

<p><b>Ce document remplace :</b></p> <p>version antérieure du 2019-12-18</p>	<b>PROTOCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE EN MILIEU HOSPITALIER, EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE ET EN UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE</b>	
	<b>Code :</b>	PROE-11SPSSS-014
	<b>Destinataires :</b>	Gestionnaires, médecins et intervenants dispensant des soins et services aux usagers des directions concernées
	<b>Date d'approbation :</b>	2019-12-18
	<b>Date de révision :</b>	2024-10-01
	<b>Responsable de l'application :</b>	Direction adjointe du programme SAPA — hébergement Direction des programmes DI-TSA et DP Direction des programmes santé mentale et dépendance Direction des services multidisciplinaires Direction des services professionnels Direction des soins critiques et coordination des activités hospitalières Direction des soins infirmiers
	<b>Approbation par :</b>	Comité exécutif de direction

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1) OBJET</b> .....	<b>3</b>
<b>2) ACRONYMES</b> .....	<b>3</b>
<b>3) CHAMP D'APPLICATION</b> .....	<b>4</b>
<b>4) DÉFINITIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>5) CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE OU NORMATIF</b> .....	<b>6</b>
<b>6) ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE</b> .....	<b>6</b>
6.1. PRINCIPES DIRECTEURS.....	6
6.2. BUT VISÉ LORS DE L'APPLICATION.....	8
6.3. LES MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES EN MILIEU HOSPITALIER, EN CHSLD ET EN URFI .....	8
6.4. MOTIFS D'APPLICATION.....	10
6.5. CONTEXTES D'INTERVENTION.....	11
6.6. LE CONSENTEMENT .....	11
6.7. LE DROIT À L'INFORMATION .....	13
6.8. LES MODALITÉS DE DÉCISION ET D'APPLICATION .....	13
6.9. L'ANALYSE POST-SITUATIONNELLE .....	18
6.10. LES MODALITÉS DE SOINS ET DE SERVICES.....	19
6.11. LES MODALITÉS D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE.....	20
6.12. LES MODALITÉS DE VÉRIFICATION ET D'ENTRETIEN DU MATÉRIEL DE CONTENTION MÉCANIQUE .....	25
6.13. LA DOCUMENTATION .....	25
6.14. LES MÉCANISMES DE PLAINTES.....	26
6.15. LA FORMATION ET LE SOUTIEN DU PERSONNEL .....	26
6.16. L'ÉVALUATION ET LA DIFFUSION DES RÉSULTATS.....	26
6.17. RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	27
6.18. RÉVISION.....	29
<b>7) RÉFÉRENCES</b> .....	<b>29</b>
<b>8) DOCUMENTS AFFÉRENTS</b> .....	<b>31</b>
<b>9) ANNEXES</b> .....	<b>31</b>
<b>HISTORIQUE DU DOCUMENT</b> .....	<b>40</b>
<b>ÉTAPES DE VALIDATION DE LA DERNIÈRE VERSION DU DOCUMENT</b> .....	<b>40</b>

## 1) OBJET

Ce protocole vise à encadrer la pratique afin d'assurer le recours minimal et exceptionnel à des mesures de contrôle, et ce, en conformité avec les balises légales, les normes professionnelles et les orientations ministérielles.

La philosophie d'intervention de ce protocole permet d'orienter les actions du personnel dans la mise en place des meilleures pratiques cliniques, et ce, dans une perspective de collaboration interdisciplinaire et d'une prestation de soins et services de qualité et sécuritaire. Toutes les personnes concernées sont mises à contribution afin d'assurer le respect, la dignité et l'intégrité de la clientèle en prenant tous les moyens nécessaires pour réduire, voire éliminer le recours aux mesures de contrôle en privilégiant les mesures préventives et de remplacement.

Les objectifs spécifiques du présent protocole sont :

- Assurer la protection et l'intégrité de l'usager qui adopte un comportement présentant un risque ou un danger imminent pour sa sécurité et celle d'autrui;
- Assurer la protection et l'intégrité du personnel, des autres usagers ou des visiteurs exposés à un usager qui adopte un comportement présentant un risque ou un danger imminent pour autrui;
- Encadrer l'application des mesures de contrôle afin de se conformer aux lois, aux orientations ministérielles, aux obligations professionnelles et déontologiques ainsi qu'aux principes éthiques et moraux reconnus;
- Encadrer les modalités relatives à l'application d'une mesure de contrôle;
- Préconiser une approche collaborative et de partenariat de soins et de services;
- Définir les mécanismes de transmission de l'information lors du recours à une mesure de contrôle;
- Promouvoir le recours aux mesures de remplacement ainsi que les interventions visant à prévenir ou réduire les comportements menant à l'application d'une mesure de contrôle;
- Préciser les rôles et les responsabilités des différentes directions, des gestionnaires et des intervenants de l'équipe interdisciplinaire;
- Se doter de mécanismes de vigie de l'application des mesures de contrôle dans un objectif d'amélioration continue et en regard des meilleures pratiques.

## 2) ACRONYMES

**DSI** : Direction des soins infirmiers

**DSM** : Direction des services multidisciplinaires

**DSMD** : Direction de la santé mentale et dépendance

**CHSLD** : Centre d'hébergement de soins de longue durée

**LSSS** : Loi sur les services de santé et les services sociaux

**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux

**URFI** : Unité de réadaptation fonctionnelle et intensive

### 3) CHAMP D'APPLICATION

Ce protocole encadre spécifiquement le recours aux mesures de contrôle en milieu hospitalier, dans les CHSLD et dans les URFI.

Ce protocole vise l'ensemble de la clientèle qui y est inscrite, admise ou hébergée. Il est destiné à l'ensemble des acteurs dispensant des soins et services auprès de cette clientèle soit :

- Les professionnels et intervenants;
- Les médecins;
- Les gestionnaires.

### 4) DÉFINITIONS

#### **Autrui**

Toute personne en présence de l'utilisateur (par exemple : les autres usagers, les visiteurs, le personnel, etc.).

#### **Mesure de contrôle**

Mesure d'exception qui est utilisée exclusivement lorsque le comportement de l'utilisateur présente un danger réel ou imminent pour sa sécurité ou celle d'autrui. Il s'agit d'un moyen visant à contrôler sa liberté de mouvement dans le seul but de mettre fin au comportement qui présente un risque ou un danger pour sa sécurité ou celle d'autrui. Les orientations ministérielles définissent trois types de mesures de contrôle : la contention, l'isolement ou le recours à une substance chimique.

#### **i. Contention**

« Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou limiter la liberté de mouvement de la personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap » (MSSS, 2015, p.9).

#### **i.a. Contention mécanique**

Mesure de contrôle qui consiste en l'utilisation d'un moyen mécanique pour empêcher ou limiter la liberté de mouvement de l'utilisateur.

Un dispositif est considéré comme une contention mécanique si l'utilisateur n'est pas en mesure de s'en défaire et si le but est d'empêcher ou de limiter sa liberté de mouvement ou de faire cesser son comportement préjudiciable.

#### **i.b. Contention physique (intervention physique restrictive)**

Mesure de contrôle qui consiste en une « technique d'intervention impliquant que l'utilisateur soit tenu par une autre personne et où le rapport de force est si grand que celui-ci est maîtrisé efficacement et qu'il ne peut se dégager » (MSSS, 2015, p.14).

« La dimension *restrictive* de l'intervention physique implique l'application de la force nécessaire avec l'intention d'empêcher les mouvements de l'utilisateur malgré son opposition et sa résistance » (MSSS, 2015, p.14). Ainsi, l'accompagnement physique ou

de proximité ne constitue pas une contention physique puisqu'il permet la mobilité de l'utilisateur qui n'offre pas de résistance et vise à répondre à ses besoins de régulation.

#### **i.c. Privation d'un moyen pour pallier un handicap**

Mesure de contrôle qui consiste à restreindre ou retirer l'accès à un équipement nécessaire à l'autonomie d'un usager dans ses déplacements, sans autre moyen compensatoire proposé.

#### **ii. Isolement**

« Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement » (MSSS, 2015, p.9).

#### **iii. Substance chimique**

« Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament » (MSSS, 2015, p.9).

### **Mesure de remplacement**

Stratégie d'intervention qui vise à prévenir, réduire et éliminer les comportements de l'utilisateur qui interfèrent à sa sécurité et celle d'autrui. Elle implique une analyse de la situation pour comprendre les causes et le sens des comportements adoptés par l'utilisateur. La mesure de remplacement peut être liée à la personne, à l'organisation des soins et des services, aux équipements utilisés, à l'environnement physique ou être de nature psychosociale, récréative ou occupationnelle.

### **Risque ou danger**

Un risque est la probabilité que l'utilisateur ou autrui subisse une lésion ou une blessure selon la gravité du danger.

Un danger est présent lorsque le comportement de l'utilisateur peut causer une lésion ou une blessure à lui-même ou à autrui.

### **Risque ou danger imminent**

Un risque ou un danger est dit imminent lorsque le comportement adopté par l'utilisateur engendrera une lésion ou une blessure à lui-même ou à autrui si aucune action n'est prise immédiatement.

### **Risque ou danger réel**

Un risque ou un danger est dit réel lorsque le comportement adopté par l'utilisateur engendrera fort probablement une lésion ou une blessure à lui-même ou à autrui dans l'avenir si aucune action n'est prise. Dans ce cas, l'action n'est pas requise immédiatement.

### **Usager**

Toute personne (jeunes, adultes et personnes âgées) qui reçoit des services de santé ou des services sociaux de l'établissement.

## 5) CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE OU NORMATIF

Plusieurs textes législatifs et normatifs sont directement liés à l'application des mesures de contrôle, dont notamment :

- *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle* (MSSS, 2015);
- *Charte canadienne des droits et libertés*;
- *Charte des droits et libertés de la personne*;
- *Codes de déontologie des professionnels concernés*;
- *Code civil du Québec*;
- *Loi médicale*;
- *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*;
- *Loi sur les infirmières et infirmiers*;
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux, particulièrement l'article 118.1*;
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones et cris*;
- *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle* (MSSS, 2002).

## 6) ÉNONCÉ DU PROTOCOLE

### 6.1. PRINCIPES DIRECTEURS

Le processus décisionnel entourant l'application d'une mesure de contrôle repose sur plusieurs principes qui sont de natures juridiques, déontologiques, normatifs, éthiques et cliniques.

En premier lieu, le processus décisionnel doit reposer sur les six principes directeurs découlant des orientations ministérielles, soit :

**1er. Les mesures de contrôle sont uniquement utilisées comme mesures de sécurité dans un contexte de danger imminent.**

L'application d'une mesure de contrôle doit s'inscrire dans un cadre d'intervention clinique et elle ne doit en aucun cas être utilisée pour punir, intimider, corriger une personne ou pour répondre à des contraintes organisationnelles. L'utilisation d'une mesure de contrôle doit avoir pour seul objectif d'empêcher l'utilisateur de s'infliger de façon imminente des blessures ou d'en infliger à autrui.

