. Un suivi post situationnel sera fait, par la suite, en équipe interdisciplinaire.

4. LA COMMUNICATION DU PLAN D'INTERVENTION LIÉ AUX MESURES DE CONTRÔLE

Afin de s'assurer de l'application du plan d'intervention par tous, il est important que celui-ci soit élaboré avec l'utilisateur ou son représentant et communiqué à ses proches et à tous les intervenants concernés.

Dans le cas où une mesure de contrôle est planifiée, le professionnel autorisé doit obtenir un consentement libre, éclairé et en toute connaissance de cause, de la part de l'utilisateur ou de son représentant. Afin de permettre à l'utilisateur ou son représentant de faire un choix éclairé, le professionnel autorisé doit discuter avec ceux-ci des raisons justifiant l'utilisation en dernier recours, d'une mesure de contrôle, des risques inhérents, ainsi que les modalités d'application et de surveillance s'y rattachant.

Si l'utilisateur est hébergé en RI-RTF, la communication sur les services à rendre par la ressource doit obligatoirement être communiquée par le biais de *l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance* afin de respecter le *Règlement ministériel sur la classification des services offerts par une RI et une RTF*.

5. RÉÉVALUATION

Dans tous les cas, en situation planifiée ou non, les intervenants impliqués doivent effectuer une analyse a posteriori le plus tôt possible puis à intervalle régulier. Cette démarche est primordiale et s'effectue avec l'utilisateur ou son représentant en collaboration avec l'équipe de soins ou de services. Elle porte sur l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur, sur les résultats obtenus en lien avec les objectifs visés, sur l'analyse de l'efficacité du plan d'intervention lié aux mesures de contrôle et sur la révision de l'utilisation d'une mesure de contrôle.

Contexte d'intervention non planifiée

Certaines situations en contexte non planifiées peuvent ne pas perdurer. Toutefois, si le passage d'un contexte d'intervention non planifiée à un contexte d'intervention planifiée est inévitable, une concertation interdisciplinaire documentée doit être réalisée dès que possible dans un délai maximal de 7 jours afin d'établir le contexte d'intervention planifiée.

Afin de rassurer les personnes impliquées directement ou indirectement par l'application d'une mesure de contrôle, des rencontres récapitulatives sont organisées, si nécessaire. Il est important de maintenir la confidentialité sur les éléments qui touchent l'utilisateur mis sous mesure de contrôle.

Contexte d'intervention planifiée

Les buts, les paramètres d'application et la date de réévaluation sont établis par l'équipe interdisciplinaire et doivent être indiqués lors du plan d'intervention lié aux mesures de contrôle. Ainsi, selon les motifs d'intervention, la réévaluation est effectuée **minimalement** selon les délais suivants :

- Hébergement³ : Tous les 3 mois
- Centre hospitalier : Chaque 24 heures ou plus fréquemment selon l'évaluation clinique du professionnel.
- Soins à domicile : Tous les ans.
- Réadaptation : Tous les 3 mois, lors de la révision du plan d'intervention.
- Écoles spécialisées : Tous les ans

De plus, une réévaluation doit être automatiquement réalisée lors d'un changement de la situation ou de la condition de santé de l'utilisateur.

Le formulaire « Plan d'intervention lié aux mesures de contrôle » est utilisé pour réaliser la démarche interdisciplinaire (outil clinique associé).

³ Voir définition page 2

10. Autres mesures ou contextes particuliers

Il est de la responsabilité des professionnels de déterminer si l'intervention réalisée a pour but d'entraver ou, au contraire, de favoriser la liberté de mouvement et l'autonomie de l'utilisateur et d'établir s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle.

Toutes mesures appliquées à la demande de l'utilisateur ne constituent pas une mesure de contrôle. L'utilisateur doit cependant être conscient des risques potentiels de son utilisation, ne pas être susceptible de présenter un état de confusion durant toute la durée de l'application et être en mesure de demander et d'attendre l'assistance pour s'en libérer. Une note devrait être inscrite au dossier à cet effet.

MESURES DE POSITIONNEMENT

Les interventions de positionnement visent la réduction d'une incapacité ou de son aggravation, la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire et la plus grande participation aux activités de la vie quotidienne ou domestique. Les mesures de positionnement constituent donc l'ensemble des adaptations posturales, utilisées afin de permettre une posture la plus naturelle possible tout en assurant une qualité de vie optimale.

Dans certaines situations, le matériel utilisé pour le positionnement (ex. : tablette, ceinture, bascule du siège, ridelles, etc.) peut limiter la mobilité de l'utilisateur. Lorsque le matériel est utilisé dans le but d'empêcher le changement volontaire de position de l'utilisateur (assis, debout, couché), il est considéré comme une mesure de contrôle et le présent document s'applique.

En opposition, lorsque le matériel vise un meilleur positionnement, même si l'utilisateur ne peut s'en libérer seul (à moins d'être indûment contraignant et limitatif pour les mouvements de l'utilisateur), le processus en lien avec les mesures de contrôle ne s'applique pas.

Lorsque des mesures de positionnement sont utilisées, l'évaluation doit préalablement être réalisée et documentée au dossier par un professionnel.

MESURES DE RETRAIT

Cette mesure qui consiste au retrait ou à l'arrêt de la participation de l'utilisateur à ses activités régulières afin de réduire un comportement perturbateur (ex. injures, cris, agitation). L'utilisateur peut, dans de telles circonstances, être simplement retiré de l'activité ou physiquement séparé du stimulus. Cette approche n'est pas considérée comme une mesure de contrôle pourvu que l'utilisateur puisse sortir librement dès qu'il le désire.

RIDELLES DE LIT

Pendant de nombreuses années, les ridelles ont été considérées comme une mesure préventive même essentielle pour assurer la sécurité de l'utilisateur. De façon systématique, les ridelles de lit étaient remontées sans évaluer les besoins et les risques possibles. Depuis, il a été démontré que le fait de remonter les ridelles (2/2 ou 4/4) peut influencer le comportement de l'utilisateur (peur, agitation, delirium) et entraîner des conséquences graves pouvant aller jusqu'au décès. Sauf si indiqué, il est recommandé de privilégier l'utilisation de mesures de remplacement moins contraignantes et plus sécuritaires afin d'éviter leur utilisation (ex. : abaisser le lit au niveau le plus bas, matelas à rebord surélevé, rouleau de positionnement, utilisation d'une demi-ridelle de lit ou d'un moniteur de mobilité, etc.).

Les ridelles sont considérées comme étant une mesure de contrôle qui doit être déclarée et faire l'objet d'une surveillance adéquate lorsqu'elles sont utilisées dans le but de contraindre l'utilisateur à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever.⁴

Les ridelles de lit, qu'elles soient pleine grandeur ou demi-ridelle, ne sont pas considérées comme des mesures de contrôle lorsque leur utilisation a pour but de fournir des appuis à un usager pour lui permettre d'entrer, de sortir ou de se déplacer dans son lit ou lorsqu'elles sont remontées à la demande de l'utilisateur (ex. : crainte de tomber). L'utilisateur doit cependant être conscient des risques potentiels de l'utilisation, ne pas être susceptible de

⁴ MSSS, 2015. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle, p.12.

présenter un état de confusion durant toute la durée de l'application et être en mesure de demander et d'attendre l'assistance pour abaisser la ridelle au besoin. Une note devrait être inscrite au dossier à cet effet.

MESURES DE CONTRÔLE DANS UN CONTEXTE DE SOINS OU D'UN EXAMEN

Lorsqu'une mesure est appliquée lors d'un soin ou d'un examen exigeant de façon standard l'immobilisation partielle ou complète de l'utilisateur pour assurer leur réalisation optimale et sécuritaire, celle-ci ne constitue pas une mesure de contrôle.

Cependant, lorsque des mesures additionnelles sont appliquées en réponse à un comportement, à un manque de collaboration ou en raison des réactions anticipées, elles constituent une mesure de contrôle pour les motifs d'intervention ponctuelle ou de maîtrise. L'intervenant doit documenter la raison d'utilisation de la mesure, tenir compte de la réaction de l'utilisateur et assurer le suivi. Si le comportement persiste lors de chaque intervention, un plan d'intervention lié aux mesures de contrôle devra être fait.

