

# PROTOCOLE

NUMÉRO : PRO\_DSM\_2020-277.A

## PROTOCOLE DES APPLICATIONS DES MESURES DE CONTRÔLE

<b>Préparé par :</b> <i>La Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, la Direction des services multidisciplinaires et la Direction des soins infirmiers</i>	<b>Référence :</b> <i>Politique sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle. (POL_DQEPE_2018-136)</i>
<b>Approuvé par :</b> <i>Le comité de direction (CDD)</i>	<b>En vigueur le :</b> 30 juin 2019  <b>Révisé le :</b> 7 janvier 2020

# Table des matières

Liste des sigles .....	5
Glossaire.....	6
1. Préambule.....	7
2. Objectifs .....	8
3. Principes directeurs.....	8
3.1. Principes juridiques et éthiques.....	8
3.2. Principes cliniques.....	8
4. Définitions des différentes mesures .....	9
4.1. Mesures de contrôle .....	9
4.1.1. Précisions .....	9
4.2. Mesures de remplacement .....	10
5. Mesures de contrôle autorisées et proscrites dans l'établissement .....	10
5.1. Équipements et dispositifs autorisés comme mesure de contrôle.....	10
5.2. Équipements et dispositifs interdits ou à éviter comme mesure de contrôle .....	11
5.3. Intervention proscrite .....	12
6. Contextes d'application .....	12
6.1. Contexte d'intervention non planifiée.....	12
6.2. Contexte d'intervention planifiée.....	12
7. Processus décisionnel.....	13
7.1. Professionnels autorisés à décider de l'application d'une mesure de contrôle.....	13
7.1.1. Particularités reliées au lieu d'application .....	14
7.1.2. Particularités reliées au type de mesure de contrôle .....	14
7.2. Professionnels et intervenants autorisés à appliquer une mesure de contrôle.....	14
7.3. Collaboration interprofessionnelle et partenariat avec l'utilisateur .....	14
7.4. Étapes du processus décisionnel .....	15
7.4.1. Évaluation clinique .....	15
7.4.2. Planification de l'intervention .....	17
7.4.3. Application et suivi des mesures.....	18
7.4.4. Retour post-situationnel en contexte d'intervention non planifiée et planifiée.....	20
7.4.5. Réévaluation en interdisciplinarité .....	20
8. Consentement.....	21
9. Modalités de soins et de surveillance.....	22

9.1.	Paramètres de surveillance .....	24
9.2.	Type de surveillance.....	25
9.3.	Fréquence minimale de la surveillance .....	25
9.4.	Personne responsable de la surveillance .....	25
10.	Droit à l'information .....	25
11.	Mécanismes de communication interprofessionnelle.....	25
11.1.	Informations au dossier de l'utilisateur .....	25
11.2.	Autres mécanismes de communication.....	26
12.	Soutien à la pratique professionnelle et amélioration continue .....	26
13.	Évaluation et diffusion des résultats.....	27
14.	Mécanismes de plaintes .....	27
15.	Rapport annuel .....	28
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>29</b>

## Table de la figure

Figure 1 - Étapes du processus décisionnel .....	15
--------------------------------------------------	----

## Table des tableaux

Tableau 1 - Professionnels autorisés à décider de l'application d'une mesure de contrôle .....	13
Tableau 2 - Critères d'évaluation de la probabilité du danger et la gravité des conséquences .....	16

## Table des annexes

Annexe A - Extraits législatifs.....	31
Annexe B - Situations où le but de l'intervention peut varier .....	34
Annexe C - Critères d'évaluation des mesures de contrôle .....	39
Annexe D - Algorithme décisionnel .....	40
Annexe E - Liste des contre-indications à l'utilisation de certaines mesures de contrôle .....	41
Annexe F - Modèles d'analyse des situations cliniques .....	42
Annexe G - Effets négatifs de l'application des mesures de contrôle .....	45

## Liste des sigles

Acronyme	Nom complet
C.A.	Conseil d'administration
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OPQ	Office des professions du Québec
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RCPI	Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux
RI	Ressources intermédiaires
RTF	Ressource de type familial
SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
TAQ	Tribunal administratif du Québec
TGC	Trouble grave du comportement

## Glossaire

Terme	Définition
Collaboration interprofessionnelle	Partenariat entre une équipe de professionnels de la santé, et une personne et ses proches, dans une approche participative de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux (RCPI, 2013).
Désescalade	Utilisation de techniques (comprenant les stratégies de communication verbale et non verbale) permettant de désamorcer la colère et éviter l'agression.
Plan d'intervention	Plan de travail de l'intervenant prévu par la LSSSS (RLRQ, c.S-4.2, art. 102). Ce plan permet d'identifier les besoins de l'utilisateur, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services qui lui seront fournis. Note : dans le présent document, le PI inclut le PII, le PTI, le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) et tout autre plan de travail pertinent.
Pratique réflexive	Action de porter un regard critique sur l'ensemble des opérations que requiert la profession, ainsi que sur le savoir- être requis dans les différentes situations auxquelles l'intervenant est confronté. Cette pratique vise un perfectionnement des intervenants en s'appuyant sur les connaissances, mais également leurs expériences.
Retour post-situationnel	Intervention qui a pour but d'atténuer les effets néfastes et potentiellement traumatisants de l'application d'une mesure de contrôle pour le personnel impliqué et tous les témoins de l'événement, incluant l'utilisateur lui-même et ses proches.
Révision/ réévaluation	Analyse approfondie de chaque événement ayant mené à l'application d'une mesure de contrôle. Elle se réalise dans un contexte de collaboration interprofessionnelle. Elle permet de suivre l'évolution de la situation de l'utilisateur, d'apporter les ajustements nécessaires au dossier et de mettre en place les interventions les plus appropriées.
Surveillance constante dans un lieu restreint	Mesure requise lorsque l'utilisateur présente un niveau de risque élevé pour lui-même ou pour autrui. Cette mesure consiste à accorder une présence continue auprès de l'utilisateur par un membre du personnel et contraindre ses déplacements dans un lieu restreint. En aucun temps, l'utilisateur ne peut être laissé seul. La surveillance qui vise à limiter les mouvements et confiner l'utilisateur dans un lieu restreint doit être considérée comme un isolement.
Usager	Personne qui a recours aux services de santé et services sociaux.

# 1. Préambule

Le 1<sup>er</sup> avril 2015 marque l'entrée en vigueur du projet de loi 10<sup>1</sup> modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Le CISSS de Chaudière-Appalaches est issu de la fusion de neuf établissements publics et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches.

Cette réorganisation implique, entre autres, l'élaboration et l'adoption de la *Politique d'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle* et du *Protocole d'application des mesures de contrôle*, comme le stipule l'article 118.1 de la LSSSS<sup>2</sup> qui déclare que « tout établissement doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses bénéficiaires et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures ».

Des pratiques relativement conformes avec les orientations ministérielles concernant le recours à des mesures de contrôle étaient en place au moment de la fusion des établissements. Ces pratiques s'appliquaient en fonction des particularités et besoins des clientèles desservies, ainsi que du contexte d'intervention.

Ce protocole s'inscrit donc dans une démarche d'intégration et d'harmonisation des pratiques cliniques et administratives organisationnelles. Ce protocole prend appui sur le fait que le CISSS de Chaudière-Appalaches s'emploie à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de Chaudière-Appalaches. Les valeurs organisationnelles d'humanisme, de collaboration et d'équité animent l'ensemble du personnel, des médecins et des gestionnaires qui s'unissent pour le mieux-être de la population de la région de la Chaudière-Appalaches. Ils s'engagent à ce que les interventions soient réalisées dans le plus grand intérêt des usagers et que leurs droits et leur dignité soient préservés en tout temps.

En établissant des normes de pratique visant l'utilisation minimale et exceptionnelle des mesures de contrôle et une prestation sécuritaire des soins et services à l'endroit des usagers dans l'ensemble du CISSS de Chaudière-Appalaches, ce protocole s'inspire des meilleures pratiques répertoriées à travers la région, dans les autres établissements de la province et ailleurs dans le monde. Il met en évidence la nécessité de la collaboration interprofessionnelle et le partenariat avec l'usager dans l'ensemble des parcours de soins et services. De plus, il encourage l'adoption d'une pratique réflexive à l'égard de ces interventions de dernier recours, et ce, tant chez les gestionnaires que les médecins et intervenants<sup>3</sup>. Enfin, il s'appuie sur le postulat voulant que le jugement clinique des médecins et des intervenants prévale en tout temps, dans le respect des principes directeurs.

Il prévoit le développement de procédures distinctes en matière de recours à une mesure de contrôle, afin de demeurer près des besoins et particularités des différentes clientèles<sup>4</sup>.

Ce protocole s'applique dans toutes les installations maintenues par le CISSS de Chaudière-Appalaches, ainsi qu'aux RI et RTF<sup>5</sup>. Les milieux n'étant pas sous la responsabilité de l'établissement appliquent leur propre réglementation concernant l'utilisation des mesures de contrôle. C'est d'ailleurs le cas des CHSLD (et autres ressources d'hébergement ou de réadaptation) privés conventionnés et privés non conventionnés.

Le protocole s'adresse à tous les intervenants, médecins, résidents, stagiaires, gestionnaires, instances et ressources contractuelles du CISSS de Chaudière-Appalaches. Il concerne l'ensemble des usagers et leurs proches, indépendamment de la problématique.

---

<sup>1</sup> *Loi modifiant l'Organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales*, RLRQ c O-7.2 (ci-après PL no°10).

<sup>2</sup> *Loi sur les services de santé et de services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2 (ci-après « LSSSS »).

<sup>3</sup> Afin d'alléger le texte, le terme intervenant réfère à l'ensemble du personnel offrant des soins de santé, des services psychosociaux ou de réadaptation.

<sup>4</sup> Les procédures sont élaborées par programme ou par milieu de pratique selon les besoins et les contextes.

<sup>5</sup> Malgré que les RI et les RTF ne soient pas considérées comme des installations maintenues par le CISSS de Chaudière-Appalaches, ces milieux se doivent de respecter le présent protocole, ainsi que les procédures des programmes cliniques concernés.

## 2. Objectifs

Ce protocole vise à encadrer l'utilisation sécuritaire et exceptionnelle des mesures de contrôle dans le respect des droits et de la dignité des usagers et en accord avec les lois et les orientations ministérielles. Plus précisément, il cherche à :

- Baliser les règles de conduite, la planification et l'utilisation des mesures de contrôle;
- Accroître la recherche et l'utilisation des mesures de remplacement, tant en prévention qu'en intervention;
- Réduire la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle;
- Spécifier les responsabilités des acteurs impliqués dans le processus décisionnel concernant les mesures de contention, l'isolement et l'utilisation des substances chimiques;
- Favoriser la collaboration interprofessionnelle dans le processus décisionnel et les contextes d'application<sup>6</sup>;
- Encourager le partenariat de soins et services avec l'usager et ses proches;
- Encourager l'amélioration continue de la qualité des soins et services.

## 3. Principes directeurs

Le CISSS de Chaudière-Appalaches adhère aux principes directeurs présentés ci-dessous et détaillés dans la Politique sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle (CISSS-CA, 2018), ci-après nommée politique.

### 3.1. Principes juridiques et éthiques

Les principes juridiques et éthiques sur lesquels s'appuie ce protocole sont décrits dans la politique mentionnée au paragraphe précédemment. L'*Annexe A* présente les principaux extraits législatifs, dont l'article 118.1 de la LSSSS, afin de permettre au lecteur de s'y référer.

### 3.2. Principes cliniques

Les principes cliniques, explicités dans la politique, sont tirés des orientations du MSSS (2002).

#### Premier principe

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

#### Deuxième principe

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

#### Troisième principe

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

#### Quatrième principe

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

#### Cinquième principe

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

---

<sup>6</sup> L'ordonnement de ces objectifs ne témoigne pas de leur priorité, car ils ont tous la même valeur.

## Sixième principe

L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle doit faire l'objet d'une **évaluation** et d'un suivi de la part du C.A. de l'établissement.

## 4. Définitions des différentes mesures

### 4.1. Mesures de contrôle

Les définitions suivantes sont tirées ou adaptées du document portant sur les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle du MSSS (2002).

#### Contention

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 une incapacité.

#### Isolement

Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

#### Substance chimique (médication)

Elle peut être considérée comme une mesure de contrôle lorsqu'elle contribue à limiter la capacité d'action d'une personne, en lui administrant un médicament. Seul le médecin est autorisé à décider d'appliquer une telle mesure. Toutefois, selon le Règlement sur les activités visées qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins à l'article 31 de la Loi médicale<sup>7</sup>, une IPS peut s'acquitter de cette fonction. Pour être considéré comme une mesure de contrôle, le médecin ou l'IPS doit indiquer dans la prescription que la substance est administrée dans un objectif de restreindre la liberté de l'utilisateur.

#### 4.1.1. Précisions

Malgré les définitions relativement précises reliées aux mesures de contrôle, il est fréquent que des questionnements demeurent, à savoir si l'utilisation d'une mesure, d'un moyen ou d'un dispositif constitue ou non une mesure de contrôle. Dans certaines situations, l'utilisation d'une mesure empêchant ou limitant la liberté de mouvement peut viser d'autres fins que le contrôle de l'utilisateur et entraîner un impact différent de celui produit par une mesure de contrôle. Par exemple, une intervention visant l'amélioration ou le soutien à l'autonomie et à la sécurité de l'utilisateur dans la réalisation de ses activités quotidiennes, comme les déplacements, ne constitue pas une mesure de contrôle. C'est le cas des unités d'errance en CHSLD qui ne sont pas une mesure de contrôle, même si les utilisateurs sont confinés à l'intérieur de leur milieu de vie.

Par contre, lorsque l'intervention a pour but d'empêcher ou de limiter la liberté de l'utilisateur d'exécuter un mouvement préjudiciable, d'avoir une conduite à risque ou de se déplacer de façon non sécuritaire, l'intervention doit être considérée comme une mesure de contrôle. Pour définir s'il s'agit bien d'une mesure de contrôle, il est nécessaire de s'interroger sur le but qui sous-tend l'application de cette mesure plutôt que sur la mesure elle-même.

