

PROTOCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

DESTINATAIRES :	Tous les services et départements de l'ICM
ÉMIS PAR :	La direction des services professionnels
APPROUVÉE PAR :	Le Conseil d'administration
DATE D'APPROBATION :	Le 3 décembre 2018 - résolution CA-2018-119
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	Le 3 décembre 2018
DATE DE LA MISE À JOUR :	

TABLE DES MATIÈRES

1. Préambule	4
2. Champ d'application	4
3. Cadre juridique et déontologique	5
4. Cadre éthique et clinique	5
5. Définitions	7
6. Mesures de contrôle autorisées	8
6.1 Contention	8
6.2 Substances chimiques	9
6.3 Isolement	9
7. Contextes d'application	10
7.1 Contexte d'intervention non planifiée	10
7.2 Contexte d'intervention planifiée	10
8. Consentement à l'utilisation des mesures de contrôle	11
8.1 Aptitude à consentir	11
8.2 Information pour l'obtention du consentement	12
8.3 Nécessité du consentement	12
8.4 Forme du consentement	13
8.5 Retrait du consentement	13
8.6 Durée et validité du consentement	13
9. Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle	14
9.1 Professionnels autorisés à décider d'une mesure de contrôle	14
9.2 Application d'une mesure de contrôle	15
9.3 Surveillance	15
9.4 Évaluation de la mesure de contrôle	15
9.5 Contexte particulier des patients mis sous garde (préventive, provisoire et établissement)	15
10. Analyse en fonction du but visé	16
11. Mesures de positionnement ou de remplacement	16
12. Modèle et arbre décisionnel	18
12.1 Modèle Kayser-Jones	18
12.2 Étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée	19

13. Évaluation des facteurs de risque et contre-indications	19
13.1 Facteurs de risque général	19
13.2 Contre-indication absolues à l'isolement et à la contention	20
14. Soins et surveillance	20
15. Documentation	20
16. Cas particuliers et recours	22
17. Suivi des mesures de contrôle et responsabilités	22

1. PRÉAMBULE

Le présent protocole vise à établir les règles relatives à l'application de la législation en matière d'utilisation des mesures de contrôle aux patients de l'Institut de Cardiologie de Montréal (« ICM ») afin de les empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation de telles mesures doit demeurer exceptionnelle, minimale et tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Ce protocole vise donc à fournir à l'ensemble du personnel et des médecins les règles de conduite applicables aux patients nécessitant des mesures d'isolement et des mesures de contention. L'objectif est de mieux baliser l'utilisation de l'isolement et de la contention comme mesure d'exception, temporaire et de dernier recours.

De plus, le protocole a pour but :

- d'énoncer les valeurs et la philosophie d'intervention à adopter en regard de l'utilisation des mesures de contrôle;
- d'énoncer et d'assurer le respect des principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle;
- de réduire, dans la mesure du possible, la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle;
- de baliser l'utilisation des mesures de contrôle;
- de respecter les lois et les orientations ministérielles;
- d'uniformiser les règles de conduite et de pratique dans l'ensemble de l'établissement;
- de susciter la réflexion sur le respect des droits fondamentaux;
- de faire la promotion de l'utilisation des mesures alternatives.

2. CHAMP D'APPLICATION

Ce protocole s'adresse à tous les gestionnaires de même qu'à tous les médecins et les intervenants¹ de l'ICM qui dispensent des soins aux personnes pouvant nécessiter, par mesure de sécurité, l'évaluation et, lorsque cela est requis et en dernier recours, l'application des mesures de contrôle. Toutes ces personnes sont tenues de s'y conformer. Elles doivent connaître et comprendre la portée légale reliée à l'application de telles mesures. De même, les personnes visées par l'utilisation d'une mesure de contrôle, leur représentant et leur famille doivent être informés du contenu du présent protocole.

¹ Non limitativement : les employés, les contractuels, les médecins, les résidents, les stagiaires et les étudiants.

3. CADRE JURIDIQUE ET DÉONTOLOGIQUE

Le présent protocole fait référence à l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (RLRQ, c. S-4.2)² qui prévoit les circonstances permettant à un établissement d'utiliser les méthodes de contrôle. Cet article indique aussi les informations devant être consignées au dossier médical du patient qui fait l'objet de mesures de contrôle.

De plus, l'utilisation des mesures de contrôle repose en outre sur les lois suivantes :

- *Charte canadienne des droits et libertés*, art. 7, 9 et 12
- *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 1,3, 4, 5, 9.1, 10, 24, 44 et 46;
- *Code civil du Québec*, art. 1, 3, 10, 11, 12, 13, 15 et 16;
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 3, 8, 10, 11 et 118.1;
- *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 6 al. 1 (18);
- *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.