PORTES CODEES ET AUTRES LIMITES SECTORIELLES

L'utilisation de portes codées à l'entrée d'une unité de soins ou d'un secteur d'activité ne constitue pas une mesure de contrôle. Ces dispositifs de contrôle des déplacements sont installés de façon permanente afin d'assurer la sécurité d'un ensemble d'utilisateurs désignés et ne sont pas appliqués pour isoler ou assurer la sécurité d'un utilisateur en particulier à la suite d'une évaluation de son comportement. Ces limites sectorielles servent de mesure organisationnelle de l'environnement.

CONTENTION HUMAINE ET GESTE D'ENCADREMENT

Une intervention physique restrictive est considérée comme une mesure de contrôle lorsque le but visé par l'intervention est d'empêcher un utilisateur de bouger ou de limiter sa liberté de mouvement, afin d'empêcher celui-ci de s'infliger des blessures ou en infliger à autrui, et ce, avec un rapport de force tel que l'utilisateur ne puisse se dégager, malgré tous les efforts qu'il déploie. Ces techniques d'intervention structurées ou non, peuvent être appliquées par une ou plusieurs personnes.

Ainsi, la dimension « restrictive » de l'intervention physique implique l'application de la force avec l'intention d'empêcher les mouvements de l'utilisateur, malgré son opposition et sa résistance. Le degré et la durée de la force déployée doivent dépendre de la résistance offerte par l'utilisateur, et doivent toujours être réduits au minimum requis. L'utilisation des mesures de ce type doit être déclarée à la famille ou son représentant et faire l'objet d'un suivi par une note au dossier en contexte non planifié. De façon exceptionnelle, dans un contexte planifié, l'intervention sera documentée lors de plan d'intervention lié aux mesures de contrôle.

En opposition, au geste de contention humaine, si l'utilisateur n'offre pas de résistance, il s'agit davantage d'un geste d'encadrement, d'aide, de support ou visant à orienter l'utilisateur vers un lieu approprié à ses besoins.

ISOLEMENT EN PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Dans un contexte de prévention et de contrôle des infections, le fait d'isoler l'utilisateur dans sa chambre est une mesure de prévention des infections. Les conditions d'hébergement et les modalités de prestations des soins appliquées dans ce cadre s'adressent à tous les utilisateurs présentant des caractéristiques les rendant vulnérables face à un agent infectieux ou à l'égard du risque qu'il puisse transmettre un tel agent. Les indications et recommandations relatives à cette mesure de contrôle sont inscrites dans le programme de prévention et contrôle des infections en vigueur dans les établissements du CISSS de la Montérégie-Ouest. Ces règles de prévention sont établies et approuvées par le comité de prévention des infections, sous la responsabilité du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Ces mesures de prévention des infections peuvent être mises en place de deux façons soit avec la collaboration de l'utilisateur ou avec l'ajout d'outils pour obtenir la collaboration de l'utilisateur et assurer le respect des mesures mises en place.

Lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure de respecter les consignes établies et que l'on doit avoir recours à un moyen supplémentaire, ce dernier est alors considéré comme une mesure de contrôle au sens de la loi et son application doit être conforme à la présente procédure.

SOINS D'HYGIÈNE⁵

Une intervention non planifiée pourrait être envisagée sans obtenir le consentement lorsqu'un usager a besoin de soins d'hygiène, afin de ne pas causer de préjudice à court terme. Bien que le consentement lors des soins d'hygiène ne soit pas nécessaire, un plan d'intervention lié aux mesures de contrôle est nécessaire lorsqu'une récurrence est envisagée.

11. Consentement

OBLIGATION

L'usager ou son représentant légal doit être informé et impliqué dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé (*LSSSS, article 9, et le Code civil du Québec, article 11*).

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

Il est impératif d'obtenir le consentement de l'usager ou de son représentant légal. Au besoin, d'autres recours sont possibles pour assurer la sécurité de l'usager ou d'autrui (ex.: le tribunal).

En situation d'intervention planifiée, l'équipe interdisciplinaire doit obtenir un consentement de l'usager ou de son représentant. Un consentement doit être documenté au dossier (outil clinique). Un consentement verbal, incluant un appel téléphonique, peut être suffisant (si dossier électronique, une note d'évolution doit être rédigée). L'écrit n'est pas exigé par le *Code civil du Québec* en ce qui concerne les mesures de contrôle. Toutefois, pour des raisons pratiques et éventuellement judiciaires, l'écrit demeure fortement recommandé.

Les intervenants peuvent recourir à l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de l'usager lorsqu'il est nécessaire de lui prodiguer des soins d'hygiène et lorsque la situation revêt un caractère urgent, en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger pour l'usager ou pour autrui⁶.

- Le représentant de l'usager doit en être informé dès que possible (dans les 24 heures).

Cependant, une analyse post situationnelle doit être réalisée dès que possible et un consentement libre et éclairé doit être obtenu de l'usager ou son représentant légal pour des interventions ultérieures.

CARACTÉRISTIQUES DU CONSENTEMENT

Le consentement obtenu doit être donné par une personne apte à consentir aux soins :

- Manifeste : c'est-à-dire que sa nature, sa réalité et son authenticité s'imposent avec évidence;
- Libre : c'est-à-dire qu'il est donné par l'usager ou son représentant, de son plein gré, sans crainte, menace ni pression d'aucune sorte;
- Donné à des fins spécifiques : c'est-à-dire qu'il n'est valable que pour la ou les mesures expliquées par le professionnel et le contexte défini;
- Éclairé : c'est-à-dire qu'il doit être donné en toute connaissance de cause. Pour aider l'usager dans la prise de décision, l'information suivante doit lui être communiquée dans un langage accessible :
 - L'indication ou la justification de la mesure;
 - Le type de mesure recommandée et son contexte d'application;
 - La durée d'utilisation de la mesure et la fréquence de révision de la décision;
 - Les objectifs visés par l'utilisation de la mesure;
 - Les risques encourus à l'utilisation de la mesure et les moyens pris pour les éviter;
 - Les solutions de remplacement possibles.

⁵ <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/personne/consentement.html>

⁶ MSSS, 2015. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle, p.6.

PERSONNES AUTORISÉES À CONSENTIR

PERSONNE APTE

Le consentement doit être donné par l'utilisateur s'il est apte à consentir.

PERSONNE INAPTE

Si l'utilisateur est déclaré inapte à consentir, le consentement peut être accordé au moyen d'un consentement substitué (recours à une tierce personne) en vertu de l'article 11 du Code civil du Québec. Ce consentement peut être fourni par un représentant légal (tuteur, curateur privé ou public, mandataire, titulaire de l'autorité parentale) ou par un représentant de fait (conjoint, parent, etc.).

Lorsque le Curateur public doit consentir, le formulaire « Demande de consentement à une mesure de contention et d'isolement » https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/form_dem_consent_mesure.pdf doit lui être acheminé par télécopieur.

REFUS CATÉGORIQUE

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

Ainsi, lorsqu'il s'agit de mesures qui ne sont pas requises par son état de santé, le majeur inapte peut les refuser même si un tiers autorisé a déjà consenti à de telles mesures. Toutefois, si les mesures sont requises par son état de santé, l'établissement ou le médecin pourront s'adresser à la Cour pour être autorisés à procéder malgré le refus de l'utilisateur ou de son représentant. Les professionnels désignés peuvent intervenir si, selon leur jugement clinique, l'état de santé de l'utilisateur nécessite de telles mesures pour assurer sa santé et sa sécurité, et ce dans le contexte d'un danger imminent pour l'intégrité physique de l'utilisateur ou d'autrui.

12. Modalité de soins, d'intervention et de surveillance

Tout usager sous mesure de contrôle doit faire l'objet de soins, d'intervention et d'une surveillance particulière. Les modalités doivent être constamment évaluées et déterminées en fonction du type de mesure, du niveau de restriction de la mobilité, de la condition clinique de l'utilisateur et des risques de préjudice. Ils sont constamment ajustés suivant l'évolution de la situation. Par exemple, dans certains cas, une surveillance constante au chevet peut être requise. Ils sont établis par l'équipe lors du plan d'intervention lié aux mesures de contrôle, par l'équipe interdisciplinaire ou par le professionnel autorisé (ex. plan d'intervention lié aux mesures de contrôle, directive au PTI ou au PID).