L'Annexe B présente des exemples de situations concernant l'utilisation de certains moyens pouvant être considérés ou non comme des mesures de contrôle dépendamment du **but de l'intervention**. Il est du ressort de l'équipe interdisciplinaire, en collaboration avec l'utilisateur, ou son représentant légal, d'établir s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle, en déterminant si l'intervention envisagée a pour but d'entraver ou, au contraire, de favoriser la liberté de mouvement ou l'autonomie de l'utilisateur.

Pour définir si une mesure est une mesure de contrôle, il est nécessaire de s'interroger sur le but qui sous-tend l'application de la mesure plutôt que sur la mesure elle-même.

<sup>7</sup> Loi médicale, RLRQ, c. M-9 (ci-après « Loi médicale »).

## 4.2. Mesures de remplacement

Dans une optique de réduction significative de l'utilisation des mesures de contrôle au CISSS de Chaudière-Appalaches, il est impératif de déployer des efforts considérables dans la recherche et l'utilisation de mesures de remplacement. Ces actions doivent être soutenues par un leadership fort et engagé des gestionnaires. En prévention ou dès qu'une situation à risque survient, des mesures de remplacement sont immédiatement envisagées et tentées auprès de l'utilisateur, en collaboration avec ce dernier et ses proches.

Les mesures de remplacement sont des stratégies d'intervention, de protection ou d'adaptation qui permettent d'éviter le recours aux mesures de contrôle. Elles peuvent toucher l'utilisateur lui-même, l'organisation des soins, les équipements utilisés, l'environnement physique, l'environnement social ou être de nature médicale, psychosociale, récréative ou occupationnelle. La rigueur des évaluations interdisciplinaires, en partenariat avec l'utilisateur et ses proches, soutient le développement et l'application de ce type de stratégies en réponse aux besoins de l'utilisateur.

En priorisant les causes et les besoins sous-jacents aux comportements à risque, les mesures de remplacement préviennent, réduisent ou éliminent l'occurrence de ces conduites. La recherche de mesures de remplacement, encouragée par l'établissement, s'appuie sur une démarche clinique rigoureuse, créative et adaptée aux besoins de l'utilisateur. Le succès de telles mesures peut être précédé de plusieurs essais infructueux, mais la persévérance est nécessaire afin de déterminer les interventions personnalisées efficaces pour le mieux-être de l'utilisateur.

Les intervenants consignent au dossier de l'utilisateur les mesures de remplacement utilisées, leurs modalités d'application et leur efficacité. L'équipe interdisciplinaire révisé ces mesures, à une fréquence prédéterminée, puis les ajuste en fonction de l'évolution de la situation et des besoins de l'utilisateur.

Le document *Aide-mémoire – Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement* (MSSS, 2008), disponible sur le site Internet du MSSS, se veut un complément au protocole. Cet aide-mémoire présente une liste non exhaustive des mesures de remplacement pouvant être mises en place selon les comportements à risque pouvant survenir dont l'agitation, l'agressivité, le risque de chute, l'interférence aux soins (c'est-à-dire les comportements de l'utilisateur nuisant à la prestation de soins), l'errance, le risque de fugue et le délirium.

## 5. Mesures de contrôle autorisées et proscrites dans l'établissement

Cette section du protocole indique les balises encadrant le choix des équipements et dispositifs servant de mesure de contrôle. Certaines mesures sont à éviter ou proscrites. Par ailleurs, en fonction des situations rencontrées, certaines mesures de contrôle peuvent aussi être contre-indiquées. C'est le cas notamment des mesures pouvant réactiver un traumatisme chez un utilisateur ou pouvant aggraver son état de santé mentale ou physique. L'annexe E présente une liste de contre-indications à l'utilisation de certaines mesures de contrôle.

### 5.1. Équipements et dispositifs autorisés comme mesure de contrôle

Seuls les équipements et les dispositifs autorisés par le CISSS de Chaudière-Appalaches peuvent être utilisés lors de l'application d'une mesure de contrôle<sup>8</sup>. Les procédures précisent les équipements et les dispositifs autorisés dans les milieux.

Les équipements et dispositifs autorisés doivent répondre aux critères suivants :

- Être approuvés par Santé Canada;
- Être accompagnés d'un guide du fabricant qui inclut les directives d'application, contre-indications et directives d'entretien;
- Faire partie des équipements et dispositifs autorisés dans les procédures;
- Respecter les exigences et critères d'évaluation du MSSS décrits à l'Annexe C.

<sup>8</sup> Les équipements qui étaient autorisés dans les protocoles des anciens établissements et qui correspondent aux exigences du présent protocole sont autorisés, sauf si un avis de retrait a été émis par le comité de gestion des risques ou la direction du programme concerné.

Le document du MSSS (2005), *Encadrer les mesures de contrôle*, et les meilleures pratiques recensées dans la littérature permettront la sélection de ces moyens. L'utilisation des équipements et dispositifs doit par ailleurs être encadrée selon les modalités suivantes :

- Respecter les directives des fabricants. À cette fin, ces directives doivent être facilement accessibles pour le personnel devant s'y conformer.
- Vérifier obligatoirement le matériel de contention avant et après chaque utilisation.
- S'assurer, en tant que gestionnaire, que les intervenants possèdent les connaissances et les habiletés nécessaires pour l'application d'une contention de type mécanique.
- Assurer une vigie portant sur l'état des équipements utilisés, notamment quant à leur durée de vie, leur entretien, la vérification de l'équipement, la disponibilité des instructions du fabricant, etc.

La réquisition de tous autres équipements et dispositifs que ceux autorisés par l'établissement doit faire l'objet d'une évaluation par le comité d'évaluation de l'introduction d'un nouveau produit<sup>9</sup> comme le précise la *Procédure pour l'introduction d'un nouveau produit et de petits équipements* (CISSS de Chaudière-Appalaches, 2016). La communauté de pratique experte en utilisation exceptionnelle et sécuritaire des mesures de contrôle peut contribuer à l'évaluation et l'analyse d'équipements et de dispositifs pouvant servir de mesures de contrôle ou de remplacement afin de soutenir la prise de décision quant à l'ajout de ceux-ci dans la liste des équipements et dispositifs autorisés.

Enfin, dès que l'utilisation d'un dispositif autorisé présente un risque élevé ou grave pour la sécurité des usagers, ce dispositif doit être immédiatement retiré. Les procédures décrivent la démarche à réaliser pour retirer un équipement ou un dispositif non sécuritaire ou non conforme aux bonnes pratiques.

## 5.2. Équipements et dispositifs interdits ou à éviter comme mesure de contrôle

Le CISSS de Chaudière-Appalaches interdit l'utilisation de matériel non approuvé par l'établissement, par Santé Canada ou non accrédité par un établissement reconnu. Ceci inclut l'utilisation de dispositifs « maison » (p.ex. : un dispositif fabriqué par un membre du personnel ou une modification apportée à un dispositif autorisé) ou d'équipement qui n'est pas conçu pour effectuer une mesure de contrôle (p.ex. : « tie wrap », bas de nylon). Advenant le cas où un équipement proscrit serait utilisé, ce dernier doit être immédiatement retiré et le gestionnaire doit en être avisé. De plus, un formulaire AH-223<sup>10</sup> doit être complété.

Les équipements suivants demandent une attention particulière, en raison de leur spécificité ou du niveau de risque associé à leur utilisation.

### Les bretelles

L'utilisation de bretelles associée à la ceinture abdominale engendre de l'inconfort et comporte des risques pour l'utilisateur. Son utilisation doit se limiter aux situations particulières où il n'y a pas de solutions de rechange valables et raisonnablement accessibles. Cette mesure est à proscrire si l'utilisateur est agité.

### La combinaison Argentino

Cette mesure de contention est réservée à des usagers qui présentent une agitation extrême, car elle comporte des risques élevés d'entrave à la respiration. L'emploi de cette mesure est limité aux unités d'urgence et de psychiatrie.

### La demi-porte et trois quart de porte

L'utilisation de la demi-porte n'est pas recommandée pour empêcher un usager de sortir d'un lieu, même si elle était utilisée avant l'implantation de ce protocole. Cette mesure doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'autres mesures de contrôle valables et seulement lorsque le dispositif est déjà installé. De plus, une évaluation très rigoureuse des risques doit être réalisée avant d'envisager le recours à cette mesure, afin de s'assurer que la sécurité

<sup>9</sup> Le comité des nouveaux produits et petits équipements a le mandat de revoir et analyser les demandes d'introduction d'un nouveau produit, demander au besoin la conduite d'un essai clinique aux fins de rendre une décision pour toutes les demandes d'introduction d'un nouveau produit.

<sup>10</sup> Le formulaire AH-223 permet de déclarer un incident ou un accident comme prévu dans la Politique de déclaration des incidents et des accidents (POL\_DQEPE\_20-16-102).

de l'usager ne soit pas compromise. Lorsqu'elle est utilisée, une surveillance accrue doit être planifiée, en raison du risque élevé pour l'usager. L'équipe interdisciplinaire, soutenue par les gestionnaires, doit chercher activement des solutions alternatives. L'utilisation d'une porte pleine avec fenêtre, plus sécuritaire, pourrait être envisagée pour remplacer la demi-porte.

Par ailleurs, l'utilisation d'une demi-porte, autant comme mesure de contrôle que comme dispositif pour protéger l'intimité d'une personne contre l'intrusion des autres résidents présentant des comportements dérangeants, ne doit pas être favorisée ni systématisée. Le MSSS, dans un avis publié en 2006, n'encourage pas cette pratique.

### 5.3. Intervention proscrite

#### Les techniques d'intervention physique non reconnues

Les techniques visant à maintenir physiquement une personne, qui ne sont pas incluses dans les approches retenues par le CISSS de Chaudière-Appalaches (ITCA, Oméga), sont proscrites.

## 6. Contextes d'application

Au Québec, le recours à des mesures de contrôle peut s'inscrire dans deux contextes distincts explicités dans les orientations du MSSS (2002) : le contexte d'intervention non planifiée et le contexte d'intervention planifiée.

### 6.1. Contexte d'intervention non planifiée

Le contexte d'intervention non planifiée correspond à une situation où l'intervenant est appelé à agir auprès d'un usager qui présente un comportement **inhabituel et imprévu**, susceptible de mettre cette personne ou autrui en danger de façon **imminente**.

Si ce comportement ne s'est jamais manifesté antérieurement ou si la manifestation diffère des situations vécues antérieurement, il s'agit donc d'un **comportement inhabituel et imprévu**. En pareille situation, la décision d'utiliser l'isolement ou la force humaine comme mesure de contrôle n'est pas un acte réservé. Cette décision peut donc être prise par l'intervenant en présence. À noter que la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>11</sup> prévoit que si la vie de quelqu'un est en péril, tout citoyen a l'obligation de porter secours à moins que sa propre vie soit également en danger.

Face à la récurrence d'un même comportement, la planification d'une mesure de contrôle peut être envisagée. Les utilisations subséquentes de mesures de contrôle seraient alors réalisées en contexte d'intervention planifiée.

### 6.2. Contexte d'intervention planifiée

La notion d'intervention planifiée s'applique lorsque l'équipe interdisciplinaire évalue qu'une situation précise comportant un **risque de danger réel et imminent pour l'usager ou pour autrui est susceptible de se répéter** et que l'utilisation éventuelle d'une mesure de contrôle pourrait s'avérer nécessaire.

Le recours aux mesures de contrôle ne doit jamais devenir un mode d'intervention systématique en présence d'une personne ayant des comportements à risque.

Le recours aux mesures de contrôle ne doit jamais devenir un mode d'intervention systématique en présence d'une personne ayant des comportements à risque. Ainsi, la planification d'une mesure de contrôle s'accompagne toujours de la planification de mesures de remplacement. Avant d'appliquer une mesure de contrôle, les intervenants doivent toujours tenter les mesures de remplacements prévues au dossier et doivent évaluer leur efficacité. Lorsqu'une mesure de contrôle est appliquée, la situation pour laquelle elle est requise doit être identique à celle balisée au dossier.

La démarche de planification résulte d'une évaluation exhaustive et se réalise dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, en impliquant l'usager et ses proches (OPQ, 2003; 2013).

<sup>11</sup> Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12, (ci-après « Charte »).

Dans le contexte où l'utilisateur ne consent pas à la planification de la mesure de contrôle ou retire son consentement lors de l'application de la mesure, les interventions de dernier recours s'effectuent dans un contexte d'intervention non planifiée, malgré la récurrence et la prévisibilité des comportements à risque. La recherche de la collaboration demeure toutefois une priorité. Dans ces cas, les intervenants ont le devoir de planifier le processus d'intervention afin de répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur, rechercher les causes et identifier les mesures de remplacement, puis intervenir dans le meilleur intérêt de l'utilisateur.

## 7. Processus décisionnel

### 7.1. Professionnels autorisés à décider de l'application d'une mesure de contrôle

Dans un contexte d'intervention planifiée, la décision d'utiliser une mesure de contrôle est un acte réservé et partagé en vertu du *Code des professions*<sup>12</sup>. Le tableau 1 présente les professionnels autorisés à décider d'appliquer une mesure de contrôle et dans quels lieux ils peuvent le faire.

**Tableau 1 - Professionnels autorisés à décider de l'application d'une mesure de contrôle**

	Contention		Isolement	Substances chimiques
	En installation maintenue par l'établissement	Lieux non maintenus par l'établissement	En installation maintenue par l'établissement	
<b>Médecin</b>	x	x	x	x
<b>Infirmière</b>	x	x	x	Seulement IPS selon le règlement
<b>Ergothérapeute</b>	x	x	x	
<b>Physiothérapeute</b>	x	x		
<b>Psychologue</b>	x		x	
<b>Travailleur social</b>	x		x	
<b>Psychoéducateur</b>	x		x	
<b>Criminologue<sup>13</sup></b>	x		x	

Adapté de : MSSS (2015)

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, ainsi qu'au travailleur social, au psychologue, au criminologue et au psychoéducateur, lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (RLRQ, chapitre S-5) (ci-après la «LSSSS pour les autochtones cris»), et ce, en conformité avec leur champ d'exercice 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, au criminologue et au psychoéducateur, et ce, en conformité avec leur champ d'exercice respectif lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris.