**2e. Les mesures de contrôle ne doivent être envisagées qu'en dernier recours.**

La mesure de contrôle est appliquée seulement lorsque toutes les mesures préventives et de remplacement ont été préalablement tentées et ont échoué. Son application doit être limitée dans le temps et en fréquence, et ce, avec la plus stricte parcimonie.

**3e. Lors de l'application d'une mesure de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit la moins contraignante pour l'utilisateur.**

L'application d'une mesure de contrôle doit causer le moins d'inconfort possible, être la moins contraignante pour l'utilisateur, être appliquée pour la durée la plus courte possible et être cessée dès qu'elle ne s'avère plus nécessaire. Le moyen doit être proportionnel au degré de contrôle requis en lien avec la dangerosité des comportements présents.

**4e. L'application d'une mesure de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de l'utilisateur, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.**

L'intervention doit être effectuée dans une perspective de relation d'aide avec, au cœur des préoccupations, la sécurité et le bien-être de l'utilisateur. Il faut lui offrir les soins et les services requis, assurer une surveillance et un accompagnement appropriés à ses besoins et à ses capacités.

**5e. L'application des mesures de contrôle, dans chaque établissement, doit être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.**

Considérant les particularités liées à la clientèle et à l'organisation du travail ainsi que dans un souci de cohérence, de pertinence et de précision de l'information, le CISSS de la Montérégie-Est a développé quatre protocoles spécifiques, soit :

- Protocole d'application des mesures de contrôle en milieu hospitalier, en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en unité de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI);
- Protocole d'application des mesures de contrôle dans les unités de réadaptation et les foyers de groupe de la direction adjointe du programme jeunesse — hébergement (DAPJ-H);
- Protocole d'application des mesures de contrôle dans les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF) — jeunesse;
- Protocole d'application des mesures de contrôle à l'établissement de détention de Sorel-Tracy.

Toute personne concernée par ce protocole est donc invitée à se référer à celui spécifique à son secteur d'activités.

**6e. L'application des mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.**

Toutes les mesures de contrôle doivent faire l'objet d'un suivi clinique rigoureux par les différents acteurs concernés. Le CISSS de la Montérégie-Est a mis en place des mécanismes d'évaluation et de suivi des mesures de contrôle dans un objectif de transparence et d'amélioration continue.

En deuxième lieu, le processus décisionnel doit s'appuyer sur les valeurs prônées par le CISSS de la Montérégie-Est :

- Le respect;
- La considération;
- La compétence;
- La collaboration;
- L'engagement;
- L'intégrité.

Finalement, le processus décisionnel est soutenu par une réflexion portant sur la recherche de solutions visant le meilleur intérêt de l'utilisateur. Pour ce faire, les repères éthiques suivants doivent être pris en considération :

- La dignité humaine;
- La singularité (être unique) et la vulnérabilité;
- La protection et la sécurité;
- La nécessité et l'efficacité;
- La bienveillance;
- L'appréciation des bienfaits sur les inconvénients.

## **6.2. BUT VISÉ LORS DE L'APPLICATION**

Afin de déterminer si une intervention ou l'utilisation de certains équipements constitue une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le but visé de l'application du dispositif ou de la mesure.

L'annexe 1 vise à fournir quelques exemples de situations pour déterminer si l'application d'une mesure, d'un moyen ou d'un dispositif constitue une mesure de contrôle. En tout temps, le jugement clinique des professionnels autorisés doit prévaloir.

## **6.3. LES MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES EN MILIEU HOSPITALIER, EN CHSLD ET EN URFI**

### **6.3.1. CONTENTIONS MÉCANIQUES AUTORISÉES**

Le matériel de contention mécanique autorisé en milieu hospitalier, en CHSLD et en URFI, est identifié à l'annexe 2.

L'utilisation du matériel doit être conforme aux normes émises par le fabricant ainsi qu'aux méthodes d'application en vigueur dans l'établissement.

Toutefois, uniquement sur les unités de soins de courte et de longue durée en santé mentale, il est autorisé d'installer une contention sur un lit conçu et spécifiquement dédié à l'installation d'une contention mécanique même si absence de ridelles.

### **6.3.2. CONTENTIONS MÉCANIQUES PROSCRITES**

Le recours à des équipements ou des dispositifs de type « maison » ou « artisanal » est proscrit en raison des risques (notamment le risque de blessures graves ou de décès) associés à leur utilisation.

Il est interdit d'utiliser du matériel de contention abîmé, usé ou souillé, présentant des nœuds ou ayant des pièces défectueuses ou manquantes. Il est aussi interdit de modifier l'utilisation d'un matériel pour en faire un usage autre que celui pour lequel il est destiné.

### **6.3.3. INTERVENTION PHYSIQUE RESTRICTIVE**

L'application de la contention physique doit se faire selon des techniques reconnues non abusives, sécuritaires et préconisées par l'établissement. Elle s'effectue uniquement face à un risque ou un danger imminent.

### **6.3.4. ISOLEMENT**

La salle d'isolement est une pièce dédiée qui permet de confiner un usager et d'assurer sa surveillance pour un temps déterminé et d'où elle ne peut sortir librement. Cette pièce doit répondre aux normes d'aménagement d'une chambre d'isolement du MSSS. Les salles dédiées à l'isolement sont identifiées à l'annexe 2.

Dans certaines circonstances, une pièce non dédiée à l'isolement (ex. : chambre de l'usager) pourrait être envisagée selon l'analyse des risques par l'équipe interdisciplinaire. Dans ce cas, la pièce doit répondre aux exigences minimales suivantes :

- Doit être tenue en bon état et être exempte de toute trace de vandalisme, marquage ou graffiti;
- Permettre un lien visuel en tout temps sur l'ensemble de la pièce;
- Assurer un aménagement intérieur sécuritaire;
- Située le plus près possible du poste d'observation.

### **6.3.5. SUBSTANCE CHIMIQUE**

Le recours aux substances chimiques comme mesure de contrôle relève d'une prescription d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée. Le prescripteur doit préciser si le médicament est prescrit dans un but thérapeutique ou un but de contrôle.

### **6.3.6. DÉROGATION**

Une dérogation est une procédure d'exception qui peut être envisagée dans un contexte où les mesures de contrôle prévues au protocole ne suffisent pas à mettre fin au comportement qui présente un risque ou un danger pour la sécurité de l'usager ou celle d'autrui.

En tout temps, la situation doit faire l'objet d'une évaluation par l'équipe interdisciplinaire, incluant le chef de service ou son remplaçant<sup>1</sup>, et être documentée au dossier. La contribution des directions conseils et de soutien est requise en fonction de leur champ d'expertise respectif. Si une dérogation est envisagée, le chef de service ou son remplaçant<sup>1</sup> doit aviser par écrit la Direction du programme ainsi que la DSI et la DSM afin d'obtenir leur autorisation.

Dans un contexte de risque ou de danger imminent en dehors des heures ouvrables, le directeur de garde doit entériner temporairement la dérogation. Le prochain jour ouvrable, une analyse doit être effectuée par la Direction du programme, la DSI et la DSM pour déterminer si poursuite ou cessation de la dérogation.

Une direction de programme peut décider de restreindre les types de mesures de contrôle autorisés par le présent protocole dans un secteur d'activités et demander une autorisation spéciale pour certains types ou certaines circonstances (par exemple : demander une autorisation du gestionnaire pour l'application d'une ceinture abdominale magnétique). Les modalités spécifiques d'autorisation sont alors déterminées par la direction concernée.

#### 6.4. MOTIFS D'APPLICATION

Tableau 1 : Motifs d'application d'une mesure de contrôle

Motifs	Définition
<b>Agression physique envers autrui</b>	Acte qui menace à l'intégrité physique d'une autre personne.
<b>Agression physique envers soi</b>	Acte dirigé envers soi-même et qui menace son intégrité physique (par exemple : automutilation ou tentative de suicide)
<b>Risque de chute avec conséquence grave</b>	S'appuie sur une évaluation objective d'un ensemble de facteurs afin de déterminer si l'utilisateur présente un risque ou un danger grave de lésion pour lui-même ou pour autrui
<b>Agitation psychomotrice à haut risque</b>	Activités psychomotrices à un point tel qu'il est impossible d'assurer la sécurité de l'utilisateur ou d'autrui
<b>Errance incessante</b>	Comportement de déambulation compulsive menant à un état d'épuisement et conséquemment à un risque ou un danger de lésion.
<b>Résistance au maintien d'un dispositif de soin (interférence aux soins)</b>	Comportement d'opposition aux traitements prodigués et considérés comme essentiels au maintien de la condition de santé pour lesquels toutes les alternatives de traitement ont été envisagées.

<sup>1</sup> Le remplaçant peut être l'assistante du supérieur immédiat (ASI)

## 6.5. CONTEXTES D'INTERVENTION

Les mesures de contrôle peuvent être appliquées dans deux contextes : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée. Le MSSS (2015) définit les deux contextes d'intervention comme suit :

Le **contexte d'intervention planifiée** vise à résoudre une situation problématique chez un usager qui a un comportement prévisible, susceptible de se répéter et présentant un risque ou un danger réel de lésions pour lui-même ou pour autrui. La décision de recourir à une mesure de contrôle doit faire appel à l'expertise des professionnels autorisés de l'équipe interdisciplinaire. Dans ce contexte, un plan d'intervention est réalisé. En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un usager. Le consentement de l'utilisateur ou son représentant légal à l'application de la mesure de contrôle est requis.

Le **contexte d'intervention non planifiée** vise à répondre à une situation d'urgence où l'évaluation du comportement d'un usager présente un risque ou un danger imminent pour lui-même ou pour autrui et pour lequel une intervention immédiate est requise. Si ce comportement ne s'est pas manifesté antérieurement, ou si la manifestation est différente des situations vécues antérieurement, c'est donc un comportement inhabituel et par conséquent non prévu. Dans ce contexte, le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal n'est pas obligatoire. Par contre, la collaboration de l'utilisateur doit être sollicitée en tout temps. Une analyse post-situationnelle est réalisée à la suite de la cessation de la mesure.

## 6.6. LE CONSENTEMENT

### 6.6.1. LE CONSENTEMENT À LA MESURE DE CONTRÔLE

**En contexte d'intervention planifiée**, l'application des mesures de contrôle nécessite un consentement spécifique de l'utilisateur qui n'est pas inclus dans le consentement général aux soins et aux services. Si l'utilisateur est inapte, le consentement substitué est obtenu par le représentant légal ou, à défaut de cette personne, par son conjoint, un proche parent ou toute autre personne qui démontre pour l'utilisateur un intérêt particulier.