On doit y retrouver les indications en lien avec la dimension physique et psychologique des soins, des interventions et de la surveillance, ainsi que leurs fréquences.

- Les soins physiques se rapportent à la surveillance des paramètres vitaux, de l'intégrité de la peau et de la circulation sanguine, ainsi qu'à la vérification de l'assouvissement des besoins fondamentaux;
- La dimension psychologique fait référence à l'évaluation de l'état mental de l'utilisateur, du respect de son intimité et de l'importance de maintenir une communication.

Afin d'assurer la réalisation des soins, des interventions et de la surveillance, les rôles et les responsabilités doivent être bien établis au sein de l'équipe.

Dès qu'un usager est mis sous mesure de contrôle, les modalités de soins, d'interventions et de surveillance doivent être établies par les professionnels autorisés, selon la planification des interventions dans un contexte d'intervention planifié ou non planifié. La fréquence de surveillance est indissociablement liée au jugement clinique des professionnels.

Les soins, les interventions et la surveillance sont effectués par tout le personnel clinique. Lorsque la situation est rétablie, les professionnels autorisés doivent réévaluer la situation et se questionner sur la pertinence de maintenir la mesure de contrôle.

PARTICULARITÉ DE SURVEILLANCE LORS DE L'ADMINISTRATION DE SUBSTANCE CHIMIQUE

Outre la connaissance des médicaments à administrer, notamment la classe, les effets attendus, le pic d'action, les effets secondaires à surveiller et la gestion des risques, l'administration adéquate des médicaments ou d'autres substances requiert nécessairement une compétence professionnelle qui va bien au-delà du geste technique de donner un comprimé ou une injection. Selon l'OIIQ, administrer un médicament ou une autre substance signifie qu'il faut :

- Évaluer l'état de santé de l'utilisateur;
- Prendre la décision clinique de lui administrer le médicament;
- Compléter la préparation du médicament, si nécessaire, et vérifier les interactions médicamenteuses avant de l'administrer;
- Administrer le médicament selon les règles;
- Consigner adéquatement au dossier l'information sur le médicament administré;
- Exercer une surveillance clinique de l'utilisateur pendant et après l'administration du médicament;
- Anticiper, prévenir, déceler et documenter les effets secondaires et les effets indésirables des médicaments, en vue de prendre sans délai les moyens nécessaires pour corriger la situation ou en atténuer les conséquences;
- Évaluer les effets du médicament administré et les consigner au dossier;
- Faire le suivi auprès du prescripteur (médecin traitant, IPS);
- Indiquer dans le plan thérapeutique infirmier (PTI), le cas échéant, toute particularité relative au médicament ou à une autre substance, afin de maximiser les effets thérapeutiques.

<http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/administrer-et-ajuster-des-medicaments>

Pour favoriser un meilleur accès à des soins et des services sécuritaires, la Loi 90 (loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé) établit un cadre légal permettant à toute personne d'exercer des activités qui autrement ne pourraient l'être que par des professionnels. L'administration de médicament est un exemple et il est important de s'assurer de respecter les critères et les conditions relatifs à l'administration des médicaments chez les non professionnels.

La surveillance lors de l'administration d'une substance chimique à des fins de mesures de contrôle doit tenir compte de ces paramètres et doit être maintenue durant toute la durée de l'effet du médicament :

- Une surveillance doit être faite avant l'administration du médicament, au pic d'action et à une fréquence établie selon le jugement clinique de l'infirmière, documenté au PTI.

Une liste des principaux médicaments administrés comme mesure de contrôle est disponible en annexe 7, afin d'encadrer la surveillance.

Les sections pertinentes de la grille de soins, d'intervention et surveillance sont complétées afin de faciliter la surveillance. (outil clinique associé)

LES PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE POUR LES MESURES DE CONTRÔLE

TYPES	OBSERVATION
État de contention	<ul style="list-style-type: none">État du matériel (sans bris ou usure), ajustement adéquat, paramètre d'installation respecté.
État de conscience/mental	<ul style="list-style-type: none">Alerte et orienté (état normal), désorienté, non alerte (éveil difficile), inconscient
Discours	<ul style="list-style-type: none">Cohérent, incohérent, délirant, agressif, mutisme
Comportement de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none">Calme, dort, coopératif, défensif, agitation motrice, agitation verbale, tente de se détacher, agressif
Paramètres vitaux	<ul style="list-style-type: none">Respiration présente et sans difficulté;La fréquence des signes vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire et saturation) est ajustée selon la situation clinique.
Intégrité de la peau	<ul style="list-style-type: none">S'il y a un changement au niveau de l'intégrité de la peau;Intacte, lésée, rouge, pâle, cyanosée/bleutée, froide, présence d'œdème, moite/diaphorèse

LES PARAMÈTRES ET LA FRÉQUENCE POUR LES SOINS ET INTERVENTIONS

Les soins et les interventions sont effectués minimalement aux 2 heures et ajustés plus fréquemment selon la situation clinique : soutien psychologique, hydratation, élimination, changement de position/mobilisation.

Un retrait ou un relâchement de la contention doit être effectué minimalement aux 2 heures pour une durée de 5 minutes afin de permettre une mobilisation. Cette intervention doit être appliquée selon le jugement clinique afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur et des intervenants.

LA FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE LORS DE L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

La fréquence de surveillance est indissociablement liée au jugement clinique des professionnels et elle est mise en place selon la planification des interventions.

Application initiale et cessation

La fréquence de surveillance minimale requise lors de la mise en place ou de la cessation de toute mesure de contrôle est :

- Visite aux 15 minutes pour les 60 premières minutes;
- Visite aux 30 minutes pour les 2 heures suivantes;
- Visite aux heures par la suite.

En postop, il n'est pas nécessaire de faire une surveillance initiale puisque l'infirmière assure déjà une surveillance des paramètres vitaux et de l'état de santé de l'utilisateur. Par contre, il est important d'effectuer la surveillance et de compléter la grille minimalement aux 60 minutes.

En cours d'utilisation

- Visite minimalement aux 60 minutes ou plus fréquemment selon le jugement clinique des professionnels;
- Dans certains cas ou selon le contexte, la fréquence peut être exigée aux 15 minutes ou plus selon le plan d'intervention lié aux mesures de contrôle pouvant aller jusqu'à une surveillance constante;
 - Lors de la surveillance constante, la grille « soins, intervention et surveillance liés aux mesures de contrôle » sera complétée aux 15 minutes.
- Lors de l'utilisation d'un casque protecteur ou d'un vêtement restrictif, la fréquence de surveillance sera établie selon le jugement clinique des professionnels et minimalement aux 8 heures.

Une grille de « soins, interventions et de surveillance liée aux mesures de contrôle » est disponible afin d'assurer la sécurité des usagers et faciliter la surveillance (outil clinique associé). Toutefois, selon les milieux, une note d'évolution infirmière est inscrite minimalement à chaque quart de travail faisant état de l'évolution de la situation, de l'état mental de l'utilisateur et des particularités.

Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

DÉMARCHE DE CESSATION (DÉCONTENTIONNEMENT/ANNULATION)

Le décontentionnement qui constitue un retrait progressif doit être envisagée par l'intervenant dès la fin de l'indication ayant mené à l'application de la mesure de contrôle (ex. : fin du comportement, changement de milieu, etc.), lorsqu'une mesure de remplacement peut être appliquée et s'avère efficace et, dès que la sécurité de la personne est remise en cause par l'utilisation de la mesure de contrôle.

Quelle que soit l'origine de la décision du retrait graduel, partiel ou total d'une mesure de contrôle, l'intervenant doit :

- Effectuer une surveillance;
- Aviser l'équipe de soins;
- Modifier tous les outils cliniques associés;
- Inscrire l'annulation avec la date sur le plan d'intervention, lorsque l'intervenant prend la décision de mettre fin à la mesure de contrôle.