En ce qui concerne la décision et la prescription d'utilisation d'une contention chimique, le recours à des médicaments demeure sous la responsabilité du médecin. Dans certains cas, certains professionnels sont habilités à prescrire des médicaments. C'est notamment le cas des infirmières praticiennes spécialisées qui sont autorisées à prescrire certains

<sup>12</sup> Code des professions, RLRQ, c. C-26, (ci-après « Code des professions »).

<sup>13</sup> Code des professions, RLRQ, c. C-26, r. 90.1 - Lettres patentes constituant l'Ordre professionnel des criminologues du Québec.

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 (RLRQ, chapitre M-9, r. 13) pris par le Collège des médecins en vertu de la Loi médicale et du Code des professions.

Au-delà de l'acte réservé, les directions des programmes peuvent se réserver le droit d'exiger des autorisations administratives supplémentaires, selon les particularités des clientèles les plus vulnérables telles que les jeunes en centre de réadaptation et la clientèle ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

### **7.1.1. Particularités reliées au lieu d'application**

Les médecins, infirmières, ergothérapeutes et physiothérapeutes sont les seuls professionnels ayant la possibilité de décider d'utiliser une contention dans un contexte d'intervention planifiée dans un lieu qui n'est pas maintenu par le CISSS de Chaudière-Appalaches tel que les milieux scolaires (incluant le transport scolaire), les centres de la petite enfance (CPE) et milieux de garde, les plateaux de travail, le domicile des usagers, les RI-RTF et autres, en fonction de ce qui est permis dans les procédures.

Seul un professionnel autorisé peut décider de l'utilisation d'une contention à l'aide d'un moyen mécanique, en raison du risque lié à l'application d'une telle mesure.

### **7.1.2. Particularités reliées au type de mesure de contrôle**

Autant en contexte d'intervention planifiée, qu'en contexte d'intervention non planifiée, la décision de recourir à une contention de type mécanique doit être prise par un professionnel autorisé ayant les compétences nécessaires pour évaluer la situation, en raison du risque lié à l'application d'une telle mesure. Dans le cas où aucun professionnel autorisé n'est disponible pour décider de l'utilisation de ce type de contention, d'autres mesures de contrôle doivent alors être déployées.

## **7.2. Professionnels et intervenants autorisés à appliquer une mesure de contrôle**

Contrairement à la prise de décision, l'application d'une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé. Toutefois, il est essentiel que tout intervenant qui emploie une mesure de contrôle soit préalablement formé avant son utilisation. En contexte d'intervention non planifiée, les intervenants peuvent appliquer seulement les mesures de contrôle qui relèvent de leurs compétences. En contexte d'intervention planifiée, les intervenants peuvent appliquer une mesure de contrôle qui ne relève pas de leurs compétences, si cette mesure est décidée au préalable par un professionnel autorisé ayant émis des mises en garde et des directives spécifiques.

Les procédures précisent les directives supplémentaires telles que les responsabilités des différents professionnels autorisés et intervenants dans leur processus décisionnel respectif concernant la clientèle.

## **7.3. Collaboration interprofessionnelle et partenariat avec l'utilisateur**

En contexte d'intervention planifiée, la décision d'utiliser une mesure de contrôle doit être prise par au moins **deux personnes de profession différente, dont minimalement une autorisée à décider du recours à une mesure de contrôle**. La collaboration interprofessionnelle met à profit le jugement clinique des intervenants issus de différentes disciplines, possédant une expertise particulière et apportant une complémentarité d'opinions, et ce, dans un objectif commun et partagé avec l'utilisateur et ses proches. Une démarche décisionnelle **interdisciplinaire** soutient une utilisation judicieuse et ultime des mesures de contrôle et favorise l'identification et l'essai d'une variété de mesures de remplacement. La collaboration interprofessionnelle favorise de plus un consensus dans le choix des recommandations liées à l'actualisation de mesures de remplacement ou à l'utilisation d'une mesure de contrôle.

Les professionnels autorisés à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle ont la responsabilité d'évaluer la situation clinique de l'utilisateur, selon leur champ d'exercice, d'en faire une analyse et d'émettre les recommandations nécessaires.

Les intervenants n'étant pas autorisés à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle collaborent au processus de décision et d'application, en fonction de leur rôle et de leur connaissance de la situation, ainsi que des besoins de l'utilisateur.

Ces intervenants peuvent par exemple :

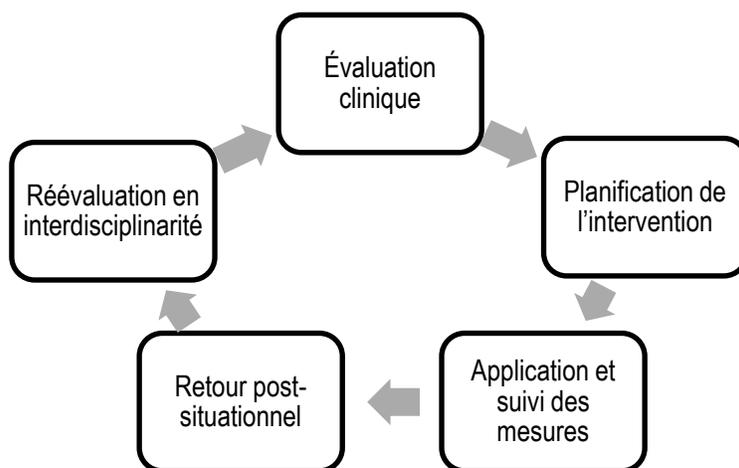
- Participer à la collecte de données;
- Contribuer à la recherche de mesures de remplacement;
- Appliquer les mesures de remplacement ou de contrôle prévues au PI ou au dossier de l'utilisateur, s'ils ont la formation et les compétences requises;
- Collaborer à la surveillance clinique et la saisie de données requises;
- Communiquer leurs observations à l'équipe interdisciplinaire.

La collaboration est étroitement liée au partenariat avec l'utilisateur qui implique la captation et la considération de l'expérience et du savoir des usagers, de leurs proches, leurs représentants et de la population, tant sur le plan de la prestation des soins et des services qu'à leur amélioration (CISSS de Chaudière-Appalaches, 2018). Ceux-ci sont impliqués, informés et accompagnés dans la recherche de solutions. De plus, ils sont engagés dans une prise de décision éclairée, pour éviter l'utilisation des mesures de contrôle ou pour qu'elles soient le moins contraignantes possible. Ces stratégies favorisent la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (Huckshorn, 2004).

## 7.4. Étapes du processus décisionnel

La figure 1 présente les étapes du processus décisionnel. Ce processus n'est pas linéaire et il est possible de revenir à certaines étapes en fonction de l'évolution des situations et de leur singularité (MSSS, 2006). Le lecteur est invité à se référer à l'Annexe D.

Figure 1 - Étapes du processus décisionnel



### 7.4.1. Évaluation clinique

Que ce soit en contexte d'intervention planifiée ou non planifiée, l'évaluation de la situation clinique est déterminante, puisqu'elle conduit à la décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle. Cette opération comprend la **collecte des données et l'analyse qui en découle**.

L'évaluation permet dans un premier temps de déterminer le niveau de risque, la gravité des conséquences anticipées et la probabilité ou l'imminence du danger pour l'utilisateur ou son entourage immédiat. Le *Tableau 2* présente les critères permettant d'évaluer la probabilité du danger et la gravité des conséquences.

**Tableau 2 - Critères d'évaluation de la probabilité du danger et la gravité des conséquences**

Probabilité ou imminence du danger	
<b>Très probable</b>	Événement imminent, qui peut survenir à tout moment. Potentiel élevé d'accident, en raison de la nature même du risque ou en l'absence de mesure de prévention.
<b>Probable</b>	Événement qui peut survenir à l'occasion.
<b>Peu probable</b>	Événement qui pourrait arriver, mais qui survient rarement.
<b>Très improbable</b>	Événement qui pourrait arriver, mais n'est jamais survenu ou ne surviendra probablement jamais.
Gravité des conséquences	
<b>Très grave</b>	Situation qui peut entraîner des décès, maladies ou blessures graves avec lésions permanentes.
<b>Grave</b>	Situation qui peut entraîner des accidents sans séquelles permanentes.
<b>Superficielle</b>	Situation qui peut entraîner des accidents mineurs nécessitant un traitement.
<b>Bénigne</b>	Situation qui peut entraîner des accidents mineurs sans traitement médical.

Adapté de : ASSTSAS, (2015)

L'ASSTSAS (2015) définit la probabilité comme étant la possibilité qu'un événement se produise ou le risque de subir une lésion à la suite d'une exposition à un risque. La gravité consiste « à déterminer les pires conséquences possibles pouvant résulter de l'exposition à un risque. Ces conséquences peuvent être en termes de lésions physiques, de maladies professionnelles ou de problèmes psychosociaux » (ASSTSAS, 2015, p. 26).

L'évaluation oriente ensuite l'intervention, en misant sur la recherche et l'utilisation de mesures de remplacement, en réponse aux besoins, intérêts, capacités, peurs et inquiétudes de l'utilisateur et de ses proches. Elle considère l'ensemble des causes sur lesquelles il est possible d'agir, notamment en réduisant ou en contrôlant certains facteurs de risque pour ultimement éviter la contention ou l'isolement (MSSS, 2006). La démarche d'évaluation permet également de s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication à utiliser certaines mesures de contrôle, dans certaines situations. Le contexte dans lequel s'inscrit l'évaluation teinte la démarche qui sera réalisée.

**Peu importe le contexte, nul, y compris un proche ou représentant légal, ne peut imposer ou obliger un intervenant du CISSS de Chaudière-Appalaches, au nom de la sécurité, qu'une mesure de contrôle soit utilisée à moins que celle-ci ait été entérinée par l'équipe interdisciplinaire.** Dans une telle situation, une intervention auprès de la famille visant à comprendre les motifs sous-jacents à leur requête s'avère nécessaire. Le personnel doit s'assurer d'offrir les explications et le réconfort à la famille dans une approche de collaboration et de partenariat. De plus, le gestionnaire doit également être informé de cette requête.

Nul, y compris un proche ou le représentant légal, ne peut imposer ou obliger un intervenant du CISSS de Chaudière-Appalaches, au nom de la sécurité, qu'une mesure de contrôle soit utilisée à moins que celle-ci ait été entérinée par l'équipe interdisciplinaire.

### En contexte d'intervention non planifiée

Dans un contexte d'intervention non planifiée, l'évaluation est généralement brève en raison du caractère urgent de la situation et se réalise à partir des éléments disponibles sur-le-champ. Elle doit tout de même être la plus complète possible et viser l'identification sommaire du problème, des causes, des besoins et des leviers d'intervention.

La décision d'appliquer une mesure de contrôle dans un tel contexte doit porter sur l'analyse, même brève, des faits et préciser les circonstances ainsi que les conséquences possibles d'une non-intervention. D'autres solutions doivent être envisagées. L'orientation déterminée s'appuie sur le jugement de l'intervenant qui prend la décision dans le meilleur intérêt de l'utilisateur et de son entourage.

## En contexte d'intervention planifiée

L'évaluation dans un contexte d'intervention planifiée doit se réaliser en interdisciplinarité et repose sur l'expertise de chaque professionnel impliqué. L'utilisation d'approches ou de modèles théoriques communs favorise la concertation des intervenants en soutenant la communication et l'adoption d'un même langage. Un modèle théorique commun dans l'analyse d'une situation permet de rassembler l'ensemble des évaluations et d'en arriver à une vision partagée de la situation unique que vit l'utilisateur. Le **modèle Kayser Jones**, ainsi que le **modèle d'analyse et d'intervention multimodale** sont des exemples qui favorisent une analyse globale des situations cliniques des usagers. Ces modèles peuvent être consultés à l'*Annexe F*.

L'évaluation interdisciplinaire permet de saisir la nature du problème, d'analyser les faits observés et rapportés, d'en comprendre les causes sous-jacentes, ainsi qu'identifier les besoins de l'utilisateur. Puisque les causes sont la plupart du temps multifactorielles, l'évaluation doit être globale et exhaustive, en tenant compte à la fois des caractéristiques de l'utilisateur et des composantes de son environnement (physiques, sociales, culturelles et institutionnelles). Compte tenu de la complexité de ces situations, la contribution de différents professionnels et intervenants pouvant apporter une meilleure compréhension est indispensable à cette évaluation.

De manière générale, en fonction des spécificités de l'utilisateur, l'analyse doit porter sur :

- Ses forces et aptitudes;
- Ses peurs et inquiétudes, ainsi que celles de ses proches;
- Ses capacités d'adaptation et habiletés déficitaires;
- Son histoire de vie (passé d'abus, négligence, traumatismes, violence);
- Son historique en termes d'interventions pharmacologiques, médicales et psychosociales;
- Ses comportements à risque (fugue, délirium, risque de chute, automutilation, comportements agressifs, etc.) et les causes qui y sont associées;
- Son environnement physique, social et culturel;
- Ses habitudes et son style de vie (qualité de vie, structure organisationnelle);
- Sa santé physique et mentale;
- Ses caractéristiques sociales, culturelles, psychologiques, ses atteintes neurologiques et neuropsychologiques;
- Ses facteurs de risque psychosociaux et culturels;
- Ses facteurs de protection;
- Ses valeurs, préférences et attentes.

La rigueur de l'évaluation interdisciplinaire facilitera l'identification et le développement de mesures de remplacement adaptées aux besoins et à la réalité de l'utilisateur. Si les conclusions de l'évaluation interdisciplinaire justifient l'utilisation d'une mesure de contrôle et que ses avantages sont supérieurs à ses inconvénients, la planification doit se faire en respectant des indications nommées à la section suivante.

### 7.4.2. Planification de l'intervention

La planification des interventions doit viser la réponse optimale aux besoins de l'utilisateur. Elle tend à réduire:

- les causes du comportement à risque;
- l'intensité et la fréquence du comportement;
- la gravité des conséquences.

La planification de l'intervention identifie initialement des mesures de remplacement. Les mesures susceptibles d'apporter une solution valable et respectueuse aux besoins de l'utilisateur sont consignées au dossier de l'utilisateur et mises en application. Ces mesures sont réévaluées à une fréquence déterminée, puis ajustées ou remplacées au besoin.

