

PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE	Numéro : PROT – INT – MC – 002
TITRE : Protocole interdisciplinaire sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesures de contrôle	
Destinataires : Employés et médecins	Date d'entrée en vigueur : 2021-04-23 Date de révision : 2021-11-08
Remplace les documents suivants : <ul style="list-style-type: none">• PROT-INT-002• PROT-CA-24• PROT-CA-29	Adoption par : CII, CM et CMDP Date d'adoption : 2021-12-22
Responsable de l'implantation : Direction des soins infirmiers	Responsable(s) de l'application : Directions cliniques

1. PRÉAMBULE

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSS) mentionne que « la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesures de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne » (Gouvernement du Québec (2016)).

Cependant, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit parfois être envisagée en présence d'un danger réel ou imminent, que ce soit dans un établissement ou dans un contexte hors établissement. Lorsqu'une telle mesure est prise à l'égard d'un usager, les intervenants préconisent une approche de collaboration. Ainsi, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit faire l'objet d'une analyse et d'une prise de décision en interdisciplinarité afin d'assurer qu'elle est appliquée en dernier recours suivant l'essai de mesures alternatives.

La collaboration doit également inclure l'usager et ses proches. De ce fait, « la personne ou son représentant légal et la famille doivent être parties prenantes de la démarche et mises à contribution afin de participer à l'évaluation de la situation et à la recherche des solutions, en respect des objectifs du plan d'intervention » (MSSS, 2015). Dans notre organisation, la famille et les proches sont donc considérés comme des partenaires essentiels pour les soins et les services. Plus précisément, en regard des mesures de contrôle, ceux-ci sont appelés à collaborer notamment avec l'équipe interdisciplinaire afin d'améliorer la connaissance de la situation de santé de l'usager et à identifier des mesures alternatives personnalisées.

L'établissement vise à réduire l'utilisation des mesures de contrôle et à baliser leur utilisation exceptionnelle auprès des usagers de son territoire. C'est dans une démarche d'amélioration continue où les pratiques font constamment l'objet d'évaluation et d'optimisation que s'inscrit le présent protocole. Le cadre juridique et administratif applicable aux mesures de contrôle se trouve dans la *Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention physique, isolement et substances chimiques DSI-002*.

Ce protocole s'adresse aux professionnels et intervenants du Centre intégré et des services sociaux de la Montérégie-Centre (CISSS de la Montérégie-Centre), aux différentes instances et aux ressources ayant un lien contractuel avec l'établissement, ainsi que la clientèle visée.

2. OBJECTIFS

- Baliser et uniformiser l'utilisation sécuritaire des mesures de contrôle soit la contention physique, l'isolement et les substances chimiques dans l'ensemble des installations;
- Insérer la notion de substances chimiques utilisées comme mesure de contrôle;
- Baliser l'utilisation des mesures de contrôle afin que celles-ci soient justifiées, pertinentes et efficaces en plus d'être appuyées sur les exigences légales, éthiques et cliniques, sur les orientations ministérielles et sur les normes professionnelles dans le respect des libertés et droits fondamentaux;
- Assurer que ce protocole respecte la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (Gouvernement du Québec, 2009), qui a apporté diverses modifications à l'acte réservé pour certains professionnels;
- Apporter une précision relative à l'utilisation des mesures de contrôle dans certains établissements ou milieux avec une entente de service contractuelle où réside un usager (RI-RTF) et rappeler les divers règlements et documents en vigueur qui peuvent baliser leur utilisation;
- Assurer le respect des droits fondamentaux de l'usager notamment ses droits à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité physique et psychologique dans le respect du cadre légal en s'assurant que l'utilisation de la mesure de contrôle soit une mesure minimale et exceptionnelle qui tient compte de sa situation de santé;
- Promouvoir la prévention de l'utilisation des mesures de contrôle par l'utilisation de mesures alternatives de façon à préserver l'autonomie de l'usager;
- Assurer la protection des personnes dans l'entourage immédiat d'un usager dont la condition représente un danger réel pour autrui, incluant les proches, le personnel et les visiteurs;
- Guider la prise de décision par les professionnels habiletés à l'aide d'un processus décisionnel privilégiant une approche interdisciplinaire;
- Favoriser l'implication de l'usager, sa famille et ses proches dans l'ensemble du processus décisionnel;
- Spécifier les rôles et responsabilités des différents intervenants dans le processus décisionnel et l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Établir un mécanisme de suivi régulier de l'utilisation des mesures de contrôle et améliorer le processus de déclaration;
- Définir les modalités d'évaluation et d'application d'une mesure de contrôle ainsi que les mécanismes de surveillance à prévoir.

3. CLIENTÈLE VISÉE, SECTEURS, PROGRAMMES OU SERVICES VISÉS

Toute clientèle recevant des soins et des services du CISSS de la Montérégie-Centre :

- Centre hospitalier (CH);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Soutien à domicile (SAD);
- Résidence privée pour personnes âgées (RPA);
- Ressource intermédiaire (RI);
- Ressource de type familial (RTF);
- Milieu scolaire adapté;
- Centre de jour communautaire ou maison de répit.

4. CONTEXTE

Selon le troisième alinéa de l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) : « Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures [de contrôle] en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures ».

Soucieux de dispenser des soins et des services sécuritaires et de qualité, le CISSS de la Montérégie-Centre s'appuie sur les orientations ministérielles mentionnées dans l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) qui définit les paramètres généraux d'utilisation de ces mesures. Il s'appuie également sur plusieurs autres assises légales :

- *Charte canadienne des droits et libertés* (articles 1, 7, 9 et 12);
- *Charte des droits et libertés de la personne* (ch. C-12, articles 1, 3, 4 et 9.1);
- *Code civil du Québec* (ccq-1991, articles 4, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17 et 18);
- *Code criminel* (L.R.C. (1985), ch. C-46, articles 219 et 265);
- *Code des professions* : articles 37 et 37.1 avec les modifications apportées par la *Loi 90* (2002, ch. 33) et le *Projet de loi n° 21* (2009, ch.28), article 5; *Loi médicale* (ch. M-9, article 31);
- *Loi sur la protection de la jeunesse* (ch. P-34.1, ch. II et IV);
- *Loi sur la santé et les services sociaux* (ch. S-4.2, articles 3, 5, 9, 10, 11 et 118.1);
- *Loi sur le Curateur public* (ch. C-81, ch.1);
- *Loi sur les infirmières et infirmiers* (L.R.Q., ch. I-8, article 36);
- *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (ch. L-6.3) (ch. 1 (2017, c. 10, c. 1.);
- *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés* (ch. S-4.2, r. 5.01, articles 67, 76 et 78).

Le recours à une mesure de contrôle peut être envisagé dans deux contextes différents. Le contexte d'intervention planifiée est applicable lorsque l'utilisateur a un comportement susceptible de se répéter et que ce comportement représente un danger réel pour lui-même ou pour autrui. Aussi, le contexte d'intervention non planifiée est invoqué dans les cas où l'évaluation du comportement d'un usager signale un danger imminent pour lui-même ou pour autrui.

Il est reconnu que l'application de ces mesures de contrôle présente une restriction des droits de la personne. Également, les écrits scientifiques documentent largement les risques associés à l'utilisation de ces mesures tant au plan social, cognitif, physique, qu'affectif. Ces mesures peuvent entraîner des pertes de dignité et de capacité physique, une diminution de la qualité de vie, l'isolement, la dépression, la peur, la colère, l'agitation, l'agressivité et la confusion, en plus de créer un risque de blessure et même de mortalité. Aussi, il est de la responsabilité du professionnel de signaler aux instances légales concernées (Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, Curateur public du Québec, Direction de la protection de la jeunesse, Service de police) toute situation qui mettrait à risque la santé et la sécurité d'un usager.

Les valeurs de l'organisation soit le respect, la collaboration, l'engagement, l'accessibilité, l'intégrité, la pertinence, l'équité et la performance orientent les interventions afin d'assurer la sécurité, l'intégrité et la dignité des usagers. Cela permet ainsi aux professionnels et intervenants d'avoir l'assurance que, malgré la contrainte appliquée, les interventions sont justifiées dans des circonstances exceptionnelles et qu'elles rencontrent les normes professionnelles, éthiques et juridiques en vigueur.

5. MODALITÉS DES CONDITIONS D'APPLICATION

5.1. LE MODÈLE DE KAYSER-JONES (VOIR L'ANNEXE 1)

Le processus décisionnel encadrant l'utilisation des mesures de contrôle se base sur le modèle de Kayser-Jones (1992), tel que préconisé par le *Cadre de référence du MSSS* (2015).

Ce modèle a pour but d'expliquer ce qui influence la décision du professionnel à recourir ou non à une mesure de contrôle. Ainsi, il démontre que l'analyse rigoureuse et approfondie de la situation de la personne, en tenant compte des composantes de l'environnement humain, psychosocial et culturel, ainsi que de l'aménagement physique et des structures organisationnelles est essentielle au processus décisionnel.

Également, l'analyse effectuée selon les différentes composantes du modèle de Kayser-Jones favorise la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle par la mise en place de mesures alternatives personnalisées.

Tableau 1 : Composantes du modèle de Kayser-Jones

Composantes	Explications
La personne	Est au centre du modèle et doit être évaluée globalement en se basant sur les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">– Âge;– Degré d'autonomie fonctionnelle;– Degré d'autonomie cognitive;– Capacité à effectuer ses activités quotidiennes (AVQ).
L'aménagement physique	Concerne l'environnement physique : <ul style="list-style-type: none">– Aménagement de la chambre;– Disposition du mobilier;– Éclairage;– Bruit environnant;– Disponibilité du matériel nécessaire aux mesures alternatives.
Les structures organisationnelles	Comprennent l'ensemble des moyens mis en place par l'établissement pour éviter de recourir aux mesures de contrôle : <ul style="list-style-type: none">– Protocoles, procédures et politiques;– Disponibilité du personnel;– Formation du personnel.
L'aspect psychosocial et culturel	Fait référence à plusieurs éléments de la personne et de son entourage : <ul style="list-style-type: none">– Croyances;– Valeurs;– Préférences;– Attitudes;– Habitudes de vie;– Expérience de vie.

Composantes	Explications
L'environnement humain	<p>Concerne tous les membres entrant en interaction avec la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Famille; – Proches; – Amis; – Professionnels et intervenants; – Autres usagers.

5.2. LE PROCESSUS DÉCISIONNEL POUR L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

La décision d'appliquer une mesure de contrôle est une démarche complexe qui doit tenir compte de plusieurs dimensions cliniques, éthiques et légales. Chaque situation étant unique, il faut éviter les règles fixes et immuables, qui peuvent créer un obstacle majeur à l'exercice du jugement clinique. Chaque situation est unique et demande une évaluation, une analyse et une planification des interventions ainsi que la communication du plan d'intervention et sa réévaluation (MSSS, 2006). L'implication de l'utilisateur, de sa famille et de ses proches doit être au cœur de la prise de décision. Le contexte de soins particuliers et la condition clinique de l'utilisateur obligent les professionnels et les équipes à réévaluer constamment leur décision quant à la pertinence du recours à une mesure de contrôle (Roy et Authier, 2006).

Certains éléments doivent être présents tout au long du processus décisionnel :

- **La réflexion** doit, en tout temps, être au cœur même des interventions afin de permettre l'évaluation globale de la situation clinique de l'utilisateur. De plus, elle permet la recherche constante d'interventions par l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire afin d'intégrer des mesures alternatives et ainsi, intervenir davantage en amont pour éviter l'utilisation de mesures contraignantes;
- **L'évaluation** rigoureuse de la condition physique et mentale de l'utilisateur est indispensable pour l'application d'un soin personnalisé, sécuritaire et de qualité. Cette évaluation doit être effectuée tant dans des situations planifiées que dans des contextes d'urgence où les professionnels disposent de peu d'information pour prendre rapidement une décision clinique afin d'assurer la sécurité de tous;
- **La communication** continue entre l'équipe de soins et l'utilisateur permet qu'en dépit de l'application d'une mesure contraignante, l'intervention s'effectue avec respect et humanité. Au sein de l'équipe interdisciplinaire, une communication fluide et efficace permet d'assurer la cohésion, de mettre à profit la contribution de chacun pour l'amélioration des soins et l'émergence d'interventions personnalisées afin que l'utilisateur retrouve son autonomie dans les meilleurs délais.

5.2.1. La notion d'interdisciplinarité

Le processus décisionnel requiert la contribution des différents membres de l'équipe, de l'utilisateur concerné et de ses proches afin d'offrir des soins et des services appropriés et personnalisés.

La loi octroie à certains professionnels la responsabilité de la décision de l'application d'une mesure de contrôle. Il est fortement encouragé que cette décision soit partagée par plus d'un décideur, mais dans certains contextes, il se peut qu'il y ait seulement un décideur disponible.

Même s'ils ne sont pas des professionnels habilités à décider de l'application d'une mesure de contrôle, l'apport de l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire au processus décisionnel (candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires (PAB), psychoéducateur, éducateurs, technologue en physiothérapie (t. phys.), etc.) est essentiel afin de favoriser une compréhension globale de la situation.

Pour connaître les professionnels habilités à décider des mesures de contrôle, se référer au tableau 6.

5.2.2. Les étapes du processus décisionnel (voir l'annexe 2)

Afin de favoriser le recueil des informations, les professionnels et les intervenants peuvent utiliser le formulaire *Démarche interdisciplinaire - Processus décisionnel pour l'application des mesures de contrôle* (voir l'annexe 3).

a) Évaluation de la situation clinique

Lors de l'évaluation d'une situation complexe comportant un risque, il faut considérer toutes les causes possibles puisque celles-ci peuvent être multifactorielles. Cette évaluation interdisciplinaire doit donc être globale et reposer sur les différentes dimensions du modèle de Kayser-Jones :

- Identification de la problématique, des comportements de l'utilisateur et du potentiel de dangerosité (pour lui-même ou pour autrui);
- Évaluation clinique de l'utilisateur par des intervenants issus de différentes disciplines, possédant une expertise spécifique et apportant une complémentarité;
- Recherche des causes possibles et élaboration d'hypothèses pouvant expliquer les comportements observés :
 - Les habitudes de l'utilisateur (ex. : routine personnelle et du milieu de soins);
 - L'histoire de vie de l'utilisateur et ses occupations antérieures;
 - Les facteurs déclencheurs;
 - Les facteurs facilitants et apaisants (ex. : l'approche, l'environnement);
 - Les intérêts et les besoins de l'utilisateur.
- Évaluation de la médication prescrite (ex. : effets visés, effets obtenus et effets secondaires);
- Évaluation des composantes de l'environnement de l'utilisateur.

Une évaluation doit être effectuée chaque fois qu'un usager présente un comportement à risque. Les intervenants doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement. Ils doivent éviter de conclure qu'elles sont identiques à celles qui ont été observées précédemment chez le même usager ou chez d'autres usagers présentant des comportements similaires.

b) Analyse et interprétation des informations dans un contexte de soins

À cette étape, il s'agit d'analyser les données et de poser un jugement clinique sur la condition de l'utilisateur et sur le niveau de risque qu'il présente pour lui-même ou pour autrui tout en privilégiant l'application de mesures alternatives.

Ainsi, un même comportement peut être attribuable à différentes causes et nécessiter différentes interventions. Par exemple, un comportement d'errance peut survenir en raison d'un malaise physique lié à la douleur, à la soif ou à un besoin d'élimination. Ce comportement pourrait également être lié à l'histoire de vie de l'utilisateur, à des valeurs culturelles ou encore, être causé par un manque de repères dans l'environnement. Cette situation démontre que différentes solutions peuvent être envisagées afin d'améliorer la situation.

c) Planification des interventions

En situation de comportement susceptible de se répéter et présentant un danger réel pour l'utilisateur ou pour autrui, le ou les professionnels habilités, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur et ses proches, établissent le plan d'intervention, notamment en indiquant les mesures alternatives à instaurer pour éliminer le comportement à risque ou en diminuer la fréquence.

Si les mesures alternatives tentées s'avèrent inefficaces, l'équipe évalue alors la pertinence d'utiliser une mesure de contrôle avec le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal/répondant.

d) Communication du plan d'intervention

Le succès de l'application du plan d'intervention est directement lié à sa diffusion auprès de tous les intervenants concernés par le biais de modalités de communication et la tenue du dossier. La communication doit également inclure l'utilisateur et ses proches à toutes les étapes du processus décisionnel.

e) Réévaluation et ajustement

Afin d'apporter les ajustements adaptés à la condition clinique de l'utilisateur, la réévaluation continue est essentielle. Elle s'effectue avec l'utilisateur, sa famille et ses proches, son représentant légal ou son répondant, en collaboration avec l'équipe soignante selon l'évolution de l'état clinique de cet utilisateur. Une réévaluation et des ajustements continus des mesures de contrôle utilisées contribueront à favoriser des interventions personnalisées et sécuritaires pour l'utilisateur.

La réévaluation inclut les éléments suivants :

- Validation de l'efficacité des mesures alternatives utilisées;
- Analyse de la pertinence d'appliquer une mesure de contrôle, si inefficacité des mesures alternatives;
- Choix du type de mesure de contrôle;
- Évaluation de la réaction de l'utilisateur et de la tolérance à la mesure de contrôle;
- Analyse des avantages et des effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure de contrôle;
- Réévaluation des interventions effectuées selon l'évolution de la condition de l'utilisateur ou de nouvelles informations reçues;
- Réajustement du plan d'intervention, au besoin;
- Évaluation de l'environnement physique afin de s'assurer qu'il convient toujours au besoin de l'utilisateur.

5.3. LES MESURES ALTERNATIVES (VOIR L'ANNEXE 4)

La réduction de l'utilisation des mesures de contrôle doit nécessairement s'accompagner de la mise en place d'une variété de mesures alternatives basées sur la connaissance de la personne, les compétences et la créativité des intervenants ainsi que sur les données probantes en matière d'intervention. Celles-ci représentent une avenue incontournable puisqu'elles permettent d'améliorer la sécurité des personnes et celle d'autrui en plus de maintenir leur autonomie et leur dignité.

5.4. LE CONSENTEMENT

Le consentement est la manifestation de la volonté explicite ou implicite par laquelle une personne approuve un acte que doit accomplir une autre personne et l'aptitude à consentir est présumée pour chaque personne (CSSSCCLM, 2014).

« Tout 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 son consentement libre et éclairé » (MSSS, 2015).

Tel que stipule l'article 11 du *Code civil du Québec* et l'article 9 de la *LSSSS* : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention ».