4. CADRE ÉTHIQUE ET CLINIQUE

L'utilisation des mesures de contrôle doit être abordée au même titre qu'une décision pour un traitement spécifique de soins de santé. Pour qu'une décision puisse être jugée comme étant la meilleure pour le patient, il est primordial de considérer son aspect thérapeutique. Or, toute décision thérapeutique repose sur des concepts scientifiques, des principes et des valeurs morales de société et d'environnement de soins.

Le processus de prise de décision doit aussi être éclairé et réfléchi, appuyé sur des connaissances suffisantes du traitement et de ses effets de même que des mesures de remplacement.

L'utilisation des mesures de contrôle doit respecter les principes éthiques et cliniques suivants :

- **Respect de la dignité** : l'utilisation des mesures de contrôle doit se faire dans le respect de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité en assurant le confort du patient et doit faire l'objet d'une surveillance attentive.

² Ci-après la « LSSSS ».

- **Mesure de sécurité** : les mesures de contrôle doivent être uniquement utilisées afin de préserver la sécurité dans un contexte de risque imminent.
- **Mesures exceptionnelles, minimales, temporaires et sécuritaires** : les mesures de contrôle doivent être exceptionnelles, minimales et temporaires. Elles doivent ainsi être le moins contraignantes possible, causer le moins d'inconfort possible et être appliquées pendant le laps de temps le plus court possible. Elles ne doivent jamais se prolonger inutilement. Aussi, dans le cas de la contention, il est essentiel de veiller à ce que les techniques d'utilisation et d'application du matériel soient conformes aux normes et procédures établies.
- **Mesures de dernier recours** : l'utilisation des mesures de contrôle ne doit être envisagée à titre de mesure de contrôle qu'en dernier recours. Ainsi, toutes les mesures de remplacement doivent au préalable être envisagées, tentées et évaluées.
- **Cadre thérapeutique** : l'utilisation des mesures de contrôle doit s'inscrire dans un cadre thérapeutique et ne jamais poursuivre un objectif punitif, sanctionnel ou administratif. L'évaluation continue de la condition clinique (physique et mentale) est prioritaire.
- **Consentement recherché** : le consentement libre et éclairé, sauf en situation d'urgence (situation non planifiée), doit être recherché. L'information et l'implication des proches doivent être favorisées.
- **Maintien des communications** : lors de l'utilisation des mesures de contrôle, les contacts humains et les communications doivent être maintenus avec le patient. Les besoins d'hygiène, d'élimination, d'alimentation, d'hydratation et de mobilité doivent toujours être assurés.
- **Maintien d'un accompagnement intensif** : l'utilisation de mesures de contrôle nécessite la mise en place d'un accompagnement intensif du patient qui doit être maintenu tout au long du processus. Cet accompagnement doit être soutenu et se traduire par une relation aidante qui tient compte des caractéristiques du patient et de son environnement. De plus, l'accompagnement doit viser à permettre au patient de retrouver son auto contrôle, son estime de soi, sa capacité à faire face à ses angoisses tout en s'assurant de son bien-être. Après l'événement, un retour doit être effectué avec le patient.
- **Processus soutenu de révision des pratiques** : un processus continu de réflexion et d'analyse des pratiques professionnelles liées à la décision de l'isolement et de la contention doit être en place dans l'organisation afin de traiter des règles de conduite, de leur pertinence et de leur révision par le conseil d'administration.

5. DÉFINITIONS

Consentement : manifestation de la volonté expresse par laquelle une personne ou son représentant légal manifeste son accord.

Consentement libre et éclairé : expression de la volonté donnée de plein gré, sans contrainte, menace, pression ou promesse provenant d'une tierce personne et donnée en toute connaissance de cause, après avoir reçu les informations pertinentes dans un langage que la personne comprend et de façon claire.

Contention chimique : mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.

Contention physique : mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou 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.

Contexte d'intervention planifiée : intervention réalisée en réponse à un comportement impliquant un danger réel pour la personne ou pour autrui, susceptible de se répéter alors que les intervenants ont, au préalable, convenu avec la personne ou avec son représentant des diverses mesures de contrôle afin de faire face efficacement à la situation.

Contexte d'intervention non planifiée : intervention réalisée en réponse à un comportement inhabituel ou imprévu, qui met en danger imminent la sécurité d'un patient ou celle d'autrui. Les mesures de contrôle ne sont pas prévues au plan d'intervention du patient et aucune mesure alternative ne répond à l'urgence de la situation. Le comportement est tel qu'il est impossible pour le patient de donner son consentement.

Isolement : mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu (ex. chambre), pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. L'isolement qui se fait dans un contexte de prévention des infections de même que le retrait thérapeutique ne sont pas considérés comme des mesures de contrôle car l'accès à la chambre demeure libre et les communications avec le personnel et l'extérieur sont possibles en tout temps.

Mesures alternatives / mesures préalables : stratégies d'intervention visant à assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui tout en évitant de recourir aux mesures de contrôle.

Mesure de contrôle : toute mesure visant à restreindre la liberté de mouvement ou d'action d'une personne.