Dans l'éventualité où les mesures de remplacement n'ont pas eu la portée souhaitée, l'intervenant ou l'équipe interdisciplinaire planifie une mesure de contrôle comme solution temporaire, de dernier recours, et exceptionnelle au problème. Cette mesure doit être la moins contraignante possible. Le retrait ou la fin de l'application d'une mesure est également planifié de sorte que sa durée d'application soit la plus courte possible et cesse dès que le risque grave et imminent n'est plus présent. Le choix d'une mesure de contrôle n'implique pas la fin de la recherche de mesures de remplacement, car celle-ci doit se poursuivre en parallèle et de façon continue.

La qualité de la relation d'aide et une collaboration optimale avec l'utilisateur favoriseront une planification des interventions correspondant aux expériences, attentes, préférences, ainsi qu'au niveau d'éducation et de connaissance de l'utilisateur.

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

Bien qu'il n'y ait pas de planification de l'intervention dans ce contexte, les intervenants faisant face à des situations d'urgence doivent tout de même choisir les mesures permettant d'assurer la sécurité de l'utilisateur ou d'autrui et veiller à coordonner les actions convenues.

### **En contexte d'intervention planifiée**

Après avoir fait l'évaluation interdisciplinaire l'équipe détermine en collaboration avec l'utilisateur et ses proches les interventions à préconiser. Un consensus est recherché sur les points suivants :

- Les objectifs poursuivis;
- Les mesures de remplacement possibles;
- Les stratégies d'autogestion que l'utilisateur utilise ou pourrait utiliser;
- Les comportements et situations précises nécessitant le recours à une mesure de contrôle;
- Les raisons justifiant le recours à une mesure de contrôle;
- Le choix d'une mesure de contrôle qui sera la moins contraignante possible;
- Les contre-indications à l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Les modalités d'application de la mesure de contrôle (lieu, durée et fréquence);
- Les mécanismes de contrôle, dont la vérification du matériel de contention;
- Les effets positifs et négatifs de l'application des mesures de contrôle (voir Annexe G);
- Les risques encourus;
- Les modalités et de la fréquence de révision de la mesure;
- La surveillance que requiert l'application de la mesure;
- Les indications concernant l'arrêt de la mesure;
- Les droits de l'utilisateur et de ses proches dans une telle situation.

La planification de l'intervention se conclue par l'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant. Toute planification de mesure de contrôle est consignée au dossier à l'aide des formulaires en vigueur ou du PI.

La notion de «PI»  
réfère à tous les  
plans de travail  
tels que les PII,  
les PTI ou les  
plans de soins.

Le professionnel ayant pris la décision de recourir à une mesure de contrôle doit, en collaboration avec le gestionnaire, s'assurer que les intervenants possèdent les connaissances et les habiletés nécessaires pour l'appliquer en toute sécurité.

### **7.4.3. Application et suivi des mesures**

Face à un risque grave et imminent de danger pour l'utilisateur ou pour autrui, des mesures de remplacement sont mises en œuvre. Si celles-ci ne sont pas efficaces ou n'ont pu être entreprises en raison de l'imminence du risque, une mesure de contrôle peut être appliquée. L'application de cette dernière doit cesser dès que le risque grave ou imminent n'est plus présent. Un suivi de la mesure de contrôle est requis afin de vérifier si elle peut être retirée ou substituée par une mesure de remplacement. Ce suivi se traduit par une évaluation de façon continue de la situation, de l'utilisateur et de la mesure.

Une mesure de contrôle ne doit jamais :

- Être appliquée dans un but punitif ou dans le but de faciliter la tâche du personnel;
- Être initiée pour éviter de traiter les causes à l'origine du comportement dangereux;
- Être initiée pour compenser une lacune administrative (p.ex. manque de personnel, environnement inadéquat, etc.);
- Remplacer la surveillance accrue de l'utilisateur;
- Être appliquée pour tout autre motif que ceux qui sont indiqués à l'article 118.1 de la LSSSS.

Lors de l'application d'une mesure de contrôle, les mesures de sécurité suivantes doivent être respectées:

- S'assurer d'un nombre suffisant d'intervenants pour procéder à l'application de la mesure de contrôle de façon sécuritaire. Cela inclut l'accompagnement jusqu'à la salle d'isolement.
- S'assurer de la sécurité du personnel et des autres usagers (lieu de confinement en cas d'agression envers autrui, système d'appel à d'autres collègues ou à un corps policier, etc.).
- S'assurer que la taille du moyen mécanique utilisé est adaptée à l'utilisateur. Si le moyen mécanique est trop petit, l'utilisateur peut être inconfortable et tenter de s'en défaire. S'il est trop grand, l'utilisateur pourrait se glisser dessous ou par-dessus et s'occasionner des blessures graves.
- Ajuster le moyen mécanique correctement de façon à éviter toute entrave à la respiration et à la circulation sanguine.
- S'assurer que l'utilisateur soit couché sur le dos ou sur le côté, jamais en position ventrale, lors de l'utilisation de toute contention mécanique au lit.
- S'assurer que le moyen mécanique n'est jamais fixé aux ridelles du lit.
- S'assurer que le moyen mécanique peut être retiré rapidement, advenant une situation d'urgence en :
  - Évitant les nœuds;
  - Conservant la clé magnétique dans un endroit connu à proximité et hors d'atteinte de l'utilisateur;
  - S'assurant que des ciseaux soient disponibles à un endroit stratégique pour les intervenants.
- S'assurer que l'utilisateur ne possède aucun objet qui pourrait mettre sa sécurité ou celle d'autrui en danger.

Autant en contexte d'intervention non planifiée que planifiée, le professionnel qui a décidé de la mesure de contrôle doit s'assurer du respect des modalités d'application de celle-ci et veiller à ce que les interventions, les soins et la surveillance appropriés à la condition clinique de l'utilisateur, soient donnés.

L'intervenant qui applique une mesure de contrôle doit s'assurer que tout le personnel et les médecins concernés soient informés du processus décisionnel dans les meilleurs délais, notamment par le biais des renseignements inscrits au dossier de l'utilisateur. Il est également requis d'aviser, dès que possible, le représentant légal de l'utilisateur dans les cas où l'utilisateur n'est pas apte à consentir.

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

Au moment d'appliquer la mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée, il est primordial de tenter d'établir un climat propice à la collaboration de l'utilisateur et de rechercher son consentement, même si le consentement de l'utilisateur n'est pas obligatoire. À cette fin, l'intervenant explique la démarche à l'utilisateur, en adoptant une attitude bienveillante. Par ailleurs, une surveillance rigoureuse et soutenue doit être effectuée lors de l'application d'une mesure de contrôle dans un tel contexte en raison du caractère nouveau et imprévisible de la situation.

### **En contexte d'intervention planifiée**

Même si le consentement de l'utilisateur ou de son représentant a été obtenu au moment de la planification de la mesure de contrôle, l'intervenant doit valider le consentement de l'utilisateur, apte et inapte, avant d'appliquer la mesure planifiée. La section « 8. Consentement » décrit les modalités relatives au consentement.

#### **7.4.4. Retour post-situationnel en contexte d'intervention non planifiée et planifiée**

Ce retour permet d'atténuer les effets néfastes et potentiellement traumatisants de l'application d'une mesure de contrôle pour le personnel impliqué et tous les témoins de l'événement, incluant l'utilisateur lui-même et ses proches.

Le retour post-situationnel se compose de différentes activités selon l'approche utilisée.

- L'intervention post-événement critique (IPEC) du SQETGC (2014) recommande qu'une intervention rapide suivant l'événement critique soit effectuée par une équipe de pairs comprenant des rencontres individuelles ou de groupe. Un suivi ultérieur devrait être effectué pour vérifier le besoin d'une aide supplémentaire incluant la possibilité de référer à un professionnel externe.
- Le retour post-événement de l'approche Oméga propose un retour suite à une agression ou dans des cas d'agitation importante ou de violence, comprenant un « defusing » immédiatement après l'événement et une analyse complète dans les heures qui suivent.

Dans tous les cas, un désamorçage doit être effectué le plus tôt possible suite à l'application d'une mesure de contrôle.

Le retour post-situationnel peut également inclure une réflexion sur les interventions réalisées par l'équipe afin d'apprécier la lecture de la situation faite par les intervenants, la chronologie, le choix et la pertinence des interventions, puis la qualité de leur réalisation dans une perspective d'amélioration continue et de développement des compétences.

Les procédures établissent les balises à respecter pour la réalisation du retour post-situationnel.

#### **7.4.5. Réévaluation en interdisciplinarité**

La réévaluation implique une analyse rigoureuse de la situation ayant conduit à l'application d'une mesure de contrôle dans le but de réduire son utilisation et de favoriser une meilleure compréhension des situations à risque. Cette analyse se déroule en équipe interdisciplinaire, en collaboration avec l'utilisateur et ses proches. S'il n'est pas possible de réunir cette équipe, deux intervenants, dont au moins un professionnel autorisé à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle, procèdent à une réévaluation temporaire.

Qu'elle soit réalisée dans un contexte d'intervention planifiée ou non, la réévaluation doit porter sur les éléments suivants:

- L'évolution de l'état de santé de l'utilisateur;
- L'efficacité des mesures (de remplacement et de contrôle) utilisées ou inscrites au dossier de l'utilisateur;
- L'identification des facteurs pouvant être en cause dans la situation;
- La recherche de mesures de remplacement;
- L'évaluation de la pertinence du type de mesure de contrôle utilisée et de son maintien;
- L'analyse des avantages et effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure de contrôle pour l'utilisateur;
- La conformité du processus décisionnel appliqué;
- Tout autre élément pouvant contribuer à l'amélioration de l'intervention auprès de l'utilisateur.

Suite à la réévaluation, certaines actions seront posées, notamment:

- La décision de modifier, de poursuivre ou de cesser la mesure de contrôle;
- S'il y a lieu, la démarche à réaliser pour mettre fin à un isolement ou pour retirer une contention de type mécanique<sup>14</sup>;
- La référence à des professionnels, si requis;
- L'ajustement du PI-PTI ou autres outils de documentation;
- La consignation des informations au dossier de l'utilisateur.

---

<sup>14</sup> Ce que l'on appelle communément le *décontentionnement*.

## Contexte d'intervention non planifiée

La réévaluation en contexte d'intervention non planifiée vise à déterminer les interventions à mettre en place pour éviter ou réduire les risques qu'une autre situation ayant mené au recours à une mesure de contrôle ne survienne. Les interventions sont planifiées afin de réduire les facteurs déclencheurs, de contribution et de maintien du comportement, ainsi qu'à éviter l'escalade du comportement. Cette planification peut se faire à l'aide de la fiche ou du plan de désescalade, du plan de sécurité, du plan d'accompagnement ou du PI-PTI.

La réévaluation doit être réalisée idéalement à l'intérieur du premier 24 heures suivant l'événement. Si aucun retour n'est possible dans un délai de 72 heures suivant l'événement, une note au dossier doit le justifier.

Après quelques situations similaires où une mesure de contrôle a dû être appliquée en contexte d'intervention non planifiée, le patron comportemental se dessine et le comportement devient prévisible. Il faut alors envisager la planification d'une mesure de contrôle dans un contexte d'intervention planifiée.

## Contexte d'intervention planifiée

En contexte d'intervention planifiée, plusieurs situations mènent à la réévaluation :

- Le délai prévu de réévaluation;
- Lorsqu'il y a une modification de la condition de l'utilisateur (p.ex. : un changement de comportement ou de condition physique ou mentale, un nouveau problème de santé).
- Lors de l'utilisation d'un nouvel équipement (p.ex. un lit à profil bas ou un nouveau fauteuil);
- Lorsque l'utilisateur change ou transfert de milieu;
- Lorsque l'utilisateur pour qui une mesure de contrôle est planifiée est nouvellement inscrit ou admis dans un service ou un programme du CISSS de Chaudière-Appalaches.

Étant donné que tout changement peut mener à une modification des comportements ou de la condition d'un utilisateur, l'équipe interdisciplinaire doit procéder à une réévaluation pour revoir la pertinence de la mesure de contrôle planifiée et ce, lors de chaque changement.

## 8. Consentement

Le consentement de l'utilisateur ou de son représentant est requis lors de la planification et de l'application d'une mesure de contrôle. Cependant, en cas d'urgence, les intervenants peuvent passer outre le consentement de l'utilisateur et appliquer une mesure de contrôle. C'est le cas dans les situations suivantes :

- lorsque la vie ou l'intégrité de la personne ou de celle d'un tiers est menacée;
- lorsque le consentement de l'utilisateur ou de son représentant ne peut être obtenu en temps utile.

### Contexte d'intervention non planifiée

Le consentement de l'utilisateur n'est pas requis dans un contexte d'intervention non planifiée. Cependant, la collaboration de l'utilisateur et son consentement sont recherchés.

### Contexte d'intervention planifiée

Tel que le précise le MSSS (2015), « tout utilisateur, 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 ».

Le **consentement est libre**, lorsque la personne le donne de son plein gré, sans crainte ni menace ni pression ou promesse provenant d'une tierce personne.

Le **consentement est éclairé**, lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause.

Les informations suivantes doivent être communiquées à l'utilisateur ou à son représentant :

- La justification de la mesure;
- Les buts thérapeutiques poursuivis;
- La mesure de contrôle retenue;
- L'endroit (au lit, au fauteuil) et le moment (jour, soir, nuit);
- La durée de la validité de la mesure de contrôle;
- Les effets négatifs de la mesure de contrôle;
- Les risques encourus;
- Le processus de révision.

Le professionnel qui décide d'une mesure de contrôle doit d'abord s'assurer que l'utilisateur soit apte à consentir aux soins et aux services de manière libre et éclairée. Dans le cas d'un utilisateur inapte, le consentement sera obtenu auprès du représentant de l'utilisateur. Dans cette situation, des interventions s'inscrivant dans une approche humaniste doivent tout de même viser l'obtention du consentement, qu'il soit requis ou non en fonction du contexte d'intervention. Le professionnel s'assure également d'offrir un soutien à l'utilisateur ou son représentant dans la décision de consentir ou non à une mesure de contrôle.

Le consentement est obtenu par la signature de l'utilisateur, ou de son représentant, sur le formulaire disponible à cet effet. Exceptionnellement, le consentement verbal est accepté et une note au dossier doit en fait mention.