Avant d'instaurer une mesure de contrôle, un consentement libre et éclairé doit être obtenu auprès de l'utilisateur lui-même ou auprès de son représentant légal en cas d'incapacité à consentir. Les informations en regard de la mesure de contrôle proposée doivent être transmises clairement, dans un langage simple et compréhensible en répondant aux questions de l'utilisateur ou de son représentant. Le consentement doit être obtenu à l'aide du formulaire « *Consentement ou refus à l'application des mesures de contrôle MC-120* » (voir l'annexe 5). Puisque la recherche du consentement est un processus continu, les professionnels doivent s'assurer que celui-ci est valide au moment du soin et non de le présumer (OIIQ, 2018).

Ainsi, dans un **contexte d'intervention planifiée**, le consentement doit être obtenu lors de la décision d'appliquer une mesure de contrôle. Le consentement est valable que pour l'intervention décrite et pour le temps identifié par le signataire.

Dans un **contexte d'intervention non planifiée**, vu la situation d'urgence et le risque de danger imminent, le consentement n'est pas obligatoire avant d'appliquer la mesure de contrôle, et ce, afin d'assurer la sécurité immédiate de l'utilisateur ou d'autrui. Toutefois, après l'analyse post-situationnelle, le consentement libre et éclairé de l'utilisateur, de son représentant légal ou de son répondant doit être obtenu pour les interventions ultérieures si celles-ci sont requises. Dans ce cas, le consentement doit être obtenu dans les plus brefs délais, et ce, dans un délai maximal de 48 heures.

5.4.1. Révocation du consentement

Le consentement peut être révoqué en tout temps par l'utilisateur, son répondant ou son représentant légal, ayant consenti préalablement, et ce, même verbalement. Dans le cas où le consentement est retiré, les intervenants peuvent procéder comme s'ils étaient dans un contexte d'intervention non planifiée si, et seulement si, l'utilisateur représente un danger imminent pour lui-même ou pour autrui.

5.4.2. Refus de l'usager jugé apte à consentir et âgé de plus de 14 ans

Si l'usager jugé apte à consentir à la mesure envisagée exprime un refus et que l'on se trouve dans un **contexte d'intervention planifiée**, on devra respecter sa volonté et envisager d'autres interventions, telles que l'application de mesures alternatives. Le risque associé à la non-utilisation des mesures de contrôle recommandées doit être clairement expliqué à l'usager afin que ce dernier puisse prendre une décision libre et éclairée.

Toutefois, placé dans un **contexte d'intervention non planifiée**, le professionnel pourra procéder à l'application de la mesure envisagée, étant donné la situation d'urgence et la nécessité de prévenir que l'usager « s'inflige ou inflige à autrui des lésions », selon les termes mêmes de la loi. Cependant, même dans ces circonstances, la recherche de la collaboration de l'usager est à privilégier pour préserver l'alliance thérapeutique et faciliter l'application de la mesure de contrôle.

5.4.3. Aptitude à consentir à un soin

L'évaluation de l'aptitude peut donner lieu à une inaptitude temporaire ou permanente en fonction de l'état cognitif de l'usager. L'aptitude peut évoluer ou fluctuer dans le temps. Il est donc requis de procéder à la réévaluation de l'aptitude dans le cas où l'on observe des changements, que ce soit pour une amélioration ou une détérioration des fonctions cognitives.

Les critères de l'évaluation de l'aptitude sont regroupés selon quatre habiletés soit être capable d'exprimer un choix, comprendre l'information, apprécier l'information sur le plan personnel (valeur accordée aux risques et aux avantages du traitement) et raisonner sur l'information (OIIQ, 2018).

Pour évaluer si la personne est en mesure de comprendre l'information, il est suggéré d'utiliser les critères de la Nouvelle-Écosse (OIIQ, 2018) :

- Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle on lui propose un traitement?
- Le patient comprend-il la nature et le but du traitement?
- Le patient comprend-il les risques associés à ce traitement?
- Le patient comprend-il les risques encourus s'il ne subit pas le traitement?
- La maladie du patient affecte-t-elle sa capacité à consentir?

Il faut documenter au dossier de l'usager l'aptitude ou l'inaptitude à consentir au soin. Chaque professionnel qui donne des soins ou offre des services a la responsabilité de vérifier la capacité de la personne à consentir, chaque fois qu'un soin est proposé.

5.4.4. Consentement substitué

Après évaluation, si l'usager est jugé inapte à consentir ou qu'il est âgé de moins de 14 ans, le consentement substitué de l'une ou l'autre des personnes désignées dans l'article 15 du *Code civil du Québec* doit être obtenu. Pour ce faire et en respectant l'ordre hiérarchique qui y est établi, le consentement substitué peut donc être donné par :

- Le représentant légal (tuteur à la personne, curateur ou mandataire);
- Le conjoint (marié, en union civile ou union de fait);

- Un proche parent ou toute autre personne significative, c'est-à-dire, selon les termes de la loi « toute personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier »;
- La curatelle publique si aucune de ces personnes n'est en mesure de donner son consentement (voir l'annexe 6).

Il est important de signaler que, le fait pour une personne d'avoir un représentant légal - tuteur à la personne, curateur ou mandataire - ne signifie pas pour autant qu'elle est inapte à consentir à un soin. Ainsi, il ne faut pas confondre l'inaptitude constatée par le tribunal à l'occasion d'un régime de protection (tutelle, curatelle) avec l'inaptitude à consentir aux soins (CSSSCCLM, 2014). Toute personne même représentée légalement doit bénéficier d'une **présomption d'aptitude à consentir à un soin, jusqu'à preuve du contraire**.

La personne qui donne un consentement substitué est tenue d'agir dans le seul intérêt de la personne inapte en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. Si ce représentant refuse de consentir à la mesure de contrôle recommandée et que l'équipe de soins considère qu'elle est requise, il importe de recourir au tribunal afin d'intervenir dans le meilleur intérêt de la personne.

5.4.5. Refus catégorique par le majeur inapte ou mineur de 14 ans et plus présumé inapte

L'usager jugé inapte doit être informé des soins qui lui sont prodigués, et ce, de façon adaptée à sa capacité de compréhension. Le refus catégorique réfère au refus systématique d'une personne inapte à consentir à un soin, verbalisé ou à l'aide de comportements, constant ou répété dans le temps et qui ne laisse place à aucune interprétation. À noter qu'un tel refus à une mesure de contrôle, même s'il provient d'un usager adulte inapte, doit être respecté **même si le répondant ou le représentant légal consent à l'application de la mesure**. Par conséquent, la mesure de contrôle ne pourra être appliquée et, dans le cas échéant, des mesures alternatives devront être mises en place pour répondre aux besoins de l'usager.

Si l'équipe de soins juge de la nécessité de l'application de la mesure malgré le refus catégorique, l'autorisation du tribunal sera alors nécessaire. Celui-ci aura la responsabilité de déterminer les modalités entourant l'application de la mesure de contrôle auprès de l'usager inapte à consentir. Il est à noter que le refus catégorique s'applique uniquement dans les situations où un consentement est requis soit en contexte d'intervention planifiée.

5.4.6. Consentement pour un usager sous régime de protection public

Pour le consentement aux soins des usagers sous régime de protection public (tutelle, curatelle), c'est le Curateur public qui donne le consentement substitué seulement lorsque l'inaptitude du majeur à consentir à un soin est confirmée et que des décisions doivent être prises.

Dans les situations où la personne est jugée apte à consentir, le curateur délégué devra cependant être avisé du consentement ou du refus du soin proposé.

Dans les situations où la personne représentée refuse catégoriquement le soin, et ce, malgré le consentement du Curateur public, des démarches légales devront être commencées pour une demande d'autorisation de traitement par le tribunal.

Les demandes de consentement par le Curateur public sont acheminées à la « Direction médicale et du consentement aux soins » dont le rôle principal est de traiter les demandes de consentement pour les personnes représentées par le Curateur public et pour les personnes qui ne sont pas représentées légalement (voir l'annexe 6).

5.5. CONTEXTE D'APPLICATION DES MESURES

L'utilisation d'une mesure de contrôle peut survenir dans deux contextes d'application :

- Le contexte d'intervention planifiée;
- Le contexte d'intervention non planifiée.

5.5.1. Application en contexte d'intervention planifiée

L'intervention planifiée est applicable lorsque l'utilisateur a un comportement susceptible de se répéter et que ce comportement représente un danger réel pour l'utilisateur lui-même ou pour autrui. Lorsque l'utilisation de mesures alternatives s'est avérée inefficace, la décision d'utiliser des mesures de contrôle est alors planifiée et résulte d'une démarche interdisciplinaire. Un plan d'intervention interdisciplinaire est élaboré de concert avec l'utilisateur, sa famille et ses proches ou son représentant légal pour solutionner la problématique identifiée.

Le jugement clinique du professionnel doit s'appuyer notamment sur les informations recueillies auprès de l'équipe interdisciplinaire, de l'utilisateur et de ses proches. En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un utilisateur qui a des comportements à risque. La mesure de contrôle doit être cessée dès que les motifs justifiant son utilisation ne sont plus présents.

Dans le contexte d'une intervention planifiée, **le consentement libre et éclairé de l'utilisateur, de son représentant légal ou de son répondant est requis.**

5.5.2. Application en contexte d'intervention non planifiée

Le contexte d'intervention non planifiée ne devrait être invoqué que lorsque la situation revêt un caractère urgent au sens où elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un danger imminent pour la vie ou l'intégrité de l'utilisateur ou d'autrui. Si ce comportement ne s'est jamais manifesté ou si la manifestation est différente des situations antérieures, il s'agit alors d'un comportement inhabituel ou imprévisible. En pareille situation, la décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé, mais un professionnel habilité doit en être avisé immédiatement, afin d'effectuer l'évaluation de la pertinence de la mesure de contrôle.

Un évènement qui survient dans un tel contexte doit donner lieu à un retour post-évènement (voir les annexes 7 et 8) ce qui permettra à l'équipe interdisciplinaire d'élaborer un plan d'intervention. Cette analyse vise la mise en place de mesures alternatives afin de réduire ou d'éviter le recours à une mesure de contrôle. Lorsqu'une mesure de contrôle est appliquée dans un contexte d'intervention non planifiée, le consentement de l'utilisateur, de son représentant légal ou de son répondant n'est pas requis. Par contre, la collaboration de l'utilisateur doit être recherchée, afin d'assurer le respect de l'intégrité de la personne. À noter qu'un contexte non planifié ne peut s'appliquer au-delà de 48 heures d'où l'obligation d'obtenir le consentement de l'utilisateur, de son représentant légal ou de son répondant dans les plus brefs délais.

5.6. LES TYPES DE MESURES DE CONTRÔLE

5.6.1. Types de mesures de contrôle autorisées

Une mesure de contrôle doit être appliquée de façon sécuritaire. Elle doit être de bonne qualité et en bon état. La technique d'application doit être conforme aux normes du fabricant et aux procédures établies. Les mesures de contrôle autorisées au CISSS de la Montérégie-Centre sont présentées au tableau 2 et l'annexe 9 ajoute les remarques de sécurité associées à ces mesures.

Tableau 2 : Mesures de contrôle autorisées au CISSS de la Montérégie-Centre

Contentions physiques
Au lit/sur civière
<ul style="list-style-type: none">• Sangles pour poignets;• Sangles pour chevilles;• Ceinture abdominale magnétique avec ou sans bretelles;• Côtés de lit (ridelles 2/2 ou 4/4).
Au fauteuil
<ul style="list-style-type: none">• Ceinture pelvienne;• Ceinture de sécurité ou de type auto;• Freins au fauteuil;• Tablette autobloquante fixée au fauteuil (utilisée dans un but de confinement);• Fauteuil basculé vers l'arrière (utilisé dans un but de confinement).
Autres
<ul style="list-style-type: none">• Mitaines.
Isolement
<ul style="list-style-type: none">• Salle d'isolement porte barrée;• Barrière architecturale (utilisée dans le but de confinement);• Chambre avec restriction de sortie (plan de chambre, secteur psychiatrie);• Surveillance constante ayant pour but de confiner un usager dans un endroit restreint.
Substances chimiques
<ul style="list-style-type: none">• Tout médicament prescrit après évaluation médicale de l'usager susceptible de créer un ralentissement ou une immobilisation de façon significative limitant ainsi l'autonomie fonctionnelle et cognitive de la personne (CRDITED, 2014).

5.6.2. Contre-indications et situations à risque en lien avec les mesures de contrôle

Tableau 3 : Contre-indications et situations à risque

Contre-indications à toute mesure de contrôle
<ul style="list-style-type: none">• Toute condition médicale ou chirurgicale pour laquelle il serait impossible d'appliquer une contention physique;• Toute condition médicale ou chirurgicale pouvant se détériorer de façon significative ou pour laquelle la mesure de contrôle pourrait entraver le processus de guérison (ex. : lésion de pression, problème respiratoire);• Toute application d'une mesure de contrôle dans le cadre d'une mesure administrative (ex. : aspect punitif, manque de personnel, environnement inadéquat);• Toute mesure de contrôle appliquée en contexte de refus catégorique de la personne, sauf dans le cas où la sécurité d'autrui est compromise;• Application d'une ceinture abdominale sur un matelas dynamique en raison du mouvement de celui-ci;• Toute contention physique :<ul style="list-style-type: none">- Ne respectant pas les normes du fabricant (ex. : une ceinture abdominale ne peut être appliquée au fauteuil, aucune contention sur fauteuil de chambre, car celui-ci est trop léger et est susceptible de basculer);- Appliquée avec du matériel endommagé;- Appliquée sur un surmatelas de type <i>Waffle</i>.
Situations à risque en lien avec l'utilisation des ceintures abdominales
<ul style="list-style-type: none">• Une distance minimale de 10 centimètres doit être respectée entre l'aimant et le stimulateur cardiaque (<i>pacemaker</i>);• L'élévation de la tête de lit ne devrait jamais dépasser 30°, car elle peut entraîner un risque de glissement et, de l'inconfort (ex. : alimentation entérale, problème respiratoire, anesthésie);• Modèle de lit Ook Snow de la compagnie Umamo Medical peut entraîner un déplacement de la ceinture compte tenu du site d'ancrage ainsi qu'un risque de chute vu la forme des ridelles plus basses au centre.

5.6.3. Types de mesures de contrôle non autorisées

Aucune mesure de contrôle non approuvée par le CISSS de la Montérégie-Centre ne devrait être utilisée sans avoir fait l'objet d'une évaluation préalable par le Comité de prévention des mesures de contrôle et des chutes et les membres de l'équipe itinérante. À cet effet, le gestionnaire peut adresser une demande par courriel à la Direction des soins infirmiers.

Toute modification à une mesure de contrôle approuvée ainsi que la mise en place d'équipements ou de dispositifs de fabrication artisanale sont interdites en raison de l'absence de données normatives associées à leur utilisation.

De plus, les contentions brisées doivent être immédiatement retirées et être disposées afin d'éviter que celles-ci soient réutilisées. Le remplacement de ces contentions doit se faire selon les modalités prévues dans l'établissement.

5.6.4. Balises permettant de déterminer si une intervention constitue une mesure de contrôle

Afin de déterminer si une intervention constitue une mesure de contrôle, l'équipe interdisciplinaire doit se questionner sur le but visé de l'intervention plutôt que sur le dispositif lui-même.

En règle générale, si le but de l'intervention est de permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire, de fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou les habitudes de vie, ou encore de pallier une incapacité ou d'en prévenir son aggravation, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle. Inversement, si le but est de restreindre la capacité de l'usager à effectuer un mouvement ou de se déplacer, cette intervention est considérée comme une mesure de contrôle.

Tous les contextes et les dispositifs énumérés à l'annexe 10, qu'ils soient utilisés à titre de mesure de contrôle ou non, nécessitent une surveillance ajustée au niveau de risque inhérent à la mesure appliquée.

5.7. LES MODALITÉS DE SURVEILLANCE

L'application d'une mesure de contrôle nécessite une surveillance rigoureuse, car elle entraîne, pour l'usager, une réduction de son autonomie et de sa liberté, limitant ainsi sa capacité à répondre à certains de ses besoins fondamentaux. De plus, les mesures de contrôle peuvent entraîner des événements indésirables tels que des chutes, de la confusion, du déconditionnement ainsi que des complications médicales. La surveillance doit être effectuée à l'aide du formulaire « *Grille de surveillance – mesures de contrôle ou de positionnement MC-186* » (voir l'annexe 11).

Fréquence de la surveillance

La fréquence de la surveillance des mesures de contrôle relève du jugement clinique et du milieu de soins. Puisque chaque situation est unique, la surveillance est déterminée en fonction de l'évaluation de l'état physique et mental de l'usager et du niveau de risque associé. Toutefois, le CISSS de la Montérégie-Centre a établi des normes minimales de surveillance afin d'encadrer les interventions pour assurer une pratique sécuritaire.

Tableau 4 : Normes minimales de surveillance établies par le CISSS de la Montérégie-Centre

Milieux de soins	Surveillance initiale par le professionnel habilité	Surveillances subséquentes par un membre de l'équipe de soins		
	Pour toute mesure de contrôle	Contention physique	Isolement	Substance chimique
Urgence	Doit être effectuée au maximum 15 minutes après l'instauration de la mesure de contrôle	q 15 minutes	q 15 minutes	Selon la molécule administrée et l'état clinique de la personne
Courte durée santé physique		q 30 minutes	q 30 minutes	
Unités de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie		q 15 minutes	q 15 minutes	
Longue durée CHSLD		q 1 heure	q 1 heure	

Surveillance initiale

Dès l'instauration d'une mesure de contrôle, les premières minutes constituent une période critique durant laquelle le niveau de risque de préjudice est élevé. C'est pour cette raison qu'une surveillance initiale doit être effectuée par un professionnel habilité maximum 15 minutes après son installation afin de s'assurer de l'état clinique de l'utilisateur et de l'ajustement sécuritaire du matériel dans le cas d'une contention physique.

Surveillances subséquentes

Considérant que les risques sont présents pendant toute la durée de l'utilisation de la mesure de contrôle, cela exige des surveillances subséquentes.

Ces surveillances peuvent être effectuées par un membre de l'équipe de soins qui n'est pas habilité à décider de l'application de cette mesure. Toutefois, puisque la responsabilité légale de la surveillance appartient aux professionnels habilités, ceux-ci doivent s'assurer que la personne effectuant la surveillance possède toutes les informations pertinentes et les compétences pour réaliser cette surveillance. Le professionnel habilité doit rapidement être informé de tout changement ou de toute anomalie observée dans la situation clinique de l'utilisateur. De plus, l'infirmière doit procéder à l'évaluation clinique physique et mentale de l'utilisateur minimalement toutes les heures.

Si l'évaluation initiale ou la réévaluation démontrent un risque accru de préjudice en raison de l'état clinique ou d'autres facteurs aggravants, la surveillance doit être plus fréquente que les normes établies au tableau 4. Par exemple, dans une unité de soins de longue durée, pour un usager présentant des symptômes d'agitation, la surveillance pourrait être effectuée aux 15 minutes malgré que la surveillance minimale soit établie aux heures.