Les informations qui doivent faire l'objet d'une discussion et être transmises à l'utilisateur et son représentant légal pour l'obtention d'un consentement libre et éclairé à l'application de la mesure de contrôle sont :

- Les motifs justifiant la décision;
- Les mesures de remplacement qui ont été tentées et leurs résultats;
- Les motifs expliquant le choix;
- Les effets attendus;
- Les risques inhérents;
- Les conséquences possibles de la non-application;
- Les conditions d'application et de surveillance;
- La fréquence de réévaluation de la pertinence.

Le consentement de l'utilisateur et de son représentant légal est obtenu par le professionnel autorisé et est documenté sur le formulaire « Consentement à

l'application d'une mesure de contrôle ». Un consentement téléphonique du représentant légal peut suffire temporairement dans l'attente de sa prochaine visite. Dans ce contexte, une note doit témoigner de la démarche faite auprès du représentant légal. La démarche doit comprendre le nom de la personne contactée, sa relation avec l'utilisateur, la date et l'heure et toutes informations transmises. Lors d'un consentement téléphonique, un témoin doit signer le consentement.

Le consentement est valide pour la durée de l'épisode de soins en courte durée ou pendant un an suivant la date de signature en longue durée. Lors d'une modification au plan d'intervention en lien avec l'application de la mesure de contrôle, le consentement doit être obtenu à nouveau.

**En contexte d'intervention non planifiée**, le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal n'est pas requis. Par contre, la collaboration de l'utilisateur doit être sollicitée en tout temps. Une analyse post-situationnelle est réalisée à la suite de la cessation de la mesure.

### **6.6.2. CONSENTEMENT PAR LE CURATEUR PUBLIC**

Lorsque l'utilisateur est représenté par le régime de protection public, le consentement du Curateur public est requis sauf en situation d'urgence. Les informations et modalités prévues ci-dessus doivent être transmises à la Direction médicale et du consentement aux soins du Curateur public du Québec avec le formulaire de demande de consentement<sup>2</sup>. Le Curateur public doit donner par la suite son consentement.

### **6.6.3. MODALITÉS EN CAS DE REFUS OU DE RETRAIT DU CONSENTEMENT**

Si l'utilisateur apte ou le représentant légal refuse de consentir à la mesure de contrôle, celle-ci ne peut être appliquée. Le refus doit être documenté au formulaire « Consentement à l'application d'une mesure de contrôle ».

L'utilisateur apte ou son représentant légal peut révoquer en tout temps son consentement de façon verbale ou écrite.

Dans ce cas, les professionnels ne peuvent procéder que dans un contexte d'intervention non planifiée.

### **6.6.4. IMPLICATION DES PROCHES DANS LA DÉCISION**

Avec l'autorisation de l'utilisateur apte ou de son représentant légal, il est recommandé que les proches soient impliqués dans l'élaboration du plan d'intervention, ce qui inclut les mesures de remplacement et la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle. Cependant, les proches de l'utilisateur ou le représentant légal ne peuvent pas à eux seuls imposer la mise en place d'une mesure de contrôle ou en refuser le retrait. La décision de recourir ou non à la mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation clinique rigoureuse effectuée

<sup>2</sup> Le formulaire de demande de consentement par le Curateur public est disponible au : <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/reseau-sante/formulaire.html>

par une équipe de professionnels autorisés, en collaboration avec l'utilisateur et son représentant légal.

En toute circonstance, ce présent protocole prévaut en ce qui concerne la décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle. L'équipe interdisciplinaire ne peut accéder aux demandes d'un proche qui va à l'encontre des principes directeurs de ce présent protocole, même si celui-ci est détenteur d'un titre de représentant légal.

## 6.7. LE DROIT À L'INFORMATION

Nonobstant ce qui est implicite en ce qui concerne l'obtention du consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal, le professionnel doit transmettre au moment approprié l'information pertinente concernant le protocole de l'établissement.

À cet effet, le professionnel remet le document d'information à l'utilisateur ou à son représentant légal.

## 6.8. LES MODALITÉS DE DÉCISION ET D'APPLICATION

### 6.8.1. PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER DE RECOURIR À UNE MESURE DE CONTRÔLE

Tout intervenant faisant face à un risque ou un danger imminent de lésion pour l'utilisateur ou pour autrui doit éviter d'agir seul et **doit immédiatement demander de l'aide**.

En milieu hospitalier, CHSLD et URFI, **seul un professionnel autorisé peut décider** d'appliquer une mesure de contrôle selon son champ d'exercice, et ce, dans les deux contextes d'intervention.

**Tableau 2 : Professionnels autorisés à décider de recourir à une mesure de contrôle**

Professionnels	Contention		Isolement	Substance chimique
	Sans restriction de lieu	Dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS		
Médecin	X		X	X
Infirmière praticienne spécialisée	X		X	X
Infirmière	X		X	
Ergothérapeute	X		X	
Physiothérapeute	X			
Travailleur social		X	X	
Psychologue		X	X	
Psychoéducateur		X	X	
Criminologue		X	X	

## 6.8.2. LES ÉTAPES DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

Que ce soit dans un contexte d'intervention planifiée ou non planifiée, la décision de recourir à une mesure de contrôle doit reposer sur un processus décisionnel. En cohérence avec les principes directeurs, la mesure de contrôle doit être cessée dès que le comportement qui la justifiait n'est plus présent, et ce, dans tous les contextes d'intervention.

Afin de soutenir le cheminement clinique, des algorithmes de processus décisionnel sont disponibles à l'annexe 3.

### 6.8.2.1. En contexte d'intervention planifiée

Les cinq étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée se font en équipe interdisciplinaire. La démarche proposée vise à guider l'équipe interdisciplinaire dans le but d'assurer une évaluation globale de l'utilisateur et de mettre en place un plan d'intervention qui répond aux besoins de l'utilisateur.

Un minimum de **deux professionnels autorisés**, idéalement de professions différentes, est requis pour intégrer une mesure de contrôle comme mesure de dernier recours au plan d'intervention. L'utilisateur et son représentant légal sont impliqués dans la démarche. Les proches peuvent aussi être impliqués avec l'autorisation de l'utilisateur ou de son représentant légal.

Dans un souci d'efficacité et d'innovation dans la recherche de mesures de remplacement, il est fortement recommandé d'en discuter en équipe interdisciplinaire.

#### L'évaluation de la situation clinique

L'évaluation vise à décrire les comportements de l'utilisateur et à déterminer les causes sous-jacentes de ces comportements. Cette évaluation doit être globale et tenir compte de l'ensemble des caractéristiques biopsychosociales, spirituelles et environnementales de l'utilisateur. Compte tenu de la complexité de ces caractéristiques, la contribution de différents professionnels peut être nécessaire pour une évaluation complète, puisque nous pouvons être en présence d'évaluation réservée à une profession.

Plus spécifiquement, cela consiste en :

- Une évaluation de la condition physique et mentale de la personne par des professionnels possédant une expertise particulière et apportant une complémentarité d'opinions qui garantit une application judicieuse et ultime de telles mesures;
- Une identification du problème;
- Une recherche des causes possibles (incluant l'histoire de vie de la personne);
- Une évaluation de la médication déjà prescrite (effets visés et effets obtenus);
- Une évaluation de l'environnement de l'utilisateur.

## **L'analyse et l'interprétation des résultats**

Les professionnels autorisés analysent les données et posent un jugement clinique sur la condition de l'utilisateur et sur le niveau de risque ou de danger réel de lésion qu'il présente pour lui-même ou pour autrui.

L'analyse permet d'objectiver le niveau de risque et la dangerosité en déterminant :

- La probabilité que le risque se réalise si aucune intervention n'est apportée;
- La gravité des conséquences anticipées si le risque se réalise.

## **La planification des interventions**

Cette étape consiste à rechercher les interventions les plus susceptibles de prévenir ou d'éliminer les causes du comportement répétitif afin de réduire le risque. La recherche et l'essai de mesures de remplacement sont des éléments essentiels et incontournables de cette démarche.

Pour établir le plan d'intervention, l'équipe interdisciplinaire, en collaboration avec l'utilisateur et ses proches :

- Identifie des interventions visant l'élimination de la ou des causes à l'origine du comportement à risque;
- Identifie des mesures de remplacement;
- Évalue l'efficacité des interventions et des mesures de remplacement mises en place.

Dans la situation où toutes les mesures de remplacement ont échoué et où il s'avère indispensable d'utiliser une mesure de contrôle, les professionnels autorisés, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, doivent évaluer la pertinence ou non d'appliquer la mesure de contrôle.

Pour ce faire, elle :

- Analyse les avantages et les effets néfastes associés à l'application de la mesure de contrôle considérant les conséquences et le degré de sévérité du risque;
- Identifie la mesure de contrôle la plus appropriée, sécuritaire et la moins contraignante possible;
- S'assure de l'absence de contre-indication à l'application de la mesure de contrôle.

Les modalités suivantes doivent être préalablement définies et être réévaluées en fonction de la condition de l'utilisateur :

- Le type de mesure;
- La durée d'application de la mesure;
- La fréquence de révision et suivi de la mesure;
- La surveillance (fréquence et éléments) que requiert l'application de la mesure;
- Les indications concernant l'arrêt de la mesure.

### **La communication du plan d'intervention**

Le succès de l'application du plan d'intervention requiert qu'il soit élaboré avec l'utilisateur ou son représentant légal et communiqué à tous les intervenants concernés. En cas d'absence de l'utilisateur ou de son représentant légal à la rencontre interdisciplinaire, un professionnel les informe du contenu du plan d'intervention.

Le professionnel autorisé doit obtenir un consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant légal.

Le plan d'intervention est versé au dossier et est consigné au plan de travail des professionnels et des intervenants concernés.

### **La réévaluation de la pertinence de la mesure de contrôle au plan d'intervention**

La réévaluation s'effectue en équipe interdisciplinaire en collaboration avec l'utilisateur ou son représentant légal. Pour ce faire, l'équipe interdisciplinaire :

- Valide l'efficacité des mesures de remplacement utilisées;
- Analyse la pertinence d'appliquer une mesure de contrôle (en cas d'échec des mesures de remplacement);
- Analyse la fréquence d'application de la mesure de contrôle;
- Analyse les impacts physiques et psychologiques associés à l'application de la mesure de contrôle;
- Évalue la pertinence du type de mesure utilisée, de son maintien ou de sa cessation;
- Réajuste le plan d'intervention, au besoin.