Malgré que l'utilisateur ou son représentant ait consenti à la mesure de contrôle lors de sa planification, si l'utilisateur, apte ou inapte, manifeste un refus catégorique (verbalement ou par des gestes) au moment de son application, cette mesure ne peut pas être appliquée. Néanmoins, si l'utilisateur ou son représentant retire leur consentement au moment d'appliquer la mesure de contrôle prévue au PI (ou au dossier) et que le comportement représente un danger imminent, l'équipe peut, exceptionnellement, appliquer la mesure dans un contexte d'intervention non planifiée. Si le danger n'est pas imminent, mais que les probabilités qu'il le devienne soient élevées, une ordonnance de traitement peut être demandée au tribunal.

La manifestation catégorique du refus ou du retrait du consentement implique quatre possibilités d'action pour les intervenants en fonction des particularités des situations, de la gravité des conséquences envisagées, de la probabilité que le risque se produise et des lois, comme mentionnées dans la politique.

Ces possibilités sont :

- Le respect du refus;
- Le recours à une mesure de contrôle dans un contexte d'intervention non planifiée;
- Le recours au tribunal;
- Le signalement à la Direction de la protection de la jeunesse dans le cas d'un mineur.

La politique détaille les éléments relatifs au consentement, dont les particularités liées aux mineurs.

## **9. Modalités de soins et de surveillance**

Des modalités de surveillance doivent être mises en place, puisque l'utilisation d'une mesure de contrôle auprès d'un utilisateur comporte de nombreux risques, notamment :

- Le décès;
- Des blessures liées à l'équipement;
- Des pertes d'autonomie;
- Des effets sur la santé psychologique et physique.

La surveillance permet :

- D'évaluer la condition clinique de l'utilisateur et la pertinence de maintenir la mesure;
- De rassurer l'utilisateur, par le biais d'une attitude bienveillante;
- De maintenir le lien thérapeutique avec l'utilisateur;
- D'évaluer le comportement de l'utilisateur;
- D'évaluer et de répondre aux besoins physiologiques de l'utilisateur (hydratation, alimentation, élimination, etc..);
- D'évaluer et de répondre aux besoins psychologiques de l'utilisateur (intimité, socialisation, sécurité) ;
- De mobiliser l'utilisateur;
- De prévenir les blessures;
- De vérifier les extrémités des membres de l'utilisateur, s'il y a immobilisation des membres;
- De s'assurer que la contention est en place de façon adéquate et sécuritaire.

Les professionnels qui décident d'une mesure de contrôle balisent les modalités de surveillance, en tenant compte du contexte d'utilisation, du risque associé à la mesure de contrôle et de la condition de l'utilisateur. De plus, ils s'assurent que ces modalités soient appliquées et informent le gestionnaire si des écarts de surveillance sont constatés.

Les modalités de surveillance sont clairement communiquées à l'utilisateur, ainsi qu'à l'équipe et aux intervenants responsables de la surveillance. Bien que tous soient responsables collectivement de la sécurité entourant l'application d'une mesure de contrôle, la personne mandatée pour assurer la surveillance est responsable d'effectuer de manière plus spécifique cette surveillance et de réaliser la tenue de dossier qui s'impose, en fonction de ses responsabilités professionnelles et des procédures des programmes (note au dossier ou remplir un formulaire à cet effet).

Il est important de vérifier à chaque tournée que :

- L'utilisateur soit dans une position naturelle et confortable;
- L'utilisateur ait la possibilité d'appeler un intervenant facilement;
- La porte de la chambre de l'utilisateur sous contention soit ouverte. Une exception peut être faite pour des enjeux de sécurité de l'utilisateur sous contention qui se trouverait vulnérable face à d'autres usagers. La porte peut être fermée, mais une fenêtre doit permettre de voir l'utilisateur ;
- L'utilisateur ne présente pas de douleur;
- Les besoins de bases de l'utilisateur soient répondus.

Les modalités de surveillance à déterminer comprennent:

- Les paramètres de surveillance<sup>15</sup>
- Le type de surveillance
- La fréquence de la surveillance
- Personne responsable de la surveillance

Tout au long de l'application de la mesure de contrôle, il importe de réévaluer de façon continue les modalités de surveillance et le suivi professionnel requis, selon l'évolution de la condition clinique de l'utilisateur.

---

<sup>15</sup> Les procédures fournissent les détails de ces paramètres, si nécessaire.

## 9.1. Paramètres de surveillance

Les paramètres de surveillance sont décrits dans l'encadré suivant.

Les signes vitaux	<p>Adapter les paramètres évalués selon l'état de santé de l'utilisateur, les antécédents et problèmes de santé connus et la médication reçue.</p> <p>Si l'utilisateur manifeste une résistance lors de l'application de la contention, la prise des signes vitaux doit se faire immédiatement après et 15 minutes suivant l'application de la mesure, car une arythmie rare, mais fatale peut survenir chez une personne sans antécédent cardiaque.</p>
Les comportements et l'état mental de l'utilisateur	<p>Évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• L'état de conscience.</li><li>• L'orientation dans le temps et l'espace.</li><li>• L'attention.</li><li>• Les perceptions et la pensée.</li><li>• Les comportements (p.ex. : agitation).</li><li>• Les réactions psychologiques (p.ex. : agressivité, peur, résignation, résistance).</li></ul>
Le confort et la sécurité	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utiliser le matériel adéquat, propre et conforme aux normes du fabricant</li><li>• Vérifier l'ajustement et le port sécuritaire de la contention en assurant :<ul style="list-style-type: none"><li>• une amplitude de mouvement adaptée à l'état clinique de l'utilisateur</li><li>• un bon alignement corporel</li><li>• la tenue d'exercices passifs et actifs à effectuer selon la fréquence du retrait de la mesure de contrôle</li></ul></li><li>• Répondre aux besoins physiologiques fondamentaux de l'utilisateur en :<ul style="list-style-type: none"><li>• L'accompagnant à la toilette, si son état le permet, chaque heure ou aux deux heures;</li><li>• Lui offrant à boire minimalement à chaque heure, selon sa condition clinique;</li><li>• Le mobilisant régulièrement, selon sa capacité et la situation clinique (retirer la contention minimalement aux deux heures, pour une durée de cinq minutes);</li><li>• Alternant sa position aux deux heures s'il est alité.</li></ul></li><li>• Protéger l'utilisateur de toute source de danger.</li><li>• Offrir un soutien émotionnel.</li><li>• Soulager la douleur.</li><li>• Surveiller les signes de détérioration de l'état de l'utilisateur (p. ex. : comportement inhabituel, agitation, difficultés respiratoires, altération de la circulation sanguine).</li></ul>
L'intégrité de la peau	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chaleur, couleur, sensibilité, œdème, cyanose, abrasions, protubérances osseuses et vérification des extrémités.</li><li>• Retirer la contention minimalement aux deux heures, pour une durée de cinq minutes, afin de prévenir la détérioration de la peau.</li></ul>

En fonction des procédures, d'autres paramètres peuvent être évalués au minimum une fois par quart de travail ou plus souvent, si requis, ou lors de tout changement de la condition clinique de l'utilisateur, pendant la durée d'application de la mesure.

## **9.2. Type de surveillance**

La surveillance peut être réalisée en continue, c'est-à-dire par une personne se trouvant dans la même pièce, ou en alternance par différents membres de l'équipe.

## **9.3. Fréquence minimale de la surveillance**

La fréquence minimale de la surveillance varie selon l'évaluation du risque et l'état de l'utilisateur, allant de la surveillance constante à une observation à chaque heure. La fréquence est réévaluée de façon continue. En présence d'agitation ou d'agressivité, elle doit être augmentée à tous les 5 à 15 minutes.

Les procédures établissent la fréquence minimale de surveillance, en fonction de la mesure utilisée, de la clientèle et des problématiques rencontrées.

Certaines situations demandent une surveillance plus soutenue soit :

- L'utilisation de la combinaison Argentino.
- L'utilisation d'une mesure de contrôle auprès d'un enfant de moins de 12 ans.
- L'application de contentions aux quatre membres à l'aide de moyens mécaniques.
- L'isolement, en raison de son caractère extrêmement contraignant et des risques qui y sont associés.
- L'utilisation d'une mesure de contrôle, malgré la manifestation d'une résistance importante de l'utilisateur.

## **9.4. Personne responsable de la surveillance**

La personne responsable de la surveillance doit être informée clairement des attentes et des observations à effectuer. Lors du changement de quart de travail, elle reçoit et transmet les particularités notées au cours de la dernière période de surveillance.

## **10. Droit à l'information**

Outre ce qu'exige l'obtention du consentement, l'intervenant doit transmettre à l'utilisateur, à ses proches ou à son représentant, l'information nécessaire à propos des soins et des services qui lui sont proposés, de ses droits et des ressources pertinentes en matière de droit. De plus, l'intervenant transmet l'information concernant le protocole de l'établissement sur l'application des mesures de contrôle et s'assure de la compréhension de l'utilisateur quant aux informations transmises.

## **11. Mécanismes de communication interprofessionnelle**

### **11.1. Informations au dossier de l'utilisateur**

Au plan légal, il est nécessaire de consigner tous les aspects relatifs au processus décisionnel, ainsi qu'aux modalités d'application, de suivi et de réévaluation d'une mesure de contrôle. Lorsqu'une mesure est cessée, les informations expliquant la fin de cette mesure doivent également être déposées au dossier de l'utilisateur. Ces informations ont une portée majeure au niveau de la qualité et de la continuité des soins et des services. Elles se retrouvent au dossier dans des notes d'évolution, des PI-PTI ou des formulaires prédéterminés.

Les informations à consigner sont les suivantes :

- L'évaluation de la condition clinique de l'utilisateur (physique, mentale, psychologique et comportementale) et l'analyse de la situation justifiant l'utilisation d'une mesure de contrôle.
- Le nom et la profession de l'intervenant ayant décidé d'appliquer une mesure de contrôle.
- Les noms et la profession des intervenants ayant pris part à l'évaluation et la discussion interdisciplinaire.
- Le but poursuivi par cette mesure.
- Les mesures de remplacement utilisées et les résultats obtenus.
- Le choix des mesures de remplacement et de contrôle.
- Le type de mesure de contrôle, les modalités d'application (durée, moment, endroit), les modalités de soins et de surveillance.
- Les indications concernant le retrait de la mesure de contrôle.
- Les modalités de soins et de surveillance : les paramètres, la fréquence, le type et la personne responsable de la surveillance.
- La fréquence et la date de révision de la mesure de contrôle.
- L'information et l'enseignement donnés à l'utilisateur et ses proches.
- Le consentement de l'utilisateur ou de son représentant à la planification de la mesure et lors de son application.
- La date et l'heure de début et de fin de la mesure.
- La condition clinique et la réaction de l'utilisateur pendant et après l'utilisation de la mesure de contrôle.
- La réévaluation interdisciplinaire de la situation.
- Les indications objectives justifiant l'utilisation et le maintien de la mesure de contrôle (le contexte, le motif d'intervention, ainsi que la condition clinique, psychologique et comportementale de l'utilisateur).
- Toute autre information jugée pertinente.

Par ailleurs, il importe de veiller à ce que les informations inscrites au dossier suivent l'utilisateur dans son parcours de soins et services afin qu'il n'ait pas à répéter son histoire et que les meilleures interventions lui soient offertes d'emblée, lorsqu'il bénéficie d'un autre service.

## 11.2. Autres mécanismes de communication

La diffusion des informations inscrites au dossier de l'utilisateur auprès de toutes les personnes concernées est un facteur important du succès de l'intervention. Des mécanismes de communication autres que le dossier de l'utilisateur peuvent contribuer au partage de l'information, notamment les rapports interservices, les rencontres interdisciplinaires, les plans de travail et les plans de soins. La recherche de modes de communication efficaces devient nécessaire pour transmettre l'information aux autres intervenants, ainsi qu'à l'utilisateur et à ses proches.

## 12. Soutien à la pratique professionnelle et amélioration continue

Différents dispositifs et mesures permettent le développement professionnel et le maintien des compétences nécessaires à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au CISSS de Chaudière-Appalaches. Le modèle d'encadrement professionnel développé par le CISSS de Chaudière-Appalaches offre une diversité de moyens au niveau de l'encadrement clinique, clinico-administratif et administratif, dont des activités de formation continue, du transfert de connaissances, du mentorat, des consultations professionnelles, des communautés de pratiques et des démarches d'accompagnement en éthique clinique. Les gestionnaires soutiennent les changements et exercent un leadership mobilisateur, notamment en favorisant les occasions d'amélioration continue quant aux mesures de remplacement et de contrôle.

Selon Huckshorn (2004, 2011), certaines stratégies s'avèrent pertinentes :

- Désigner un « champion » du protocole d'application des mesures de contrôle dans chaque équipe<sup>16</sup>.
- Offrir des formations sur des sujets tels que les traumatismes, la désescalade, la gestion des comportements agressifs, la prévention des chutes, la recherche du consentement libre et éclairé.
- Soutenir le personnel sur l'implication de l'utilisateur dans le consentement à ses soins et aux mesures de contrôle.
- Intégrer le sujet des mesures de contrôle régulièrement lors des rencontres d'équipes.

Cet effort d'amélioration des pratiques cliniques s'étend à l'ensemble du personnel concerné et des équipes médicales. Il est obligatoire que le nouveau personnel prenne connaissance de la politique, du protocole et des procédures sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, et ce, dès leur intégration dans un milieu de pratique.

Le CISSS de Chaudière-Appalaches prévoit un plan de développement des ressources humaines (PDRH) précisant les activités à offrir lors de l'embauche de nouveaux employés, de l'intégration d'un employé dans un nouveau milieu de pratique et en contexte de formation continue. Les gestionnaires assurent le suivi des formations reçues par le personnel.

### **13. Évaluation et diffusion des résultats**

Dans une vision d'amélioration continue, les gestionnaires, médecins et intervenants du CISSS de Chaudière-Appalaches collaborent aux activités d'évaluation et au suivi périodique d'indicateurs cliniques et administratifs concernant l'utilisation des mesures de contrôle. Les procédures détaillent le fonctionnement et les responsabilités liées à l'évaluation et à la diffusion des résultats dans les services qu'elles concernent.

Chaque direction de programme établit ses cibles en fonction des indicateurs de qualité et de leurs besoins d'amélioration respectifs. Ces indicateurs permettent un suivi et la mise en place de stratégies de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle et une meilleure utilisation de celles-ci. En outre, un suivi des indicateurs permet de souligner les forces et les réussites des équipes, tout en inspirant d'autres milieux de pratique.