Pour la substance chimique, cette surveillance pourrait consister à évaluer les paramètres vitaux, les effets escomptés ainsi que les effets secondaires de la médication.

Pour l'ensemble des mesures de contrôle, il est nécessaire d'assurer des soins et une surveillance, basés sur différents paramètres comme indiqué au tableau suivant.

Tableau 5 : Soins et surveillance lors de l'application d'une mesure de contrôle

Paramètres	Observations et d'interventions
La sécurité de la personne	<ul style="list-style-type: none">• Accès à un moyen de communication (<i>cloche d'appel</i>);• Position du lit au plus bas;• Aménagement de l'environnement;• Accès rapide au dispositif de retrait de la mesure;• Désactivation du système de contrôle du lit;• Respect de la fréquence établie de la surveillance;• Protection de la personne des dangers environnants.
La dignité de la personne	<ul style="list-style-type: none">• Respect des valeurs, des habitudes de vie et de l'autonomie résiduelle;• Habillement;• Maintien de la communication et de la relation.

Paramètres	Observations et d'interventions
Le confort	<ul style="list-style-type: none"> • Alignement corporel; • Changements de position et exercices actifs et passifs à la fréquence déterminée par les professionnels (<i>maximum aux 2 heures</i>); • Si la contention physique est requise sur une période prolongée, on doit procéder, en alternance, à la libération des membres sous contention en s'assurant de la sécurité de toutes les personnes impliquées. <p>Conditions environnementales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Température ambiante; • Bruits environnants; • Luminosité.
Les signes vitaux	<p>Fréquence déterminée selon l'évaluation (<i>infirmière, médecin, pharmacien</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pression artérielle; • Fréquence cardiaque; • Fréquence et amplitude respiratoires; • Saturation; • Température.
L'intégrité de la peau	<ul style="list-style-type: none"> • Rougeur; • Œdème; • Coloration; • Chaleur; • Douleur; • Lésion.
La réponse aux besoins fondamentaux	<ul style="list-style-type: none"> • Hydratation; • Alimentation; • Élimination; • Hygiène; • Mobilité.
Les réactions affectives et psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> • État mental incluant l'état de conscience; • Réactions de l'utilisateur, de la famille et des proches face à la mesure de contrôle; • Description des comportements.
L'inspection du matériel de contention	<ul style="list-style-type: none"> • État du matériel; • Ajustement adéquat; • Conformité de l'installation selon les normes du fabricant.
L'inspection de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait du matériel potentiellement dangereux à proximité de la personne, selon son état clinique; • Aménagement de la salle d'isolement conforme aux normes du Ministère.

Suivant le retrait d'une mesure de contrôle, la réévaluation de l'état physique et mental de l'utilisateur est essentielle pour assurer sa sécurité et son bien-être.

5.7.1. En contexte hors établissement

Une fois la décision prise d'instaurer une mesure de contrôle, le professionnel habilité doit informer et former les proches aidants. Ainsi, il s'assure de leur capacité à comprendre et à suivre les recommandations émises. De plus, le professionnel s'assure de fournir aux proches aidants tout le soutien nécessaire à la mise en place ou au retrait de la mesure choisie.

Le professionnel doit enseigner :

- Comment appliquer la mesure de contrôle de façon sécuritaire;
- Les soins et la surveillance requise;
- La fréquence des soins et de la surveillance;
- Comment utiliser la grille de surveillance;
- Quelle est la durée maximale d'application de la mesure;
- Quels sont les risques liés à l'utilisation de la mesure;
- Quels sont les signes d'une détérioration de l'état de l'utilisateur sous mesure de contrôle;
- Quelles sont les interventions et les personnes à contacter en cas de complication.

Le professionnel habilité établira ensuite la fréquence de réévaluation en fonction de plusieurs facteurs dont l'état clinique de l'utilisateur et les besoins identifiés. Ce sont sur les informations rapportées principalement des proches aidants ainsi que sur les propos de l'utilisateur que l'intervenant devra baser son analyse clinique.

5.8. LA TENUE DE DOSSIER

Des exigences législatives relatives au dossier médical doivent être respectées. En ce sens, l'article 118.1 de la LSSSS stipule que l'utilisation d'une mesure de contrôle « doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier ». Ainsi, la description de la mesure de contrôle utilisée, sa période d'utilisation et le comportement motivant l'application ou le maintien de cette mesure doivent être consignés au dossier.

De plus, il faut préciser les risques inhérents à la mesure, les modalités de surveillance et de suivi qui y sont associées, l'enseignement qui a été réalisé aux familles, aux proches et au personnel des RI/RTF et RPA, ainsi que la documentation remise le cas échéant.

L'ensemble des informations relatives au processus décisionnel telles que les évaluations et les interventions effectuées par les professionnels et les intervenants impliqués doivent être consignées au dossier. Ces informations se retrouvent dans :

- Les rapports d'évaluation des différents professionnels;
- Les notes d'observation ou d'évolution des différents professionnels;
- Le *Rapport de déclaration d'une mesure de contrôle MC-81*;
- Les grilles d'observation du comportement;
- Le plan d'intervention (PI) ou plan d'intervention interdisciplinaire (PII);
- Le plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Les formulaires de soutien au processus décisionnel;
- Le formulaire de *Consentement ou refus à l'application d'une mesure de contrôle MC-120*.

Toutes les informations pertinentes à la condition clinique de l'utilisateur et au processus décisionnel doivent être inscrites de façon chronologique et portent sur les points suivants, lorsqu'applicables :

- Le contexte d'intervention planifiée ou non planifiée;
- La description objective des faits et des comportements motivant l'utilisation de la mesure de contrôle incluant le risque réel ou imminent pour l'utilisateur ou pour autrui;
- L'analyse des facteurs de risque et de protection;
- L'évaluation de la condition physique et mentale de l'utilisateur;
- La description des mesures alternatives utilisées et les résultats obtenus;
- L'évaluation des risques et des contre-indications à la mesure de contrôle;
- La description du type de mesure de contrôle utilisée et les modalités d'application;
- La durée d'application : la date et l'heure du début et de la fin de la mesure de contrôle;
- Les paramètres de la surveillance : la fréquence, l'heure, les observations et les soins dispensés;
- L'évolution clinique soit le comportement et la réaction psychologique de l'utilisateur durant l'application de la mesure de contrôle et au retrait de celle-ci;
- Les informations transmises à l'utilisateur et à ses proches;
- L'obtention du consentement valide et signé par la personne, son représentant légal ou son répondant dans un contexte d'intervention planifiée et la raison du recours au consentement substitué s'il y a lieu;
- Les données cliniques justifiant l'arrêt ou le maintien de la mesure et découlant de la réévaluation;
- Les données pertinentes émergeant du retour post-événement;
- Tout autre renseignement jugé pertinent.

5.8.1. Rédaction du plan d'intervention (PI, PII OU PTI)

Lors de l'application d'une mesure de contrôle, l'intervenant complète le plan d'intervention ou le plan thérapeutique infirmier en y inscrivant :

- Données relatives au risque réel ou imminent;
- Mesures alternatives à mettre en place avant l'application de la mesure de contrôle;
- Le contexte d'utilisation;
- Les modalités d'application;
- Le type de contention;
- Les éléments de la surveillance sous forme de directives à l'équipe interdisciplinaire;
- Données relatives à la réévaluation;
- Personnes responsables.

5.8.2. Déclaration d'une mesure de contrôle

Dès l'application de la mesure de contrôle, celle-ci doit être déclarée à l'aide du système établi dans les différents milieux :

- *Rapport de déclaration de la mesure de contrôle MC-81* (voir l'annexe 12).

Ce rapport doit être complété par le professionnel autorisé à décider de l'application d'une mesure de contrôle. Une copie demeure au dossier de l'utilisateur et une seconde copie est envoyée à l'agente administrative de la Direction des soins infirmiers (DSIAQ) afin d'en assurer la saisie;

- Saisie à l'aide du programme informatique tel que *SICHELD*.

5.8.3. Déclaration d'incident et d'accident

Tout évènement lié au non-respect du protocole ou toutes blessures relatives à l'application des mesures de contrôle doivent être déclarés à l'aide du *Rapport de déclaration des incidents ou accidents (AH-223-1)*.

5.9. LE RETOUR POST-ÉVÈNEMENT

Le CISSS de la Montérégie-Centre recommande deux démarches afin d'effectuer le retour post-évènement selon la formation reçue par le personnel ou le contexte de soins dans lequel s'est déroulé l'évènement. Il s'agit du retour post-évènement OMEGA (voir l'annexe 7) principalement pour l'urgence et les unités de santé mentale ainsi que le projet retour post-situationnel de Goulet et Larue (2015) (voir l'annexe 8).

5.9.1. Retour post-évènement OMEGA (ASSTSAS, 2015)

Il poursuit deux objectifs soit d'assurer le bien-être physique et psychologique des intervenants et de procéder à l'analyse rigoureuse de l'évènement favorisant l'apprentissage des personnes impliquées.

La première partie s'effectue immédiatement après l'évènement et consiste à s'assurer du bien-être des intervenants. Pour le volet de l'analyse, celle-ci se fait généralement un ou plusieurs jours suivant l'évènement. Les échanges entre les intervenants doivent être réalisés dans un climat de respect et de non-jugement où toutes les personnes impliquées doivent se sentir libres d'exprimer ce qu'elles ont vécu.

5.9.2. Projet retour post-situationnel (Goulet et Larue, 2015)

Cette intervention comporte deux volets, soit le retour avec l'utilisateur et le retour auprès de l'équipe de soins.

Lorsque l'état clinique de l'utilisateur le permet, c'est-à-dire lorsque l'utilisateur n'est pas atteint de troubles cognitifs comme dans le cas des troubles neurocognitifs majeurs, un retour post-évènement doit être effectué. Celui-ci s'effectue généralement de 24 à 48 heures suivant l'évènement. Il permet de discuter avec l'utilisateur de son expérience afin qu'il puisse s'exprimer librement et qu'il collabore à l'ajustement de son plan de traitement.

Les thèmes à aborder avec la personne selon Goulet (2019) sont :

- Les déclencheurs;
- Les sentiments vécus;
- Les éléments difficiles;
- Les éléments facilitants;
- La perception de la dignité;
- La reprise du rythme de l'unité;
- Les interventions à améliorer pour l'équipe traitante;
- Les comportements à améliorer pour la personne.

Les thèmes à aborder avec l'équipe selon Goulet (2019) sont :

- L'environnement;
- Les déclencheurs;
- L'identification précoce du changement de comportement;
- Les interventions tentées;
- Les mesures correctives et préventives.

5.10. LA DÉMARCHE ÉTHIQUE

Lorsqu'il émerge d'une situation de soins complexes, un dilemme de valeurs, une tension entre deux principes et un débalancement entre l'utilisateur et ses proches, les soignants impliqués et les repères normatifs concernant le recours aux mesures de contrôle, il est encouragé que les professionnels et les équipes de soins prennent un moment de réflexion pour initier une démarche éthique.

L'objectif de cette démarche est de :

- Réfléchir en interdisciplinarité, avec l'utilisateur, sa famille et ses proches ou son représentant aux objectifs de soins et de services et aux principales valeurs de tous acteurs concernés par la décision;
- Revoir et considérer les repères normatifs pertinents;
- Anticiper les torts/bénéfices des diverses possibilités d'action.

Cette démarche interdisciplinaire de co-construction permet l'identification d'une décision responsable dite raisonnable (Savignac & Foulem, 2016). C'est-à-dire, la meilleure décision dans le contexte et qui peut s'expliquer par un rationnel de valeur.

Les intervenants qui initient une démarche éthique doivent impliquer leur gestionnaire, l'utilisateur et ses proches. Au besoin, le gestionnaire peut interpeller le Comité de prévention des mesures de contrôle et des chutes ou le Comité d'éthique.

Pour faciliter cette démarche, les intervenants peuvent utiliser *l'Introduction à la démarche éthique en lien avec l'utilisation d'une mesure de contrôle et le Guide de réflexion éthique en lien avec la mise en place ou non d'une mesure de contrôle* (voir l'annexe 13).

6. DÉFINITIONS

Aptitude à consentir : L'aptitude à donner un consentement libre et éclairé dépend de la capacité de l'utilisateur à comprendre, apprécier, raisonner et exprimer un choix (Hottin, 2015). L'évaluation de l'aptitude est une démarche clinique complexe et doit être faite à chaque occasion où un consentement aux soins est requis. L'aptitude à consentir est présumée. Il ne faut pas confondre avec l'inaptitude constatée par le tribunal à l'occasion d'un régime de protection (tutelle, curatelle). L'évaluation de l'aptitude à consentir à une mesure de contrôle incombe aux professionnels autorisés à décider de ce soin (CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, 2014).

Centre de jour communautaire :	Service avec une programmation adaptée aux besoins des usagers âgés de 21 ans et plus ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et qui nécessitent de la supervision soutenue et continue en lien avec leur niveau d'autonomie. Un ensemble d'activités de différentes natures qui vise l'intégration, la participation dans la communauté et le maintien des acquis est offert aux usagers.
Consentement :	La manifestation de la volonté explicite ou implicite par laquelle une personne approuve un acte que doit accomplir une autre personne (CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, 2014). Afin d'être considéré valable, le consentement doit être donné par une personne apte, être manifeste, être libre, être éclairé et être donné à des fins spécifiques.
Consentement éclairé :	Un consentement éclairé est donné lorsque la personne apte à consentir aux soins a reçu et comprend les informations pertinentes. Ceci inclut la justification de la mesure, les mesures alternatives, le type de mesure envisagée, les modalités d'application et de surveillance, les risques associés à l'application de la mesure de contrôle, les conséquences possibles d'un refus, ainsi que les modalités associées au refus catégorique. Les informations doivent être transmises clairement et dans un langage que la personne comprend. Il faut aussi répondre aux questions de l'utilisateur ou de son représentant (CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, 2014).
Consentement libre :	Le consentement est donné par l'utilisateur de son plein gré, sans aucune forme de pression, de menace, de contrainte ou de promesse de la part du médecin, de la famille ou de l'entourage (CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, 2014).
Consentement substitué :	Si l'utilisateur est inapte à donner ou à refuser son consentement, une autre personne apte peut y être autorisée telle que le mandataire, le tuteur, le curateur privé ou le curateur public. Si la personne jugée inapte n'est pas représentée légalement, le consentement peut être donné par un répondant, soit par ordre de priorité : le conjoint, un proche parent ou par une personne qui démontre pour la personne un intérêt particulier. La personne qui donne un consentement substitué est tenue d'agir dans le seul intérêt de la personne inapte en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester (OIIQ, 2018).
Contention :	« Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap » (MSSS, 2015).
Danger grave imminent :	Situation susceptible de provoquer à brève échéance des blessures graves à l'utilisateur ou à un tiers, allant jusqu'à la mort. Pour être imminente, la nature du danger doit être telle qu'elle inspire un sentiment d'urgence.

Domicile :	Le lieu où réside l'utilisateur et cela comprend également les résidences pour personnes âgées (RPA), les résidences intermédiaires (RI) et celles de type familial (RTF).
Établissement public :	<p>Une entité juridique sans but lucratif dotée de capacités et de responsabilités légales qui est titulaire d'un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Un établissement exerce des activités propres à la mission de l'un ou de plusieurs des centres suivants : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre local de services communautaires (CLSC), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), centre de réadaptation (CR) et centre hospitalier (CH) (Gouvernement du Québec, 2016).</p>
Hors établissement :	Milieus de travail des intervenants à l'emploi du CISSS de la Montérégie-Centre qui répondent à la définition « Établissement public ».
Interférences aux traitements incommodants :	Sous-entend les comportements des usagers qui perturbent ou entrent en conflit avec les traitements prodigués (MSSS, 2006).
Intervention physique restrictive :	Toute technique d'intervention impliquant que l'utilisateur doit être tenu par une ou plusieurs personnes et où le rapport de force est si grand qu'il est maîtrisé efficacement et qu'il ne peut se dégager. Ainsi, la dimension « restrictive » de l'intervention physique de contention implique l'application de la force avec l'intention d'empêcher les mouvements de la personne, malgré son opposition et sa résistance. Le degré et la durée de la force déployée dépendent de la résistance offerte par la personne, et doivent toujours être réduits au minimum requis (MSSS, 2015).
Isolement :	« Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement » (MSSS, 2015).
Mesures de positionnement et d'assistance :	Une mesure de positionnement consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer par elle-même (MSSS, 2015).
Mesures préventives, de remplacement ou alternatives :	Il s'agit de stratégies d'interventions simples ou complexes qui permettent d'éviter de recourir à la contention ou à l'isolement. Ces mesures visent à prévenir, à éliminer ou à réduire les causes des comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui (MSSS, 2002). Pour les fins de ce protocole, les termes « mesures alternatives » seront utilisés afin de désigner ces interventions.

Proche aidant :	« Un proche aidant est un membre de la famille ou quelqu'un qui est considéré comme un membre de la famille qui fournit des soins ou du soutien à la personne gravement malade ou blessée ou qui a besoin de soins de fin de vie » (Gouvernement du Canada, 2020).
Retour post-événement :	Analyse effectuée après l'application d'une mesure de contrôle intégrant à la fois l'utilisateur et l'équipe de soins afin de réajuster le plan d'intervention et permettre un apprentissage significatif pour toutes les personnes impliquées.
Refus catégorique :	Refus systématique, verbalisé ou à l'aide de comportements, constant ou répété dans le temps et qui ne laisse place à aucune interprétation. À noter qu'un tel refus à une mesure de contrôle même s'il provient d'un usager adulte inapte doit être respecté à moins d'avoir obtenu une ordonnance de la Cour à cet effet, et ce, même si le répondant ou le représentant légal consent à l'application de la mesure (Gouvernement du Québec, Le Curateur public).
Représentant légal :	Personne identifiée par le tribunal (tuteur, curateur ou mandataire) pour représenter la personne déclarée inapte. Veille notamment à l'application de ses droits civils, à la défense de ses intérêts et au consentement aux soins, incluant l'application de mesures de contrôle (Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec, 2018).
Résidence privée pour aînés :	Résidences privées pour aînés dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes (RPA-A) ou semi-autonomes (RPA-SA), incluant toute résidence où sont offerts, en outre de la location de chambres ou de logements, différents services, notamment : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs, services d'assistance personnelle ou à la catégorie des soins infirmiers (MSSS, 2013).
Ressource de type familial (RTF) :	Un milieu de vie qui est la résidence principale d'une ou de deux personnes physiques qui accueillent au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public en vue de répondre à leurs besoins et de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel (MSSS, 2016).
Ressource intermédiaire (RI) :	Une ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'utilisateurs par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition (MSSS, 2016).
Substance chimique :	« Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament » (MSSS, 2015).