Une réévaluation de la pertinence du maintien de la mesure de contrôle au plan d'intervention doit être effectuée et documentée minimalement :

- Aux semaines en milieu hospitalier ou en URFI;
- Aux trois mois en CHSLD et en longue durée santé mentale;
- Lors d'un changement de la condition de santé ou du comportement de l'utilisateur;
- Avant un transfert interétablissement.

#### **6.8.2.2. En contexte d'intervention non planifiée**

Le jugement clinique de l'intervenant faisant face à un risque ou un danger imminent prévaut en tout temps. Le processus décisionnel est un guide à la décision et peut être appliqué de façon variable en fonction de l'urgence de la situation à risque.

En contexte d'intervention non planifiée, l'intervention doit reposer sur quatre étapes du processus décisionnel :

### **L'évaluation de la situation d'urgence, du risque ou du danger imminent**

Le professionnel détermine si le comportement de l'utilisateur présente un risque ou un danger imminent pour lui-même ou pour autrui et demande un soutien à l'intervention, le cas échéant.

### **La planification et l'application des interventions**

L'intervention est axée sur la sécurité de l'utilisateur et celle d'autrui. Lorsque l'application d'une mesure de contrôle s'avère justifiée, le professionnel identifie la mesure la plus appropriée, sécuritaire et la moins contraignante possible.

### **La communication des interventions**

Bien que le consentement à la mesure de contrôle ne soit pas requis, les intervenants doivent s'assurer de maintenir la communication et d'obtenir la collaboration de l'utilisateur. Le représentant légal de l'utilisateur doit être informé de l'application de la mesure de contrôle dans un délai maximal de 24 heures.

Le médecin traitant doit être informé dans un délai maximal de 24 heures de la condition clinique ou du changement de comportement de l'utilisateur qui a nécessité l'application d'une mesure de contrôle.

Toutes les circonstances entourant l'évènement, les mesures de remplacement tentées ainsi que le processus ayant mené à la prise de décision de l'application de la mesure de contrôle doivent être documentées au dossier de l'utilisateur.

### **La réévaluation de l'application de la mesure de contrôle**

La mesure de contrôle est cessée dès que le motif justifiant son application n'est plus présent.

Lors de l'application d'une mesure de contrôle, une évaluation de la situation clinique doit se faire dans **un délai de 24 heures** par au moins deux professionnels autorisés, idéalement de professions différentes. Si le comportement justifiant l'application de la mesure de contrôle est toujours présent et s'il est prévisible que ce comportement se reproduise, le processus décisionnel en contexte d'intervention planifiée doit être appliqué.

## **6.8.3. PORT PROLONGÉ D'UNE MESURE DE CONTRÔLE**

Les précisions sont disponibles en annexe 5.

#### **6.8.4. PARTICULARITÉS LIÉES AUX PERSONNES PRÉVENUES, DÉTENUES OU ESCORTÉES PAR UN POLICIER OU UN AGENT DES SERVICES CORRECTIONNELS**

Une mesure de contrôle installée par des agents des services correctionnels ou des policiers (exemple : menottes) relève de leur gouverne et est sous leur responsabilité. Dans ce contexte, la déclaration n'est pas requise. Par contre, les intervenants sont tenus d'assurer le bien-être, la sécurité, les soins et la surveillance clinique appropriée à la condition clinique de l'utilisateur, en collaboration avec les policiers ou les agents des services correctionnels.

### **6.9. L'ANALYSE POST-SITUATIONNELLE**

L'analyse post-situationnelle est effectuée à la suite de la cessation d'une mesure de contrôle et a pour but de comprendre le sens du comportement, de mettre en place des mesures de remplacement et de mettre à jour le plan d'intervention au besoin. Ultimement, elle donne lieu à un apprentissage significatif pour l'utilisateur, l'équipe ayant participé à l'application de la mesure de contrôle et l'établissement.

L'analyse post-situationnelle se décline en deux niveaux : avec l'utilisateur puis avec l'équipe ayant participé à l'application de la mesure de contrôle.

#### **6.9.1. MODALITÉS DE L'ANALYSE POST-SITUATIONNELLE AVEC L'USAGER**

L'analyse post-situationnelle avec l'utilisateur vise à ce qu'un professionnel tienne un échange avec lui et son représentant légal à propos de la situation afin de lui permettre de collaborer à l'ajustement de son plan d'intervention. Le moment pour le réaliser doit être le plus près possible de la fin de la mesure tout en s'assurant que l'utilisateur et le professionnel soient disponibles pour contribuer à la réflexion.

Goulet & Larue (2016) proposent les thèmes suivants à aborder avec l'utilisateur :

- Déclencheurs;
- Sentiments vécus;
- Éléments difficiles;
- Éléments facilitants;
- Perception d'intimité et de dignité;
- Reprise du rythme de l'unité;
- Faire autrement, équipe traitante;
- Faire autrement, usager;
- Autres sujets soulevés.

### 6.9.2. MODALITÉS DE L'ANALYSE POST-SITUATIONNELLE AVEC L'ÉQUIPE AYANT PARTICIPÉ À L'APPLICATION DE LA MESURE DE CONTRÔLE

L'analyse post-situationnelle avec l'équipe est une démarche rigoureuse et systématique de chaque situation d'application d'une mesure de contrôle et vise à :

- S'assurer que l'application de la mesure de contrôle ait été réalisée en suivant les règles prescrites dans le respect de la dignité et de l'intégrité de l'utilisateur;
- Fournir une occasion d'apprentissage pour les intervenants concernant la situation de l'utilisateur;
- Assurer une réflexion concernant les mesures de remplacement.

Cette analyse s'effectue dans les meilleurs délais suivant la fin de l'application de la mesure de contrôle.

Goulet & Larue (2016) proposent les thèmes suivants à aborder en équipe :

- L'environnement;
- Les déclencheurs;
- L'identification précoce des changements de comportement;
- Les interventions tentées (les mesures de remplacement);
- Le motif exact;
- Le respect du protocole;
- La durée appropriée;
- Autres sujets soulevés.

Les apprentissages découlant de l'analyse post-situationnelle et qui pourrait améliorer la qualité ou l'organisation des services sont partagés à l'équipe de gestion (chef de service, coordonnateur, directeur adjoint).

### 6.10. LES MODALITÉS DE SOINS ET DE SERVICES

L'ensemble des professionnels et des intervenants de l'équipe interdisciplinaire doit contribuer aux soins et services à l'utilisateur faisant l'objet d'une mesure de contrôle.

L'infirmière détient la responsabilité d'évaluer et d'adapter les soins en fonction de la condition clinique de l'utilisateur, de son évolution et du risque spécifique à la mesure de contrôle et ainsi que de transmettre ses directives concernant les soins requis aux intervenants concernés.

L'intervenant s'assure de prodiguer les soins et les services selon les directives de l'infirmière, les besoins de l'utilisateur soit avant ou à toutes les **deux heures**. Il doit :

- Satisfaire les besoins en lien avec l'alimentation, l'hydratation, l'élimination, l'hygiène et le positionnement;
- Assurer le confort de l'utilisateur;
- Demeurer à l'écoute et rassurer l'utilisateur ainsi que de favoriser l'expression de ses sentiments, ses peurs, ses perceptions et son anxiété;

- Aider l'utilisateur à trouver des moyens lui permettant de reprendre le contrôle sur ses émotions ou ses comportements;
- Informer l'utilisateur des soins et de la surveillance pendant la durée de la mesure.

### **6.11. LES MODALITÉS D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE**

L'application d'une mesure de contrôle nécessite une évaluation et une surveillance rigoureuse considérant les risques sérieux de lésions et de la détérioration de l'état physique et mental de l'utilisateur. L'initiation d'une mesure de contrôle représente une période critique où le risque est plus important et qui nécessite une évaluation et une surveillance accrue de la condition clinique de l'utilisateur.

Les professionnels autorisés à décider de l'application d'une mesure de contrôle contribuent à l'identification des modalités et de la fréquence de la surveillance en fonction des facteurs de vulnérabilité causés par l'application d'une mesure de contrôle et des contextes environnementaux et humains. Tous les professionnels et intervenants de l'équipe interdisciplinaire doivent contribuer à la surveillance de l'utilisateur faisant l'objet d'une mesure de contrôle.

Pour tous les types de mesures de contrôle, les intervenants doivent être vigilants lorsqu'un utilisateur qui résiste physiquement lors d'une intervention cesse subitement de résister ou de combattre. En effet, cette situation, souvent associée à tort à la collaboration de l'utilisateur, pourrait être un symptôme annonciateur d'un arrêt cardio-respiratoire imminent.

Les modalités d'évaluation et de surveillance sont présentées dans les tableaux suivants :

Tableau 3 : Évaluation et surveillance de l'utilisateur avec une contention mécanique

Tableau 4 : Évaluation et surveillance de l'utilisateur avec une contention mécanique de type attaches poignets/chevilles installée pour un motif de comportement d'agression (à l'exception des unités de santé mentale)

Tableau 5 : Évaluation et surveillance de l'utilisateur en isolement SANS contention mécanique

Tableau 6 : Évaluation et surveillance de l'utilisateur en isolement AVEC contention mécanique

**Tableau 3 : Évaluation et surveillance de l'usager avec une contention mécanique**

(pour la contention mécanique de type attaches poignets/chevilles installée pour un motif de comportement d'agression, se référer au tableau 4)

Fréquence de l'évaluation	Paramètres d'évaluation
<p>Évaluation par l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>À l'initiation de la contention</b></li> <li>• <b>Aux 30 minutes pour les 2 premières heures</b></li> <li>• <b>Au moins une fois par quart de travail en milieu hospitalier et en URFI</b></li> <li>• <b>À tous les 3 mois en CHSLD</b></li> <li>• <b>Lors d'un changement de l'état clinique ou paramètre de surveillance non conforme</b></li> <li>• <b>Après le retrait</b></li> </ul>	<p>L'infirmière vérifie les observations notées sur la grille de surveillance et procède à l'évaluation des paramètres non conformes.</p> <p>En complément, elle évalue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les signes vitaux</b> : La fréquence peut être adaptée en fonction de la condition clinique de l'usager. Peuvent être réalisés par l'infirmière auxiliaire. Ils sont obligatoires si l'usager a reçu une médication, s'il est intoxiqué, agité, présente des signes de sevrage ou immédiatement suite à une intervention physique restrictive.</li> <li>• <b>L'état mental</b> : l'état de conscience, le comportement, l'orientation, la modification des perceptions, les manifestations comportementales, etc.</li> <li>• <b>Les effets psychologiques</b> : agressivité, peur, résignation, résistance, sentiment d'impuissance, sentiment d'être puni, etc.</li> <li>• <b>La pertinence de maintenir la contention en lien avec le motif d'application</b></li> </ul>
Fréquence de surveillance	Paramètres de surveillance
<p>Surveillance par un membre désigné de l'équipe interdisciplinaire (PAB, infirmière auxiliaire, infirmière, etc.) :</p> <p>L'ensemble des paramètres de surveillance est consigné minimalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aux 15 minutes pour la première heure</b></li> <li>• <b>Aux heures pour la durée de la contention mécanique</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le comportement</b> : Présente un changement dans son comportement</li> <li>• <b>L'alignement corporel</b> : Changement de l'axe ou asymétrie des membres</li> <li>• <b>La respiration</b> : Présente une respiration bruyante, une faible amplitude thoracique ou toute difficulté respiratoire exprimée ou non par l'usager</li> <li>• <b>Les points de pression et de contact avec les contentions</b> : Changement de température ou de coloration de la peau, de l'œdème ou une perte de sensibilité</li> <li>• <b>La conformité de l'installation</b> : Non-respect de la technique d'installation et l'ajustement, si requis</li> <li>• <b>L'environnement</b> : Environnement non sécuritaire</li> </ul>