L'annulation est la décision de mettre fin à une mesure de contrôle et repose sur le jugement d'un professionnel autorisé. Les raisons qui appuient cette décision doivent être documentées et l'équipe interdisciplinaire doit être avisée.

L'utilisateur ou son représentant légal doit également être informé de l'annulation. Cette décision doit être réalisée malgré un désaccord de l'utilisateur ou de son représentant légal. Seule une ordonnance de cour peut annuler la décision de retirer une mesure de contrôle.

Enfin, une communication efficace doit être assurée afin d'informer l'ensemble du personnel et les proches de la décision en ce qui concerne les changements en lien avec le plan d'intervention lié à la mesure de contrôle ou le PTI.

Consulter au besoin les modalités particulières selon les secteurs à la section 16.

13. Tenue de dossier

Le dossier doit représenter fidèlement la démarche clinique. Lors du plan d'intervention lié aux mesures de contrôle, dans le cas où une mesure de contrôle est requise, on doit retrouver au dossier de l'utilisateur (informatisé ou papier) les éléments suivants :

- Une description objective des faits et des comportements indiquant un risque potentiel de s'infliger ou d'infliger des lésions à autrui;
- Les facteurs entraînant les comportements à risque;
- L'évaluation de l'état mental de l'utilisateur selon le champ de pratique;
- Les mesures de remplacement utilisées et les résultats obtenus (outil clinique associé);
- Le processus décisionnel qui a motivé la décision incluant les traces d'une démarche et d'un consensus interdisciplinaire (plan d'intervention lié aux mesures de contrôle)
- Le consentement à la mesure de contrôle (formulaire de consentement);
- Le plan thérapeutique infirmier (PTI);
- L'enseignement fait aux personnes concernées selon la situation;
- La grille de soins, d'intervention et de surveillance appropriée à la mesure de contrôle appliquée (informatisée ou papier);
- La date et l'heure du début de l'application de la mesure;
- Le type de mesure appliquée, la grandeur, le cas échéant, l'endroit de l'application et l'état du matériel;
- Les données concernant l'évolution de la condition clinique notamment la réaction de l'utilisateur pendant et après l'application;
- Les paramètres de la surveillance exercée, les interventions et les soins dispensés;

- La démarche réalisée pour assurer la réévaluation;
- La démarche de cessation de la mesure de contrôle incluant la date et l'heure de la cessation;
- La description des informations transmises à l'utilisateur, son représentant ou toute autre personne en cours d'évolution;
- Tout autre renseignement jugé pertinent.

De plus, on doit rédiger une note d'évolution, lorsqu'il y a un changement dans l'état de santé de l'utilisateur ou apparition d'un comportement anormal.

Si l'utilisateur est hébergé en RI ou RTF, *l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance* doit être modifié et remis à la ressource.

14. Rôles et responsabilités des différents intervenants

PROFESSIONNELS AUTORISÉS⁷

La prise de décision en matière de mesure de contrôle requiert une analyse approfondie de la situation qui doit tenir compte de l'utilisateur concerné et des composantes de son environnement. Chaque personne est unique et nécessite que les professionnels autorisés en collaboration avec l'utilisateur ou son représentant procèdent à une évaluation, à une planification de l'intervention et à une réévaluation de la situation.

Au sens de la loi, tous ces professionnels sont autorisés selon leur champ d'exercice et leurs activités réservées, à décider de l'application d'une mesure de contrôle. Les types de mesures de contrôle recommandés par les professionnels tiennent compte de l'expertise habituelle de chaque discipline. En tenant compte des activités réservées, le professionnel doit s'assurer d'avoir les habiletés requises pour décider d'une mesure de contrôle.

Tableau résumé des activités réservées selon les professionnels

Professionnels	Contention	Isolement	Substance chimique
Médecin	OUI*	OUI**	OUI
Infirmière	OUI*	OUI**	NON Sauf infirmière praticienne spécialisée (IPS) selon l'autorisation
Ergothérapeute	OUI*	OUI**	NON
Physiothérapeute	OUI*	NON	NON
Travailleur social	OUI**	OUI**	NON
Psychologue	OUI**	OUI**	NON
Psychoéducateur	OUI**	OUI**	NON

* Acte réservé en tous lieux

** Acte réservé lorsque la décision est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris, et ce, en conformité avec leur champ d'exercices respectif (Loi modifiant le Code des professions et autre disposition législative dans le domaine de la santé mentale et les ressources humaines (2009, chapitre 28)).

Dans ce contexte, selon les milieux désignés, les professionnels désignés dans ce tableau peuvent :

- Décider de l'application des mesures de contrôle selon leur champ d'exercice et leurs activités réservés;
- Évaluer les besoins et l'utilisateur dans le cadre de leur champ d'exercice;
- Rechercher une mesure de remplacement à la mesure de contrôle;
- Prévoir le plan d'intervention lié aux mesures de contrôle et les mécanismes de supervision et de suivi pour l'application d'une mesure de contrôle;
- Obtenir le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal;
- Appliquer la mesure selon le plan d'intervention lié aux mesures de contrôle.

En raison de la complexité de la problématique, le CISSS de la Montérégie-Ouest recommande fortement que l'application de mesures de contrôle soit le résultat d'une concertation interdisciplinaire. Dans l'éventualité où le professionnel d'une autre discipline n'est pas disponible, deux intervenants autorisés de la même discipline

⁷ MSSS, 2015. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle

peuvent décider de l'application d'une mesure de contrôle. Dans un tel cas, la consultation en interdisciplinarité est réalisée dès que possible, et est consignée au dossier clinique. De façon exceptionnelle en contexte d'intervention non planifié, la mesure de contrôle pourrait être décidée par un seul professionnel habilité à le faire. Un suivi sera fait, par la suite en équipe interdisciplinaire.

Dans le milieu où il y a un médecin traitant, celui-ci doit être avisé dans les meilleurs délais lors de la mise en place d'une mesure de contrôle pour un usager.

AUTRES INTERVENANTS

Étant donné que la décision d'appliquer une mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation complète et individualisée, les autres intervenants non ciblés par la Loi 90 et la Loi 21, soient les thérapeutes en réadaptation physique, les auxiliaires aux services de santé et sociaux, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, les éducateurs spécialisés, les techniciens en éducation spécialisée, les assistants en réadaptation, etc. ne sont en aucun cas autorisés à décider de l'application d'une mesure de contrôle. Ils doivent cependant :

- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire à la cueillette de données;
- Collaborer à la recherche de mesures de remplacement;
- Respecter les directives inscrites au plan d'intervention lié aux mesures de contrôle et PTI;
- Appliquer les mesures de contrôle prévues au plan d'intervention lié aux mesures de contrôle;
- Collaborer au suivi, à la surveillance et à la rédaction des notes s'y rattachant;
- Compléter la grille des soins, d'interventions et de surveillance;
- Faire part des observations à l'équipe interdisciplinaire;
- Déclarer tout évènement indésirable à son supérieur en lien avec l'application d'une mesure de contrôle.

Lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée dans un contexte d'intervention non planifiée, le non professionnel (seulement en RI-RTF ou en RAC) peut recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.

15. Audits et statistiques

Audit de qualité :

- Les audits de qualité sont réalisés 1 à 2 fois par année par le chef de service ou une personne mandatée par celui-ci;
- L'échantillon des usagers sous contention à auditer sera identifié selon les secteurs;
- Utiliser une feuille d'audit de qualité par usager sous contention;
- Procéder aux audits sur une période maximale de 1 semaine;
- Pour les unités n'ayant pas, au moment de l'audit, un usager sous contention, sélectionner 4 à 6 dossiers d'un usager ayant été contentonné dans le dernier mois.

Prévalence :

Inscrire l'usager sous mesure de contrôle dans le logiciel ou fichier excel prévue à cet effet.

- Ceci va permettre de générer des statistiques.

16. Gestions des contentions mécaniques et du matériel de remplacement

Achat du matériel

Toutes les contentions mécaniques ou le matériel servant de mesure de remplacement doivent avoir été autorisés par le service des achats en collaboration avec le service de prévention et contrôle des infections, lorsque le matériel est utilisé dans les établissements de santé.