7. INTERVENANTS CONCERNÉS

7.1. Contribution des différents acteurs à la décision

7.1.1. La décision d'utiliser une mesure de contrôle : un acte réservé

L'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (Gouvernement du Québec, 2009), a ajouté des professionnels pour qui la décision de mettre en isolement ou sous contention est dorénavant un acte réservé dans les établissements régis par la LSSSS.

Tableau 6 : Résumé des activités réservées selon les professionnels

Professionnels	Acte réservé dans une installation maintenue par un établissement (LSSSS et LSSSS pour les autochtones cris ¹)			Acte réservé en tous lieux (Code des professions) ²		
	Contention	Isolement	Substances chimiques	Contention	Isolement	Substances chimiques
Médecin	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI
Infirmière praticienne spécialisée (IPS)			OUI			OUI
Infirmière		NON	NON	NON		
Ergothérapeute						
Physiothérapeute						
Psychoéducateur		OUI	NON	NON		
Psychologue						
Travailleur social						

(Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2002, chapitre 33)).

En vertu du *Code des professions*, « la décision d'utiliser des mesures de contention » est une activité réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au physiothérapeute en tous lieux. Aussi, le travailleur social, le psychologue et le psychoéducateur y sont autorisés lorsque la décision est prise dans un établissement au sens de la LSSSS, et ce, en conformité avec leur champ d'exercices respectif.

La décision d'utiliser des mesures **d'isolement**, quant à elle, est une activité réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur, et ce, en conformité avec leur champ d'exercices respectif lorsqu'elle est prise dans un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris.

¹ Décision 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 d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2009, chapitre 28)).

² Décision prise en tous lieux (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (2002, chapitre 33)).

En ce qui concerne « la décision et la prescription d'une contention chimique », le recours à des médicaments demeure sous la responsabilité du médecin et de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS). En effet, les IPS sont autorisées à prescrire certains médicaments selon les conditions prévues au *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins* (Gouvernement du Québec, 2014) pris par le Collège des médecins en vertu de la *Loi médicale* et du *Code des professions*. Il incombe ensuite à l'infirmière d'effectuer l'évaluation de l'état physique et mental avant que la médication soit administrée à l'utilisateur.

« La candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ne peut décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones en crise* (RLRQ, chapitre S-5) » (OIIQ, 2019).

La prise de décision en matière de mesure de contrôle requiert également un partenariat avec l'utilisateur et ses proches. Ceux-ci doivent donc être impliqués activement dès le début de l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire et tout au long du processus décisionnel de soins.

7.1.2. L'application d'une mesure de contention ou d'isolement : un acte non réservé

Une fois que la décision d'utiliser la mesure de contrôle a été prise par les professionnels autorisés, tous les intervenants peuvent appliquer cette mesure dans le cadre de leurs fonctions en s'assurant d'avoir les connaissances nécessaires à leur application sécuritaire et conforme aux normes du fabricant.

7.1.3. L'application d'une mesure de contention chimique : un acte réservé

Contrairement à la contention physique et à l'isolement, le recours à une contention chimique est réservé aux personnels habilités à administrer une médication.

Lorsqu'une médication doit être administrée au besoin, et ce, dans un but de contention chimique, une évaluation préalable de l'état physique et mental de l'utilisateur doit être effectuée par l'infirmière, afin de planifier les interventions. L'infirmière a l'obligation d'informer l'utilisateur de la médication à administrer (nom, indication et but poursuivi, durée d'action, effets attendus, effets secondaires), d'effectuer les soins et la surveillance requise selon la ou les molécules administrées.

7.1.4. Particularités hors établissement

En contexte hors établissement, seulement les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes peuvent prendre part à la décision d'appliquer des mesures de contrôle (voir tableau 6).

Par contre, les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychoéducateurs, ainsi que certains autres intervenants sont concernés par l'utilisation de mesures de contrôle. En effet, leur expertise leur permet de participer à la collecte de données et l'analyse préalable à la prise de décision, et surtout à la recommandation de mesures alternatives aux mesures de contrôle.

8. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

8.1. Rôles et responsabilités communes des professionnels habilités à décider d'une mesure de contrôle

Dans le cadre des activités qui leur sont réservées et selon les milieux désignés (voir tableau 6), les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux et les psychoéducateurs partagent certaines responsabilités lorsqu'ils sont considérés comme professionnels habilités à décider d'une ou de plusieurs mesures de contrôle. Chaque professionnel doit se référer aux lignes directrices émises par leur ordre professionnel et aux normes établies par l'établissement.

Responsabilités générales en lien avec la décision de l'utilisation d'une mesure de contrôle :

- Contribuer au sein de l'équipe interdisciplinaire, au processus décisionnel pouvant mener à l'utilisation d'une mesure de contrôle dans le respect de bonnes pratiques;
- Prendre en considération tous les aspects cliniques de la situation et tenir compte des aspects légaux et éthiques;
- Initier et mettre en place des mesures alternatives;
- Impliquer, en tout temps, l'usager ainsi que sa famille, ses proches et/ou son représentant légal dans le processus décisionnel;
- Déterminer au plan d'intervention (PI) ou au plan thérapeutique infirmier (PTI) les mécanismes de surveillance et de suivi pour l'application d'une mesure de contrôle;
- Obtenir le consentement de l'usager, de son représentant légal ou son répondant et compléter le formulaire *Consentement ou refus à l'application d'une mesure de contrôle MC-120* (voir l'annexe 5);
- Obtenir le *Consentement du Curateur public du Québec* pour le majeur sous tutelle ou curatelle publique jugée inapte à consentir au soin ou aviser le curateur délégué de tout consentement ou refus de la part d'un majeur sous tutelle/curatelle publique jugée apte à consentir (voir l'annexe 6);
- Déclarer la mesure de contrôle à l'aide du *Rapport de déclaration de la mesure de contrôle MC-81* (voir l'annexe 12) ou selon le système établi dans les différents milieux;
- Consigner les observations et les informations pertinentes au dossier et les transmettre à l'équipe interdisciplinaire;
- Effectuer, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, des réévaluations régulières de la pertinence de maintenir ou de cesser la mesure de contrôle en fonction de l'état clinique de l'usager;
- Effectuer en collaboration avec l'équipe, la surveillance requise (voir l'annexe 11);
- Déclarer tout incident/accident à l'aide du *Rapport de déclaration des incidents ou accidents (AH- 223-1)* pour tout événement lié au non-respect de ce protocole ou pour toutes blessures relatives à l'application des mesures de contrôle;
- Participer à l'analyse post-événement (voir les annexes 7 et 8);
- Assurer le suivi du PI ou du PTI;
- S'assurer que l'information et la formation soient données aux personnes qui appliqueront les mesures alternatives ou de contrôle;
- S'assurer de l'application adéquate de la mesure de contrôle par l'équipe de soins en respect du PI ou du PTI;
- Compléter au besoin le *Guide de réflexion éthique en lien avec la mise en place ou non d'une mesure de contrôle* (voir l'annexe 13);
- Compléter au besoin la *Démarche interdisciplinaire-Processus décisionnel pour l'application des mesures de contrôle MC-159* (voir l'annexe 3);

- Évaluer l'aptitude à consentir à la mesure de contrôle;
- S'assurer de l'application des principes d'intervention contenus dans ce protocole ainsi que les différents outils cliniques associés.

8.2. Médecin et infirmière praticienne spécialisée (IPS)

L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement (*Loi médicale*, article 31).

Responsabilités spécifiques en lien avec la décision de l'utilisation d'une mesure de contrôle :

- Évaluer la condition physique et mentale de l'utilisateur pour lequel une mesure de contrôle est envisagée;
- Assurer la révision du profil pharmacologique en collaboration, au besoin, avec le pharmacien;
- Évaluer l'aptitude à consentir à la mesure de contrôle.

8.3. Infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI) et infirmière

Selon son champ d'exercices, l'infirmière se voit réserver certaines activités, dont l'évaluation de la condition physique et mentale d'un usager symptomatique. Elle doit également exercer une surveillance clinique de la condition des usagers dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (OIIQ, 2016).

8.3.1. Assistante au supérieur immédiat (ASI) ou infirmière-chef d'équipe

Responsabilités spécifiques en lien avec l'encadrement de l'utilisation d'une mesure de contrôle outre les responsabilités générales déjà émises :

- Assurer une vigie quant à l'application judicieuse et appropriée des mesures de contrôle;
- Agir à titre de personne-ressource auprès du personnel infirmier pour identifier ou solutionner les problèmes de soins infirmiers ou situations cliniques complexes;
- S'assurer que les mesures de contrôle utilisées sont déclarées à l'aide des modalités prévues dans les différents milieux;
- S'assurer que les membres des équipes de soins procèdent à la déclaration à l'aide du *Rapport de déclaration des incidents ou accidents (AH-223-1)* pour tout événement lié au non-respect de ce protocole ou pour toutes blessures relatives à l'application des mesures de contrôle;
- S'assurer que la réévaluation de la mesure de contrôle soit réalisée dans les délais requis en fonction de l'état clinique de l'utilisateur et des milieux de soins.

8.3.2. Infirmière

Responsabilités spécifiques en lien avec la décision de l'utilisation d'une mesure de contrôle :

- Assurer la surveillance clinique de l'utilisateur en collaboration avec l'équipe de soins;
- Prodiguer les soins et établir la fréquence de la surveillance selon l'état clinique de l'utilisateur et en conformité avec le présent protocole;
- Transmettre les informations pertinentes de façon continue à l'équipe de soins ainsi qu'au rapport interservices;

- En milieu scolaire :
 - S'assurer que l'intervention physique restrictive soit effectuée par le personnel de l'école qui a été formé pour appliquer les mesures de contrôle;
 - S'assurer que l'intervention physique restrictive soit effectuée avec une force minimale requise;
 - S'assurer d'obtenir le consentement de l'utilisateur ou le représentant légal avant l'utilisation de l'intervention physique restrictive.

8.4. Ergothérapeute

L'ergothérapeute a les connaissances et les habiletés nécessaires pour analyser les liens entre l'environnement physique et humain d'un usager et évaluer ses habiletés fonctionnelles. Il est donc un acteur clé pour adapter l'environnement et identifier des moyens de maintenir la sécurité et l'intégrité des usagers tout en favorisant leur autonomie (OEQ, 2006).

Responsabilités spécifiques en lien avec la décision de l'utilisation d'une mesure de contrôle :

- Maintenir ou restaurer les capacités fonctionnelles, compenser les incapacités et diminuer les situations de handicap;
- Rassembler les informations pertinentes à l'évaluation et procéder à l'analyse des résultats, notamment par des mises en situation, par une observation structurée de l'utilisateur et de son environnement physique et humain, par des questionnaires relatifs à la réalisation des habitudes de vie et par l'analyse de l'horaire occupationnel de l'utilisateur;
- Effectuer l'évaluation spécifique des aptitudes motrices, sensorielles, cognitives et comportementales qui permettront d'apprécier les causes sous-jacentes aux comportements observés;
- Recommander des aides techniques et des approches visant la sécurité et l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur.

8.5. Travailleur social

Le travailleur social a les connaissances et les habiletés nécessaires pour évaluer l'impact des mesures de contrôle sur le fonctionnement social des usagers. Le processus réflexif du travailleur social s'établit à partir d'une collecte de données selon deux dimensions globales soit les caractéristiques personnelles et environnementales de la personne. L'analyse de ces données fait émerger le sens du comportement présenté par la personne et le recadre à la lumière de son fonctionnement social antérieur.

La collecte de données du travailleur social regroupe les éléments suivants :

- Les caractéristiques personnelles de l'utilisateur : son historique quant aux éléments perturbateurs et aux facteurs déclencheurs du comportement à risque; son historique en matière de mesures de contrôle et les conséquences entraînées; son historique en matière de victimisation, les solutions préventives aux comportements à risque et les mesures alternatives expérimentées antérieurement;
- Les caractéristiques environnementales : les milieux de vie d'origine et précédents; les relations familiales et autres relations interpersonnelles; les ressources financières et autres ressources disponibles ou à développer, lieux et possibilités d'activités et d'implication participatives au sein du milieu; les procédures et politiques de l'établissement pertinentes (OTSTCFQ, 2011).

8.6. Physiothérapeute

Le physiothérapeute exerce un rôle essentiel dans la prévention des chutes. Il évalue les déficiences et les incapacités de la fonction physique, il détermine un plan de traitement et réalise des interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. Ces activités lui permettent d'identifier les « déficiences et incapacités à l'origine de la problématique permettant ainsi d'élaborer les mesures alternatives les plus pertinentes pour pallier celles-ci ou en dernier recours, pour décider d'utiliser une mesure de contention physique » (OPPQ, 2008).

Responsabilités spécifiques en lien avec la décision de l'utilisation d'une mesure de contention :

- Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire de l'utilisateur pour lequel une mesure de contrôle est envisagée;
- Poser le diagnostic physiothérapeutique déterminant s'il y a lieu, la cause du risque de chute.

8.7. Technologue en physiothérapie (T. phys.)

Le technologue en physiothérapie peut, en lien avec l'article 39.4 du *Code des professions*, « procéder à la vérification de la sécurité de la personne par l'exécution de tests standardisés » (OPPQ, 2008) et contribuer à l'identification des risques de chutes de l'utilisateur pour lequel une mesure de contrôle est envisagée.

Pour l'utilisateur identifié à risque de chute, le technologue en physiothérapie doit disposer d'une évaluation d'un physiothérapeute ou d'un médecin identifiant la ou les causes du trouble de marche ou d'équilibre, afin de lui permettre d'assurer le suivi du plan d'intervention en physiothérapie.

Responsabilités spécifiques en lien avec l'utilisation d'une mesure de contrôle :

- En collaboration avec le physiothérapeute, établir une collecte de données évaluative permettant de préciser le risque de chute de l'utilisateur et les facteurs contributifs;
- Faire part de ses observations à l'équipe interdisciplinaire afin que celle-ci soit en mesure de prendre une décision éclairée concernant l'installation et le retrait de la contention;
- Recommander des stratégies de prévention et des mesures alternatives à la contention en fonction des déficiences ou incapacités ciblées par le physiothérapeute ou le médecin;
- Collaborer au plan d'intervention en physiothérapie;
- Assurer le suivi du plan d'intervention en physiothérapie.

8.8. Psychologue

Le psychologue évalue le fonctionnement psychologique et mental de la personne, notamment en examinant ses affects, ses aptitudes, ses attitudes, ses cognitions, ses intérêts, ses motivations et ses ressources. Il vise à établir un portrait, à préciser des recommandations ou à déterminer un plan d'intervention dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de la personne en interaction avec son environnement (OPQ, 2013). Son expertise particulière garantit une complémentarité d'opinions pour l'utilisation judicieuse et ultime de mesures de contrôle.

8.9. Psychoéducateur

Le psychoéducateur évalue les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de la personne afin de déterminer un plan d'intervention et d'en assurer la mise en œuvre. Ainsi, il contribue au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'utilisateur en interaction avec son environnement.

Son rôle est de développer des stratégies adaptatives offrant une alternative aux mesures de contrôle et visant l'utilisation de ces mesures en dernier recours seulement (OPQ, 2013).

8.10. Spécialiste en activités cliniques/coordonnateurs professionnels

Responsabilités spécifiques en lien avec l'encadrement de l'utilisation d'une mesure de contrôle outre les responsabilités générales déjà émises :

- Assurer une vigie quant à l'application judicieuse et appropriée des mesures de contrôle;
- Agir à titre de personne-ressource auprès de l'équipe pour identifier ou solutionner les situations cliniques complexes;
- S'assurer que les mesures de contrôle utilisées sont déclarées à l'aide des modalités prévues pour chaque secteur;
- S'assurer que les membres de l'équipe procèdent à la déclaration à l'aide du *Rapport de déclaration des incidents ou accidents (AH-223-1)* pour tout événement lié au non-respect de ce protocole ou pour toutes blessures relatives à l'application des mesures de contrôle;
- S'assurer que la réévaluation de la mesure de contrôle soit réalisée dans les délais requis en fonction de l'état clinique de l'utilisateur et du secteur.

8.11. Autres membres de l'équipe interdisciplinaire (technicien en travail social, technicien en éducation spécialisée, auxiliaires de santé et de services sociaux, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, etc.)

Les intervenants non ciblés par le *Code des professions*, la *Loi médicale* et la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* ne sont pas autorisés à décider de l'application d'une mesure de contrôle. Toutefois, leur contribution est essentielle au processus décisionnel et ainsi, ils doivent :

- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire à la collecte de données;
- Respecter les directives inscrites au plan d'intervention (PI) ou au plan thérapeutique infirmier (PTI) le cas échéant;
- Appliquer les mesures de contrôle selon les directives du professionnel habilité;
- Collaborer au suivi, à la surveillance et à la rédaction des notes s'y rattachant;
- Faire part de leurs observations à l'équipe interdisciplinaire;
- Déclarer tout incident/accident à l'aide du *Rapport de déclaration des incidents ou accidents (AH-223-1)* pour tout événement lié au non-respect de ce protocole ou pour toutes blessures relatives à l'application des mesures de contrôle;
- Participer à l'analyse post-événement au besoin (voir les annexes 7 et 8).

Les autres employés ainsi que les agents de sécurité, en contact avec la clientèle, doivent rapporter immédiatement les éléments présentant des risques et nécessitant une évaluation de la part des professionnels concernés. De plus, les agents de sécurité et les aides de service effectuant une surveillance peuvent compléter les formulaires de surveillance rapportant des observations factuelles.

8.12. Usager

Est au cœur des soins et des services. Par conséquent, il exerce un rôle principal dans l'amélioration de son état de santé et est partie prenante du processus décisionnel et des interventions qui en découlent.

Ainsi, son rôle consiste à :

- S'impliquer au maximum de ses capacités afin de maintenir son autonomie;
- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire afin d'améliorer la connaissance de sa situation de santé (changements dans l'état de santé, histoire et habitudes de vie, croyances, valeurs, préférences, intérêts, besoins, facteurs facilitants et apaisants et antécédents de traumatismes);
- Contribuer à identifier des mesures alternatives adaptées à ses besoins (moyens habituels pour pallier la situation de santé, présence régulière de proches, objets familiers, photos de famille, réassurance par contact téléphonique);
- Participer au processus décisionnel avec l'équipe de soins concernant l'utilisation de mesures de contrôle;
- Donner un consentement libre et éclairé à l'utilisation ou au refus de la mesure de contrôle proposée par l'équipe.