**Tableau 4 : Évaluation et surveillance de l'usager avec une contention mécanique de type attaches poignets/chevilles installée pour un motif de comportement d'agression (à l'exception des unités de santé mentale)**

Fréquence de l'évaluation	Paramètres d'évaluation
<p>Évaluation par l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>À l'initiation de la contention</b></li> <li>• <b>Toutes les 30 minutes</b></li> <li>• <b>Lors d'un changement de l'état clinique ou paramètre de surveillance non conforme</b></li> <li>• <b>Après le retrait</b></li> </ul>	<p>L'infirmière vérifie les observations notées sur la grille de surveillance et procède à l'évaluation des paramètres non conformes.</p> <p>En complément, elle évalue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les signes vitaux</b> : La fréquence peut être adaptée en fonction de la condition clinique de l'usager. Peuvent être réalisés par l'infirmière auxiliaire. Ils sont obligatoires si l'usager a reçu une médication, s'il est intoxiqué, agité, présente des signes de sevrage ou immédiatement suite à une intervention physique restrictive.</li> <li>• <b>L'état mental</b> : l'état de conscience, le comportement, l'orientation, la modification des perceptions, les manifestations comportementales, etc.</li> <li>• <b>Les effets psychologiques</b> : agressivité, peur, résignation, résistance, sentiment d'impuissance, sentiment d'être puni, etc.</li> <li>• <b>La pertinence de maintenir la contention en lien avec le motif d'application</b></li> </ul>
Fréquence de surveillance	Paramètres de surveillance
<p>Surveillance par un membre désigné de l'équipe interdisciplinaire (PAB, infirmière auxiliaire, infirmière, etc.) :</p> <p>Considérant la grande vulnérabilité de l'usager induit par la contention, celui-ci doit être sous <b>surveillance constante</b>.</p> <p>L'ensemble des paramètres de surveillance est <b>consigné</b> sur le formulaire minimalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Toutes les 15 minutes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le comportement</b> : Présente un changement dans son comportement</li> <li>• <b>L'alignement corporel</b> : Changement de l'axe ou asymétrie des membres</li> <li>• <b>La respiration</b> : Présente une respiration bruyante, une faible amplitude thoracique ou toute difficulté respiratoire exprimée ou non par l'usager</li> <li>• <b>Les points de pression et de contact avec les contentions</b> : Changement de température ou de coloration de la peau, de l'œdème ou une perte de sensibilité</li> <li>• <b>La conformité de l'installation</b> : Non-respect de la technique d'installation et l'ajustement, si requis</li> <li>• <b>L'environnement</b> : Environnement non sécuritaire</li> </ul>

**Tableau 5 : Évaluation et surveillance de l'usager en isolement  
SANS contention mécanique**

Fréquence de l'évaluation	Paramètres d'évaluation
<p>Évaluation par l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>À l'initiation</b></li> <li>• <b>Toutes les 30 minutes</b></li> <li>• <b>Lors du changement de l'état clinique ou paramètre de surveillance non conforme</b></li> <li>• <b>Après la fin de l'isolement</b></li> </ul> <p>L'évaluation est effectuée en entrant dans la salle d'isolement, si la situation le permet.</p>	<p>L'infirmière vérifie les observations notées sur la grille de surveillance et procède à l'évaluation des paramètres non conformes.</p> <p>En complément, elle évalue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les signes vitaux</b> : La fréquence peut être adaptée en fonction de la condition clinique de l'usager. Peuvent être réalisés par l'infirmière auxiliaire. Ils sont obligatoires si l'usager a reçu une médication, s'il est intoxiqué, agité, présente des signes de sevrage ou immédiatement suite à une intervention physique restrictive.</li> <li>• <b>L'état mental</b> : l'état de conscience, le comportement, l'orientation, la modification des perceptions, les manifestations comportementales, etc.</li> <li>• <b>Les effets psychologiques</b> : agressivité, peur, résignation, résistance, sentiment d'impuissance, sentiment d'être puni, etc.</li> <li>• <b>La pertinence de maintenir l'isolement en lien avec le motif d'application</b></li> </ul>
Fréquence de surveillance	Paramètres de surveillance
<p>Surveillance par un membre désigné de l'équipe interdisciplinaire (PAB, infirmière auxiliaire, infirmière, etc.) :</p> <p>L'ensemble des paramètres de surveillance est consigné minimalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aux 15 minutes pour la durée de la mesure</b></li> </ul> <p>La surveillance est effectuée en entrant dans la chambre d'isolement, si la situation le permet, ou par la fenêtre de la porte.</p> <p>La surveillance à l'aide d'une caméra ne remplace en aucun temps la surveillance étroite.</p> <p>La surveillance par caméra est exercée uniquement lorsqu'il y a un risque élevé de suicide ou d'automutilation, d'agression physique ou une contre-indication à une présence physique assidue.</p> <p>Si une surveillance par caméra est requise, celle-ci doit être continue et documentée et l'usager doit en être informé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le comportement</b> : Présente un changement de comportement</li> <li>• <b>La respiration</b> : Présente une respiration bruyante, une faible amplitude thoracique ou toute difficulté respiratoire exprimée ou non par l'usager</li> <li>• <b>L'environnement</b> : Environnement non sécuritaire</li> </ul>

**Tableau 6 : Évaluation et surveillance de l'usager en isolement  
AVEC contention mécanique**

Fréquence de l'évaluation	Paramètres d'évaluation
<p>Évaluation par l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>À l'initiation</b></li> <li>• <b>Toutes les 30 minutes</b></li> <li>• <b>Lors du changement de l'état clinique ou paramètre de surveillance non conforme</b></li> <li>• <b>Après la fin de l'isolement</b></li> </ul> <p>L'évaluation est effectuée en entrant dans la salle d'isolement</p>	<p>L'infirmière vérifie les observations notées sur la grille de surveillance et procède à l'évaluation des paramètres non conformes.</p> <p>En complément, elle évalue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Les signes vitaux</b> : La fréquence peut être adaptée en fonction de la condition clinique de l'usager. Peuvent être réalisés par l'infirmière auxiliaire. Ils sont obligatoires si l'usager a reçu une médication, s'il est intoxiqué, agité, présente des signes de sevrage ou immédiatement suite à une intervention physique restrictive.</li> <li>• <b>L'état mental</b> : l'état de conscience, le comportement, l'orientation, la modification des perceptions, les manifestations comportementales, etc.</li> <li>• <b>Les effets psychologiques</b> : agressivité, peur, résignation, résistance, sentiment d'impuissance, sentiment d'être puni, etc.</li> <li>• <b>La pertinence de maintenir la mesure de contrôle en lien avec le motif d'application</b></li> </ul>
Fréquence de surveillance	Paramètres de surveillance
<p>L'ensemble des paramètres de surveillance est consigné :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Toutes les 15 minutes</b></li> </ul> <p>La surveillance est effectuée en entrant dans la chambre d'isolement, si la situation le permet, ou par la fenêtre de la porte.</p> <p>La surveillance à l'aide d'une caméra ne remplace en aucun temps la surveillance étroite.</p> <p>La surveillance par caméra est exercée uniquement lorsqu'il y a un risque élevé de suicide ou d'automutilation, d'agression physique ou une contre-indication à une présence physique assidue.</p> <p>Si une surveillance par caméra est requise, celle-ci doit être continue et documentée et l'usager doit en être informé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le comportement</b> : Présente un changement dans son comportement</li> <li>• <b>L'alignement corporel</b> : Changement de l'axe ou asymétrie des membres</li> <li>• <b>La respiration</b> : Présente une respiration bruyante, une faible amplitude thoracique ou toute difficulté respiratoire exprimée ou non par l'usager</li> <li>• <b>Les points de pression et de contact avec les contentions</b> : Changement de température ou de coloration de la peau, de l'œdème ou une perte de sensibilité</li> <li>• <b>La conformité de l'installation</b> : Non-respect de la technique d'installation et l'ajustement, si requis</li> <li>• <b>L'environnement</b> : Environnement non sécuritaire</li> </ul>

## **6.12. LES MODALITÉS DE VÉRIFICATION ET D'ENTRETIEN DU MATÉRIEL DE CONTENTION MÉCANIQUE**

Les chefs de service doivent prévoir les mesures de vérification de l'état des équipements utilisés en tant que mesure de contrôle, notamment quant à leur durée de vie, leur entretien, leur entreposage, la vérification périodique et l'état après utilisation. L'intervenant qui applique une mesure de contrôle doit s'assurer de l'intégrité de l'équipement avant, pendant et après l'utilisation.

### **6.12.1. MATÉRIEL DE CONTENTION BRISÉ, USÉ OU AYANT UNE PIÈCE DÉFECTUEUSE OU MANQUANTE**

Lorsqu'un intervenant constate qu'un matériel de contention appliqué sur un usager est brisé, usé ou présente une pièce défectueuse ou manquante, il doit immédiatement la retirer et la remplacer par un matériel conforme. Tout matériel de contention altéré doit être remis au chef de service ou à son remplaçant<sup>1</sup>. Avec l'autorisation du gestionnaire, le professionnel ou l'équipe des services techniques décideront des modalités soit :

- Communiquer avec le service des achats en lien avec la garantie du matériel;
- Retourner le matériel au fabricant, lorsque possible;
- Jeter le matériel;
- Remplacer le matériel.

## **6.13. LA DOCUMENTATION**

Les professionnels autorisés effectuent la documentation au dossier de l'usager conformément à leur pratique professionnelle respective et aux exigences légales et déontologiques. La documentation doit refléter l'ensemble du processus décisionnel, les soins, la surveillance et les évaluations effectuées. De plus, chaque professionnel doit amorcer et ajuster le plan spécifique à sa profession (plan d'intervention disciplinaire ou le plan thérapeutique infirmier).