Aucun équipement ou dispositif de type « maison » n'est autorisé, en cas de doute, consulter la conseillère-cadre à la qualité et à la surveillance de l'acte.

La liste des types de mesures de contrôle autorisées selon le type de milieu se retrouve à l'annexe A.

Fixation sur le mobilier ou les équipements

La fixation et l'ajustement du matériel doivent être effectués par une personne habilitée, selon les normes et les recommandations du fabricant ainsi que les règles de positionnement sécuritaire.

Installation à l'usager et modalité d'utilisation de la contention

Le professionnel autorisé qui décide de l'application d'une contention à un usager doit s'assurer que les intervenants ont les habiletés pour installer la contention. Le professionnel :

- Rends disponibles les modalités d'utilisation et d'installation;
- Effectue, au besoin, l'enseignement nécessaire.

L'installation doit être faite par une personne habilitée selon les recommandations du fabricant. Selon le matériel, des méthodes de soins, des vidéos et des aide-mémoires sont également disponibles pour soutenir les intervenants.

Nettoyage et désinfection

Le nettoyage et la désinfection doivent être réalisés en fonction des recommandations du fabricant et de la prévention et contrôle des infections. Des méthodes de soins et des aide-mémoires sont également disponibles pour soutenir les intervenants.

Vérification visuelle

Observation et vérification du fonctionnement

La vérification de l'état du matériel de contention est effectuée lors de l'installation initiale et lors des surveillances subséquentes. L'information est colligée par l'intervenant sur le formulaire de surveillance pour confirmer qu'il a bien vérifié le matériel de contention :

- Fixation
- Installation
- État du matériel

Lors d'une problématique en lien avec le matériel, l'intervenant :

- Retire le matériel de contention immédiatement, s'il y a un risque imminent pour l'usager;
- Assure la sécurité de l'usager;
- Avise la personne en autorité afin de trouver une autre contention en remplacement.

Critères de retrait du matériel

- Lorsque nécessaire selon le jugement de l'intervenant;
- Défectuosité;
- Bris;
- Usure qui entrave le fonctionnement;
- Usure qui le rend poreux.

Démarche lors du retrait du matériel

L'intervenant doit toujours aviser la personne en autorité lorsqu'il y a du matériel de contention qui doit être retiré selon les critères établis. La personne en autorité communique avec un des professionnels qui a autorisé la mise en place de la contention, les services techniques ou le gestionnaire selon la situation.

L'état du matériel de contention est évalué par un professionnel et/ou l'équipe des services techniques qui décideront avec la collaboration du gestionnaire de :

- Communiquer avec le service des achats en lien avec la garantie du matériel;
- Retourner le matériel au manufacturier;

- Jeter le matériel :
 - Retirer de l'inventaire selon les modalités établies;
 - Remplacer le matériel.

17. Considération pour chaque milieu

Selon les différents milieux où la procédure s'applique, certaines spécificités sont à considérer dans l'application d'une mesure de contrôle.

EN MILIEU HOSPITALIER

La procédure ne considère pas les situations suivantes comme étant une utilisation de mesures de contrôle :

- Lors de l'utilisation de ridelles pour le transport de l'utilisateur en civière/lit à l'intérieur de l'hôpital.

EN HÉBERGEMENT INSTITUTIONNEL

La procédure s'applique dans toutes les situations en centres d'hébergement, à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF).

EN RÉSIDENCE PRIVÉE POUR PERSONNES ÂGÉES

Le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés prévoit des normes particulières selon que la résidence soit destinée à des personnes autonomes ou semi-autonomes.

RÉSIDENCE PRIVÉE POUR PERSONNES AUTONOMES

L'article 67 du règlement stipule qu'il est interdit d'utiliser la force, l'isolement ou tout moyen mécanique ou substance chimique comme mesure de contrôle d'un usager qui réside dans une résidence privée pour personnes âgées.

Lorsqu'un usager présente des comportements préjudiciables ou perturbateurs qui peuvent mettre en danger sa sécurité ou celle d'autrui, l'exploitant doit prendre contact avec les services d'urgence (911).

Un usager qui nécessite une mesure de contrôle ne peut demeurer dans une résidence privée de catégorie « autonome », même de façon temporaire.

Aucun motif ne peut être invoqué par un exploitant pour justifier l'utilisation de mesures de contrôle dans une résidence privée de catégorie « autonome ». De telles mesures y sont interdites en tout temps, même en situation d'urgence.

RÉSIDENCE PRIVÉE POUR PERSONNES SEMI-AUTONOMES

L'article 76 du règlement stipule que :

- L'exploitant ne peut recourir à des mesures de contrôle impliquant la force, l'isolement ou tout moyen mécanique qu'en situation d'urgence et en dernier recours, pour protéger l'utilisateur ou autrui d'un danger imminent de blessure;
- Les mesures de contrôle ne peuvent être appliquées que lorsque des mesures de remplacement se sont avérées inefficaces pour réduire le danger;
- Elles ne peuvent de plus être appliquées que de manière temporaire et exceptionnelle de la façon la moins contraignante possible;
- Aucune substance chimique ne peut être employée comme mesure de contrôle.

Selon les articles 77 et 78 du règlement :

Les exigences spécifiques de l'application de mesures de remplacement ou de mesure de contrôle sont les suivantes :

- L'exploitant doit aviser sans délai le représentant de l'utilisateur, le cas échéant, et la personne à prévenir en cas d'urgence;

- L'exploitant de la résidence doit aviser sans délai le CISSS de la Montérégie-Ouest afin que celui-ci procède à une évaluation de la condition de l'utilisateur et détermine les mesures à prendre, le cas échéant pouvant aller jusqu'à un transfert de l'utilisateur s'il n'y a pas de possibilité de mesures de remplacement;
- Si à la suite de l'évaluation de l'utilisateur par les professionnels du CISSS de la Montérégie-Ouest, le plan d'intervention des mesures de contrôle prévoit l'application d'une mesure de contrôle à l'endroit de l'utilisateur, l'exploitant de la résidence ainsi que les membres de son personnel doivent s'y conformer;
- L'exploitant de la résidence doit s'assurer que les membres de son personnel utilisent la mesure de contrôle de façon sécuritaire et selon l'enseignement dispensé par le CISSS de la Montérégie-Ouest. Il doit également consigner des notes d'intervention et les transmettre aux intervenants responsables du dossier au CISSS de la Montérégie-Ouest afin de permettre à ceux-ci de réviser au besoin le plan d'intervention des mesures de contrôle;
- Étant donné que le recours à une mesure de contrôle peut présenter des risques pour la sécurité de l'utilisateur, l'exploitant ou un membre de son personnel qu'il désigne doit assurer une surveillance étroite et régulière auprès du résident tel qu'énoncé dans la procédure en vigueur au CISSS de la Montérégie-Ouest;
- L'exploitant de la résidence doit consigner dans le dossier de l'utilisateur sur la fiche de renseignement prévue à cet effet, les renseignements suivants :
 - La justification du besoin d'une mesure de contrôle;
 - Le type de mesure de contrôle;
 - La date et l'heure d'intervention;
 - L'endroit et la durée d'application de la mesure de contrôle;
 - Les modalités de soins, d'intervention et de surveillance;
 - La réaction du résident;
 - Le nom des personnes informées de la situation et l'information fournie aux proches et au CISSS de la Montérégie-Ouest ainsi que la date et l'heure des communications.

L'exploitant doit s'assurer que l'utilisation d'une mesure de contrôle est une mesure temporaire, c'est-à-dire limitée au temps minimal requis (ce qui signifie le temps de relocalisation en urgence).

EN RÉSIDENCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC)

Caractéristiques milieu RAC

Les résidences à assistance continue (RAC) sont des milieux spécialisés d'adaptation et de réadaptation intensifs. Elles accueillent prioritairement des usagers présentant une problématique comportementale importante qui compromet leur développement et leur intégration sociale.

Ce service permet d'évaluer et d'intervenir de manière intensive et temporaire (moyen terme, 12-36 mois) auprès de l'utilisateur afin de la stabiliser et de la réorienter vers un milieu de vie adapté. Ce service est offert à l'utilisateur qui présente une complexité de besoins telle qu'elle ne peut recevoir réponse à ses besoins dans une ressource plus légère, malgré la mise en place de mesures de soutien. Ce service vise à réduire les troubles du comportement comportant une dangerosité pour lui-même ou pour autrui.