8.13. Famille et proches

La famille et les proches sont des partenaires actifs dans les soins et le processus décisionnel. Ceux-ci peuvent notamment exercer les rôles suivants :

- Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire afin d'améliorer la connaissance de la situation de santé de l'usager (changements dans l'état de santé, histoire et habitudes de vie, croyances, valeurs, préférences, intérêts, besoins, facteurs facilitants et apaisants et antécédents de traumatismes);
- Contribuer à identifier et à appliquer des mesures alternatives personnalisées (présence régulière, objets familiers, photos de famille, réassurance par contact téléphonique);
- Donner un consentement libre et éclairé à l'utilisation ou au refus de la mesure de contrôle proposée par l'équipe dans le cas où un consentement substitué est nécessaire;
- Participer au processus décisionnel avec l'équipe interdisciplinaire concernant l'utilisation de mesures de contrôle;
- Partager leurs observations à l'équipe interdisciplinaire;
- Assurer le suivi et la surveillance des mesures de contrôle;
- Déclarer tout évènement indésirable en lien avec l'application d'une mesure de contrôle à l'équipe interdisciplinaire.

9. DIRECTIVES SPÉCIFIQUES EN FONCTION DU MILIEU/DE LA CLIENTÈLE

9.1. En contexte hors établissement

Le proche aidant qui refuse les mesures alternatives proposées, et qui utilise une mesure de contention de fabrication artisanale ou du matériel non prévu à cette fin ou toute autre mesure de contrôle à l'encontre de l'opinion professionnelle de l'équipe, se doit d'être informé par le professionnel des conséquences actuelles et potentielles d'une telle action. Le tout doit être noté au dossier de l'usager. Dans ces circonstances, la responsabilité de retirer les mesures de contention lors des interventions à domicile et de les remettre en place revient au proche aidant qui le fait alors en toute connaissance des risques associés.

Si le proche refuse d'enlever la mesure de contrôle, l'intervenant pourra la retirer pour donner le soin ou le service et avisera le proche qu'il ne la remettra pas en place à la fin du soin ou du service. Par la suite, un processus décisionnel (voir l'annexe 2) ou une réflexion éthique (voir l'annexe 13) devrait être réalisé.

De plus, si le prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnels au sens du *Code des professions (C-26)* a un motif raisonnable de croire que la mesure de contrôle porte atteinte de façon sérieuse à l'intégrité physique ou psychologique, il doit en informer son chef d'équipe ou son gestionnaire et le signaler sans délai pour :

- Toutes personnes sous tutelle ou curatelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection homologué au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement;
- La personne vulnérable ou son représentant légal qui a donné son consentement pour le signalement à un corps de police³;
- Le jeune de moins de 18 ans à la Direction de la protection de la jeunesse.

9.1.1. En ressource intermédiaire/type familial ou résidence privée pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes

Selon la loi, en **résidence privée pour personnes âgées autonomes (RPA-A)**, lorsqu'un résident présente des comportements préjudiciables ou perturbateurs qui peuvent mettre en danger sa sécurité ou celle d'autrui, la personne responsable doit mettre en place les procédures en vigueur dans cet établissement. En aucun cas, un résident qui nécessite une contention ne peut demeurer dans une résidence privée de catégorie « autonome », même de façon temporaire. Aussi, aucun motif ne peut être invoqué par un exploitant pour justifier l'utilisation de mesures de contrôle dans une résidence privée pour aînés dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes. De telles mesures y sont interdites en tout temps, même en situation d'urgence⁴.

Également en **RI/RTF comme en résidence privée pour personnes âgées de catégorie « semi-autonome » (RPA-SA)**, l'utilisation de mesures de contrôle n'est pas prévue. Lorsque toutes les mesures alternatives pour tenter d'atténuer ou d'éliminer une situation problématique ont échoué, il faut entreprendre des démarches rapides pour orienter la personne vers une ressource appropriée. Cependant, dans l'attente de la relocalisation de l'usager et seulement si le comportement préjudiciable ou perturbateur de celui-ci présente un risque imminent pour lui-même ou son entourage, l'équipe peut recourir de façon temporaire et exceptionnelle, à une contention physique. Un processus de surveillance le plus rigoureux que peut permettre le contexte hors établissement doit être mis en place. Toutefois, l'utilisation de substances chimiques et l'isolement demeurent proscrits⁵.

³ L-6.3 *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*. 15 janvier 2019.

⁴ *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, chapitre S-4.2, r. 5.01, LSSS.

⁵ MSSS, *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (LSSS, chapitre S-4.2)* manuel d'application, document maître, p. 95.

À noter qu'il est très difficile actuellement pour l'intervenant de connaître le type de contrat liant la résidence à l'usager suivi, puisque certaines résidences offrent des services pour personnes autonomes et semi-autonomes. Le défi pour l'intervenant est de clarifier quel type de surveillance l'usager est en droit d'attendre, compte tenu de son contrat avec la résidence. Dans une telle situation, si on envisage l'utilisation des mesures alternatives dans une RPA, l'intervenant doit consulter le responsable de la RPA ainsi que son chef d'administration de programme afin d'établir les modalités possibles ou non.

9.1.2. En milieu scolaire

En **milieu scolaire adapté**, l'âge de l'enfant, son niveau de développement et sa capacité à collaborer, sont des éléments à évaluer pour planifier les interventions à effectuer. En contexte d'interférence aux traitements incommodants (ex. : pansement pour une blessure), les mesures alternatives sont à privilégier par exemple une approche délicate, le jeu thérapeutique, la distraction, l'utilisation d'un objet familier, la participation au soin ou si possible la participation d'un intervenant de l'école ou d'un parent (MSSS, 2006). Si ces mesures s'avèrent inefficaces, l'intervention physique restrictive impliquant une force musculaire peut être réalisée sans obtenir la collaboration complète de l'usager, mais l'approche privilégiée est que celle-ci soit recherchée (CHU Sainte-Justine, 2009). L'intervenant demeure auprès de l'usager tout au long de la procédure pour le rassurer et pour effectuer la surveillance requise.

Pour un usager qui ne coopère pas, le niveau de gravité des conséquences de l'interférence et l'urgence des traitements à recevoir doivent être considérés avant d'appliquer une mesure de contrôle (MSSS, 2006). À noter que seule l'intervention physique restrictive impliquant la force musculaire d'une ou de plusieurs personnes est utilisée dans ce contexte afin de maîtriser efficacement l'usager.

En situation planifiée, un consentement à l'utilisation d'une mesure de contrôle pourrait être demandé en début d'année aux détenteurs de l'autorité parentale sur la possibilité de l'utilisation d'une mesure de contrôle brève dans un contexte de soins. Les risques associés à la mesure de contrôle, les mesures alternatives qui seront tentées avant d'y avoir recours ainsi que la possibilité de révoquer en tout temps le consentement sont des éléments à aborder lors de la signature de celui-ci.

En situation non planifiée, lorsque le comportement de l'usager entraîne un risque d'atteinte à son intégrité ou à celle d'autrui, il faut sécuriser la personne ou autrui et communiquer si requis avec les services d'urgence (911). Les détenteurs de l'autorité parentale doivent être informés de l'évènement, des mesures alternatives tentées et des circonstances qui ont entraîné la décision d'utiliser une intervention physique restrictive.

9.1.3. Domicile

Les particularités associées aux mesures de contrôle appliquées à domicile consistent en la gestion quotidienne et la surveillance puisque celles-ci doivent être réalisées par les proches aidants de l'usager, qui n'ont pas nécessairement de formation professionnelle à cet effet.

À domicile le professionnel ou l'intervenant peut être confronté à des situations telles que :

- Une demande d'instauration d'une mesure de contrôle par les proches aidants;
- L'utilisation non encadrée de mesure de contrôle par les proches aidants;
- La nécessité d'avoir recours à une mesure de contrôle pour offrir un soin.

Si tel est le cas, l'intervenant doit d'abord informer les personnes concernées que l'utilisation de ces mesures n'est pas prévue en contexte hors établissement compte tenu des dangers qu'elles suscitent et de la surveillance accrue qu'elles exigent. Leur utilisation doit faire l'objet d'une évaluation interdisciplinaire afin d'évaluer la pertinence de l'application d'une mesure de contrôle suivant l'analyse des besoins de l'utilisateur et des proches aidants.

9.2. En établissement

9.2.1. Urgence

Dans un contexte de salle d'urgence, la prise de décision quant à l'application d'une mesure de contrôle peut s'avérer un peu différente. Bien que l'ensemble des étapes du processus décisionnel soient toutes importantes et incontournables, le contexte de l'urgence apporte cependant quelques nuances. En contexte d'urgence, les professionnels disposent de peu d'information pour prendre rapidement une décision clinique pour assurer la sécurité de tous. La plupart des mesures de contrôle appliquées à l'urgence sont majoritairement pour des usagers présentant des comportements perturbateurs à haut risque de dangerosité pour eux-mêmes et pour les autres.

Par ailleurs, il importe donc que l'évaluation de la situation s'effectue rapidement. Ainsi, l'identification de la problématique, des comportements de l'utilisateur et du potentiel de dangerosité (pour lui-même ou autrui) ainsi que des causes possibles deviennent une priorité. Le jugement clinique des intervenants sur la condition de l'utilisateur et sur le niveau de risque qu'il présente permet dans la mesure du possible d'instaurer des mesures alternatives et d'impliquer à titre de partie prenante, l'utilisateur, la famille et les proches dans l'intervention et d'appliquer une mesure de contrôle. Dans un contexte d'intervention non planifiée, vu la situation d'urgence et le risque de danger imminent, le consentement n'est pas obligatoire avant d'appliquer la mesure de contrôle, et ce, afin d'assurer la sécurité immédiate de l'utilisateur ou d'autrui. Toutefois, après l'analyse post-situationnelle, le consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant doit être obtenu pour les interventions ultérieures si celles-ci sont requises.

9.2.2. Unité de pédopsychiatrie

À l'unité de pédopsychiatrie, les mesures de contrôle envisagées sont l'intervention physique restrictive, l'isolement et les substances chimiques. Lors d'un isolement, la surveillance quasi constante de l'enfant par un membre de l'équipe est à privilégier. L'objectif de cette présence est de soutenir affectivement l'expérience que vivent les enfants en isolement puisque ceux-ci sont souvent fragilisés par des enjeux liés à l'attachement, au sentiment d'abandon et à la sécurité. Ainsi, le professionnel doit évaluer la situation clinique et déterminer la capacité de tolérance de l'enfant à la présence de l'intervenant.

En contexte planifié, le consentement est obtenu par le titulaire de l'autorité parentale avant l'application de la mesure de contrôle.

En contexte non planifié, le titulaire de l'autorité parentale est avisé de la démarche qui a été prise et appliquée en contexte d'urgence, et ce, même si le consentement n'est pas nécessaire avant l'application de la mesure de contrôle.

9.2.3. Unité d'adopsychiatrie

À l'unité d'adopsychiatrie, les mesures de contrôle sont encadrées selon les mêmes principes s'appliquant à la clientèle adulte.

En contexte planifié, le consentement est obtenu par l'usager s'il est apte et âgé de 14 ans ou plus. Pour l'usager de moins de 14 ans, le consentement du titulaire de l'autorité parentale est nécessaire.

En contexte non planifié, même si le consentement n'est pas nécessaire avant l'application de la mesure de contrôle, le titulaire de l'autorité parentale est avisé de la démarche qui a été prise et appliquée en contexte d'urgence, si l'usager est inapte ou âgé de moins de 14 ans. Pour l'usager apte de 14 ans ou plus, la volonté de l'usager à communiquer des informations confidentielles au titulaire de l'autorité parentale doit être respectée. Une grande importance est attribuée au retour post-événement autant auprès de l'usager qu'avec l'équipe. Il permet de valider les événements et les émotions ayant précipité la situation. Il permet également d'atténuer les conséquences émotionnelles et maintenir le lien thérapeutique.

9.2.4. Garde en établissement (préventive, provisoire, autorisée)

La garde en établissement constitue un contexte particulier à considérer et est balisée par le *Code civil du Québec* et la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ, chapitre P-38.001). Pour un temps déterminé, la personne est privée de sa liberté et ne peut circuler librement dans l'établissement. Elle demeure dans une unité où le personnel prend les mesures de surveillance appropriées à la condition de la personne. Si, en plus de la garde, d'autres mesures de contrôle s'avèrent nécessaires pour la personne, celles-ci doivent être utilisées conformément aux modalités prévues à l'article 118.1 de la *LSSSS* et être conformes à ce protocole.

10. DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention physique, isolement et substances chimiques (DSI-002).

11. ANNEXES

11.1. Annexes

Annexe 1 : Le modèle de Kayser-Jones

Annexe 2 : Le processus décisionnel pour l'utilisation judicieuse des mesures de contrôle

Annexe 3 : *Démarche interdisciplinaire-Processus décisionnel pour l'application des mesures de contrôle (MC-159)*

Annexe 4 : Mesures alternatives

Annexe 5 : *Consentement ou refus à l'application des mesures de contrôle (MC-120)*

Annexe 6 : Consentement du Curateur public du Québec : Demande de consentement à des mesures de contrôle

Annexe 7 : Retour post-événement OMEGA

- Annexe 8 :** Projet retour post-situationnel
- Annexe 9 :** Mesures de contrôle autorisées au CISSS de la Montérégie-Centre et remarques de sécurité
- Annexe 10 :** Identification d'une mesure de contrôle en fonction du but visé
- Annexe 11 :** *Grille de surveillance – mesures de contrôle ou de positionnement (MC-186)*
- Annexe 12 :** *Rapport de déclaration d'une mesure de contrôle (MC-81)*
- Annexe 13 :** Introduction à la démarche éthique en lien avec l'utilisation d'une mesure de contrôle et Guide de réflexion éthique en lien avec la mise en place ou non d'une mesure de contrôle

11.2. Index des tableaux

- Tableau 1 :** Composantes du modèle Kayser-Jones
- Tableau 2 :** Mesures de contrôle autorisées au CISSS de la Montérégie-Centre
- Tableau 3 :** Contre-indications et situations à risque
- Tableau 4 :** Normes minimales de surveillance établies par le CISSS de la Montérégie-Centre
- Tableau 5 :** Soins et surveillance lors de l'application d'une mesure de contrôle
- Tableau 6 :** Résumé des activités réservées selon les professionnels

12. RÉFÉRENCES

ASSTSAS. *Omega de base, cahier du participant*, [En ligne], 2015.

[\[http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/pacification-des-etats-de-crise-aigue\]](http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/pacification-des-etats-de-crise-aigue)

BOLLY, C. & Grandjean, V. *L'éthique en chemin, Weyrich*. © Boîte à outils de l'éthique (2013), HERS (Formation continue - pôle éthique), 2004.

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (CRDITED). *Cadre de référence et protocole d'application des mesures de contrôle*, 2014.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX CHAMPLAIN. *Protocole d'application des mesures de contrôle, contention et isolement, lits hors site CA29*, 2010.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX CHAMPLAIN CHARLES-LE MOYNE. *Politique sur le consentement aux soins*, 2-100-02, 2014.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE. *Cadre de référence entourant les mesures de protection des majeurs et les aspects légaux de la pratique professionnelle*, 2019, p. 44-47.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *Protocole sur l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2018.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE. *Capsule de formation : Définitions et modèles de contentions, contexte légal et obligation face à la contention, processus décisionnel et alternatives à la contention*, 2015.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE. *Programme de prévention des chutes et de réduction des contentions*, PROG-DSI-002, 2013.

CENTRE DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX HAUT-RICHELIEU-ROUVILLE. *Utilisation de la contention physique et de l'isolement*, PO-DSI-004, 2014.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SAINTE-JUSTINE. *Protocole d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, 2009, p. 11-12.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET BARREAU DU QUÉBEC. *Le médecin et le consentement aux soins*, 2018.

GOULET, M.H. *Formation : Prévention de l'utilisation des mesures d'isolement : une formation interprofessionnelle*, 2019.

GOULET, M.H. & Larue. C. Proposition de question avec le patient. Traduit et adapté *Thames Valley University (TVU) Post-Incident Review – A framework for Practice* de G. Bonner (2008) et du Commonwealth of Massachusetts, *Department of Mental Health*, 2015.

GOVERNEMENT DU CANADA. *Charte canadienne des droits et libertés*, 1982.

GOVERNEMENT DU CANADA. [En ligne], consulté le 22 octobre 2020, <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/ae/proches-aidants.html>

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Charte des droits et libertés de la personne*, 1975.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Code civil du Québec*, 1991.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. Le Curateur public. *Aptitude et consentement aux soins, module 3*, [En ligne], https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/reseau_de_la_sante/mod03.pdf

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi médicale*, art. 31, chapitre M-9, 2014.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, chapitre 33, 2002.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, chapitre 28, 2009.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la protection de la jeunesse*, chapitre P-34.1., 1984.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, chapitre P-38.001, 1997.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, art. 36, chapitre I-8, L.R.Q., 2014.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, S-4.2, L.R.Q., 2016.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, chapitre L-6.3., 2017.

HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE. *Politique sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesures de contrôle*, 1-120-06, 2008.

HOTTIN, P. *Évaluation de l'aptitude*. Communication présentée dans le cadre du plan Alzheimer Estrie, Magog, 2015.

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL. *Protocole d'application des mesures de contrôle*, 2014.

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, DOUGLAS. *Protocole des mesures de contrôle : Promouvoir la sécurité des patients par l'utilisation des mesures alternatives et sécuritaires des mesures de contrôle*, 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Aide-mémoire, mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*, 2008, 26 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, 2016, p. 45 et 47.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle, contention, isolement et substances chimiques (édition révisée)*, 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle. Matériel de contention - Évaluation de produits - Guide pour la conception - Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement*, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme de formation : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement, Partie 3 Référentiels*, 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, manuel d'application, document maître, chapitre S-4.2, r. 5.01, LSSS, 2013.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC (OPQ). *Guide explicatif – PL no 21*, 2013.

ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC (OEQ). *Les mesures de contention : de la prévention à leur utilisation exceptionnelle*, Guide de l'ergothérapeute, 2006.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). CEPI : Activités professionnelles permises, [En ligne], consulté le 3 septembre 2020, <https://www.oiiq.org/acceder-profession/parcours-etudiant/cepi/activites-professionnelles-permises>

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Le champ d'exercices et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3^e édition, 2016.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Perspectives infirmières, Consentement aux soins et consentement substitué : Comment s'y retrouver?*, Vol. 15 n° 4, septembre-octobre, 2018, p.64.

ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET THÉRAPEUTES CONJUGAUX DU QUÉBEC (OTSTCQ). *Décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones Cris.*, 2011, p. 14-15.

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC (OPPQ). *Lignes directrices, l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : la contention*, 2008, p. 12.