Les informations suivantes doivent obligatoirement être documentées lors de l'application d'une mesure de contrôle :

- La description du comportement indiquant un risque potentiel de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions;
- Les facteurs entraînant les comportements à risque;
- La description des mesures de remplacement tentées et la réponse de l'usager;
- Les motifs à l'application de la mesure de contrôle;
- La transmission de l'information auprès de l'usager, ses proches ou son représentant;
- Le consentement, si applicable;
- Le choix de la mesure de contrôle et les modalités de suivi et de surveillance;
- Les soins et la surveillance appliqués avant, pendant et après l'application de la mesure de contrôle;
- La période pendant laquelle la mesure de contrôle a été utilisée;

- La réévaluation du comportement de l'usager, du risque et l'efficacité des interventions;
- La décision de maintenir, retirer ou modifier la mesure de contrôle.

Pour ce faire, plusieurs formulaires ont été élaborés pour soutenir les professionnels et intervenants dans la documentation clinique. L'utilisation de ces formulaires varie en fonction du contexte d'intervention (planifiée ou non planifiée).

L'application d'une mesure de contrôle doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration selon les modalités établies dans le secteur.

Si le présent protocole n'a pas été appliqué ou respecté ou si l'usager a subi des conséquences physiques ou psychologiques suite à l'utilisation d'une mesure de contrôle, le professionnel remplit un rapport de déclaration des incidents et accidents (AH-223-1) en respectant la procédure PRO-01AG-003 « Déclaration des accidents et incidents associés à une prestation de soins et de service » et informe son gestionnaire de la situation.

Dans les situations où un membre du personnel est blessé ou affecté lors du recours à une mesure de contrôle, celui-ci remplit une déclaration d'incident et accident au travail (100-2642).

#### **6.14. LES MÉCANISMES DE PLAINTES**

Pour tout usager ou proches qui sont insatisfaits des services reçus relatifs à l'application des mesures de contrôle peuvent en faire part selon les modalités de la « Procédure d'examen des plaintes des usagers » (REG-01AG-003).

#### **6.15. LA FORMATION ET LE SOUTIEN DU PERSONNEL**

L'établissement a la responsabilité d'assurer la formation et le soutien du personnel afin de répondre aux exigences du MSSS et des meilleures pratiques en ce qui concerne l'application des mesures de contrôle.

Chaque intervenant et gestionnaire a la responsabilité de connaître, de comprendre et de se conformer aux modalités de ce protocole et, le cas échéant, d'entreprendre les démarches requises en vue d'acquérir les connaissances et les compétences attendues.

#### **6.16. L'ÉVALUATION ET LA DIFFUSION DES RÉSULTATS**

Les mécanismes d'évaluation et de suivi permettent de mesurer la conformité de l'application du présent protocole et d'utiliser les résultats pour améliorer les pratiques.

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

##### **6.16.1. INDICATEURS DE SUIVI ET DE QUALITÉ**

Les indicateurs de suivi sont déterminés, compilés, validés et analysés par chaque direction clinique visée par ce protocole. Les indicateurs de suivi peuvent notamment être obtenus à l'aide du mécanisme de déclaration de la mesure de contrôle.

La DSI en collaboration avec la DSM, effectue une vigie transversale des indicateurs de suivi suivants :

- Le nombre de mesures de contrôle;
- Le nombre de mesures de contrôle selon le motif d'application;
- Les types de mesures de contrôle;
- La durée moyenne de l'application des mesures de contrôle;
- Le nombre d'incidents/accidents en lien avec l'application d'une mesure de contrôle.

Les indicateurs de qualité liés à la conformité de l'application du protocole sont évalués à l'aide d'audits cliniques. Les responsabilités liées à l'évaluation des indicateurs liés à la conformité de l'application du protocole appartiennent à chaque direction adjointe visée par ce protocole. La DSI, en collaboration avec la DSM, effectue annuellement un audit de qualité. Le rapport est ensuite diffusé à l'ensemble des directions concernées.

Chaque direction adjointe visée par ce protocole est responsable de mettre en place un plan d'amélioration continue des mesures de contrôle en fonction des résultats obtenus.

Les éléments pertinents sont inscrits dans le rapport annuel de gestion.

## **6.17. RÔLES ET RESPONSABILITÉS**

### **DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI) ET DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)**

- Rédiger et réviser le protocole d'application des mesures de contrôle;
- Soutenir l'intégration des meilleures pratiques en matière d'application des mesures de remplacement et de contrôle;
- Déterminer la formation afin d'assurer le développement et le maintien des compétences;
- Déterminer les mécanismes d'évaluation de l'application du protocole des mesures de contrôle;
- Rédiger et présenter annuellement un rapport cumulatif de l'application des mesures de contrôle;
- Émettre des recommandations.

### **DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, COMMUNICATIONS ET AFFAIRES JURIDIQUES (DRHCAJ)**

- Développer une stratégie de communication afin de faire connaître le protocole aux publics visés;
- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire pour l'application du présent protocole en fonction de son champ d'expertise.

## **DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE (DQEPE)**

- Collaborer avec les directions professionnelles à l'évaluation de l'application du protocole;
- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire pour l'application du présent protocole en fonction de son champ d'expertise;
- Promouvoir la déclaration des incidents et accidents liés à l'application des mesures de contrôle;
- Fournir les rapports sur les incidents et accidents liés à l'application des mesures de contrôle.

## **DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)**

- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire pour l'application du présent protocole en fonction de son champ d'expertise.

## **DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES (DST)**

- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire pour l'application du présent protocole en fonction de son champ d'expertise.

## **DIRECTIONS CLINIQUES**

- S'assurer de l'implantation et de l'application du protocole;
- Contribuer à la consolidation des pratiques;
- Effectuer les audits en lien avec l'application du protocole, selon les modalités prévues;
- Mettre en œuvre un processus de suivi des indicateurs cliniques
- Compiler périodiquement l'application des mesures de contrôle
- Élaborer et réviser périodiquement un plan d'amélioration continue des pratiques en lien avec l'application des mesures de contrôle

## **GESTIONNAIRES CLINIQUES**

- Participer activement à l'implantation et au respect de l'application du protocole par le personnel sous sa responsabilité;
- Assurer une vigie des indicateurs et participer à l'amélioration continue des pratiques;
- Partager les résultats d'évaluation avec les équipes et identifier des pistes d'amélioration.

## MÉDECINS, PROFESSIONNELS ET INTERVENANTS

- Connaître, comprendre et appliquer le protocole;
- Favoriser une approche collaborative pour répondre aux besoins de l'utilisateur;
- Contribuer, selon son champ de compétence, à l'évaluation et à la surveillance de la condition de l'utilisateur, à la prise de décision, à la détermination et à l'application du plan d'intervention;
- Assurer le suivi des stratégies et des mesures de remplacement mises en place selon ses rôles et responsabilités
- Déceler les difficultés d'application du protocole et proposer des pistes de solution.

### 6.18. RÉVISION

Le présent protocole doit faire l'objet d'une révision tous les quatre ans suivant son entrée en vigueur ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

## 7) RÉFÉRENCES

Carpentier, D. (1999) L'utilisation de caméras vidéos en salle d'isolement vue sous l'angle de la charte des droits et libertés de la personne. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Québec. 18 p.

Charte canadienne des droits et libertés. Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi

Charte des droits et libertés de la personne québécoise. Publications du Québec.  
Chapitre C — 12

CHU de Québec — Université Laval (2017) Protocole d'application des mesures de contrôle. 77 p.

CISSS de la Montérégie-Ouest (2017), Politique d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. 18 p.

CISSS de la Montérégie-Ouest (2017) Procédure d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. 40 p.

CISSS de la Montérégie-Est (2017) Cadre de référence en éthique. 15 p.

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2017), Protocole interdisciplinaire d'application des mesures de contrôle. 78 p.

CIUSSS de la Capitale-Nationale (2021) Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. 55 p.

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (2016) Politique d'application exceptionnelle d'une mesure de contrôle : contention, isolement et substance chimique. 47 p.

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2017) Procédure d'application des mesures de contrôle — Programme santé mentale et dépendance, 11 p.

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2017) Procédure d'application des mesures de contrôle — Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées, 11 p.

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2017) Procédure d'application des mesures de contrôle — Programme santé physique générale et spécifique, 11 p.

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2017) Protocole d'application des mesures de contrôle, 42 p.

Code civil du Québec (L.Q. 1991, C.64). <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>

Collège des médecins du Québec (2004). Contention chimique : quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle? Énoncé de position sur l'article 118.1 (LSSSS) et les principes directeurs.

CSSS Pierre-Boucher (2013), Règlement numéro 18 du conseil d'administration du CSSS Pierre-Boucher – Les mécanismes à mettre en place dans l'établissement afin d'encadrer l'utilisation des mesures de contrôle : contention, isolement substances chimiques, 10 p.

CSSS Richelieu-Yamaska (2009), Règlement concernant les mécanismes relatifs à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, à l'égard des usagers/résidents : contention, isolement et substances chimiques, 3 p.

Goulet, M-H & Larue, C. (2016) Retour post-isolement en santé mentale : du développement à l'évaluation de l'intervention. Présentation effectuée lors du 32<sup>e</sup> colloque annuel de l'AQIISM,

Gouvernement du Québec (2009). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. (2009, chapitre 28). [http://www.ooaq.qc.ca/actualites/doc\\_pl21/PL21.pdf](http://www.ooaq.qc.ca/actualites/doc_pl21/PL21.pdf)

Institut universitaire en santé mentale Douglas (2015) Protocole des mesures de contrôle : Promouvoir la sécurité des patients par l'utilisation des mesures alternatives et sécuritaires des mesures de contrôle. 49 p.

Kayser-Jones, J. (1992). Culture, Environment, and Restraints: A Conceptual Model for Research and Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 18, n° 11, pp. 13-20.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S — 4.2)

Ménard, G. & Grenier, R. (2004) Contention et isolement — Normes et critères de la qualité des soins et services. Décarie éditeur. 121 p.

MSP (2021) Normes d'utilisation des instruments de contrainte à l'intérieur du réseau correctionnel. 26 p.

MSSS (2002) Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôles : contention, isolement et substances chimiques, 27 p.

MSSS (2008) Aide-mémoire — Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. 30 p.

MSSS (2015) Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, 30 p.