Mesures de positionnement : mesure qui consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou 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. Cette mesure ne doit jamais avoir pour objectif de contrôler une personne.

Positionnement : action ayant pour but d'améliorer le confort d'une personne et qui n'est pas considérée comme une mesure de contrôle.

Retrait thérapeutique : retrait d'une personne d'un lieu commun afin de permettre une distanciation avec un stimuli ou pour l'aider à se calmer et à reprendre contact avec elle-même. Le retrait n'est pas considéré comme une mesure de contrôle si la personne peut sortir librement.

Salle d'isolement : pièce permettant de confiner une personne afin d'assurer sa surveillance pour un temps déterminé alors qu'elle ne peut en sortir librement.

Patient : toute personne qui reçoit des soins ou des services sur une unité interne de l'ICM ou son représentant légal au sens de l'article 12 LSSSS.

6. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES

6.1 Contention

Seules les contentions approuvées par le Conseil d'administration peuvent être utilisées.

Une demande doit être formulée à la Direction des services professionnels (DSP) pour toute contention ne figurant pas à la liste des contentions approuvées. Seule la DSP peut décider, après évaluation, d'autoriser temporairement l'utilisation d'une contention non approuvée par le Conseil d'administration.

- Ridelles
- Ceinture abdominale
- Attache membres (poignets et chevilles)
- Contention humaine
- Chaise gériatrique et tablette

Le choix du matériel doit respecter les normes nationales établies et décrites dans le document publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*³.

L'utilisation de l'une ou l'autre des mesures de contrôle énoncées ci-haut doit toujours faire appel au jugement clinique des professionnels qui les appliquent et faire l'objet d'une évaluation constante.

L'utilisation sécuritaire des contentions doit se faire selon les normes et les indications du fabricant, selon les critères suivants :

³ Gouvernement du Québec (MSSS), « 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, accessible en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-812-01.pdf>> (consulté le 9 janvier 2018)

- Être en bon état et propre
- Respecter les fonctions vitales de la personne
- Être adaptée à la taille de la personne
- Garantir le confort et la sécurité
- Assurer le respect et la dignité de la personne
- Être retirée rapidement en cas d'urgence.

Le bris, la maintenance, la vérification ou la désuétude de l'une ou l'autre des mesures de contrôle doit être signalé sans délai au responsable des équipements.

Un inventaire des mesures de contrôle utilisées doit être tenu à jour dans un registre accessible aux archives.

6.2 Substance chimique

L'administration d'une substance chimique à des fins thérapeutiques n'est pas considérée comme une mesure de contrôle. Par exemple, l'utilisation d'un médicament pour traiter la cause d'une maladie, pour en contrôler les symptômes ou comme élément inhérent à un plan de soin n'est pas considérée comme une mesure de contrôle.

L'administration d'une substance chimique est considérée comme une mesure de contrôle lorsqu'elle est prescrite dans le but d'empêcher un patient de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, dans un contexte de danger réel pour lui-même ou pour autrui. La médication doit être prescrite par un professionnel autorisé, en conformité avec les lois et règlements en vigueur.

Comme pour toute mesure de contrôle, l'administration d'une substance chimique dans un tel contexte doit être utilisée de façon minimale et exceptionnelle. Elle doit être la moins contraignante possible pour le patient tout en tenant compte de son état physique et mental.

6.3 Isolement

Il s'agit d'une mesure de contrôle si la personne est confinée dans un lieu tel qu'une chambre par un dispositif (ex. velcro, bande placée sur le plancher, loquet sur une porte vers une issue extérieure, demi-porte) ou par une mesure appliquée (ex. personne placée à l'entrée de la chambre) dans le but de l'empêcher de sortir librement.

L'utilisation d'une demi-porte comme mesure de contrôle ne doit pas être favorisée et systématisée. Son utilisation ne doit pas être encouragée et doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'alternatives valables et raisonnables accessibles. (MSSS juillet 2006).

Seules les salles approuvées par le Conseil d'administration peuvent être utilisées :

Lieu	No de local	Type d'utilisation
3 ^e centre	303	Isolement
4 ^e centre	404	Isolement
4 ^e centre	405	Isolement

Toute nouvelle utilisation doit faire l'objet d'une autorisation temporaire par la DSP avant d'être approuvée par le Conseil d'administration.

7. CONTEXTES D'APPLICATION

L'utilisation des mesures de contrôle survient dans deux contextes :

7.1. Contexte d'intervention non planifiée

Le contexte d'une intervention non planifiée correspond à une situation où un intervenant est appelé à agir auprès d'un patient qui présente un comportement dangereux **inhabituel** ou **imprévu**, qui compromet sa sécurité ou celle d'autrui.

Le contexte d'intervention non planifié survient lorsque :

- Le comportement du patient constitue un **danger imminent** pour lui-même ou pour autrui; et
- Le comportement ne s'est pas manifesté antérieurement ou est différent des situations vécues auparavant. Il s'agit donc d'un comportement **imprévisible et inhabituel**.

Lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée dans un contexte non planifié, soit lors d'une situation d'urgence, l'obtention du **consentement du patient n'est pas requise**. Par contre, la collaboration du patient doit être sollicitée en tout temps et l'obtention du consentement est idéale.

Une analyse post-situationnelle doit être réalisée dès que possible et le plan d'intervention individualisé du patient doit être revu en équipe avec la participation du patient afin de pallier toute autre situation similaire.

7.2. Contexte d'intervention planifiée

Le contexte d'une intervention planifiée correspond à une situation où un intervenant est appelé à agir auprès d'un patient qui présente un comportement dangereux **habituel** et **prévu**.

Le contexte d'intervention planifiée est envisagé lorsque :

- Il existe un comportement récent qui révèle un danger **réel** pour lui-même ou pour autrui; et
- Le comportement est susceptible de se répéter.

Dans le contexte d'intervention planifiée, le **consentement du patient est requis**. Cependant, si le patient retire son consentement ou si celui-ci est impossible à obtenir au moment d'appliquer la mesure de contrôle prévue à son plan d'intervention et que son comportement place autrui ou lui-même dans une situation de danger imminent, la mesure de contrôle peut être appliquée comme s'il s'agissait d'une intervention en contexte non planifié.

Dans un tel cas, de concert avec le patient ou son représentant légal, un plan d'intervention individualisé sera élaboré par une équipe interdisciplinaire afin d'y inclure les mesures alternatives de contrôle identifiées susceptibles d'aider le patient en situation de crise. Parmi les moyens disponibles, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être envisagée en dernier recours, après l'échec de toutes les mesures alternatives prévues à son plan d'intervention.

En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle doit devenir un mode d'intervention systématique lorsqu'un patient présente des comportements à risque et ce, même lorsque les mesures alternatives préalablement identifiées au plan d'intervention ont échouées.

L'intervenant doit tenter d'établir les causes sous-jacentes des comportements dangereux identifiés et doit éviter de généraliser ou conclure hâtivement qu'elles sont identiques à celles observées antérieurement.

8. CONSENTEMENT À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE

8.1. Aptitude à consentir

Tout patient, ou son représentant légal, doit être informé et impliqué dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé. Une mesure de contrôle constitue en soi un soin de sorte que l'obtention du consentement du patient est essentielle puisqu'un patient **apte** ne peut être soumis à des soins sans son consentement et ce, quelle que soit la nature de ces soins.

La responsabilité d'évaluer l'aptitude d'un patient à consentir aux soins revient au médecin.

Pour les patients **inaptes** à consentir à l'utilisation d'une mesure de contrôle, le consentement de l'une ou l'autre des personnes identifiées à l'article 15 du *Code civil du Québec* est requis, soit par ordre de priorité :

mandataire, tuteur, curateur, conjoint, proche parent ou à défaut, par une personne présentant un intérêt particulier pour celui-ci.

Lorsqu'un patient **inapte** refuse des soins malgré le consentement de son représentant, son refus doit être considéré dans la décision de recourir à une mesure de contrôle. Celui-ci devra cependant être écarté en situation d'urgence.

8.2. Information pour l'obtention du consentement

Pour obtenir un consentement libre et éclairé, le patient ou son représentant légal doit être informé et impliqué dans le processus décisionnel menant à l'utilisation des mesures de contrôle. Les renseignements doivent être formulés clairement dans un langage que le patient comprend. Le professionnel ou les intervenants doivent s'assurer de la bonne compréhension du patient et doivent répondre à toutes ses questions.

Les informations suivantes doivent être transmises au patient :

- ✓ Les mesures de remplacement envisagées
- ✓ La mesure de contrôle retenue
- ✓ La justification de l'intervention
- ✓ L'intention thérapeutique poursuivie
- ✓ Le contexte d'application
- ✓ La durée de l'application
- ✓ Les risques encourus en l'absence de mesure de contrôle
- ✓ Les risques en lien avec la mesure et les mesures de sécurité à prendre afin d'éviter la réalisation des risques
- ✓ Le processus de réévaluation en place
- ✓ La durée de la validité de la mesure de contrôle

Les informations transmises au patient doivent être documentées dans une note à son dossier et les mesures identifiées doivent être reflétées dans son plan d'intervention individualisé (PII).

8.3. Nécessité du consentement

Tel qu'indiqué dans les deux sections précédentes et conformément aux exigences de la loi, il est impératif d'obtenir le consentement de la personne ou de son représentant légal. Au besoin, des recours sont possibles pour assurer la sécurité du patient ou d'autrui, notamment dans les situations suivantes :

- Dans un contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal est requis;
- Dans le contexte d'intervention non planifiée, après l'analyse post situationnelle, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal doit être obtenu pour les interventions ultérieures.