QUÉBEC. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Projet de loi n° 90, 2002, chapitre 33, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2002.

QUÉBEC. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, Projet de loi n° 21, 2009, chapitre 28, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2009.

QUÉBEC. *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, chapitre S-4.2, r, 5.01, 2013.

ROY, O. & M. AUTHIER. *Utilisation de la contention physique*, dans *La Gérontoise*, vol. XVII, n° 2, 2006, p. 4-13.

SAVIGNAC, P., & J. FOULEM. *Une démarche éthique interdisciplinaire en six champs d'action*. Présenté à la 28^e conférence annuelle de la Société canadienne de bioéthique. Tomber entre deux chaises / *Falling Through the Cracks*. Montréal. Session 2C, 24 mai, 2017.





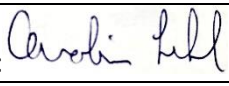
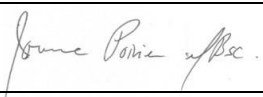

13. MOTS CLÉS

Mesures de contrôle, contentions, isolement, substances chimiques.

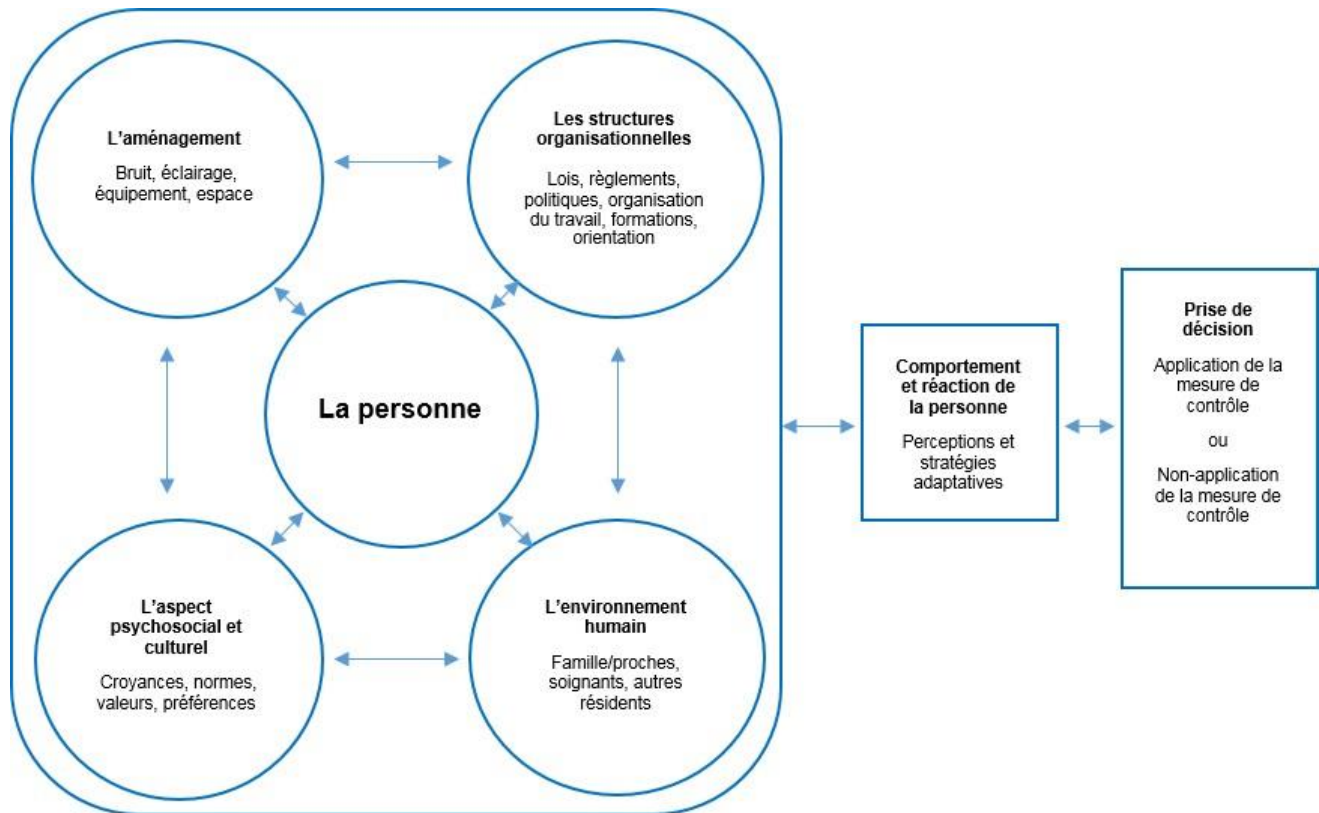
RÉDIGÉ PAR : Marilène Coulombe, conseillère cadre en soins infirmiers – santé mentale; Caroline Piette, conseillère en soins infirmiers – santé mentale; Elizabeth Chittim, conseillère cadre à la pratique professionnelle, DSM; Ariane Béland, conseillère cadre à la pratique professionnelle, DSM.

COLLABORATEURS : Isabelle Vaux, ergothérapeute, coordonnatrice professionnelle, DPSAPA; Caroline Baribeau, ergothérapeute, DPSAPA; Anne-Marie Thibault, ergothérapeute, coordonnatrice professionnelle, DPSAPA; Mélanie Cauchon, ergothérapeute, DPSAPA; Marie-France Racine-Gagné, travailleuse- sociale, spécialiste en activités cliniques, DDP (DI-TSA, DP, DV); Karine Bérubé, psychoéducatrice, spécialiste en activités cliniques, DDP (DI-TSA, DP, DV); France Brousseau, infirmière, assistante au supérieur immédiat, DPJ; Stéphanie Morissette, infirmière, assistante au supérieur immédiat, DPJ; Anne Savoie, physiothérapeute, conseillère en pratiques professionnelles-réadaptation, DSM; Véronique Forgues, ergothérapeute, DPJ; Marie-Ève Many, ergothérapeute, SAPA.

PERSONNES CONSULTÉES : Nancy Beaulieu, directrice adjointe DSI; Michèle Ouellet, directrice adjointe, DSM; Josée Fournier, directrice, DQEPEL; Nathalie Ferguson, coordonnatrice au soutien à domicile, SAPA; Line Perreault, conseillère en éthique clinique, DQEPEL; Jocelyne Champagne, chef du soutien clinique en soins infirmiers - Hospitalisation; Gabrielle Prud'homme, conseillère cadre en soins infirmiers; Dre Sophie Gosselin, chef du département de l'urgence HCLM, DSP; Isabelle Savary, conseillère cadre en soins infirmiers; Comité exécutif Conseil des infirmières et infirmiers (CECII); Isabelle Goulet, conseillère en soins infirmiers; Myriam Fortin, conseillère en soins infirmiers; Maude Rodgers, infirmière clinicienne en soutien à la pratique clinique, DSI; Comité des usagers.

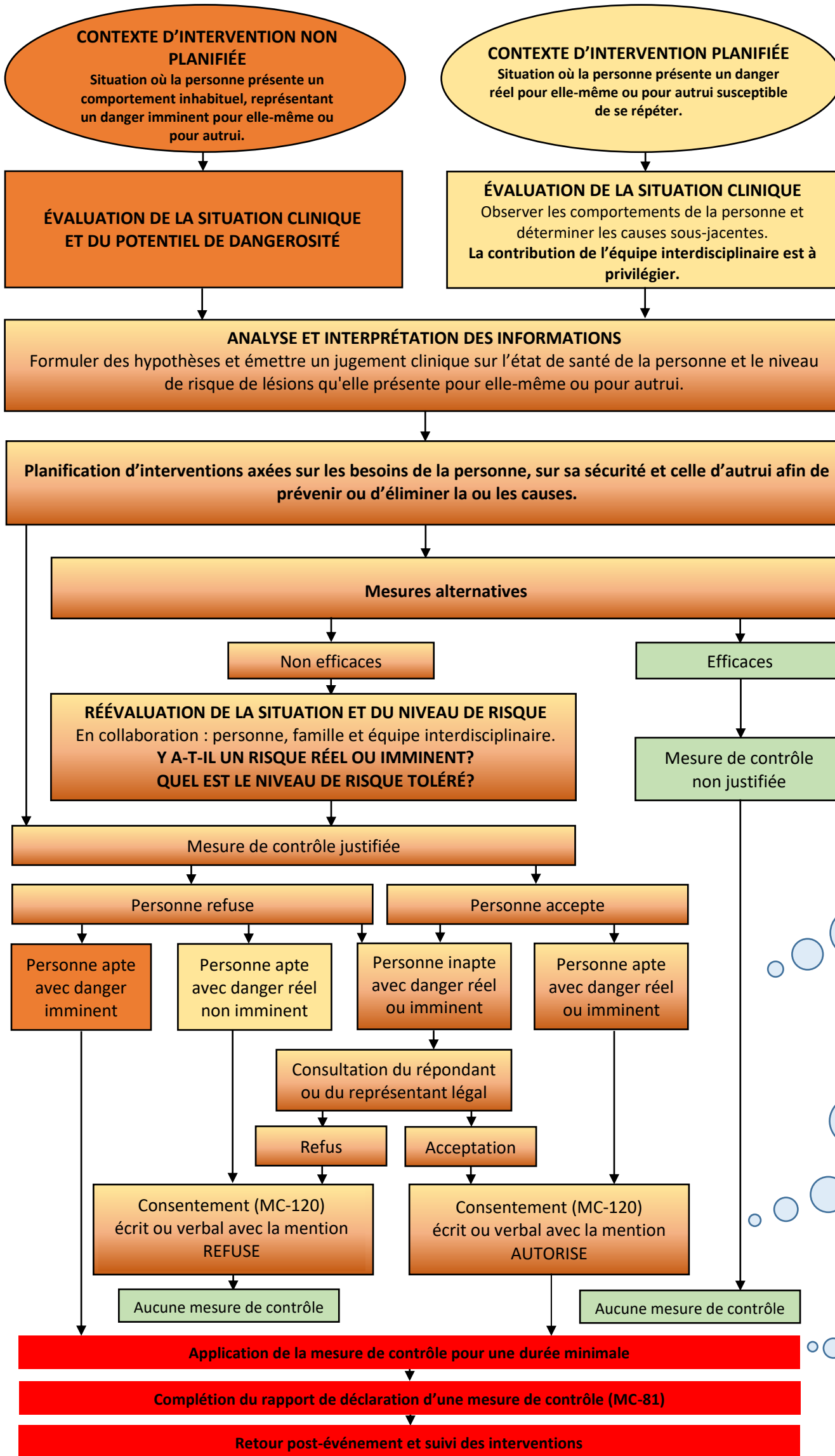
APPROBATION PAR LA OU LES DIRECTIONS ET INSTANCES CONCERNÉES :	
Direction des soins infirmiers : Chantal Boucher	
Signature du directeur : 	Date : 2021-12-15
Direction des services multidisciplinaires : Lyne Noël	
Signature du directeur : 	Date : 2021-12-17
Direction des services professionnels : Inthysone Rajvong	
Signature du directeur : 	Date : 2021-12-16
Approbation par la CRPI : Elizabeth Chittim	
Signature du responsable : 	Date : 2021-11-08
Adoption par CM : Caroline Lebel	
Signature du président : 	Date : 2021-12-21
Adoption par CII : Joanne Poirier	
Signature du président intérimaire : 	Date : 2021-12-22
Adoption par CMDP : Raymond Taillefer	
Signature du président : 	Date : 2021-12-20

Le modèle de Kayser-Jones



Traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006).

PROCESSUS DÉCISIONNEL POUR L'UTILISATION JUDICIEUSE DES MESURES DE CONTRÔLE



Exemples de causes possibles :

- Besoins de base non comblés
- Besoin de se mobiliser
- Douleur
- Infection urinaire
- Fécalome

Exemples de mesures alternatives :

- Tapis sonore
- Barrière architecturale
- Diversion
- Hypostimulation

Refus catégorique :

Refus systématique d'une personne inapte à consentir à un soin, verbalisé ou à l'aide de comportements, constant ou répété et qui ne laisse place à aucune interprétation. Ce refus doit être respecté à moins d'une ordonnance émise par la cour.

Éléments essentiels au consentement :

- Décision libre et éclairée
- Mention des mesures alternatives tentées
- Contresigné par un professionnel

Choix de la mesure de contrôle :

- Moins contraignante
- Respecte la dignité
- Répond aux besoins évalués

TOUT AU LONG DU PROCESSUS

Modèle de Kayser-Jones

Composantes qui influencent la décision :

- La personne;
- L'aspect psychosocial et culturel;
- L'aménagement physique;
- Les structures organisationnelles;
- L'environnement humain.

Questionnement éthique

Composantes qui influencent la décision :

- Ai-je permis à cette personne de conserver sa dignité?
- Si j'étais à la place de cette personne, dans cette même situation, est que cette décision me semblerait acceptable?
- Ai-je choisi cette solution pour mon propre bénéfice ou pour celui de la personne concernée?

Documentation requise

- Description du comportement motivant l'application de la mesure de contrôle;
- Évaluation de l'état physique et mental;
- Évaluation des mesures alternatives;
- Obtention de consentement;
- Description de la mesure utilisée;
- Période d'utilisation (date, heure de début/fin);
- Réévaluation régulière de la situation;
- Ajustement du PTI.

Démarche interdisciplinaire - Processus décisionnel pour l'application des mesures de contrôle (MC-159)



DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

Installation : _____

Démarche interdisciplinaire – Processus décisionnel pour l'application des mesures de contrôle

1. Évaluation de la situation clinique			
Comportement(s) à risque identifié(s) :			
<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Automutilation	<input type="checkbox"/> Errance intrusive	<input type="checkbox"/> Risque de fugue
<input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Confusion	<input type="checkbox"/> Risque de chute	<input type="checkbox"/> Tentative de suicide
<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____			
Précisions : _____			

Présence d'un élément déclencheur identifié : _____			

Présence de signe(s) avant-coureur(s) : _____			

Facteurs à considérer dans la prise de décision (<i>Modèle de Kayser-Jones</i>) :			
• La personne (<i>état affectif, médication, douleur, besoin(s) de base non comblé(s), fonctionnement social, cognitif, physique et neuro-perceptuel, etc.</i>) : _____			

• L'aspect psychosocial et culturel (<i>histoire de vie, valeur(s), attitude(s), croyance(s), préférences de la personne et de son entourage, expérience(s) traumatique(s) antérieure(s), ressources disponibles, etc.</i>) : _____			

• L'aménagement physique (<i>bruit, éclairage, équipement, disposition du mobilier, espace, etc.</i>) : _____			

• Les structures organisationnelles (<i>loi(s), politique(s), procédure(s), organisation du travail, formation, etc.</i>) : _____			

• L'environnement humain (<i>famille/proche(s), soignants, autre(s) résident(s), etc.</i>) : _____			

2. Analyse et interprétation des informations			

Historique en matière de mesure(s) de contrôle :			
Type de mesure(s) appliquée(s) : _____			
Résultat(s) obtenu(s) : _____			

Nom et prénom de l'usager :

N° de dossier :

2. Analyse et interprétation des informations (suite)

Évaluation du risque en lien avec le comportement :

- Pour la personne : _____
- Pour la famille, les proches et les autres usagers : _____
- Pour l'équipe de soins : _____

Gravité des conséquences anticipées : Bénigne Modérée Sévère Incertaine

Précisions : _____

3. Planification des interventions (visant à éliminer les causes associées au comportement)

Mesures alternatives déjà tentées et résultats obtenus : _____

Mesures alternatives possibles à tenter : _____

Mesure(s) de contrôle envisagée(s) et modalités d'application :

 Contention physique : _____ Isolement : _____ Substances chimiques : _____**4. Évaluation de l'aptitude en lien avec la mesure de contrôle** Personne apte à consentir Personne inapte à consentir Représentée légalement**5. Présence d'un refus catégorique** Oui Non**6. Formulaire Consentement ou refus à l'application des mesures de contrôle MC-120 (consentement obtenu au maximum 48 heures après l'application de la mesure de contrôle)** Oui, préciser : De la personne apte à consentir De son représentant légal De son répondant**7. Déclaration de la mesure de contrôle (Rapport de déclaration d'une mesure de contrôle MC-81 ou SICHELD)****8. Formulaire de surveillance lié aux mesures de contrôle**

Démarche complétée (aaaa/mm/jj) :

Nom (en lettres moulées)	Signature	Titre d'emploi

9. Réévaluation et suivi des interventionsEst-ce que la mesure de contrôle répond aux besoins visant la réduction du comportement identifié? Oui Non

Précisions et interventions subséquentes : _____

Nom du professionnel : _____ Signature : _____ Date : _____

Mesures alternatives

Il est important de favoriser la participation de la famille dans l'identification de mesures alternatives personnalisées