Santé Canada (2008) SIMDUT — Aide-mémoire – Risque ou danger. [www.simdut.qc.ca](http://www.simdut.qc.ca)

## **8) DOCUMENTS AFFÉRENTS**

® *La version courante du présent document est associée aux documents suivants :*

100-2642 – Déclaration d'incident et accident au travail (CISSS)

PRO-01AG-003 – Déclaration des accidents et incidents associés à une prestation de soins et de service

REG-01AG-003 — Procédure d'examen des plaintes des usagers

REG-01AG-009 – Règlement relatif à l'encadrement des mesures de contrôle à l'égard des usagers

## **9) ANNEXES**

ANNEXE 1 : SOUTIEN À L'ANALYSE EN FONCTION DU BUT VISÉ

ANNEXE 2 : MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES

ANNEXE 3 : ALGORITHME DU PROCESSUS DÉCISIONNEL RELATIF À L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

ANNEXE 4 : INTERFÉRENCE AUX SOINS : ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

### SOUTIEN À L'ANALYSE EN FONCTION DU BUT VISÉ

Afin de déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le **but visé** lors de l'application plutôt que sur le dispositif ou la mesure elle-même. Il est du ressort des professionnels autorisés, en considérant leur champ d'expertise, de déterminer si l'intervention envisagée a pour but d'entraver ou, au contraire, de favoriser la liberté de mouvement ou l'autonomie de l'utilisateur afin d'établir s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle.

L'intervention **est considérée comme une mesure de contrôle** lorsque le but visé est de limiter la liberté de mouvement de l'utilisateur pour mettre fin à un comportement qui présente un risque ou un danger pour sa sécurité ou celle d'autrui. Ce type d'intervention nécessite donc un suivi et une évaluation comme le définit le présent protocole.

Par exemple, il est considéré comme une mesure de contrôle si le but visé est de restreindre la capacité de l'utilisateur :

- D'exécuter un mouvement préjudiciable (exemple : se mordre, se frapper la tête, retrait d'un dispositif de soins) ou socialement inacceptable (exemple : attouchement sexuel non sollicité);
- D'adopter une posture ou une position à risque (exemple : grimper sur le rebord d'une fenêtre);
- De se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent.

Il arrive aussi qu'un équipement vise plus d'un but. Il faut donc définir chacun des buts pour déterminer s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle. Si un des buts visés est de contrôler la liberté de mouvement de l'utilisateur pour mettre fin à une situation qui présente un risque ou un danger pour sa sécurité ou celle d'autrui, il faut la considérer comme une mesure de contrôle.

Le tableau suivant présente des exemples de situations où le but de l'intervention peut varier.

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

Situations	Est considérée comme une mesure de contrôle	N'est pas considérée comme une mesure de contrôle
<b>Utilisation des côtés de lit (ridelles)</b>	Utilisation des deux ridelles pleine longueur ou des quatre demi-ridelles de lit lorsqu'elles ont pour but de contraindre la personne à demeurer dans son lit alors qu'elle souhaite se lever	<p>En tout temps, il est recommandé de privilégier l'utilisation d'équipements de remplacement moins contraignants et plus sécuritaires. Toutefois, dans certaines situations, la condition de l'utilisateur pourrait nécessiter l'utilisation des ridelles. Cette utilisation n'est pas considérée comme une mesure de contrôle si les conditions suivantes sont présentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsqu'elles sont remontées à la demande de l'utilisateur parce qu'il a peur de tomber et en présence des quatre conditions suivantes : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'utilisateur est apte à prendre des décisions et ne présente pas un état de confusion</li> <li>2. L'utilisateur est capable d'expliquer la raison de sa demande</li> <li>3. L'utilisateur est conscient des risques potentiels</li> <li>4. L'utilisateur est en mesure d'abaisser une ridelle lorsqu'il le désire ou d'attendre qu'un intervenant vienne l'abaisser</li> </ol> </li> <li>• Lorsqu'elles sont remontées pour fournir des appuis à un usager pour lui permettre de se déplacer dans le lit</li> </ul> <p>Dans ces situations, le professionnel doit documenter son évaluation et la levée des ridelles. Le professionnel doit également procéder à une réévaluation des conditions si changement dans l'état clinique de l'utilisateur.</p> <p>Ne sont également pas considérées comme une mesure de contrôle si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les enfants en bas âge (l'enfant n'est pas en mesure de grimper par-dessus les ridelles)</li> <li>• Lors du déplacement de l'utilisateur au lit ou sur civière</li> <li>• Lorsque l'utilisateur est en période postopératoire immédiate (24 heures) (une surveillance doit être effectuée conformément au présent protocole)</li> </ul>
<b>Utilisation d'un équipement de positionnement</b>	<p>Mesure visant à limiter la liberté de mouvement de la personne ou utilisation d'une mesure sans autre but fonctionnel ou thérapeutique</p> <p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir la tablette alors que la période de repas est terminée</li> <li>- Utilisation de la ceinture de hanche afin d'éviter que la personne se lève d'elle-même</li> </ul>	<p>Mesure qui consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'un usager dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer par lui-même. Seuls l'ergothérapeute et le physiothérapeute peuvent déterminer si le dispositif vise un but de positionnement.</p> <p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de la ceinture de hanche pour empêcher le glissement au fauteuil.</li> </ul>

Situations	Est considérée comme une mesure de contrôle	N'est pas considérée comme une mesure de contrôle
<b>Utilisation des aides techniques et modification de l'environnement</b>	<p>La restriction ou le retrait à l'accès à un équipement nécessaire à son autonomie dans ses déplacements, sans autre moyen compensatoire proposé.</p> <p>Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retrait de la marchette</li> <li>- Freins au fauteuil roulant ou bascule du fauteuil gériatrique dans un but de restreindre</li> </ul>	<p>Le retrait d'une aide à la mobilité motorisée ou son désembrayage en raison d'une incapacité de l'usager à la conduire de façon sécuritaire suite à une décision prise en équipe interdisciplinaire.</p>
<b>Immobilisation dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen</b>	<p>Procédure de soins ou d'examen qui n'est pas utilisée systématiquement auprès de la population, mais plutôt en réponse à un comportement ou à un manque de collaboration de l'usager, ou en raison des réactions anticipées de sa part qui pourraient nuire au succès de l'examen ou à la sécurité de l'usager ou des intervenants.</p>	<p>Procédure de soins ou d'examen qui s'applique à la population en général qui exige d'immobiliser l'usager ou une partie de son corps afin de réaliser l'examen ou les soins de façon optimale et sécuritaire.</p> <p>L'immobilisation temporaire inhérente au traitement ou à un examen pour les enfants de moins de 14 ans.</p>
<b>Les dispositifs de sécurité inhérents au groupe d'âge ou au niveau du développement de l'enfant.</b>	<p>L'utilisation des dispositifs pour un enfant dont le niveau de développement ne justifie pas son utilisation</p>	<p>Utilisation d'un dispositif de sécurité inhérent au groupe d'âge ou au niveau de développement de l'usager</p> <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les couchettes;</li> <li>- Les courroies d'attache d'une chaise haute;</li> <li>- Les poussettes;</li> <li>- Les sièges d'appoint ou tout autre article conçu pour assurer la sécurité du nourrisson et du jeune enfant;</li> <li>- Les manchettes;</li> <li>- La demi-porte;</li> <li>- Les ridelles;</li> <li>- Les barrières de sécurité;</li> <li>- Les lits avec dôme.</li> </ul>

Situations	Est considérée comme une mesure de contrôle	N'est pas considérée comme une mesure de contrôle
<b>Porte barrée de l'unité ou bracelet magnétique</b>	Lorsque son utilisation vise à confiner l'utilisateur dans sa chambre	Lorsque son utilisation permet à l'utilisateur d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement dans les limites de son environnement.
<b>Isolement de l'utilisateur à sa chambre ou dans un espace utilisé à cette fin</b>	<p>Lorsque l'utilisateur est confiné à sa chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin et qu'il ne peut en sortir librement que ce soit par la présence d'une personne ou l'utilisation d'un dispositif (porte verrouillée, velcro, bande, disposition de la chambre)</p> <p>En contexte de prévention et contrôle des infections si l'utilisateur n'est pas en mesure de respecter les consignes et que l'on doit avoir recours à un moyen supplémentaire.</p>	<p>Lorsque l'utilisateur est invité à se retirer d'un lieu commun afin de lui permettre la distanciation avec un stimulus ou pour l'aider à se calmer et à reprendre contact avec lui-même, et qu'il peut sortir librement de ce lieu lorsqu'il le désire.</p> <p>Mise en place d'un dispositif, à la demande de l'utilisateur, dans le but de lui procurer une plus grande intimité ou de prévenir l'intrusion d'autres personnes dans son espace personnel.</p> <p>En contexte de prévention et contrôle des infections, avec la collaboration de l'utilisateur.</p>
<b>Vêtement de type grenouillère</b>	Si l'utilisateur résiste à son utilisation ou s'il manifeste verbalement ou physiquement le souhait de le retirer	<p>Est principalement considérée comme une mesure de protection à la dignité et à l'intégrité humaine dans la mesure où l'utilisateur n'est pas brimé dans sa liberté de mouvement et ne résiste pas à son application.</p> <p>Une surveillance des changements de comportement doit être mise en place puisque ce type de vêtement pourrait exacerber les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.</p>