Ce service ne constitue pas un milieu de vie, mais bien un milieu de réadaptation temporaire et limité dans le temps.

Plusieurs types d'intervenants et de professionnels sont impliqués dans les services offerts dans les résidences de troubles graves de comportement (TGC).

Le chef de programme, les intervenants, le psychoéducateur et le travailleur social (au besoin) constituent l'équipe clinique entourant les usagers. Considérant que la clientèle présente des problématiques complexes et graves, ils sont appuyés dans leurs tâches par divers professionnels faisant partie de l'équipe de soutien spécialisé (psychologue, spécialiste aux activités cliniques, infirmier clinicien). Le personnel qui travaille en RAC est employé par le CISSS de la Montérégie-Ouest.

Modalités particulières

Ces milieux sont gérés par le CISSS de la Montérégie-Ouest et il n'y a aucune modalité particulière.

EN RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

Caractéristiques du milieu

Les RI-RTF sont des ressources ayant un lien contractuel avec le CISSS de la Montérégie-Ouest régi par des ententes collectives et nationales. Elles assurent aux usagers les services non professionnels de soutien et d'assistance (incluant le gîte et le couvert). Ces services, ainsi que les responsabilités et obligations des RI-RTF et de l'Établissement sont balisés, entre autres, dans le *Cadre de référence RI-RTF Règlement ministériel sur la classification des services offerts par une RI et une RTF*, la *Loi sur la représentation des Ressources (LRR)*, la *LSSSS* et les ententes collectives ou nationales.

Selon les responsabilités mutuelles mentionnées dans les documents ci-haut mentionnés, le CISSS de la Montérégie-Ouest fournit les services professionnels nécessaires et est responsable de s'assurer de la qualité des services offerts tant par l'Établissement que par la RI-RTF. Le CISSS de la Montérégie-Ouest a la responsabilité d'assurer le suivi de l'utilisateur confié à une ressource par le biais d'intervenants assignés (ex.: le travailleur social, l'intervenant pivot, le gestionnaire de cas ou autre). Il a la responsabilité d'évaluer ses besoins, et de déterminer l'ensemble des services qui lui sont requis, et de les communiquer à la ressource par le biais de l'*Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance*. Le CISSS de la Montérégie-Ouest doit s'assurer également de la qualité des services rendus tant par l'Établissement que par la ressource, en fonction de la condition de l'utilisateur.

En RI-RTF, dans l'éventualité où le besoin d'appliquer une mesure de contrôle chez un usager se présente, l'intervenant assigné (le travailleur social, l'intervenant pivot, le gestionnaire de cas ou autre) est désigné pour rédiger un plan d'intervention des mesures de contrôle, en collaboration avec un autre professionnel autorisé et décideront ou non de l'application de mesure de contrôle. Il a également la responsabilité de s'assurer que les modifications nécessaires seront effectuées à l'instrument de classification.

D'autres professionnels du SAD, des services RI-RTF ou d'autres services du CISSS de la Montérégie-Ouest, interviendront de façon ponctuelle à la demande du travailleur social, de l'intervenant pivot ou du gestionnaire de cas selon la problématique ou le besoin identifié par celui-ci, pour un ou des résidents.

Il est à noter que l'utilisation des mesures de contrôle en RI-RTF demeure une exception étant donné la particularité et la spécificité du milieu et des ressources humaines qu'on y retrouve.

La mise en place d'une mesure de contrôle doit être approuvée par le chef de service responsable des RNI.

Modalités particulières

Les modalités pour les résidences de personne semi-autonome doivent être appliquées lorsqu'une ressource intermédiaire se trouve dans ce type de milieu.

Dans l'éventualité de l'application d'une mesure de contrôle, une évaluation clinique est faite par au moins deux professionnels autorisés et le gestionnaire responsable. L'intervenant responsable du suivi de l'utilisateur confié à une RI-RTF s'assure de transmettre la politique et la procédure d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle du CISSS de la Montérégie-Ouest et s'assure de son application. Il agit à titre de personne ressource auprès des personnes concernées en RNI.

Les responsables et le personnel non professionnel de la RI-RTF doivent recevoir la formation nécessaire pour l'utilisation de la mesure, en particulier sur les modalités d'application sécuritaires, sur les risques encourus par son utilisation et sur les soins, les interventions et la surveillance à effectuer en lien avec cette mesure. Cette formation est donnée par un professionnel habilité ou l'intervenant pivot.

Les responsables de la ressource doivent s'assurer, avant l'application de la mesure de contrôle, de l'aspect sécuritaire, ainsi que de la présence constante d'un non professionnel pouvant effectuer la surveillance telle que décrite dans la procédure en vigueur dans l'établissement. Les responsables et le personnel de la ressource

doivent déclarer tout évènement indésirable en lien avec l'application des mesures de contrôle à l'intervenant pivot.

SERVICE À DOMICILE (SAD)

Caractéristiques du milieu

La situation à domicile comporte un caractère particulier et rend plus difficiles l'évaluation, la surveillance et le suivi. À domicile, la surveillance est souvent réalisée par un aidant naturel, ce qui rend difficile l'application des critères de soins, d'intervention et de surveillance associées aux mesures de contrôle. Ainsi, l'utilisation de mesure de contrôle à domicile est non recommandée.

Advenant le cas où l'application d'une mesure de contrôle à domicile est recommandée par un professionnel autorisé du CISSS de la Montérégie-Ouest, la décision doit respecter les principes et valeurs du présent document et les orientations ministérielles, notamment le fait qu'une mesure de contrôle doit être utilisée qu'en dernier recours après que des mesures de remplacement aient été mises à l'essai.

Le chef de service responsable du SAD doit être informé lors de la mise en place d'une mesure de contrôle.

Modalités particulières

Les mesures de contrôle utilisées doivent être fournies ou approuvées par l'équipe de professionnels autorisés. Ces professionnels doivent :

- Rechercher des mesures de remplacement avec les proches;
- Déterminer avec les proches les modalités d'utilisation d'une mesure de contrôle si nécessaire;
- Informer les proches du type de contentions autorisées à domicile et leur spécifier d'éviter l'utilisation de tout équipement ou dispositif de type maison;
- Informer les proches, verbalement et par écrit, des risques encourus par l'application des mesures de contrôle et s'assurer de leur compréhension et de leur collaboration;
- S'assurer d'une surveillance adéquate auprès de l'utilisateur lors de l'application de la mesure de contrôle;
- S'assurer que les proches transmettent aux membres de l'équipe interdisciplinaire les informations nécessaires en regard de l'identification des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur;
- Enseigner, démontrer la façon d'appliquer la mesure de contrôle et s'assurer que les proches ont bien compris la technique;
- S'assurer d'un mécanisme de suivi régulier avec les proches.

Surveillance d'une mesure de contrôle à domicile

Le jugement clinique des professionnels autorisés permet de déterminer la fréquence de surveillance et les paramètres à surveiller en fonction de la mesure de contrôle utilisée et du contexte d'utilisation. Ces décisions doivent être prises en équipe interdisciplinaire et inscrites au plan d'intervention lié aux mesures de contrôle. Une date de réévaluation doit également être déterminée pour la révision de la mesure de contrôle.

Le professionnel autorisé assure une visite à domicile dans les 24 premières heures de l'utilisation d'une nouvelle mesure de contrôle et un suivi téléphonique est minimalement réalisé dans les 72 h selon l'évaluation faite par le professionnel autorisé. Le professionnel autorisé s'assure que l'enseignement soit fait aux proches aidants et au personnel impliqué auprès de l'utilisateur pour qui la mesure de contrôle est utilisée. Un suivi est réalisé jusqu'à ce que la mesure de contrôle utilisée soit bien intégrée. Le professionnel autorisé doit s'assurer que le proche aidant comprend les risques liés à l'utilisation de la mesure de contrôle, son mode d'entretien, les paramètres de surveillance établis et la démarche à entreprendre en cas de complication.