Risque d'errance ou de fugue	
<ul style="list-style-type: none"> • Si les lieux physiques le permettent, enseigner un itinéraire de marche. • S'assurer que l'utilisateur a des chaussures sécuritaires, accessibles en tout temps. • Identifier et traiter rapidement les raisons sous-jacentes : anxiété, douleur, réactions aux médicaments, déshydratation, infection, etc. • Répondre aux besoins de base (<i>faim, soif, élimination, communication, chaleur, tendresse, etc.</i>) • Coordonner les soins en tentant de respecter les horaires et les habitudes de vie de l'utilisateur. • Respecter le rythme de la personne. • Donner des repères temporels (<i>calendrier</i>), spatiaux (<i>objets familiers, photos, pictogrammes, etc.</i>) et humains (<i>proches, personnel stable</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Réorienter l'utilisateur (<i>temps, espace, personne</i>). • Proposer des diversions avec certaines activités appréciées par l'utilisateur (<i>lecture, pliage de linge, jeux, télévision, musique, etc.</i>). • Réduire les stimuli auditifs et visuels. • Éliminer ou limiter les siestes durant la journée. • Favoriser un horaire régulier du coucher et éviter les stimulants. • Faire participer l'utilisateur à ses soins. • S'assurer que le milieu est sécuritaire (<i>éclairage, porte, fenêtres, environnement non encombré, plancher non glissant, etc.</i>). • Utiliser des stratégies comme les portes magnétisées ou installer l'utilisateur près du poste. • Inviter les proches à se promener avec l'utilisateur.
Risque délirium, d'agitation, d'agressivité ou de violence	
<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaire les besoins de base. • Donner des repères temporels (<i>calendrier</i>), spatiaux (<i>objets familiers, photos, pictogrammes</i>) et humains (<i>proches, personnel stable</i>). • Réorienter l'utilisateur (<i>temps, espace, personne</i>). • Utiliser des mots simples et des phrases courtes. • Respecter le rythme de la personne. • Permettre à l'utilisateur de verbaliser (<i>pacification</i>). • Encourager l'utilisation de stratégies pour diminuer ou canaliser les sentiments d'irritabilité (<i>lire, écrire, musique, méditation, etc.</i>). • Identifier et traiter rapidement les raisons sous-jacentes : anxiété, douleur, réactions aux médicaments, déshydratation, infection, etc. • Éviter la confrontation et l'argumentaire. • Se déplacer lentement, éviter les gestes brusques et spontanés, garder une distance raisonnable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des stratégies de diversion lors de soins directs. • Établir le contact avec l'utilisateur par le regard, la voix et le toucher (<i>démence</i>). • Reconnaître les émotions exprimées par la personne. • Proposer des exercices physiques et des respirations. • Diminuer les stimulations (<i>lumières, bruits, etc.</i>). • Encourager les moyens non pharmacologiques pour favoriser le sommeil (<i>breuvage chaud, musique de relaxation, massage, etc.</i>). • Fournir un environnement calme sans objet pouvant représenter une arme potentielle. • Avoir une attitude calme, détendue et respectueuse. • Éviter les transferts multiples de l'utilisateur (<i>délirium, agitation</i>).
Risque de chute	
<ul style="list-style-type: none"> • Donner des repères temporels (<i>calendrier</i>), spatiaux (<i>objets familiers, photos, pictogrammes</i>) et humains (<i>proches, personnel stable</i>). • Réorienter l'utilisateur (<i>temps, espace, personne</i>). • Encourager les activités physiques au moins 3 fois par jour (<i>marche, fauteuil, etc.</i>). • S'assurer que l'utilisateur a des chaussures sécuritaires et que ses aides techniques sont accessibles en tout temps. • Utiliser les aide-mémoire (<i>marchette, sonner pour la toilette, etc.</i>). • Enseigner à l'utilisateur comment se déplacer de façon sécuritaire avec des aides techniques si nécessaires. • S'assurer que le milieu est sécuritaire (<i>éclairage, porte, fenêtre, environnement non encombré, plancher non glissant, etc.</i>). • Favoriser l'utilisation de main courante ou de barre d'appui. • Ajuster l'équipement à la hauteur des genoux de l'utilisateur (<i>lit, chaise, civière, etc.</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Installer un moniteur de mobilité (<i>Tags</i>). • Proposer des diversions avec certaines activités appréciées par l'utilisateur (<i>lecture, pliage de linge, jeux, télévision, musique, etc.</i>). • Établir un horaire pour répondre aux besoins de l'utilisateur (<i>alimentation, élimination, etc.</i>). • Minimiser l'appareillage qui peut limiter la mobilisation (<i>sonde, soluté, etc.</i>). • Dépister l'hypotension orthostatique. Enseigner les méthodes pour se lever. • Respecter autant que possible la routine de sommeil. • Encourager les moyens non pharmacologiques pour favoriser le sommeil (<i>breuvage chaud, musique de relaxation, massage, etc.</i>). • Observer les effets indésirables possibles de la médication. • Documenter l'historique des chutes.
Risque d'interférence au traitement	
<ul style="list-style-type: none"> • Soulager la douleur liée au soin. Assurer un positionnement confortable. • Minimiser l'appareillage qui peut limiter la mobilisation (<i>sonde, soluté, etc.</i>). • Fixer adéquatement les dispositifs/appareillages et le cacher avec un bandage de protection, si possible (<i>kling</i>). • Faire participer l'utilisateur aux soins, si possible. • Proposer des diversions lors du soin avec une activité appréciée par l'utilisateur (<i>lecture, télévision, musique, etc.</i>). • Augmenter le niveau de surveillance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les soins en tentant de respecter les horaires et les habitudes de vie de l'utilisateur. • Respecter autant que possible la routine de sommeil. • Identifier et traiter rapidement les raisons sous-jacentes (<i>anxiété, réactions aux médicaments, déshydratation, infection, etc.</i>). • Encourager les moyens non pharmacologiques pour favoriser le sommeil (<i>breuvage chaud, musique de relaxation, massage, etc.</i>). • Encourager la présence de la famille et de ses proches.

(MSSS, 2008)

PROT-INT-MC-002

Protocole interdisciplinaire sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesures de contrôle

Consentement ou refus à l'application d'une mesure de contrôle (MC-120)



DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

Installation : _____

Consentement ou refus à l'application des mesures de contrôle

(contention physique, isolement et contention chimique)

Informations transmises			
Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) de ce qui suit (initiales de la personne qui consent ou de l'infirmière s'il s'agit d'un consentement verbal) :			
Initiales _____			
Des raisons motivant l'application d'une mesure de contrôle dans le contexte de danger réel de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions (décrire le comportement ou les pathologies) : _____			
Des mesures alternatives qui ont été tentées, préciser : _____			
Du type de mesure de contrôle proposé : _____			
Des modalités d'application : _____			
Des modalités de surveillance : _____			
Des risques associés à l'application de la mesure de contrôle; tels que les impacts sur la gravité des chutes, la force musculaire, la mobilité, l'anxiété et l'agitation, le sentiment d'isolement ainsi que le risque de développer une complication médicale telles une infection, des plaies ou une thrombophlébite ou autre(s). Préciser : _____			
Des conséquences possibles d'un refus de l'appliquer : _____			
Des modalités associées au refus catégorique (applicable aux personnes inaptes). J'ai reçu le dépliant « Les mesures de contention ».			
J' AUTORISE expressément l'application de la ou des mesures de contrôle proposées lorsqu'il sera jugé nécessaire et justifié de les appliquer dans le respect de la dignité et de l'autonomie fonctionnelle de la personne visée par ce consentement.			
Je comprends que je peux en tout temps retirer ou modifier le présent consentement et qu'en cas d'urgence, dans un contexte de danger imminent, le consentement à la mesure de contrôle n'est pas requis.			
OU			
JE REFUSE expressément l'application de mesures de contrôle.			
Je comprends, qu'en cas d'urgence, dans un contexte de danger imminent, le consentement à la mesure de contrôle n'est pas requis.			
Consentement présentiel			
_____	_____	_____	_____
Nom de la personne (en lettres moulées)	Initiales	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
Lien : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Mère ou père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Curateur			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			
_____	_____	_____	_____
Nom du témoin (en lettres moulées)	Initiales	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
Consentement verbal			
<input type="checkbox"/> Consentement verbal obtenu (justification au dossier) <input type="checkbox"/> Refus verbal obtenu (justification au dossier)			
<input type="checkbox"/> Lors du consentement verbal, je reconnais avoir abordé les éléments de la section informations transmises. Le dépliant « Les mesures de contention » sera remis au signataire dès que possible.			
_____	_____	_____	_____
Nom du professionnel (en lettres moulées)	Initiales	Signature	Date (aaaa/mm/jj)

**Consentement du Curateur public du Québec :
Demande de consentement à des mesures de contrôle**



Demande de consentement à des mesures de contrôle


Renseignements généraux			
Personne concernée			
Nom		Prénom	
Date de naissance		N° de dossier au Curateur public (si connu)	
Intervenant qui fait la demande			
Nom		Prénom	Fonction
N° de téléphone	Poste	Nom de l'établissement	Date de la demande
Intervenant à qui retourner le consentement			
Nom		Prénom	Fonction
Nom de l'établissement			N° de télécopieur
Aptitude de la personne concernée à consentir aux mesures de contrôle proposées			
<p align="right">Nom de l'établissement</p> <p>Important : Le fait que la personne soit sous régime de protection ne l'empêche pas de consentir à ses soins. Le professionnel qui propose les mesures de contrôle doit vérifier si la personne peut elle-même donner un consentement éclairé à ces mesures. Si elle est apte à le faire, c'est seulement elle qui consent et non le Curateur public.</p> <p>La personne est : <input type="checkbox"/> apte à consentir (Si le professionnel juge la personne apte à consentir, vous n'avez pas de demande à faire, mais nous désirons en être informés si la personne est sous régime public. Contactez la Direction médicale et du consentement aux soins au 514 873-5228.)</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> inapte à consentir</p>			
Nom du professionnel qui propose les mesures de contrôle		Prénom	Fonction
Mesures de contrôle proposées			
Opinion de la personne concernée			
La personne accepte-t-elle les mesures de contrôle proposées?			
<input type="checkbox"/> Accepte, mais compréhension limitée <input type="checkbox"/> Indifférente <input type="checkbox"/> Refuse catégoriquement (Un consentement substitué ne peut être demandé. Veuillez nous contacter.)			
<input type="checkbox"/> N'a pas été informée (précisez la raison) : <input type="checkbox"/> Incapable de comprendre <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____			
Description clinique			
Comportements ou problématiques motivant le choix de ces mesures de contrôle			
_____ _____ _____ _____			

014-DGSP-2019-01

1

Mesures alternatives tentées							
Modalités d'application (Joignez le plan d'intervention.)							
Fréquence d'utilisation s'il s'agit d'un renouvellement							
Profil général							
Capacité d'expression des besoins, jugement et cognition							
Mobilité							
Continence							
Autonomie pour s'alimenter, se laver et s'habiller							
Activités							
Collaboration aux soins							
Opinion d'un proche							
<input type="checkbox"/> Un proche a été informé. (Précisez) :							
<table border="1"> <tr> <td>Nom du proche</td> <td>Prénom</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lien</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Opinion du proche</td> </tr> </table>		Nom du proche	Prénom	Lien		Opinion du proche	
Nom du proche	Prénom						
Lien							
Opinion du proche							
<input type="checkbox"/> Aucun proche de la personne n'est connu.							
<input type="checkbox"/> Aucun proche connu n'a pu être joint. (Précisez la raison) :							

Retour post-événement OMEGA



RETOUR POSTÉVÉNEMENT

Analyse factuelle


INSTRUCTIONS : - Chaque intervenant présent échange verbalement ses observations de l'événement avec les membres de l'équipe.
- Par la suite, l'équipe remplit les sections A, B, C et D.
- Insérer ce document dans le cahier des révisions post-événement.

A IDENTIFICATION

N° dossier : _____
 Nom / prénom de client : _____
 Date : _____ Heure : _____
 Employé(s) présent(s) : _____

B SITUATION DE TRAVAIL

Revenir de la situation de travail qui a généré l'événement en fait le changement de comportement de client



Personnes
Soi ↔ Autre(s)

Équipement **Environnement**

Client(s)

Tâche **Temps**

Paramètres organisationnels

C APPRÉCIATION DU DEGRÉ D'ALERTE

► **Anticiper ma protection**
 -> Distance sécuritaire
 -> Aide nécessaire

► **Observer**
 Paramètres physiques: non verbal verbal
 regard sourcil
 yeux
 nez
 bouche
 visage

► **Juger**
 -> Réaction :
 • Contact visuel
 • Contact verbal
 • Distinction de la distance

À insérer
dans le cahier des révisions
post-événement

PROT-INT-MC-002

Protocole interdisciplinaire sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesures de contrôle

Page 1 de 1

Projet retour post-situationnel

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

Propositions de questions :

1.1 AMORCE : IL EST REGRETTABLE QUE L'ISOLEMENT OU LA CONTENTION VOUS SOIT ARRIVÉ. VOS IDEES ET SUGGESTIONS SONT IMPORTANTES POUR TROUVER DES SOLUTIONS POUR PREVENIR L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.






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






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

© Goulet, M.H., Larue, C. (2015).

Traduit et adapté *Thames Valley University (TVU) Post-Incident Review – A framework for Practice* de G. Bonner (2008) et du Commonwealth of Massachusetts, Department of Mental Health

Mesures de contrôle autorisées au CISSS de la
Montérégie-Centre et remarques de sécurité

Au lit ou sur civière		
Types de contention	Images	Remarques de sécurité
<p>Ceinture abdominale magnétique et accessoires</p>	<p>PINEL</p>   <p>SEGUFIX</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Une clé magnétique permettant de retirer les boutons aimants doit, en tout temps, être rapidement accessible; • Application sur lit ou sur civière seulement; • Pas d'ajustement universel; • Ajustement doit permettre l'insertion d'une main à plat seulement entre l'abdomen et la ceinture; • Application sur la partie étroite de la taille, bouton centré; • Possibilité d'accessoires (<i>ceinture pelvienne, bretelles, etc.</i>); • Courroies latérales obligatoires; • Toutes les ridelles levées en tout temps; • Lit à sa position la plus basse; • Commandes électriques de la personne désactivées; • Les sangles doivent être bien tendues au cadre du lit; • L'élévation de la tête de lit ne devrait jamais dépasser plus de 30°; • Pour une personne porteuse d'un stimulateur cardiaque, une distance minimale de 10 centimètres doit être respectée entre l'aimant et le stimulateur cardiaque (<i>pacemaker</i>); • Cloche d'appel à la portée; • Une personne incapable de demander de l'aide avec le dispositif de communication (<i>cloche d'appel</i>) ne devrait jamais être laissée seule pour s'alimenter; • Très grande prudence lors de l'utilisation avec une personne filiforme en raison du risque de glissement; • Un ciseau de contention devrait être présent sur l'unité (<i>santé mentale et urgence</i>)
<p>Sangles aux poignets et aux chevilles</p>	 	<ul style="list-style-type: none"> • Une clé magnétique permettant de retirer les boutons aimants doit, en tout temps, être rapidement accessible; • Application sur lit, sur civière ou au fauteuil gériatrique; • Pas d'ajustement universel; • Ajustement doit permettre l'insertion d'un doigt seulement entre le membre et la sangle; • Toutes les ridelles levées, en tout temps; • Lit à sa position la plus basse; • Commandes électriques de la personne désactivées; • Les sangles doivent être bien tendues au cadre du lit; • Sur civière, les freins ne doivent pas être activés afin d'éviter la bascule de la civière; • Cloche d'appel à la portée.

Au lit ou sur civière		
Types de contention	Images	Remarques de sécurité
		<ul style="list-style-type: none"> La ceinture abdominale peut être utilisée comme cinquième point pour la personne agitée; Un ciseau de contention devrait être présent sur l'unité (<i>santé mentale et urgence</i>).
Côtés de lit (ridelles 2/2 ou 4/4)		<ul style="list-style-type: none"> Lit à sa position la plus basse; Commandes électriques de la personne désactivées; Les freins du lit doivent être actionnés; Cloche d'appel à la portée.
Au fauteuil		
Types de contention	Images	Remarques de sécurité
Ceinture pelvienne		<ul style="list-style-type: none"> Application sur fauteuil roulant avec anti-bascule ou fauteuil gériatrique seulement; Ajustement doit permettre l'insertion d'une main à plat seulement entre l'abdomen et la ceinture; Une personne incapable de demander de l'aide avec le dispositif de communication (cloche d'appel) ne devrait jamais être laissée seule pour s'alimenter; La courroie doit être stabilisée sur la partie fixe du fauteuil; Utiliser une ceinture de taille unique (O/S) ou adaptée à la morphologie de l'utilisateur.
Fauteuil gériatrique avec ou sans tablette		<ul style="list-style-type: none"> La tablette utilisée doit être en bon état et adaptée au fauteuil; Le fauteuil ne peut être fixé à aucune structure; Les freins doivent être actionnés en tout temps; La double contention doit être évitée (utilisation simultanée d'une ceinture pelvienne et de la tablette).
Autres		
Types de contention	Images	Remarques de sécurité
Mitaines		<ul style="list-style-type: none"> Vérifier régulièrement l'intégrité de la peau en retirant la mitaine ou en rabattant l'un des volets selon le modèle utilisé.
Ceinture auto ou freins actionnés au fauteuil roulant, retrait de la marchette.		<p>Toutes ces mesures sont considérées comme des mesures de contrôle si :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le but visé est de restreindre la capacité de l'utilisateur à effectuer un mouvement ou de se déplacer; L'utilisateur est incapable de la retirer par lui-même.

Identification d'une mesure de contrôle en fonction du but visé

Contextes ou dispositifs	Explication du but visé de l'intervention
Équipement de positionnement (ex. : ceinture, orthèse, tablette au fauteuil, etc.)	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle si l'équipement est utilisé dans le but de suppléer une déficience physique, un trouble postural ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie ou le confort de l'utilisateur ou sa capacité à se déplacer par lui-même.</p> <p>Le matériel de positionnement peut être considéré comme une contention seulement s'il restreint un changement de position volontaire. Entre autres, les tablettes et les freins au fauteuil sont utilisés comme une contention lorsqu'ils sont appliqués dans le but de limiter les mouvements, si l'utilisateur n'est pas en mesure de les retirer seul. De même, le fait de retirer à un usager l'accès à un équipement nécessaire à son autonomie pour ses déplacements (ex. : marchette ou déambulateur) doit être considéré comme une mesure de contrôle.</p>
Tablette fixée au fauteuil	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle si le dispositif est utilisé pour fournir une aide utilitaire (ex. : repas, activité occupationnelle ou comme équipement de positionnement).</p> <p>Par contre, si l'utilisation de la tablette est prolongée au-delà de la période nécessaire à cette aide utilitaire, il s'agit d'une mesure de contrôle.</p>
Côtés de lit ou ridelles complètes (2/2, 4/4)	<p>Ne constituent pas une mesure de contrôle si utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour fournir un appui pour se mobiliser en position couchée; • À la demande de l'utilisateur capable d'activer le mécanisme, ou d'attendre de l'aide pour les abaisser; • Pour répondre à un besoin inhérent à l'âge (ex. : lit de bébé); • Durant un transport, en civière ou en lit médical; • Dans un contexte thérapeutique (ex. : postopératoire immédiat, examen diagnostique, etc.). <p>L'utilisation des ridelles devient une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre l'utilisateur à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever.</p>
Barrière architecturale (barrière psychologique, bande anti-intrusion/velcro)	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle si elle est utilisée pour procurer une plus grande intimité et prévenir l'intrusion d'autres personnes dans son espace personnel.</p> <p>L'utilisateur doit pouvoir sortir de ce lieu librement lorsqu'il le désire ou avoir la capacité de demander de l'aide.</p> <p>L'utilisation d'une barrière architecturale devient une mesure de contrôle lorsque le but est de confiner l'utilisateur dans un milieu d'où il ne peut pas sortir librement.</p>