L'intégration des indicateurs dans les salles de pilotage est à privilégier, afin d'assurer un suivi des pratiques, communiquer les résultats et établir des objectifs et des stratégies en équipe.

### **14. Mécanismes de plaintes**

Les usagers et leurs proches qui sont insatisfaits des soins et des services ou de leur expérience concernant les mesures de contrôle peuvent formuler une plainte écrite ou verbale et doivent l'acheminer au commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Celui-ci agit en toute indépendance et ses services sont gratuits et confidentiels.

Tout intervenant est tenu d'accompagner l'utilisateur et ses proches en leur fournissant les renseignements permettant d'avoir accès rapidement aux services du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de Chaudière-Appalaches et le comité des usagers sont également des instances pouvant accompagner les usagers dans ce processus.

Dans les situations où un intervenant reçoit une plainte écrite d'une personne, il est de son devoir de l'acheminer, sans délai, au commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Lorsque ce dernier reçoit une plainte, il examine les motifs de celle-ci à partir de la version des faits de l'utilisateur. Il recueille le point de vue des personnes et des autorités concernées par la plainte. L'utilisateur est informé des résultats de l'analyse de la plainte dans les 45 jours suivant sa réception. S'il y a lieu, le commissaire formule des recommandations à l'autorité concernée et effectue un suivi.

---

<sup>16</sup> Les procédures précisent le rôle de ce « champion ».

La personne qui dépose une plainte ne doit, en aucune circonstance, subir de représailles. Si une telle situation se produit, la personne doit en informer le commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Celui-ci interviendra sans délai.

Le commissaire est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers, de leur satisfaction et du traitement diligent de leur plainte. À cette fin, il exerce exclusivement les fonctions prévues à la loi, notamment celle de promouvoir le régime d'examen des plaintes. Dans le cadre de ses fonctions, le commissaire doit également intervenir de sa propre initiative, lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés.

Pour de plus amples détails, se référer au *Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers* (REG\_CPQS\_2015-003).

## **15. Rapport annuel**

L'article 118.1 de la LSSSS prévoit une évaluation annuelle de l'utilisation des mesures de contrôle. Le rapport annuel doit rappeler les objectifs relatifs aux mesures de contrôle, présenter les résultats liés aux indicateurs de suivis et indiquer les cibles à atteindre pour l'année suivante.

## Bibliographie

- CHU de Québec - Université Laval. (2012). Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement. Québec.
- CHU de Québec - Université Laval. (2013). Évaluation des pratiques, des barrières et des facilitateurs reliés à l'implantation des mesures de remplacement de la contention et de l'isolement dans le RUIS de l'Université Laval. Québec.
- CHU de Québec - Université Laval (2016). *Règle de soins infirmiers Application d'une mesure de contention au CHUQ-UL*. Québec, non diffusé.
- CISSS de Chaudière-Appalaches (2016). *Procédure pour l'introduction d'un nouveau produit et de petits équipements* (n° PRO-CDD2016-215). Sainte-Marie.
- CISSS de Chaudière-Appalaches (2018). *Politique sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle*. Sainte-Marie.
- Huckshorn, K.A. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings : core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 42, No. 9, p. 22-33.
- Huckshorn, K. A. (2011). *Six Core Strategies to Reduce Seclusion and Restraint Use*. Alexandria, VA : National Association of State Mental Health Program Directors.
- MSSS (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf>
- MSSS (2005). *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-812-01.pdf>
- MSSS (2006). *Programme de formation : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-812-02/06-812-02.pdf>
- MSSS (2008). *Aide-mémoire - Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement* Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>
- MSSS (2010). *Programme de formation - vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement - bénéficiaires des services de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement*. Québec Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-812-01.pdf>
- MSSS (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
- MSSS (2016). *Cadre de référence - Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. Québec. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-801-01W.pdf>
- OEQ (2018). *Cahier du participant - Formation Gestion des mesures de contrôle: Rôle de l'ergothérapeute*. Formation offerte par l'OEQ (Christiane Dubois, erg., M. Réad) le 19 février et 26 mars 2018.
- OPQ (2003). *Cahier explicatif portant sur l'application des dispositions du projet de loi 90*. Québec. Repéré à [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/08\\_Cahier-explicatif-PL90.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf)

OPQ (2013). *Guide explicatif portant sur l'application des dispositions du projet de loi 21*. Québec. Repéré à [https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme\\_professionnel/Guide\\_explicatif\\_decembre\\_2013.pdf](https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf)

RCPI. (2013). *Accompagner les équipes vers la collaboration interprofessionnelle: Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et en services sociaux*.

SQETGC. (2014). *Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement* Montréal: Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

### **Références législatives**

*Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11.*

Charte québécoise des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12

Code civil du Québec, RLRQ, c. CCQ-1991

Code des professions, RLRQ, c C-26

Code des professions, RLRQ, c. C-26, r. 90.1 - Lettres patentes constituant l'Ordre professionnel des criminologues du Québec

Loi sur les services de santé et de services sociaux, RLRQ, c. S-4.2

Loi médicale, RLRQ, c. M-9

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (L.C. 2002, ch. 1) Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ, c. S-5, r.5

### **Note :**

Les politiques, les protocoles et les procédures concernant les mesures de contrôle des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Chaudière-Appalaches intégrés au CISSS de Chaudière-Appalaches ont été consultés.

## Annexe A - Extraits législatifs

**La Charte canadienne des droits et libertés** (*Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11*).

- « Chacun a droit à la vie, à la liberté et la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale » (article 7);
- « Chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraire » (article 9);
- « Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités » (article 12).

**La Charte québécoise des droits et libertés de la personne** (RLRQ, c. C-12)

- « Tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne » (article 1);
- « Toute personne a droit au respect de sa vie privée » (article 5);
- « Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondées sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la Loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap. Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit » (article 10).

**Le Code civil du Québec** (RLRQ, chap. CCQ-1991)

- « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la Loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé » (article 10);
- « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire à la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant de soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer » (article 11);
- « Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère » (article 12);
- « En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne » (article 13);
- « Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de douze heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait » (article 14);
- « Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier » (article 15);

- « L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. Elle est, enfin nécessaire pour soumettre un mineur âgé de quatorze ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit » (article 16);
- « Le mineur de quatorze ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents » (article 17);
- « Lorsque la personne est âgée de moins de quatorze ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents » (article 18).

### **La Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2)**

« Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente Loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

1. Assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;
2. Favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;
3. Partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux;
4. Rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;
5. Tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socioéconomiques des régions;
6. Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes;
7. Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec;
8. Favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services;
  - 8.1 Assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux;
9. Assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités;
10. Promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population » (article 2).

« Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1. La raison d'être des services est la personne qui les requiert;
2. Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
3. L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;
4. L'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
5. L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse » (article 2).

*« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire » (article 5).*

*« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.*

*Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévue aux articles 10 et suivants du Code civil » (article 9).*

*« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.*

*Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103 » (article 10).*

*Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.*

*« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure 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 ».*

*« Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure ».*

*« Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses bénéficiaires et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures » (article 118.1).*

De plus, certains articles de la Loi sur les services de santé et services sociaux traitent des incidents et accidents :

- *Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant. Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçue et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident (article 8).*

### **Le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (RLRQ, c. S-5, r. 5)**

*Le conseil d'administration d'un établissement public ou d'un établissement privé visé à l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit adopter un règlement [portant] sur les mécanismes à mettre en place dans l'établissement afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'égard des bénéficiaires (article 6, paragraphe 18).*

## Annexe B - Situations où le but de l'intervention peut varier

Certains dispositifs, équipements ou interventions peuvent constituer, ou non, une mesure de contrôle selon l'intention sous-jacente à son utilisation<sup>17</sup>.

### **Les ridelles (côtés de lit)**

De nombreuses études ont démontré que remonter les deux côtés de lit ou les quatre demi-ridelles est une pratique qui peut entraîner des conséquences sur le comportement de la personne comme l'agitation, la peur, la fuite par le pied du lit ou le délirium. Ces comportements peuvent générer des situations à risque et occasionner des blessures, voire des décès (Santé Canada, 1995; Villeneuve, 2005; AFSSPS, 2006). Il est ainsi fortement recommandé d'éviter l'utilisation des ridelles. On recommande de privilégier l'utilisation d'équipements de remplacement les moins contraignants et les plus sécuritaires possible. L'utilisation des ridelles, sauf lorsqu'il s'agit d'un dispositif inhérent au groupe d'âge (enfant en bas âge), constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre la personne à demeurer dans son lit alors qu'elle souhaite se lever. Cette mesure exige une évaluation rigoureuse et une surveillance adéquate. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

Les ridelles, qu'elles soient pleines ou demi-grandeur, ne sont pas considérées comme une mesure de contrôle lorsque leur utilisation a pour but de fournir des appuis à une personne pour lui permettre de sortir du lit, d'entrer dans le lit ou de se déplacer dans le lit. Il en va de même lorsque les ridelles sont remontées **à la demande de la personne elle-même** parce qu'elle a peur de tomber, à la condition que cette dernière soit consciente des risques potentiels, ne présente pas un état de confusion, soit en mesure d'abaisser la ou les ridelles lorsqu'elle le désire et qu'elle soit en mesure de demander une assistance pour le faire au besoin. Dans toutes ces situations, on doit cependant toujours privilégier l'utilisation d'équipements de remplacement moins contraignants et plus sécuritaires dans la mesure du possible.

### **Les équipements de positionnement et d'aide technique**

Les équipements de positionnement ou d'aide technique ont pour but de suppléer à une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle. Ils permettent d'augmenter l'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses activités de vie quotidienne ou de favoriser sa capacité à se déplacer par elle-même. Ces dispositifs ne visent d'aucune manière à contrôler la personne. Leur utilisation est précédée d'une évaluation réalisée par un professionnel compétent en la matière. Ils respectent les principes biomécaniques de confort postural, de niveau fonctionnel, d'ergonomie et d'esthétique, et sont les moins contraignants possibles.

Toutefois, si ces dispositifs sont utilisés dans le but de restreindre la possibilité d'agir de la personne; ils sont alors considérés comme une mesure de contrôle. Par exemple, l'utilisation de la tablette fixée au fauteuil gériatrique au cours d'un repas répond d'abord à un motif utilitaire. Dans cette situation, c'est-à-dire pendant le repas, la personne n'est pas brimée dans sa liberté de mouvement. Toutefois, si cette tablette n'est pas retirée après le repas et que son utilisation est prolongée au-delà de cette période sans autre but fonctionnel ou thérapeutique, la tablette peut alors être considérée comme une contention, puisque la personne se trouve limitée dans sa liberté d'agir. La même analyse devrait être faite lorsqu'on utilise les freins du fauteuil roulant. Par exemple, s'il s'agit de protéger momentanément la personne contre un accident potentiel lié à l'environnement, ce n'est pas une situation de mesure de contrôle. Par contre, si les freins du fauteuil sont appliqués pendant une certaine période dans le but d'exercer une surveillance et de confiner la personne à un endroit dont elle ne peut s'éloigner librement, il s'agit d'une mesure de contrôle. De même, le fait de retirer à une personne l'accès à un équipement nécessaire à son autonomie dans ses déplacements (ex. : marchette ou déambulateur) doit être considéré comme une mesure de contrôle. La ceinture de sécurité d'un fauteuil roulant n'est pas conçue pour être utilisée comme une mesure de contrôle. Elle doit seulement servir à éviter une chute lors de déplacements. Lorsque l'utilisation de ces dispositifs vise à restreindre la possibilité d'agir de la personne, il est nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

---

<sup>17</sup> La plupart des éléments présentés dans cette annexe ont été tirés ou adaptés du cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle (MSSS, 2015). Les références bibliographiques qui s'y trouvent ne sont donc pas présentées dans la section références bibliographiques du présent protocole.

### **Mesures de contrôle dans un contexte de soins et services, d'intervention chirurgicale ou durant un examen**

Dans certaines situations, la procédure de soins ou d'examen qui s'applique à la population en général exige d'immobiliser la personne ou une partie de son corps afin de réaliser l'examen ou les soins de façon optimale et sécuritaire. L'utilisation d'une mesure de contention ne constitue pas, dans ces cas, une mesure de contrôle. Cependant, le recours à une contention durant un examen ou quand il s'agit de donner des soins constitue une mesure de contrôle si la contention n'est pas utilisée systématiquement auprès de la population, mais plutôt en réponse à un comportement ou à un manque de collaboration de la personne, ou en raison des réactions anticipées de sa part qui pourraient nuire au succès de l'examen ou à la sécurité de la personne ou de l'entourage. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique selon les procédures des programmes concernées.

Lorsqu'un enfant reçoit des soins, la recherche de sa collaboration est nécessaire (distraction par le jeu, jouet familier, réassurance ou autre). Lorsque possible, la présence du détenteur de l'autorité parentale est sollicitée, puisque celui-ci a un impact important pour rassurer et calmer l'enfant durant la procédure. L'examen ou le traitement doit se dérouler sur la plus courte période possible et sous la surveillance accrue du professionnel. Des pauses sont accordées afin de permettre à l'enfant de récupérer.

### **Isolement de la personne à sa chambre ou dans un lieu utilisé à cette fin**

L'isolement est considéré comme une mesure de contrôle lorsque la personne est maintenue dans sa chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin et qu'elle ne peut en sortir librement. Le MSSS a publié, en 2005, un document qui fournit des balises pour l'aménagement d'une chambre d'isolement et qui peut également servir de référence pour améliorer la sécurité d'une chambre standard servant de lieu d'isolement.

Ainsi, lorsqu'un dispositif mécanique (p.ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, ruban attaché par un velcro, bande placée sur le plancher) est utilisé dans le but de confiner une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement, on doit considérer qu'il s'agit d'une mesure de contrôle. De la même façon, si la personne est soumise à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter le lieu désigné ou qu'une « barrière psychologique » est mise en place (surveillance constante dans un lieu restreint ou ligne au sol), l'isolement est considéré comme étant une mesure de contrôle. Le seul fait d'être en compagnie d'autres personnes dans une pièce verrouillée est insuffisant pour considérer que cette mesure n'est pas une mesure de contrôle.