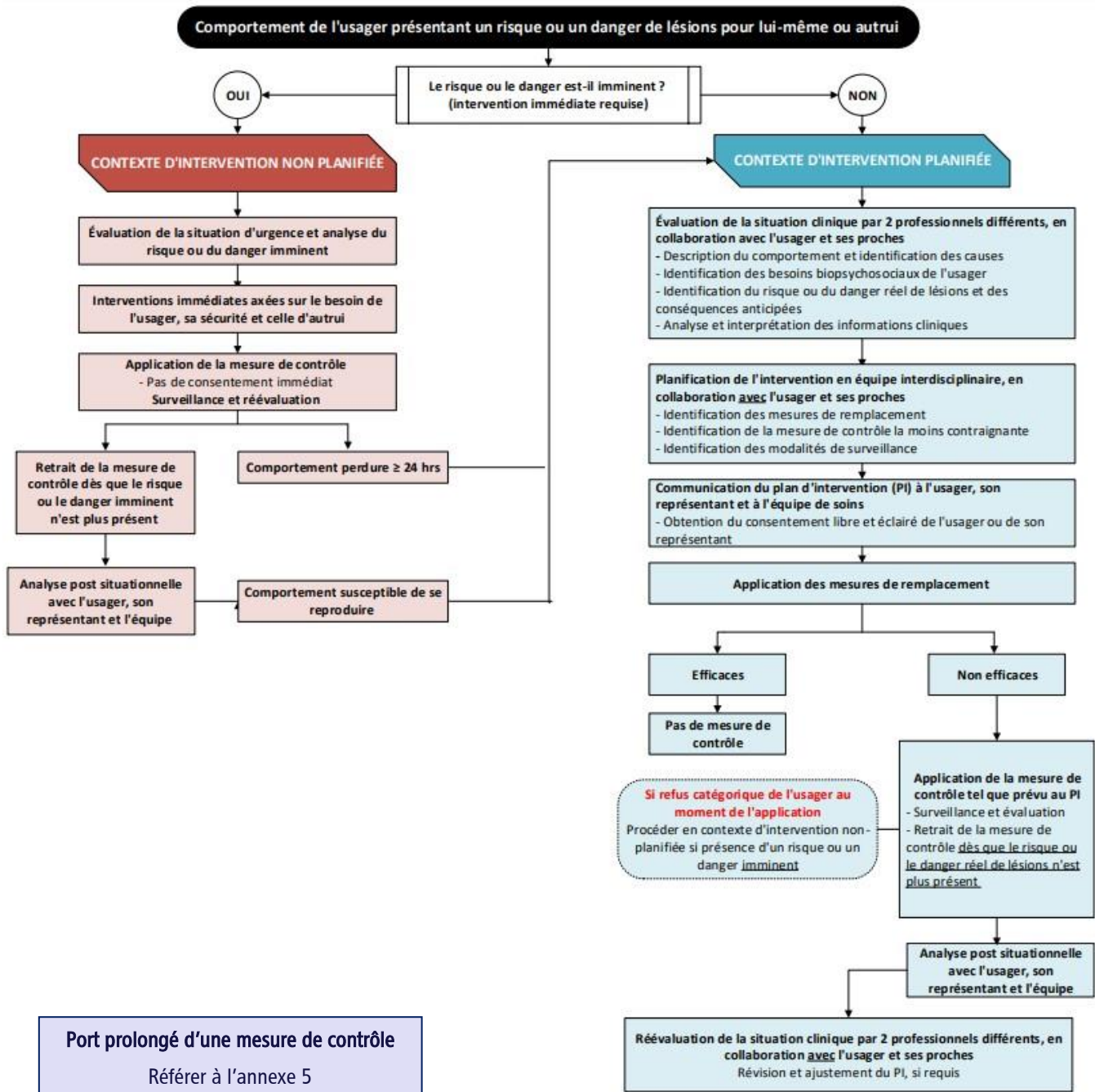
## MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES

Matériels de contention mécanique autorisés en milieu hospitalier, en CHSLD et en URFI
Ceinture de hanche avec attache avant
Ceinture pelvienne
Tablette au fauteuil
4 demi-ridelles ou 2 ridelles pleines longueur
Ceinture abdominale magnétique avec sangle pelvienne
Attaches pour poignets à usage unique
Attaches pour poignets et chevilles à usage unique (requiert une consultation avec une expertise en santé mentale)
Attaches pour poignets et chevilles munies de serrures (uniquement en santé mentale courte durée et longue durée et à l'urgence)
Mitaine(s)

Pour utiliser une mesure de contrôle qui n'est pas autorisée, se référer à la section 6.3.2.1 Dérogation.

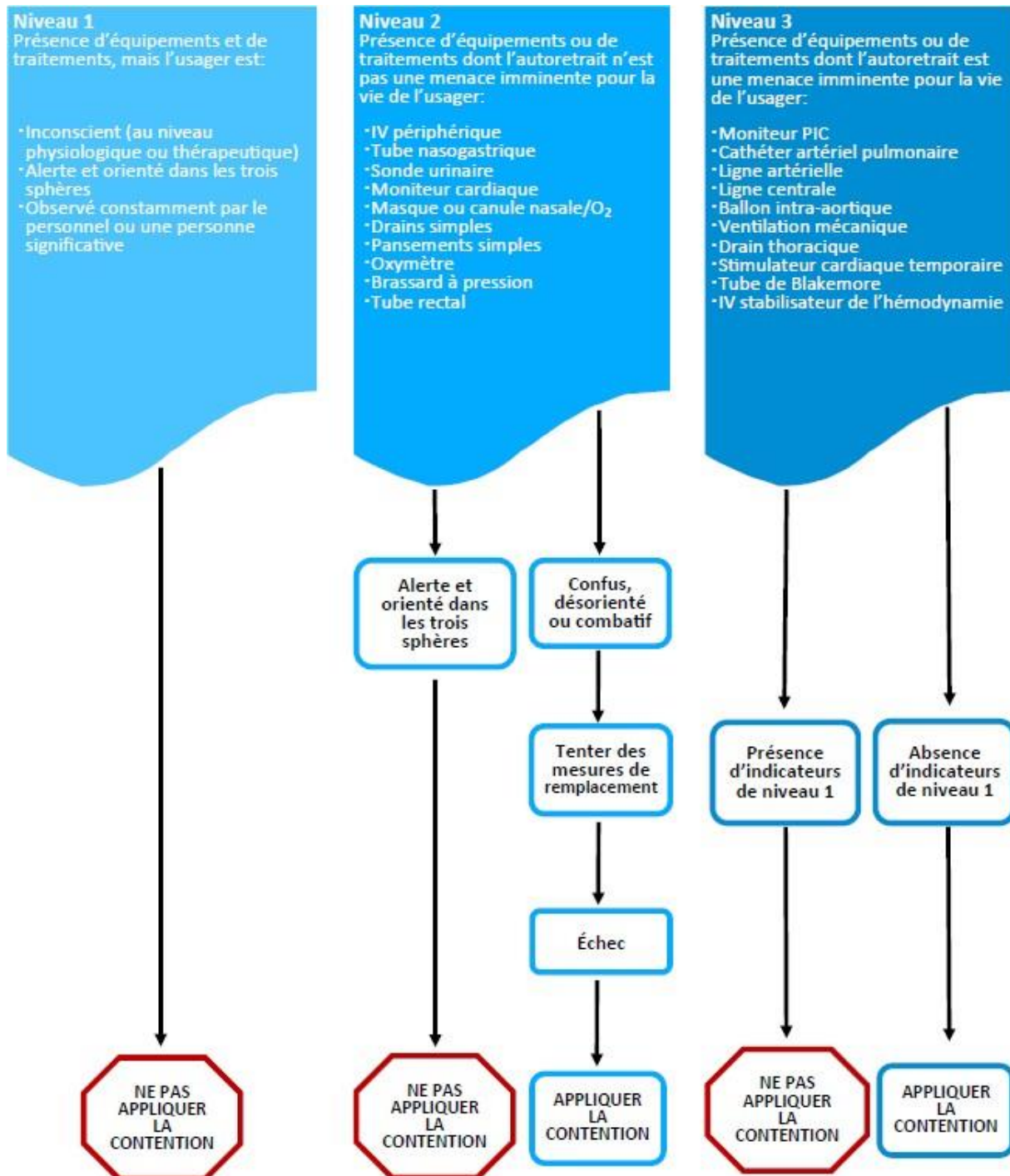
Chambres dédiées pour l'application de l'isolement (salles d'isolement)			
RLS	Installation	Chambre	Numéro de porte
Pierre-Boucher	Unité du service de psychiatrie interne	401	C4-344
		402	C4-343
		403	C4-342
		417	C4-312-2
		410	C4-333
	Unité d'intervention en psychiatrie brève	430	B4-111
		431	B4-110
	Urgence	A-16	B1-344.3
		Réanimation 1	
Unité en santé mentale de Contrecœur/Unité régionale d'hébergement en santé mentale de Contrecœur		241.3	
Richelieu-Yamaska	Unité de santé mentale de longue durée	301	SC-03-065
		321	SC-03-123
	Unité de santé mentale de courte durée	-	SC-02-084-A
		-	SC-02-086-A
	Urgence	Civière 25	HM-RC-919
Civière 36		HM-RC-921	
Pierre-De Saurel	Unité de santé mentale	-	4202
		-	4103 <i>(Chambre pouvant accueillir une civière, mais non conforme à titre de salle d'isolement. Porte avec serrure magnétique)</i>
	Urgence	Civières 1 et 33	-

ALGORITHME DU PROCESSUS DÉCISIONNEL RELATIF À  
L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE



2023-10-09

## INTERFÉRENCE AUX SOINS : ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE



TRADUCTION LIBRE ET ADAPTATION DE VANCE (2003)  
(Cité dans Parenteau, Houle, Cloutier et La Haye 2010)

### PORT PROLONGÉ D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

#### Unités de santé mentale courte et longue durée

La durée maximale du recours à une mesure de contrôle ne devrait pas excéder 24 heures en continu. Si, à la suite de la réévaluation par au moins deux professionnels autorisés, la mesure de contrôle ne peut être cessée à l'intérieur de 24 heures, la poursuite de la mesure doit être autorisée par un gestionnaire selon la séquence suivante :

- Le professionnel autorisé avise le médecin traitant;
- Le professionnel autorisé avise le gestionnaire ou son remplaçant (ex. : assistante du supérieur immédiat);
- Le gestionnaire ou son remplaçant informe le coordonnateur des unités de courte et longue durée de santé mentale (ou le coordonnateur des activités de soins en dehors des heures ouvrables) des raisons justifiant le maintien de la mesure de contrôle;
- Le coordonnateur autorise ou non la poursuite de la mesure de contrôle. Si l'autorisation est obtenue :
  - L'infirmière réévalue les paramètres d'évaluation associés à la mesure de contrôle en place (tableau 3) toutes les 30 minutes, dont notamment la pertinence de maintenir la contention en lien avec le motif d'application;
  - Une rencontre interdisciplinaire est planifiée au cours du prochain 24 heures pour procéder à l'analyse de la situation clinique.

## HISTORIQUE DU DOCUMENT

APPROBATION PAR	ADOPTION	COMMENTAIRES (facultatif)
Comité de coordination clinique	2019-12-18	
Comité de coordination clinique	2022-11-01	Révision de l'annexe 1 — Ridelles
Comité de coordination clinique	2024-01-09	Révision du document
Comité exécutif de direction	2024-10-01	

## ÉTAPES DE VALIDATION DE LA DERNIÈRE VERSION DU DOCUMENT

	NOM	DATE
<b>RÉDACTION</b>	Julie Trudeau-Aubin, conseillère cadre en soins spécialisés, DSI Marie-Josée Houle, conseillère cadre en réadaptation et santé physique, DSM Stéphanie Vaillancourt, consiellère cadre en soins spécialisé, DSI	2023-10-15
<b>COLLABORATION</b>		
<b>RÉVISION LÉGALE</b>		
<b>RÉVISION LINGUISTIQUE</b>		
<b>MISE EN PAGE</b>		
<b>PERSONNES OU INSTANCES CONSULTÉES</b>		
	Direction qualité, évaluation, performance et éthique	
	Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques	
	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	
	Direction des programmes de santé mentale et dépendance	
	Élisabeth Toussaint, conseillère cadre en soins spécialisés, DSI	