Contextes ou dispositifs	Explication du but visé de l'intervention
Bracelet magnétique	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle s'il permet à l'utilisateur de se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie.</p> <p>L'utilisation du bracelet magnétique devient une mesure de contrôle s'il est utilisé pour isoler l'utilisateur dans un espace restreint tel une chambre.</p>
Isolement en contexte de prévention et contrôle des infections	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle si cette action est régie par le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales du MSSS (2006) qui précise les modalités d'hébergement et de prestation de soins pour les usagers vulnérables (ex. : immunosupprimés) ou à risque de transmettre un agent infectieux pour l'entourage.</p> <p>Par contre, lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure de respecter les consignes et que l'on doit avoir recours à un moyen supplémentaire pour assurer l'isolement, ce dernier est considéré comme une mesure de contrôle.</p>
Surveillance par une personne (surveillance constante)	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle si la surveillance de l'utilisateur est réalisée sans nuire à ses déplacements ou à ses gestes.</p> <p>Si l'objectif de la surveillance constante est de restreindre l'utilisateur dans un endroit dont il ne peut pas sortir librement, il s'agit alors d'une mesure de contrôle.</p>
Durant un soin ou un examen (intervention physique restrictive)	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle si cette action est utilisée dans le cadre d'une procédure de soins ou d'un examen exigeant d'immobiliser l'utilisateur ou une partie de son corps (fait systématiquement auprès d'une clientèle précise selon les procédures en vigueur).</p> <p>Toutefois, lorsqu'il y a interférence aux soins ou à un examen pour lesquels une mesure de contrôle n'est habituellement pas requise, le recours à un moyen supplémentaire sera alors considéré comme une mesure de contrôle.</p>
Portes codées et autres limites sectorielles (ex. : unité de soins prothétiques, unité d'encadrement intensif)	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle si l'objectif est d'assurer la sécurité d'un ensemble d'utilisateurs désignés et ne concerne pas un utilisateur en particulier. Les utilisateurs peuvent ainsi utiliser les aires communes de l'unité.</p>
Contrôle physique/force humaine	<p>Un contrôle physique constitue une mesure de contrôle lorsque la force exercée par un ou plusieurs intervenants est suffisante pour maîtriser efficacement l'utilisateur et qu'il lui est incapable de se dégager. Le degré et la durée de la force déployée dépendent de la résistance offerte par l'utilisateur, et doivent toujours être réduits au minimum requis. L'objectif de cette mesure est d'empêcher l'utilisateur d'infliger ou de s'infliger des gestes destructeurs.</p>

Contextes ou dispositifs	Explication du but visé de l'intervention
Substances chimiques	<p>Lorsqu'une médication est administrée afin de diminuer l'anxiété, l'agitation ou l'agressivité, cette intervention peut répondre à plusieurs buts.</p> <p><u>Ce qui ne constitue pas une mesure de contrôle</u></p> <p>Lorsque la médication administrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répond à une condition médicale; • Est utilisée comme mesure alternative afin de limiter une escalade et ainsi, prévenir l'utilisation d'une mesure de contrôle. <p><u>Ce qui constitue une mesure de contrôle</u></p> <p>Lorsque la médication administrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A pour effet de créer un ralentissement ou une immobilisation de façon significative limitant ainsi l'autonomie fonctionnelle et cognitive de l'utilisateur (CRDITED, 2014). Il s'agit alors d'une contention chimique.
Vêtement restrictif, combinaison une pièce (grenouillère) ou casque protecteur	Ne constitue pas une mesure de contrôle lorsqu'ils préservent la liberté de mouvement de l'utilisateur et a pour but de protéger ou de préserver la dignité.
Guidance et accompagnement	Ne constitue pas une mesure de contrôle lorsqu'un geste d'accompagnement, de soutien ou d'encadrement vise à orienter un utilisateur, qui n'offre pas de résistance.
Le retrait thérapeutique à une chambre (plan de chambre)	<p>Ne constitue pas une mesure de contrôle lorsque l'utilisateur peut sortir librement de sa chambre.</p> <p>Constitue une mesure de contrôle lorsqu'une personne physique empêche l'utilisateur de sortir librement de la chambre.</p>

Grille de surveillance – mesures de contrôle ou de positionnement (MC-186)



Installation : _____

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

GRILLE DE SURVEILLANCE – MESURES DE CONTRÔLE OU DE POSITIONNEMENT

Évaluation par le professionnel habileté à décider de l'application d'une mesure de contrôle												
Date (aaaa/mm/jj) : _____		Heure : _____		Nom du professionnel : _____				Titre d'emploi : _____				
Motif(s) justifiant l'application de la mesure de contrôle : _____												
Date (mm/jj)												
Heure												
Type(s) de mesure de contrôle (voir légende au verso)												
Niveau de surveillance												
C : Constante E : Étroite q 15 min												
I : Intermédiaire q 30 min N : Normale q 1 h												
Signes vitaux ✓ : Réalisés, voir feuille spéciale												
Contention		État du matériel										
C : Conforme, intact, adéquat		Ajustement										
Ø : Sans objet		Alignement corporel										
NC : Non conforme, altéré inadéquat		Intégrité de la peau										
Comportement		Agitation motrice										
✓ : Présent		Agressivité verbale										
Ø : Non présent		Agressivité physique										
		Calme										
		Dort										
Soins prodigués		Hydratation q 1 h										
✓ : Réalisés		Alimentation										
Ø : Non réalisés		Élimination q 2-4 h										
		Exercices passifs/ repositionnement q 2 h										
		Écoute, réassurance										
		Autre :										
✓ : Infirmière avisée si particularité(s)												
Initiales de l'intervenant												

Annexe 11 (suite)

Nom : _____ Prénom : _____ Installation : _____
 N° de dossier : _____

Date (mm/jj)																							
Heure																							
Type(s) de mesure de contrôle (voir légende ci-dessous)																							
Niveau de surveillance																							
C : Constante E : Étroite q 15 min																							
I : Intermédiaire q 30 min N : Normale q 1 h																							
Signes vitaux ✓ : Réalisés, voir feuille spéciale																							
Contention C : Conforme, intact, adéquat ∅ : Sans objet NC : Non conforme, altéré, inadéquat	État du matériel																						
	Ajustement																						
	Alignement corporel																						
	Intégrité de la peau																						
Comportement ✓ : Présent ∅ : Non présent	Agitation motrice																						
	Agressivité verbale																						
	Agressivité physique																						
	Calme																						
Soins prodigués ✓ : Réalisés ∅ : Non réalisés	Dort																						
	Hydratation q 1 h																						
	Alimentation																						
	Élimination q 2-4 h																						
	Exercices passifs/ repositionnement q 2 h																						
Écoute, réassurance																							
Autre :																							
✓ : Infirmière avisée si particularité(s)																							
Initiales de l'intervenant																							
Légende	Types de mesure de contrôle ou de positionnement																						
	1-	2-	3-	4-	5-	6-	7-	8-	9-	10-	11-	12-	13-	14-									
	Ceinture abdominale magnétique au lit			Sangles pour poignets et chevilles			Fauteuil gériatrique			Ceinture de sécurité type auto			Contention chimique										
	Ceinture pelvienne au fauteuil			Côtés de lit (ridelles 2/2, 4/4)			Mitaines			Bretelles			Aucune										
	Sangle(s) pour poignets			Tablette au fauteuil			Freins au fauteuil			Isolement													
	Réévaluation par le professionnel habilité à décider de l'application d'une mesure de contrôle (selon la condition clinique de l'utilisateur)																						
Date (aaaa/mm/jj) :		Heure :		Nom du professionnel :						Titre d'emploi :													
<input type="checkbox"/> Maintien de la contention		<input type="checkbox"/> Cesser la contention																					
Justification :																							
Signatures																							
Initiales	Nom (en lettres moulées)			Signature / Titre d'emploi			Date	Initiales	Nom (en lettres moulées)			Signature / Titre d'emploi			Date								
							(aaaa/mm/jj)								(aaaa/mm/jj)								
							(aaaa/mm/jj)								(aaaa/mm/jj)								
							(aaaa/mm/jj)								(aaaa/mm/jj)								

Rapport de déclaration d'une mesure de contrôle (MC-81)



DOSSIER : _____
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

Installation : _____

Rapport de déclaration d'une mesure de contrôle

Unité de soins				
Date du début de l'épisode (aaaa/mm/jj) :	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Heure du début de l'épisode :	h	h	h	h
Signature de l'infirmière :				
Type d'événement :	<input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/> Répétitif	<input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/> Répétitif	<input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/> Répétitif	<input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/> Répétitif
Planification :	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> Non planifié	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> Non planifié	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> Non planifié	<input type="checkbox"/> Planifié <input type="checkbox"/> Non planifié
Consentement signé :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mesures alternatives utilisées :	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, spécifiez : (inscrire les numéros) _____ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, spécifiez : (inscrire les numéros) _____ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, spécifiez : (inscrire les numéros) _____ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, spécifiez : (inscrire les numéros) _____ <input type="checkbox"/> Non
Mesures de contrôle utilisées :	<input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ et isolement <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ et contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Isolement et contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___, isolement et contention chimique n° ___	<input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ et isolement <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ et contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Isolement et contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___, isolement et contention chimique n° ___	<input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ et isolement <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ et contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Isolement et contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___, isolement et contention chimique n° ___	<input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ <input type="checkbox"/> Isolement <input type="checkbox"/> Contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ et isolement <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___ et contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Isolement et contention chimique n° ___ <input type="checkbox"/> Contention physique n° ___, isolement et contention chimique n° ___
Date de la fin de l'épisode (aaaa/mm/jj) :	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Heure de la fin de l'épisode :	h	h	h	h
Signature de l'infirmière :				

Introduction à la démarche éthique en lien avec l'utilisation d'une mesure de contrôle

Introduction à la démarche éthique en lien avec l'utilisation d'une mesure de contrôle

La liberté est l'une des valeurs charnières de notre société (*Charte des droits et libertés de la personne*). Quelques situations de soins complexes peuvent malheureusement heurter ce droit fondamental. En effet, un usager en situation de danger réel ou imminent pour lui-même ou pour les autres peut se voir temporairement imposer des mesures de contrôle (*contention physique, isolement ou substance chimique*) pour assurer sa sécurité et celle de son entourage. Lorsque ces situations émergent, la liberté est alors temporairement écartée et subordonnée au profit de la sécurité et la protection de l'usager vulnérable et des personnes à proximité. Ainsi, la perspective d'un plus grand bien, soit le maintien de la vie et la dignité (*souci de soi et d'autrui*) de l'usager et des autres (*souci de la collectivité*), rend le recours aux mesures de contrôle temporairement bienveillant, moralement louable et éthiquement justifiable.

Dans les dernières décennies, des événements indésirables relatifs à l'usage des mesures de contrôle dans les établissements du réseau de la santé ont marqué l'imaginaire collectif, éveillé les consciences morales et stimulé l'apparition de nouvelles régulations. Conséquemment, la visée des mesures de contrôle est maintenant bien balisée par l'article 181.1 de la LSSSS. Le recours à ces mesures est maintenant un acte réservé et balisé (*limité à quelques professionnels de la santé [PL 90] et encadré par des guides de pratique professionnelle*).

Les établissements du réseau de la santé peuvent se référer au cadre de référence élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2015) pour guider les pratiques entourant la mise en place de mesures de contrôle. Le protocole sur l'utilisation des mesures de contrôle du CISSSMC découle de ces repères et guide les intervenants. Ces repères normatifs sont porteurs de sens et de valeurs, ils font des mesures de contrôle, une mesure exceptionnelle. L'éthique considère toujours ces repères dans sa réflexion et son analyse de même que les valeurs et les volontés de l'usager, des proches et des intervenants ainsi que celles de l'établissement.

Apposer des contentions aux poignets, à la taille et aux chevilles, administrer un médicament dans le but de limiter la capacité d'action d'une personne et limiter l'accès par une barrière physique représentent quelques exemples cliniques de l'application de ces mesures. Ces moyens, lorsque prouvés nécessaires et incontournables (*visée de moindre mal*) demeurent lourdes de sens et de conséquences pour l'individu qui le subit, mais aussi pour les proches les observant, les soignants les évoquant et les établissements les endossant. La vulnérabilité des acteurs impliqués s'accroît toujours lorsque le droit à la liberté d'un usager est temporairement non respecté.

La vulnérabilité est le caractère de ce qui est fragile, précaire, de ce qui peut être attaqué, blessé et endommagé. (Jacques Richard, 2004, P.119)

L'équipe interdisciplinaire ayant recours à de telles mesures, doit prendre en considération tous les aspects de la situation de santé de la personne, et impliquer la personne et ses proches dans les discussions. Elle doit tenir compte des repères légaux et éthiques liés à la situation (*notamment les règles du consentement libre et éclairé de même que le consentement substitué, la visée du moindre mal...*), bien la documenter au dossier de l'usager et mettre en place un mécanisme de surveillance et de réévaluation. Il faut se rappeler que l'usager apte, ainsi que le représentant légal d'un majeur inapte peuvent refuser une mesure de contrôle.

Pour certains, la qualité de vie associée à la liberté prime sur la sécurité et l'espérance de vie. La gestion du risque dépend des valeurs de chacun et peut fluctuer dans le temps selon le contexte, la culture et l'histoire personnelle des acteurs concernés (*la personne, ses proches et les soignants*). Tous ces enjeux méritent ainsi d'être considérés et discutés avec l'usager ainsi que son représentant. Le dialogue est essentiel à toutes démarches éthiques et permet de préserver la confiance nécessaire au partenariat de soins.

Références

- BOULIANE, S., LAURIN, S. et P. FIRKET. « Aborder l'éthique en supervision clinique : une approche en trois temps », *Canadian Family Physician*, 2013.
- DOUCET, Hubert. *Soigner en centre d'hébergement Repères éthiques*, 2008 p.36. Savignac Paule et Foulem Jasmine, 2016.
- DUCHAINE, Gabrielle. « Des mesures de contention qui tuent », *La Presse* (Montréal), 16 avril 2014.
- QUEBEC. *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, C-12, Editeur officiel du Québec, 2019.
- QUEBEC. *Loi modifiant le Code des professions et des autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Projet de loi n° 90*, ses. II, lég. XXXVI, Québec, Editeur officiel du Québec, 2002, chapitre 33, art. 2, 12, 17.
- QUEBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, S-4.2, art. 118.1, Editeur officiel du Québec.
- QUEBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, Editeur officiel du Québec, 2015, 34 p.
- RICHARD, Jacques. « Résilience et vulnérabilité. De l'ajustement des concepts en psychogérontologie. », *Gérontologie et société*, vol. 27, n°109, 2004.

Conséquences éthiques de l'application temporaire d'une mesure de contrôle :

- Conflit de valeur entre la liberté et la sécurité.
- Tension entre les principes de la bienfaisance et la non-malfaisance.
- Déséquilibre du Triangle de Bolly alors que le pôle supérieur qui représente l'usager et ses proches est atteint (*droit à la liberté*). La vulnérabilité de l'usager ainsi que celle des acteurs concernés sont temporairement accentuées et le lien de confiance possiblement menacé.



Le Comité d'éthique clinique (CÉC) du CISSS de la Montérégie-Centre encourage tous les professionnels et les équipes interdisciplinaires à prendre un moment de réflexion lorsqu'il émerge d'une situation de soins complexes un dilemme de valeur, une tension entre deux principes et un déséquilibre du Triangle comme cela peut-être le cas avec le recours aux mesures de contrôle.

L'objectif de la démarche éthique proposée est de :

- Réfléchir en interdisciplinarité, avec l'usager et son représentant aux objectifs de soins et services ainsi qu'aux principales valeurs (*voir guide de la réflexion éthique*) de tous acteurs concernés par la décision;
- Revoir et considérer les repères normatifs pertinents;
- Anticiper les torts/bénéfices des diverses possibilités d'action.

Ainsi, cette démarche interdisciplinaire de co-construction permettra l'identification d'une décision responsable dite raisonnable (Savignac et Foullem, 2016). C'est-à-dire, la meilleure décision en contexte et qui peut s'expliquer par un rationnel de valeur.

La démarche proposée se veut un condensé de deux des outils que le service de consultation du CÉC a mis à la disposition des équipes. Il vous est présenté sous la forme d'un guide de réflexion éthique.

Les intervenants aux prises avec un malaise éthique concernant le recours aux mesures de contrôle doivent :

- Entamer une démarche éthique à l'aide du guide en impliquant l'équipe interdisciplinaire ainsi que son ASI/CP/SAC et le gestionnaire du milieu;
- Impliquer l'usager et ses proches tout au long de la réflexion;
- Contacter le Comité de prévention des mesures de contrôle et des chutes;
- Communiquer avec l'agent multiplicateur en éthique clinique de son secteur.

Au besoin et de concert avec son gestionnaire, l'équipe pourrait faire appel au service de consultation en éthique clinique par courriel au ethique_clinique.ciSSSmc16@ssss.qouv.qc.ca afin de recevoir l'assistance et le support nécessaires à la résolution de son besoin.

Élaboré par la Direction qualité, évaluation, performance, éthique et Lean (DQÉPÉL), la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des services multidisciplinaires. (Juillet 2019)

Nom et prénom de l'usager :	N° de dossier :
-----------------------------	-----------------

1.6. Identifier et analyser les repères normatifs dans la situation (*soulever les éléments qui ont un poids dans la décision*) :

<input type="checkbox"/> Charte des droits et libertés de la personne (<i>article 1</i>)	<input type="checkbox"/> Code criminel (<i>article 219</i>)
<input type="checkbox"/> Code civil du Québec (<i>article 10, 11, 12</i>)	<input type="checkbox"/> Politiques du CISSSMC
<input type="checkbox"/> Loi sur les services de santé et les services sociaux (<i>article 118.1</i>)	<input type="checkbox"/> Code d'éthique de l'établissement
<input type="checkbox"/> Code de déontologie et autres repères produits par les ordres professionnels	
<input type="checkbox"/> Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique (<i>MSSS, 2015</i>)	
<input type="checkbox"/> Protocole interdisciplinaire sur l'utilisation des mesures de contrôle CISSSMC	

1.7. Que retient-on de ces repères normatifs? _____

2. Discerner

2.1. Identifier les valeurs importantes (*qui vont nous aider à prendre la décision*) : _____

2.2. Déterminer les actions et les conséquences possibles :

Actions	Conséquences

3. Décider

3.1. Prendre une décision :
 Appliquer une mesure de contrôle Ne pas appliquer une mesure de contrôle Envisager une autre solution

3.2. Est-ce que cette décision respecte notre décision spontanée? Oui Non

3.3. Qu'est-ce qui a fait évoluer la décision? _____

4. Agir

4.1. Nommer les interventions à faire et la personne responsable :

Interventions	Intervenant(s) / personne(s) responsable(s)

5. Évaluer

5.1. Validation éthique de la décision retenue :

- Avons-nous obtenu le consentement de la personne ou son représentant? Oui Non
- Si nous étions à la place de cette personne, dans cette même situation, est-ce que cette décision nous semblerait acceptable? Oui Non
 - Avons-nous choisi cette solution pour notre propre bénéfice ou pour celui de la personne concernée?

 - Sommes-nous en mesure de nommer les valeurs associées à la décision retenue?

5.2. Prévoir une rétroaction de l'intervention à la date suivante (*aaaa/mm/jj*) : _____

5.3. Prévoir un mécanisme de réévaluation en continu : _____