8.4. Forme du consentement

Dans le contexte d'une intervention planifiée, le consentement doit être obtenu par écrit. L'apposition de la signature du patient ou de son représentant légal, au plan d'intervention individualisé fait foi de son consentement à la mesure de contrôle qui y est indiquée.

Dans le contexte d'une intervention non planifiée, il va de soi qu'aucune formalité n'est requise compte tenu de l'urgence d'agir et des risques sous-jacents.

8.5. Retrait du consentement

Le patient ou son représentant légal peut retirer son consentement à tout moment, malgré sa signature. L'équipe doit alors procéder à l'évaluation du patient, incluant le risque de dangerosité que celui-ci représente pour lui-même ou pour autrui selon le processus décisionnel défini au présent protocole. En cas de danger imminent, la situation doit être gérée en tant qu'intervention non planifiée. Bien entendu, dès que possible, l'analyse post situationnelle et tout ce qui s'ensuit doit être réalisée.

8.6. Durée et validité du consentement

Le consentement n'est valide que pour la période identifiée avec le patient et demeure valide pour une durée maximale d'un an pour une même mesure.

Seule la signature du patient ou de son représentant légal au Plan d'intervention individualisé fait foi de son consentement.

Un nouveau consentement est requis dès qu'une modification est apportée, que ce soit au type, à la durée ou à la fréquence d'application de la mesure de contrôle.

9. LES MODALITÉS DE DÉCISION ET D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

9.1. Professionnels autorisés à décider d'une mesure de contrôle

La décision d'utiliser une mesure de contrôle est une activité réservée à certains professionnels en raison du degré de complexité du processus décisionnel et du risque de préjudice qu'elle peut causer.

Seuls les professionnels suivants, ayant les connaissances et les compétences, peuvent recourir aux mesures de contrôle suivantes :

- **Contention chimique** : médecin
- **Contention physique** : ergothérapeute, infirmière, médecin, physiothérapeute, psychoéducateur, psychologue et travailleur social
- **Isolement** : ergothérapeute, infirmière, médecin, psychoéducateur, psychologue et travailleur social

La décision de recourir à la contention ou à l'isolement doit se prendre dans le respect du champ d'exercice de la personne qui la prend. La décision doit être prise en interdisciplinarité afin de minimiser les risques de préjudice associés à son utilisation.

Les candidates et candidats à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) ne peuvent en aucun temps prendre la décision d'appliquer une mesure de contrôle.

La mesure de contrôle étant considérée comme un soin, seuls les professionnels autorisés par la loi et ayant procédé à une évaluation clinique du patient peuvent prendre une telle décision. La signature complémentaire d'un gestionnaire ne peut être considérée dans la décision clinique. Une telle signature fait uniquement foi de la prise de connaissance par le gestionnaire de la décision. Par ailleurs, les autres intervenants non autorisés par la loi peuvent être impliqués dans le processus décisionnel interdisciplinaire, lorsque leur expertise peut permettre une utilisation judicieuse des mesures de contrôle envisagées.

Dans le contexte d'une intervention planifiée, comme l'utilisation de mesures de contrôle est une activité comportant un risque de préjudice pour le patient, l'évaluation et la signature d'au moins deux professionnels différents sont nécessaires lors de la décision d'utiliser une mesure de contrôle de type physique ou isolement.

Dans le contexte d'une intervention non planifiée, la décision visant l'utilisation d'une mesure de contrôle de type physique ou isolement par un seul professionnel est suffisante et doit être discutée avec les autres professionnels présents dès que possible.

9.2. Application d'une mesure de contrôle

L'application d'une mesure de contrôle n'est pas une activité réservée. La mesure de contrôle utilisée en contexte d'intervention planifiée doit être consignée au plan d'intervention et peut être appliquée par tout intervenant formé à cette fin.

9.3. Surveillance

L'application d'une mesure de contrôle nécessite une surveillance soutenue puisqu'elle comporte des risques de préjudice. En aucun moment une mesure de contrôle ne doit être utilisée pour pallier un manque de surveillance ou un manque de personnel. La fréquence et les modalités de surveillance sont déterminées par les professionnels ayant décidé de la mesure de contrôle selon les modalités prévues au présent protocole.

Puisque chaque situation clinique est unique, il n'existe pas de données sur la fréquence des soins et de la surveillance, ni sur le type de surveillance ou de soins pouvant s'appliquer uniformément à tous les patients. La surveillance n'est pas déterminée en fonction du motif d'application, mais en fonction du risque ainsi que de la condition clinique de la personne et de son environnement.

9.4. Évaluation de la mesure de contrôle

Nul, y compris un membre de la famille ou le représentant légal, ne peut imposer à une équipe traitante ou un professionnel habilité à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle d'utiliser une mesure au nom de la sécurité ou dans un contexte d'intervention planifiée sans que celle-ci soit entérinée par le ou les professionnels habilités.