- Annexe A : Types de mesures de contrôles utilisés au CISSS
Annexe B : Processus décisionnel lié aux mesures de contrôle dans une approche interdisciplinaire
Annexe C : Distinctions entre contention et mesures de positionnement

19. Références

- AHQ Cadre de référence, 2004. *Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement.*
- Assemblée nationale, 2009. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.*
- CMR 2011, *Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle (contention et isolement)*
- CRDIME 2011. *Politique d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*
- CRDITED 2013. *Procédure d'application d'une mesure de contrôle : contention et isolement*
- CRDITED, SRSOR 2015. *Protocole sur les mesures de contrôle*
- CSSS Jardin-Roussillon, 2013. *Protocole et modalité d'application Mesure de contrôle.*
- CSSS du Suroît, 2014. *Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement.*
- CSSS de Vaudreuil-Soulanges, 2015. *Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.*
- CSSS Haute-Yamaska, 2005. *Protocole d'application des mesures de contrôle; contention, isolement et substances chimiques.*
- Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2004. *Outil standardisé de collecte de données liées aux mesures de contrôle.*
- CSSS La Pommeraie, 2005. *Non aux contentions – Guide à l'intention des intervenantes au soutien à domicile ou en résidences privées.*
- CSSS de Montmagny-L'Islet, 2008. *Protocole d'application Mesures de contrôle : contention et isolement*
- CLSC – CHSLD de la MRC d'Acton, 2004. *Protocole d'utilisation des mesures de contention.*
- Curateur public du Québec, 2010. *Demande de consentement à une mesure de contrôle contention et isolement.*
Repéré à https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/form_dem_consent_mesure.pdf
- Équipe de consultation sur les aides techniques, 2005. *Les mesures de contrôle en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions.*
- Gazette officielle du Québec, 2013. *Règlement ou autres actes sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.*
- Gouvernement du Québec, 2013. *Manuel d'application du règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et sur les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.*
- Les CHSLD du Bas-Richelieu, 2004. *Utilisation des mesures de contention et d'isolement – Extrait du manuel de politiques et procédures.*
- Méthodes de soins informatisées, 2012. *Cadre de référence sur l'application des mesures de contention.*
- MSSS, 2002. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.*
- MSSS, 2002. *Plan d'action en lien avec les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.*
- MSSS, 2005. *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle. Matériel de contention, Guide d'aménagement.*
- MSSS, 2015. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : Contention, isolement.*
- MSSS, 2013. *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familiale. Guide d'utilisation de l'instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance.*

MSSS, 2016. *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial*

MSSS, 2016. *Cadre de référence les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.*

Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2004. *Application de la loi modifiant le Code des professions et autre disposition législative dans le domaine de la santé.*

Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2006. *Guide de l'ergothérapeute, les mesures de contention : de la prévention à leur utilisation exceptionnelle.*

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Décider de l'utilisation des mesures de contentions.* Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/decider-de-lutilisation-de-la-contention>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.* Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/administrer-et-ajuster-des-medicaments>

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux de Québec, 2011. *Ligne directrice, décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de la loi sur les services sociaux et de la loi sur la santé et des services sociaux pour les autochtones cris.*

N. B. Certaines mesures de contrôle pourraient être ajoutées lors de situations particulières selon le plan d'intervention lié aux mesures de contrôle. Le professionnel devra assurer un suivi auprès de son supérieur immédiat et contactera la conseillère-cadre à la qualité et à la surveillance de l'acte. Les membres du comité tactique seront informés via la conseillère-cadre.

CENTRE HOSPITALIER

Contentions
Type de mesures
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attaches de poignets; ▪ Attaches de chevilles; ▪ Bretelles (sur système de contention); ▪ Ceinture abdominale aimantée; ▪ Ceinture à boucle d'auto; ▪ Ceinture à boucle anti déclenchement; ▪ Ceinture à boucle à clips latérales; ▪ Ceinture pelvienne; ▪ Courroie pelvienne (sur système de contention); ▪ Mitaines; ▪ Ridelles 2/2; ▪ Ridelles 4/4; ▪ Tablette fixe.
Isolement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demi-porte; ▪ Porte fermée.

SOINS DE LONGUE DURÉE

Contentions
Types de mesures
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceinture à boucle d'auto; ▪ Ceinture à boucle anti déclenchement; ▪ Ceinture à boucle à clips latérales; ▪ Ceinture pelvienne; ▪ Mitaines; ▪ Ridelles 2/2; ▪ Ridelles 4/4; ▪ Tablette fixe; ▪ Vêtements restrictifs.
Isolement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porte fermée.

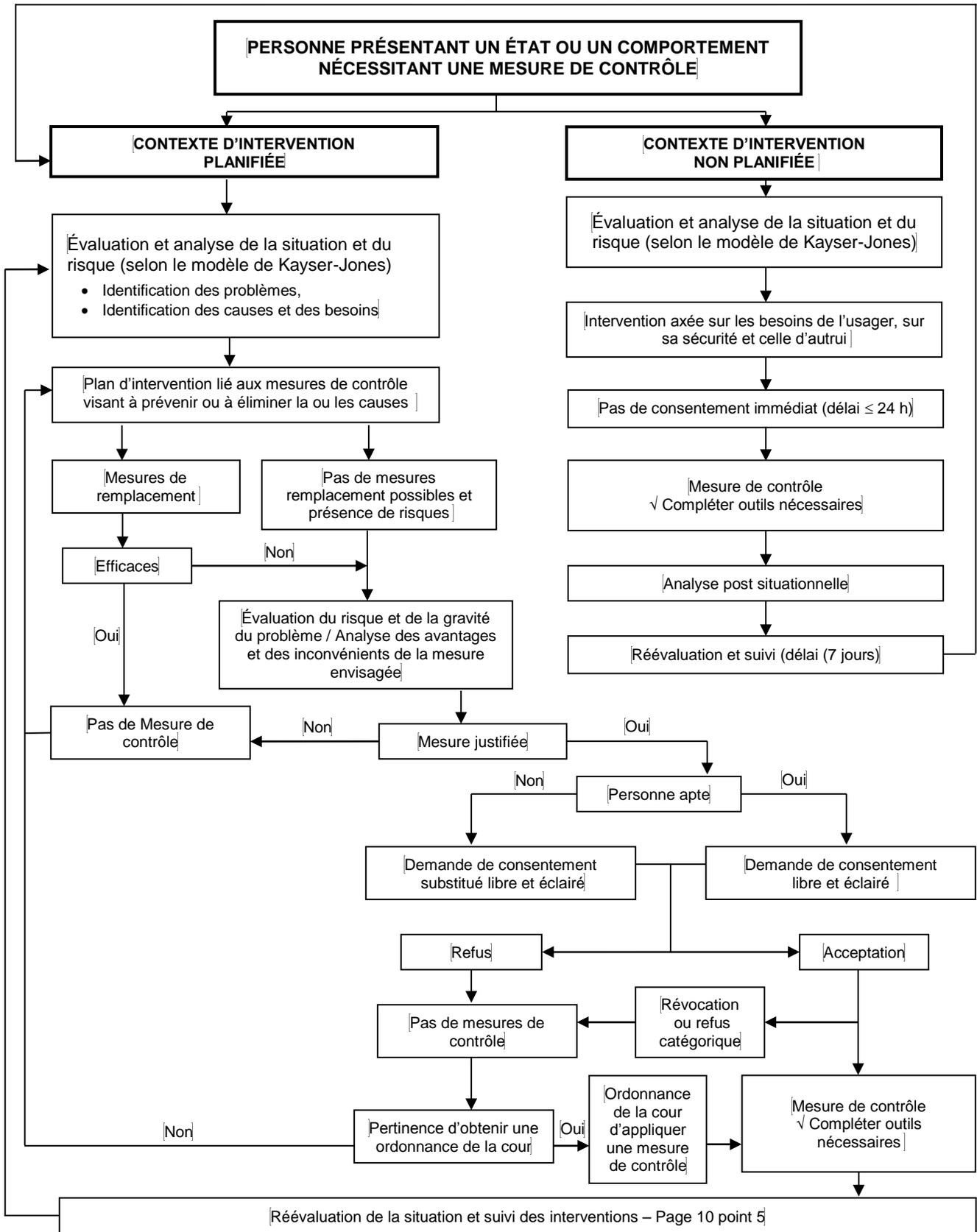
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE

Contentions	
Type de mesures	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attache de poignets; ▪ Attache de chevilles ▪ Bande de corps; ▪ Casque avec ou sans visière; ▪ Ceinture abdominale; ▪ Ceinture ambulatoire avec attache-poignets; ▪ Ceinture à boucle d'auto; ▪ Ceinture à boucle anti déclenchement; ▪ Ceinture à boucle à clips latérales; ▪ Ceinture cinq points; ▪ Courroie-couche; ▪ Courroie crurale; ▪ Ceinture cuissarde; ▪ Ceinture pelvienne; ▪ Courroie en H; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Harnais de marche; ▪ Manchettes de coudes; ▪ Mitaines; ▪ Lit bassinette; ▪ Orthèse d'extension des coudes; ▪ Ridelles 2/2; ▪ Ridelles 4/4; ▪ Tablette fixe; ▪ Tente de lit; ▪ Veste Argentino; ▪ Veste de transport; ▪ Veste "Ez on"; ▪ Vêtements restrictifs.
Isolement	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ballon; ▪ Coin fermé; ▪ Demi-porte; ▪ Porte fermée. 	

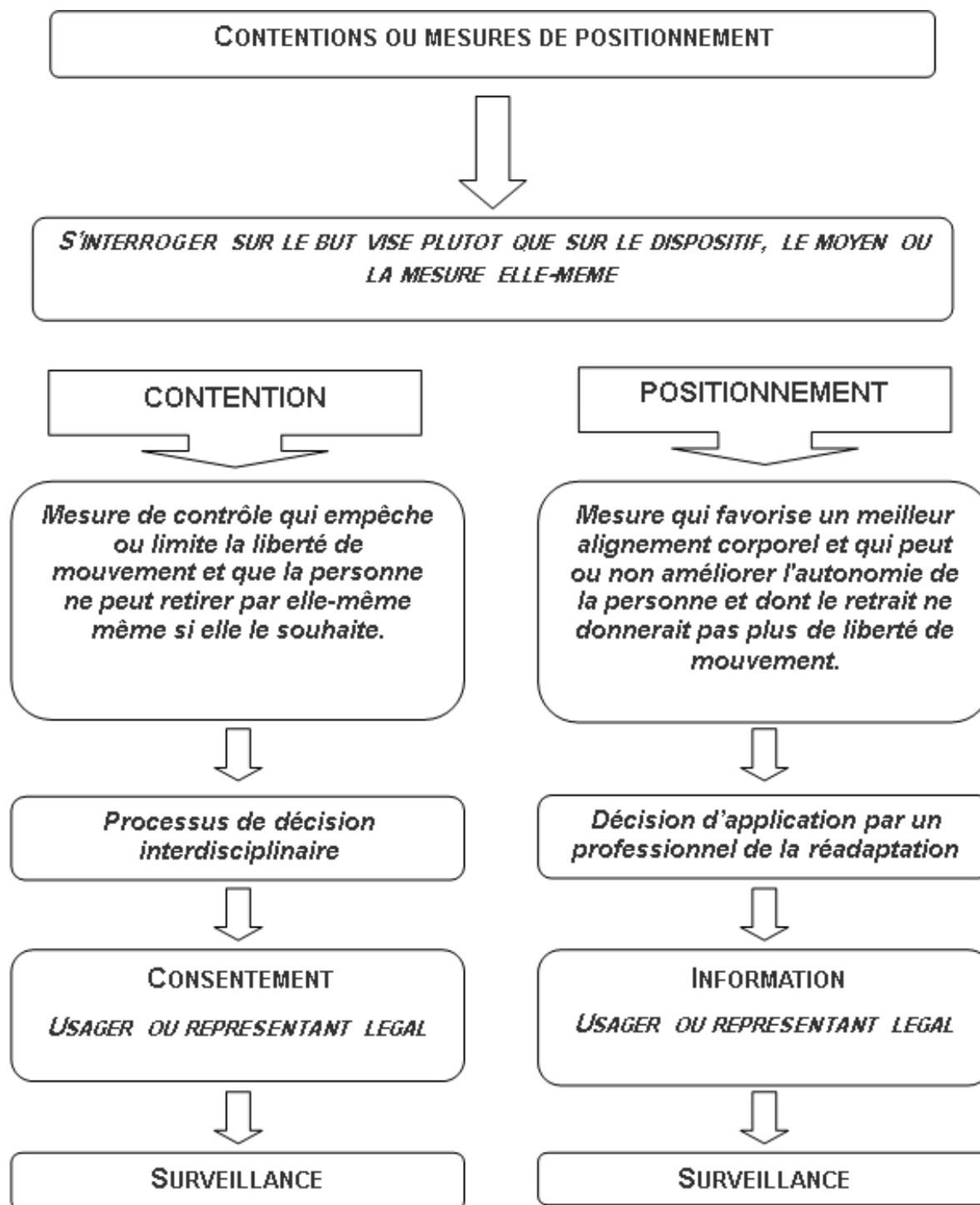
RÉSIDENTE PRIVÉE SEMI-AUTONOME, RESSOURCE NON INSTITUTIONNELLE ET SOINS À DOMICILE

Contentions
Type de mesure
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceintures de hanche avec ou sans couvre boucle; ▪ Ridelles 2/2; ▪ Ridelles 4/4; ▪ Tablette fixe.

Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle



Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle



Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Brigitte Duquette, conseillère-cadre à la surveillance et à la qualité de l'acte	2016-09-15
Personnes consultées	Louise Roussel, directrice adjointe intérimaire des soins infirmiers à la qualité et à l'évolution de la pratique	2016-09-15
	Josée Ferland, conseillère-cadre à l'enseignement universitaire, les stages, la recherche et formation	2016-09-15
	Isabelle Allaire, coordonnatrice des soins infirmiers aux opérations-2 ^e ligne	2016-09-15
	Jean-Marc Ricard, directeur adjoint des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de l'hébergement	2016-09-15
	Rachel Perreault, chef de service en santé mentale et dépendance pour les ressources non institutionnelles (RNI) hébergement	2016-09-15
	Sophie Poirier, directrice adjointe des services multidisciplinaires-volet qualité et évolution de la pratique	2016-09-15
	Natacha Bernier, adjointe à la directrice du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées	2016-09-15
	Suzanne Chevretil, coordonnatrice clinico-administrative-médecine spécialisée	2016-09-15
	Sylvie Fortin, coordonnatrice des services hospitaliers de santé mentale et dépendance	2016-09-15
	Vincent Tam, coordonnateur gestion de la qualité et des risques	2016-09-15
	D ^{re} . Lucie Poitras, directrice des services professionnels et de l'enseignement médical	2016-10-07
	Mélanie Caron, chef de département de pharmacie	2016-10-07

Processus de révision		
Première révision		
Révisé par	Membres du comité tactique mesure de contrôle	2018-04-10
	Membres du comité opérationnel mesures de contrôle DPD	2018-05-28
	Membres du comité opérationnel mesures de contrôle DPSAPA	2018-06-08
	Membre du comité opérationnelles mesure de contrôle centre hospitalier	2018-06-08
Deuxième révision		
Révisé par	Membres du comité tactique mesure de contrôle	2019-03-26
	Membres du comité opérationnel mesures de contrôle DPSAPA	2019-05-31
	Membres du comité opérationnel mesures de contrôle DPD	2019-05-13

Historique du document		
Approuvé par	Comité de coordination clinique	2016-10-25
	Conseil des infirmiers et des infirmières	2016-11-02
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2016-11-22
	Conseil multidisciplinaire	2016-11-25
Première révision approuvée par	Comité de coordination clinique	2018-10-16
	Conseil des infirmiers et des infirmières	2018-10-17
	Conseil multidisciplinaire	2018-11-28
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-11-30
Deuxième révision approuvée par	Conseil des infirmiers et des infirmières	2019-06-12
	Conseil multidisciplinaire	2019-06-06
	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2019-06-19