Par contre, lorsqu'une personne est invitée à se retirer d'un lieu commun afin de lui permettre la distanciation avec un stimulus ou pour l'aider à se calmer et à reprendre contact avec elle-même, et qu'elle peut sortir librement de ce lieu lorsqu'elle le désire, sans que ce moyen soit une contrainte psychologique, cela ne constitue pas une mesure d'isolement. De la même façon, la mise en place d'un dispositif (p.ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, ruban attaché par un velcro, bande placée sur le plancher) n'est pas considérée comme une mesure de contrôle si ce dispositif est utilisé à la demande de la personne elle-même dans le but de lui procurer une plus grande intimité et de prévenir l'intrusion d'autres personnes dans son espace personnel. **La personne doit cependant être en mesure de sortir elle-même de ce lieu, physiquement et psychologiquement, quand elle le désire ou avoir la capacité de demander l'assistance pour en sortir si elle le demande.**

### **Moyen mécanique ou force humaine restrictive**

Un moyen mécanique ou une force humaine restrictive sont considérés comme une mesure de contrôle lorsque le but est d'empêcher une personne de bouger, de limiter sa liberté de mouvement ou de la diriger vers un lieu où elle ne veut pas se rendre, par l'application de la force en contexte d'opposition et de résistance. Cette situation s'observe notamment lorsque le rapport de force est tel que la personne ne peut se dégager, malgré tous les efforts qu'elle déploie, pour s'infliger des blessures ou en infliger à autrui. À titre de comparaison, on peut dire que le niveau de contrôle et de sécurité qui concerne la force humaine restrictive ou le moyen mécanique équivaut, toute proportion gardée, au verrouillage d'une porte de chambre lorsqu'une personne est placée en isolement.

On entend donc par force humaine restrictive ou moyen mécanique :

- Toute technique d'intervention impliquant que la personne est maintenue par la force de deux personnes ou plus;
- Toute technique d'intervention impliquant que la personne est maintenue par la force d'une personne, et où le rapport de force est si grand que la première est maîtrisée efficacement et qu'elle ne peut se dégager.

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. L'utilisation des mesures de ce type doit être déclarée et il faut en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

Dans le cas d'un geste d'accompagnement ou thérapeutique, la personne n'offre pas de résistance. Il s'agit davantage d'un geste de rappel ou visant à orienter la personne vers un lieu approprié à ses besoins. Par conséquent, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle.

### ***Isolement en prévention et contrôle des infections***

Dans le contexte normal des mesures de prévention et de contrôle des infections, le fait d'isoler la personne dans sa chambre représente une mesure de contrôle des infections et non une mesure de contrôle telle qu'il est entendu dans le présent protocole. Les balises relatives à cette mesure sont déterminées par l'établissement et suivent le cadre de référence du MSSS sur les infections nosocomiales. Lorsque la personne refuse de demeurer isolée dans sa chambre par elle-même et que l'on doit avoir recours à un moyen supplémentaire, ce dernier est considéré comme une mesure de contrôle au sens de l'article 118.1 de la LSSSS et son application doit être conforme au présent protocole.

### ***Dispositifs de sécurité inhérents au groupe d'âge ou au niveau de développement de l'enfant***

Les dispositifs de sécurité inhérents au groupe d'âge ou au niveau de développement de l'enfant ne sont pas considérés à titre de mesures de contrôle tant qu'ils sont utilisés selon les normes sociales. Par exemple, un enfant de 2 ans déposé dans une bassinette n'est pas une mesure de contrôle puisque cela est habituel dans la société, même si l'intention est de limiter ses déplacements. Par contre, placer un enfant de 10 ans dans une bassinette pourrait être une mesure de contrôle si l'intention est de limiter ses déplacements. Ainsi, ces dispositifs ne devraient pas être utilisés plus que nécessaire en raison, par exemple, d'un manque de personnel.

Ces dispositifs comprennent :

- Les bassinettes;
- Les courroies d'attache d'une chaise haute;
- Les poussettes;
- Les sièges d'appoint ou tout autre article conçu pour assurer la sécurité du nourrisson et du jeune enfant;
- Les exercices.

Le lit avec dôme en pédiatrie est généralement utilisé pour des enfants qui grandissent et qui ne peuvent plus utiliser une bassinette régulière. Si l'intention est de restreindre les déplacements et les mouvements, il est considéré comme une mesure d'isolement.

### ***Vêtements adaptés***

La combinaison adaptée de type « Grenouillère » et les vêtements adaptés constituent une mesure de contrôle **si l'intention est de limiter la liberté de mouvement**, par exemple pour empêcher un usager de toucher à ses parties intimes. S'ils sont utilisés pour d'autres buts et ne limitent pas la liberté de mouvement de la personne, ils ne sont pas considérés comme tels.

Le casque protecteur n'est également pas considéré comme une mesure de contrôle. L'usager qui se frappe la tête est libre de le faire puisqu'il est protégé par le casque. Il s'agit plutôt d'une mesure de remplacement.

### ***Personnes détenues dans un établissement correctionnel***

Il arrive qu'une personne détenue dans un établissement correctionnel consulte et soit admise dans un établissement du CISSS de Chaudière-Appalaches, notamment pour évaluer son aptitude à comparaître à un procès. Pour des raisons de sécurité, les agents correctionnels utilisent des équipements de contrôle (ex. menottes) et procèdent à la

surveillance de l'usager selon les procédures habituelles. Bien qu'il s'agisse de mesures de contrôle, il n'est pas requis d'en déclarer l'utilisation dans l'établissement. Toutefois, si des mesures supplémentaires sont requises pour assurer la sécurité de l'usager ou des autres par rapport à ce qui est habituellement prévu dans de telles situations on doit déclarer ces interventions comme étant des mesures de contrôle. Par exemple, si une personne détenue est placée en isolement dans un contexte de détention psychiatrique, cela n'est pas considéré comme une mesure de contrôle. Par contre si, en raison d'une agitation extrême et du risque que la personne s'inflige des blessures, une contention doit être appliquée, cette dernière est considérée comme une mesure de contrôle.

### ***Garde en établissement (provisoire, préventive, autorisée)***

Il arrive qu'une personne se trouve 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 (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 envers la personne, celles-ci doivent être utilisées conformément aux modalités prévues à l'article 118.1 de la LSSSS, être conformes au protocole d'application des mesures de contrôle de l'établissement et être déclarées.

### ***Dispositifs utilisés en hébergement jeunesse***

Dans un centre de réadaptation pour jeunes, il y a certaines situations où la liberté de circuler d'un jeune est limitée, sans que cela corresponde pour autant à la contention ou à l'isolement tel que défini à l'article 118.1 de la LSSSS. Le jeune est alors placé dans une unité fermée ou sécurisée.

Cela concerne en premier lieu un jeune ayant commis un délit d'une gravité telle qu'il fait l'objet d'une ordonnance de placement en mise sous garde fermée ou en détention provisoire en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (L.C. 2002, ch. 1).

En second lieu, la *Loi sur la protection de la jeunesse* (RLRQ, chapitre P-34.1) balise le recours à ce type d'unité pour un jeune faisant l'objet d'un placement en centre de réadaptation et hébergé dans une unité d'encadrement intensif. Cela se produit lorsqu'il y a un risque sérieux que le jeune présente un danger pour lui-même ou pour autrui. La *Loi de la protection de la jeunesse* balise également le recours à des mesures d'empêchement pour un jeune qui présente un risque de fugue et qui est placé dans une unité ouverte. Ces mesures peuvent s'appliquer à des jeunes ayant une ordonnance de placement en centre de réadaptation ou dans le cadre de l'application d'une mesure de protection immédiate.

Ces types d'hébergement s'inscrivent dans une finalité de la réadaptation qui consiste à aider un jeune dont le développement est entravé ou compromis par de grandes difficultés d'interaction avec son milieu.

Cependant, si un jeune placé dans une unité fermée a un comportement susceptible de représenter un danger pour lui-même ou pour autrui, il peut arriver qu'en dernier recours, une mesure de contrôle, telle que définie à l'article 118.1 de la LSSSS, soit appliquée. Dans ce cas, cela doit être fait conformément à ce que prescrivent la LSSSS et les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.

### ***Surveillance constante sans limite de déplacement***

Lorsque la surveillance constante est compatible avec un objectif clinique, implique un consentement mutuel, et se trouve intégrée à des interventions thérapeutiques adaptées aux besoins de l'usager, celle-ci ne constitue pas une mesure de contrôle.

Dans un lieu restreint : Toutefois, lorsqu'une surveillance constante a pour but de confiner une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement, il s'agit d'une mesure de contrôle.

### ***Technologies d'aide à la surveillance***

Elles comprennent entre autres le système d'alarme de mouvement au lit ou au fauteuil, le bracelet magnétique et certains systèmes de caméra. D'autres dispositifs pourraient s'ajouter à cette liste selon l'évolution de la technologie.

Le système d'alarme de mouvement au lit ou au fauteuil est utilisé comme un complément à la surveillance directe de la personne, afin de signaler au personnel que celle-ci se lève de son lit ou de sa chaise. Cette technologie est considérée

comme une mesure de remplacement à la surveillance constante dans un lieu restreint ou à l'utilisation de contentions et ne constitue donc pas une mesure de contrôle. Des précautions doivent néanmoins être prises afin que ces systèmes ne soient pas utilisés de manière systématique ou à outrance. Des études mentionnent qu'il existe bel et bien des avantages à l'utilisation de ces technologies, mais également des désavantages. (CHU de Québec – Université Laval, 2012, 2013).

Le bracelet magnétique est considéré comme une mesure de remplacement s'il permet à la personne qui le porte d'agir, d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie. Toutefois, le bracelet magnétique devient une mesure de contrôle s'il est utilisé afin d'isoler une personne dans un espace restreint où elle ne peut entretenir de contacts avec autrui et d'où elle ne peut sortir librement. Dans de semblables situations, il est nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

### **Substance chimique**

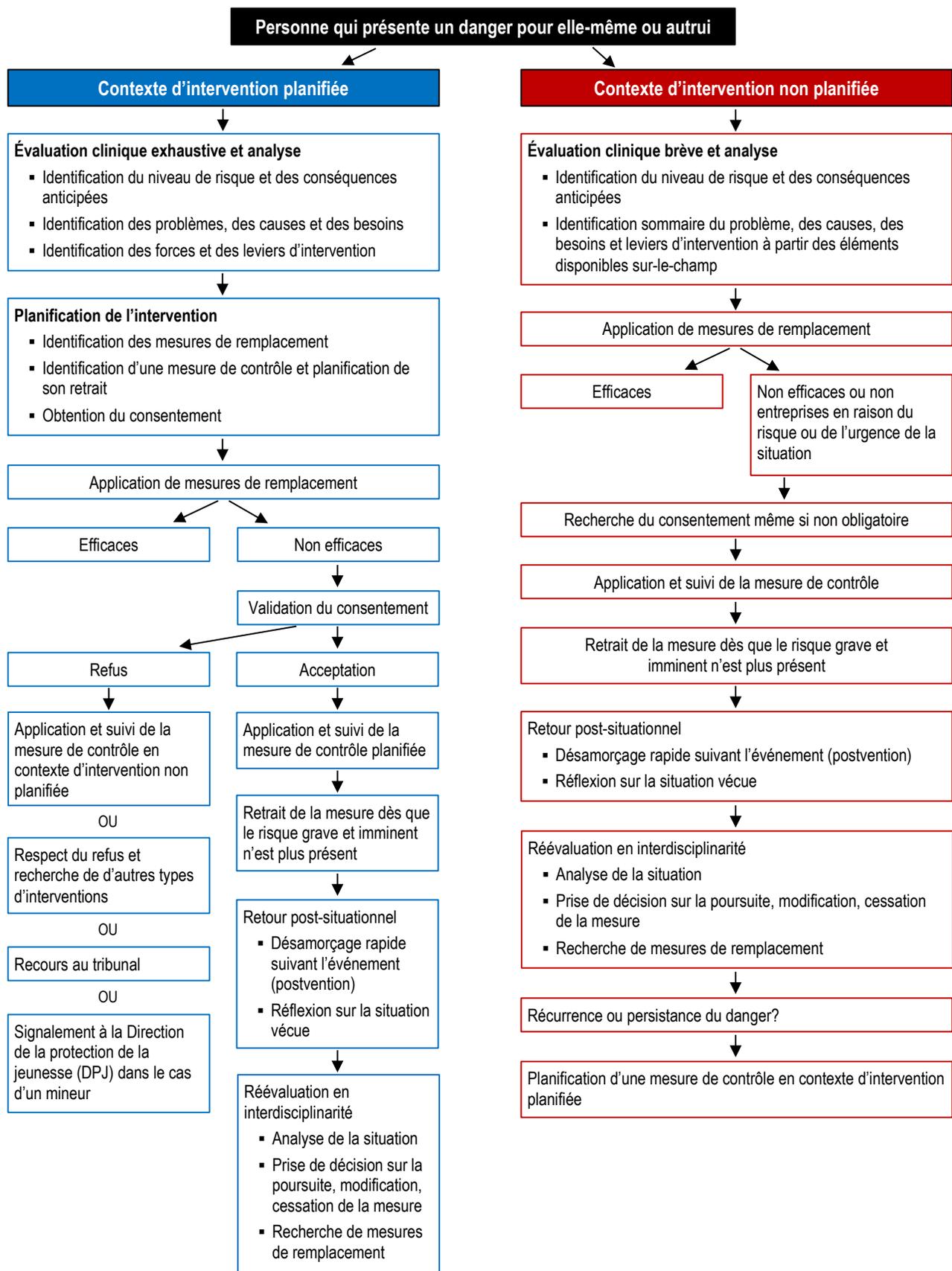
Le recours aux substances chimiques comme mesure de contrôle fait appel à la prescription médicale. Il est, de ce fait, déjà régi par le *Code des professions*, RLRQ, chapitre C-26, et ses règlements d'application.

Les intervenants doivent exercer leur jugement clinique afin, notamment, de bien distinguer l'utilisation d'un médicament à des fins thérapeutiques de l'utilisation d'un médicament à des fins de mesure de contrôle. Si l'utilisation d'un P.R.N. se fait dans un but préventif afin que les comportements ne se détériorent pas et qu'il n'y ait pas une urgence d'agir, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle. Toutefois, si l'administration d'une substance chimique se fait dans un contexte d'urgence où les mesures de remplacement n'ont pas été efficaces, dans le but d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions en contexte de danger réel, il s'agit d'une mesure de contrôle.