La question de la fréquence et de la surveillance des mesures de contrôle relève du jugement clinique de l'équipe de soins. L'évaluation et l'analyse de la décision établissant l'opportunité de maintenir ou cesser une mesure de contrôle doivent être effectuées en continu par les professionnels pouvant décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle en fonction des types décrits ci-haut.

9.5. Contexte particulier des patients mis sous garde (préventive, provisoire, établissement)

Certaines personnes peuvent se trouver dans des contextes particuliers. C'est le cas, entre autres, d'un patient en situation de garde en établissement telle que 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*. Pour un temps déterminé, la personne se retrouve 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 ce patient. Il est possible que des mesures de contrôle additionnelles s'avèrent nécessaires. Celles-ci doivent être utilisées conformément aux modalités prévues au présent protocole.

10. ANALYSE EN FONCTION DU BUT VISÉ

Il peut arriver qu'une mesure empêchant ou limitant la liberté de mouvement soit utilisée à d'autres fins que le contrôle de la personne et puisse entraîner des conséquences non désirées.

Afin de déterminer si une intervention constitue une mesure de contrôle, l'équipe médicale doit se questionner sur le but visé par une telle mesure plutôt que sur le dispositif ou la mesure elle-même.

Lorsque le but visé est de restreindre la liberté de mouvement ou la capacité d'un patient, il s'agit d'une mesure de contrôle qui nécessite un suivi et une évaluation tel que prévu par le présent protocole. Une mesure de contrôle pourra être utilisée en cas de :

- gestes préjudiciables tel que se mordre ou se frapper la tête
- gestes socialement inacceptables tel que des attouchements sexuels non sollicités
- positions à risque tel que grimper à une fenêtre
- déplacements non sécuritaires tout en se plaçant en situation de danger imminent

11. MESURES DE POSITIONNEMENT OU DE REMPLACEMENT

Lorsque le but visé par l'intervention vise à réduire une incapacité ou prévenir son aggravation afin d'offrir au patient une liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire ou lorsque l'intervention vise à fournir une assistance supplémentaire au niveau des déplacements d'un patient ou de ses habitudes de vie, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle visée par le présent protocole, mais bien d'une mesure de positionnement. Les moyens qui entrent dans cette catégorie sont les suivants :

- table fixée à un fauteuil roulant permettant l'utilisation d'un moyen de communication
- sangle stabilisant un membre

Une mesure de positionnement ne doit jamais viser à contrôler un patient. Même si une mesure de positionnement ne saurait être considérée en tant que mesure de contrôle, son utilisation doit absolument être précédée d'une évaluation par un professionnel détenant les compétences lui permettant d'imposer une telle mesure.

Les mesures suivantes pourront être considérées comme une mesure de positionnement ou de contrôle selon le but visé par la mesure :

- **Fauteuil gériatrique** : un fauteuil gériatrique avec tablette servant normalement au positionnement lors des repas deviendra une mesure de contrôle si la tablette n'est pas retirée après le repas, puisqu'elle limite la liberté de mouvement.
- **Fauteuil roulant** : les freins appliqués à un fauteuil roulant lors du déplacement d'un patient de son fauteuil au lit constitue une mesure de sécurité. Cependant, lorsque les freins sont appliqués afin d'exercer une surveillance ou de confiner le patient dans un endroit afin qu'il ne puisse circuler librement, cette mesure deviendra une mesure de contrôle.
- **Équipement nécessaire à l'autonomie** : le retrait d'un équipement notamment utilisé pour favoriser l'autonomie tel qu'une orthèse, un déambulateur ou une canne deviendra une mesure de contrôle lorsque le but visé par la mesure est de limiter les déplacements d'un patient.
- **Ridelles de lit** : la ridelle de lit pourra être considérée en tant que mesure de positionnement lorsqu'elle vise à protéger un patient contre les chutes. Il est recommandé de faire preuve d'une extrême prudence lorsque la condition du patient requiert son utilisation. L'utilisation de méthodes alternatives plus sécuritaires et moins contraignantes telles que l'utilisation d'un matelas à rebord surélevé ou l'abaissement du lit près du sol peuvent être privilégiées. Cependant, les ridelles ne seront pas considérées comme une mesure de contrôle lorsqu'elles sont remontées à la demande du patient alors que celui-ci a été informé et comprend les risques potentiels, n'est pas susceptible de présenter un état de confusion et demeure capable d'abaisser les ridelles au besoin ou de demander de les faire abaisser lorsqu'il le désire. L'utilisation des deux ridelles de lit sera considérée comme une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre une personne à son lit lorsque celle-ci souhaite se lever.
- **Isolement dans la chambre ou à un autre endroit** : cette mesure sera considérée en tant que mesure de positionnement lorsqu'elle est utilisée à la demande du patient afin d'assurer son intimité ou prévenir l'intrusion d'autres personnes ou patients dans son espace personnel dans la mesure où le patient peut en sortir librement. Cependant, toute intervention visant à contrôler un patient dans un lieu d'où il ne peut sortir librement est considérée en tant qu'isolement et ce, peu importe que ce soit au moyen d'un dispositif (porte verrouillée, demi-porte, bande sur le plancher, rideau, etc.) ou d'une intervention humaine (personne à l'entrée de la chambre ou par l'exercice d'une volonté même par une tierce personne)
- **Demi-porte** : l'utilisation de cette mesure a pour but de protéger l'intimité d'une personne contre l'intrusion des autres dans son espace. Son utilisation est cependant recommandée uniquement dans les situations où aucune autre alternative n'est possible. L'utilisation d'une porte pleine, avec fenêtre, est une alternative plus sécuritaire et devrait être envisagée en lieu et place de la

demi-porte. La demi-porte sera considérée comme une mesure de contrôle lorsqu'elle vise à contrôler un patient dans un lieu d'où il ne peut sortir librement.

- **Bracelet magnétique** : mesure de remplacement s'il permet à la personne qui le porte d'agir, d'entretenir des contacts avec autrui et se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie. Il deviendra une mesure de contrôle s'il est utilisé afin d'isoler un patient dans un espace restreint d'où il ne peut pas sortir librement ou entretenir de contact avec les autres.

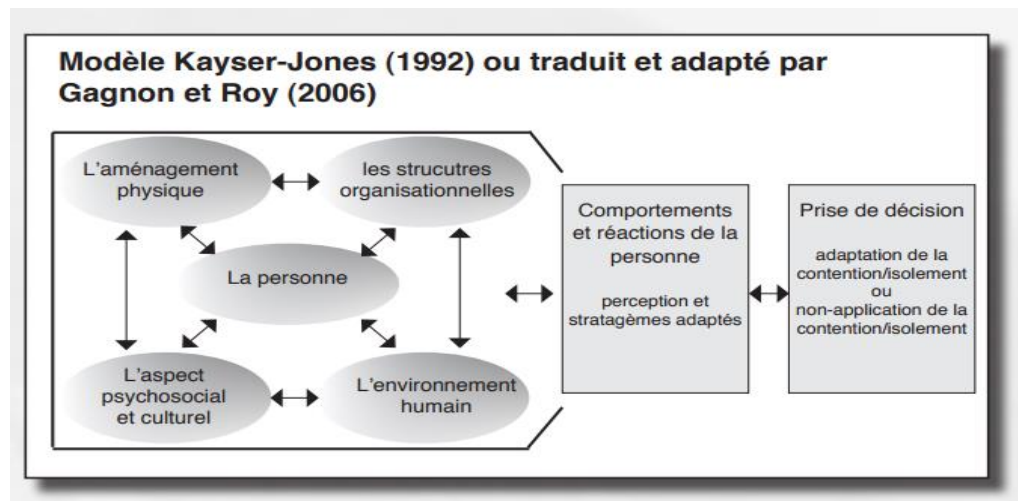
12. MODÈLE ET ARBRE DÉCISIONNEL

Le processus décisionnel et l'arbre décisionnel présentés dans le présent protocole doivent être respectés en tout temps afin de rendre l'utilisation des mesures de contrôles **exceptionnelles** et **minimales**.

En raison du risque de préjudice, la décision visant l'utilisation d'une mesure de contrôle doit s'appuyer sur une démarche rigoureuse et individualisée. Le patient et/ou ses proches doivent être impliqués dans l'ensemble du processus décisionnel ainsi que dans l'élaboration de son plan d'intervention individuel.

12.1. Modèle Kayser-Jones

Le processus décisionnel de recourir à l'utilisation d'une mesure de contrôle de l'ICM s'appuie sur le modèle Kayser-Jones (1992), tel que préconisé par le MSSS (2011). Ce modèle considère que les comportements et les réactions d'une personne sont influencés par les composantes de son environnement, qui eux influencent à leur tour directement l'intervenant quant à sa décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle.



12.2. Étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée :

- I. **L'évaluation de la situation clinique** : vise à identifier le problème et à chercher les causes profondes. Elle doit être globale et tenir compte à la fois des caractéristiques du patient et des composantes de son environnement.
- II. **L'analyse et l'interprétation** : cette étape permet au professionnel de porter un jugement clinique sur la condition du patient ainsi que sur le niveau de risque qu'il présente pour lui-même ou autrui.
- III. **La planification de l'intervention** : permet d'identifier les correctifs visant l'élimination des causes du problème, identifier les mesures alternatives aux mesures de contrôle, analyser la pertinence d'appliquer une mesure de contrôle, analyser les avantages et les effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure envisagée et d'effectuer un choix quant à la mesure la plus appropriée à adopter.
- IV. **L'intervention** : réalisée selon le plan établi lors du processus décisionnel, en tenant compte des principes directeurs et des modalités établies dans le présent protocole.
- V. **La réévaluation** : effectuée en collaboration avec le patient ou son représentant légal dès que la situation le permet lors d'une rencontre qui porte sur : l'évolution de l'état de santé du patient, les raisons qui ont motivé l'application de la mesure de contrôle, l'efficacité du plan d'intervention, les mesures alternatives possibles et la révision de la décision relative à l'utilisation de la mesure de contrôle. Le patient, ses proches ou son représentant légal doivent pouvoir exprimer son point de vue et les améliorations sur le plan de l'intervention en elle-même.

13. ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE ET CONTRE-INDICATIONS

13.1. Facteurs de risque général

Les facteurs de risque liés à la condition du patient sont une composante importante dans le processus décisionnel menant à la décision de recourir à une mesure de contrôle. Une attention particulière doit être apportée et des précautions additionnelles doivent être mises en place dans les cas suivants :

- **Présence d'une affection organique non stabilisée** : troubles respiratoires (chroniques ou aigus), troubles cardiaques (insuffisance cardiaque, stimulateur cardiaque, etc.), atteinte neurologique, troubles de la thermorégulation, état infectieux, problèmes vasculaires (œdème).

- **Prise possible ou confirmée d'agents toxiques** : prise de médication (sous ordonnance ou non), consommation d'alcool ou de drogues.
- **Antécédents connus d'abus physiques ou sexuels ou autres traumatismes** : victime de viol, d'inceste, de viol en bandes, d'intimidation, d'agression, de violence physique, de violence conjugale, d'un événement traumatisant (vol à main armée, survivant de guerre ou attentat) ou dissociation.

13.2. Contre-indications absolues à l'isolement et à la contention

- Utilisation à titre de punition
- Utilisation pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour son confort
- Abus de pouvoir de l'équipe traitante
- Utilisation en cas de manque de personnel
- Aider les intervenants à faire leur travail
- À la demande injustifiée de la famille pour les personnes en perte de mobilité

Les contre-indications particulières à chacun des moyens de contrôle doivent également être respectées.

14. SOINS ET SURVEILLANCE

Un patient sous contention doit faire l'objet d'une surveillance constante durant l'application de la mesure. Les modalités entourant les soins et la surveillance du patient relèvent du jugement clinique et doivent être établies par les professionnels impliqués. Elles doivent être conformes aux exigences de l'établissement.

15. DOCUMENTATION

Toutes les notes des différents professionnels impliqués dans le processus de décision de l'application d'une mesure de contrôle sont consignées au dossier du patient.

Les éléments suivants doivent être consignés :

- précisions concernant l'évaluation de la condition physique et mentale du patient

- mesures alternatives tentées et évaluation de ces mesures
- description de la mesure de contrôle utilisée
- description des comportements du patient ayant motivé le recours à la mesure de contrôle ou son maintien
- paramètres de surveillance, la durée, la fréquence et le moment d'application de la mesure
- facteurs de risques liés au patient
- informations transmises au patient
- consentement du patient, lorsque requis
- but de la mesure, effets attendus et obtenus
- réactions du patient avant, pendant et après la mesure
- mesures de sécurité prises pendant la durée de la mesure
- signes vitaux
- date de la révision de la mesure

L'ensemble des autres documents qui reflètent le processus d'évaluation et décisionnel des professionnels doivent également être déposés au dossier du patient :

- grille d'observation du comportement PRN
- consultation et les notes des différents professionnels impliqués
- plan d'intervention interdisciplinaire
- plan thérapeutique infirmier
- note professionnelle de l'infirmier

Chaque intervenant ou professionnel doit s'assurer que les informations en lien avec une mesure de contrôle soient :

- inscrites lisiblement
- exactes
- consignées sans délai

16. CAS PARTICULIERS ET RECOURS

Toute personne qui éprouve ou constate une difficulté particulière découlant de l'application du présent protocole à une situation donnée doit en aviser sans délai la DSP qui détermine alors la ligne de conduite à adopter.

Seule la DSP peut, de manière exceptionnelle et pour une situation donnée, autoriser une dérogation à ce qui est prescrit par le présent protocole. Telle dérogation ne s'applique qu'à la situation qui en est à l'origine. Elle ne peut porter que sur les modalités d'application du protocole et doit être compatible avec les principes qui y sont énoncés.

Tout patient ou son représentant peut porter plainte à l'attention de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services toute plainte ou insatisfaction à l'égard de l'application du présent protocole en utilisant la procédure régulière de l'établissement.

17. SUIVI DES MESURES DE CONTRÔLE ET RESPONSABILITÉS

Les mesures de contrôle font l'objet d'un suivi régulier par la DSP qui procède à une évaluation annuelle de leur application. Tout incident ou accident qui survient à la suite de l'application d'une mesure de contrôle doit être soumis au comité de la gestion des risques qui procède à une évaluation et fait une recommandation au comité d'administration de l'établissement. Un rapport annuel est transmis par la DSP au conseil d'administration.