## Annexe C - Critères d'évaluation des mesures de contrôle

Exigences et critères d'évaluation	Description des critères
<b>Sécurité</b>	<b>Évaluation clinique</b>
Atteinte de l'objectif	Permet l'atteinte de l'objectif selon le contexte d'intervention (interférence aux soins, protection ou agression)
Simplicité d'installation	Complexité de la formation Matériel simple à installer
Rapidité d'installation et de désinstallation « contention/personne »	Temps d'installation d'une personne à la contention Temps de désinstallation d'une personne à la contention
Adaptabilité à la morphologie de la personne	Permet un ajustement précis (choix de taille si applicable et/ou ajustement par velcro, œillets, attaches, etc.)
Respect des fonctions vitales	Ne serre pas indûment (entraves à la respiration, circulation, etc.)
Intégrité de la peau	Aucun point de pression. Aucun métal, plastique ou objet présentant un risque
Rapidité d'installation et de désinstallation « contention/mobilier »	Temps d'installation de la « personne et contention » au mobilier Temps de désinstallation de la « personne et contention » au mobilier
Ajustement de la contention au mobilier des établissements de santé	S'ajuste au lit sans modification S'ajuste au fauteuil gériatrique sans modification S'ajuste à la civière sans modification S'ajuste au fauteuil régulier sans modification S'ajuste au fauteuil roulant sans modification
Évacuation en cas d'urgence	Possibilité d'évacuer rapidement (ex. : couper aux ciseaux le tissu de la contention)
<b>Confort</b>	<b>Évaluation clinique</b>
Impression au toucher des matériaux	Matériel doux au toucher
Positionnement anatomique normal	Permet de conserver une position anatomique normale du corps
Aisance du mouvement	Sauf pour les contentions aux poignets/chevilles, permet à la personne d'avoir une certaine aisance de mouvement (si applicable)
<b>Intégrité de la personne Respect de la dignité</b>	<b>Évaluation clinique</b>
Image projetée digne d'un être humain	Couleur discrète qui convient au contexte d'interventions Apparence qui convient au contexte d'interventions
<b>Identification de produit</b>	<b>Évaluation clinique</b>
Taille du produit	Taille du produit facilement repérable
Modèle du produit	Modèle du produit facilement repérable
Sens du produit	Si applicable, identification des parties avant, arrière, du haut et du bas
Entretien	Instructions de lavage/séchage
Date de fabrication	Date de fabrication
Composantes du produit	Si applicable, indication sur l'utilisation des pièces détachées

## Annexe D - Algorithme décisionnel



## Annexe E - Liste des contre-indications à l'utilisation de certaines mesures de contrôle

<b>Contre-indications pour la contention et l'isolement</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Condition médicale instable de l'utilisateur pouvant se détériorer de façon significative lors de l'application d'une mesure de contrôle :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fonction respiratoire et cardiaque grandement compromise par une maladie chronique ou aiguë;</li><li>○ Épilepsie mal contrôlée ou autre problème neurologique;</li><li>○ Intégrité de la peau altérée ou présence de plaies au site d'application d'une mesure de contrôle;</li><li>○ Grossesse;</li><li>○ Claustrophobie ou trouble panique;</li><li>○ Fracture ou autre problème musculo-squelettique connu.</li></ul></li><li>• L'utilisation de la mesure de contrôle représente un risque potentiellement plus grand que le risque encouru par le comportement jugé dangereux;</li><li>• Automutilation;</li><li>• Risque de réactivation d'un traumatisme (ex. : si une personne a vécu des mauvais traitements dans sa vie qui impliquait l'isolement ou le fait d'être attaché);</li><li>• Présence d'une contre-indication spécifiquement mentionnée par le fabricant d'un dispositif;</li><li>• Interférence potentielle avec le stimulateur cardiaque d'un usager (ex. : Ségufix) en présence d'un bouton/clé magnétique (sauf modèle Pinel compatible).</li></ul>
<b>Contre-indications additionnelles</b>
<b>Contention aux poignets ou aux chevilles</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Présence d'œdème périphérique important;</li><li>• Paralysie complète ou partielle du membre;</li><li>• Présence d'un soluté ou d'un autre dispositif sur le membre;</li><li>• Présence de problèmes vasculaires périphériques importants;</li><li>• Historique de cancer du sein (du côté concerné) chez l'utilisateur.</li></ul>
<b>Contention abdominale ou pelvienne</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Chirurgie majeure à l'abdomen;</li><li>• Présence d'une stomie ou de drains.</li></ul>

## Annexe F - Modèles d'analyse des situations cliniques

### **Analyse et intervention multimodale (SQETGC, 2014)**

Le modèle d'analyse et d'intervention multimodale (SQETGC, 2014) est un cadre clinique et théorique intégrateur inspiré des meilleures pratiques fondées sur des données probantes permettant d'expliquer les TGC. Ce cadre d'analyse intègre des méthodologies d'évaluation fonctionnelle des comportements problématiques, des méthodologies d'intervention comportementale, écosystémique et biopsychosociale ainsi qu'un travail transdisciplinaire le plus efficace possible. Ce cadre théorique stipule que les TGC d'une personne sont généralement multidéterminés par plusieurs causes et que celles-ci interagissent pour générer ou maintenir les TGC.

### **Trois principes directeurs sont à la base de ce modèle**

<b>Centration sur la personne</b>	Toute intervention doit être fondée sur une compréhension et une centration sur les intérêts de la personne, une compréhension de son cheminement personnel, l'amélioration de sa qualité de vie, sur le développement de ses habiletés et l'augmentation du contrôle sur sa vie.
<b>Prévention de l'apparition des troubles du comportement</b>	L'intervention dans une perspective multimodale met l'accent sur la prévention de l'apparition des troubles de comportement plutôt que sur le contrôle ou l'intervention directe sur le comportement.  Ce modèle préconise d'agir sur les antécédents et sur les facteurs permettant une désescalade des comportements problématiques.
<b>Intervention sur les causes</b>	La majorité des efforts d'intervention doivent être axés sur les causes.

Source : MSSS (2010)

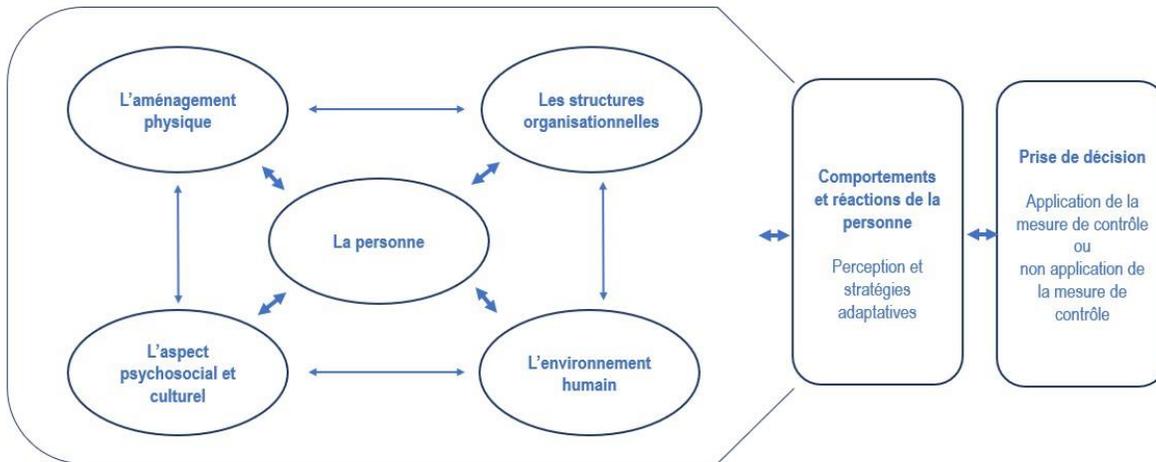
Il est crucial de reconnaître que tous les comportements de la personne visent à s'adapter à une situation telle qu'elle la perçoit ou l'interprète. Ainsi, la personne tente par des moyens, sans doute inappropriés, de répondre à des besoins, la plupart du temps, légitimes. Il est plus efficace de modifier ou de faire disparaître les causes des troubles de comportement et de développer des compétences chez l'usager plutôt que de chercher à contrôler ses comportements par divers moyens de punition ou de contrainte.

Dans un modèle multimodal, tout comportement problématique est considéré comme étant multifactoriel et multicausal. C'est pourquoi une grille d'analyse a été conçue pour soutenir l'identification des différents facteurs, tels que présentés à la page suivante (SQETGC, 2014).



## Modèle d'analyse Kaiser-Jones

Le modèle Kayser-Jones, adapté par Gagnon et Roy en 2006 montre que les comportements et les réactions d'une personne sont influencés par les composantes de son environnement, qui influencent à leur tour directement l'intervenant quant à sa décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle (MSSS, 2006).



Les définitions des cinq composantes du modèle sont :

<b>La personne</b>	La personne est au centre de ce modèle; elle doit être respectée dans sa dignité, sa sécurité et son intégralité, quels que soient son âge, son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive ainsi que ses capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne (s'alimenter, se mobiliser, se rendre à la toilette, etc.).
<b>L'aspect psychosocial et culturel</b>	L'aspect psychosocial et culturel fait référence aux préférences, aux valeurs, aux croyances et aux attitudes de la personne et de son entourage.
<b>L'aménagement physique</b>	L'aménagement physique joue un rôle majeur dans la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle en situation de risque. Il s'agit ici de la disponibilité du matériel et des équipements, de l'aménagement des espaces et de la disposition du mobilier. Les éléments précédents influencent la décision du recours à une mesure de contrôle.
<b>Les structures organisationnelles</b>	Les structures organisationnelles regroupent l'ensemble des moyens mis en place par l'établissement pour éviter de recourir aux mesures de contrôle, par exemple les procédures et la politique, la disponibilité du personnel, la formation du personnel, les horaires et la stabilité du personnel, etc.
<b>L'environnement humain</b>	L'environnement humain concerne tous les membres entrant en interaction avec la personne (famille, proches, amis, intervenants, autres résidents). Cette composante influence les décisions qui sont prises quotidiennement.

Le modèle de Kayser-Jones soutient que la réduction des mesures de contrôle dépend de la mise en place de stratégies visant à modifier les composantes environnementales tout autant que les interventions directes sur la personne. Les étapes du processus décisionnel présentées dans le protocole correspondent sensiblement aux étapes proposées dans ce modèle. Le lecteur est invité à consulter le document du MSSS (2006) pour plus d'informations.

## Annexe G - Effets négatifs de l'application des mesures de contrôle

Effets de la contention sur les plans physique et psychologique	
<b>Principaux effets physiques (liste non exhaustive)</b>	
<b>Effets de l'immobilité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Engourdissement</li> <li>• Courbatures</li> <li>• Diminution de l'amplitude articulaire</li> <li>• Diminution de la force physique</li> <li>• Diminution de l'équilibre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconfort</li> <li>• Douleur</li> <li>• Ankylose</li> <li>• Atrophie musculaire</li> <li>• Réduction de la masse osseuse</li> </ul>
<b>Effets sur la circulation sanguine :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du risque de thrombose veineuse et artérielle</li> <li>• Hypotension orthostatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• œdème</li> </ul>
<b>Effets sur la peau :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrasion</li> <li>• Lésions traumatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaie de pression</li> </ul>
<b>Effets sur les fonctions primaires :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Constipation</li> <li>• Incontinence urinaire et/ou fécale</li> <li>• Perturbation de l'appétit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déshydratation</li> <li>• Rétention urinaire</li> </ul>
<b>Effets sur le système immunitaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection</li> <li>• Infections urinaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complications respiratoires</li> </ul>
<b>Effets sur la morbidité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compression</li> <li>• Risque aggravé de décès si chute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de strangulation</li> <li>• Risque d'asphyxie</li> </ul>
<b>Principaux effets psychologiques (liste non exhaustive)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colère</li> <li>• Sentiments liés au phénomène de victimisation secondaire</li> <li>• Sentiment d'être à l'écart du monde</li> <li>• Sentiment d'être abandonné</li> <li>• Diminution de la dignité</li> <li>• Anxiété</li> <li>• Découragement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peur</li> <li>• Sentiment d'être puni</li> <li>• Diminution de l'estime de soi</li> <li>• Humiliation</li> <li>• Résignation</li> <li>• Augmentation de l'agitation</li> <li>• Exacerbation de la confusion</li> </ul>

## Effets de l'isolement sur les plans physique et psychologique

### Principaux effets physiques (liste non exhaustive)

Il existe une importante controverse au sujet des effets bénéfiques ou néfastes de l'isolement dans le contexte de soins psychiatriques :

- Possibilité de repos et de sommeil versus réduction des stimuli;
- Réduction des interactions stressantes versus détresse;
- Apaisement versus agitation;
- Possibilité d'un contact rapproché de la personne avec les intervenants versus bris de communication;
- Sécurité sauf si une ou des contentions s'ajoutent à l'isolement.

L'isolement peut aussi entraîner des complications. À cet égard, une étude ayant été menée dans des urgences américaines a enregistré un taux mensuel de 38 % de complications associées à l'utilisation des chambres d'isolement. Ces complications étaient des blessures aux personnes, des blessures aux intervenants et des évasions de la chambre d'isolement (Zun, 2005, dans MSSS 2006).

### Principaux effets psychologiques (liste non exhaustive)

- |                                                                            |                               |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| • Peur                                                                     | • Anxiété                     |
| • Sentiment d'abandon                                                      | • Colère                      |
| • Exacerbation des symptômes psychiatriques                                | • Perte de liberté            |
| • Diminution de l'estime de soi                                            | • Humiliation                 |
| • Détérioration de l'état mental                                           | • Culpabilité                 |
| • Privation sensorielle pouvant déclencher ou augmenter les hallucinations | • Méfiance accrue             |
|                                                                            | • Désir de vengeance          |
|                                                                            | • Exacerbation de la détresse |

Tiré de : MSSS, (2006), p. 44-45

**Centre intégré  
de santé et de services  
sociaux de Chaudière-  
Appalaches**

**Québec** 