


<p> Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec  </p>	PROTOCOLE
	Règlement n° : R-16
	Direction responsable : Direction des soins infirmiers et de la santé physique
	Adopté par le conseil d'administration le : 20 mars 2018 Résolutions n° : CA-CIUSSS-2018-03-[16A]-20 CA-CIUSSS-2021-09[R-16]-21 CA-CIUSSS-2024-06[R-16]-18
	Entrée en vigueur le : 17 avril 2018 Révisé le : 21 septembre 2021 Révisé le : 5 février 2024
	Champ d'application : Ce protocole s'adresse à l'ensemble du personnel, aux médecins et aux gestionnaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale, aux stagiaires provenant d'une maison d'enseignement, ainsi qu'à toute personne responsable ou qui travaille dans une ressource intermédiaire (RI), une ressource de type familiale (RTF), dans la mesure et selon les adaptations mentionnées à l'Instrument de détermination et de classification, en fonction des besoins de l'utilisateur confié.
TITRE : Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (R-16)	

CONSULTATIONS ET RECOMMANDATIONS

- ☒ Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle
- ☒ Comité des usagers du CIUSSS
- ☒ Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
- ☒ Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- ☒ Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
- ☒ Comité de vigilance et de la qualité
- ☒ Comité de direction

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES.....	4
INTRODUCTION.....	5
1. OBJET.....	6
2. OBJECTIFS.....	6
3. CHAMPS D'APPLICATION.....	6
4. CLIENTÈLES VISÉES	7
5. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION	7
5.1 Valeurs et principes directeurs	8
6. PRINCIPES DIRECTEURS.....	9
6.1 Principes juridiques.....	9
6.2 Principes cliniques	10
6.3 Principes éthiques.....	11
7. DÉFINITIONS	12
7.1 Mesure de contrôle	12
7.2 Retrait.....	12
7.3 Représentant.....	13
7.4 Dérogation	13
7.5 But visé	13
7.6 Mesure de remplacement	13
7.7 Mesure de positionnement	13
7.8 Surveillance constante sans limites de déplacement	14
8. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS L'ÉTABLISSEMENT.....	14
8.1 Motifs justifiant l'utilisation de mesures de contrôle.....	14
8.2 Mesures autorisées	14
8.3 Mesures proscrites (non autorisées)	15
8.4 Dispositions et contextes particuliers.....	15
8.5 Dérogation	17
9. CONTEXTE D'INTERVENTION.....	18
9.1 Contexte d'intervention planifiée.....	18
9.2 Contexte d'intervention non planifiée.....	19
10. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	19
10.1 Professionnels habilités.....	19
10.2 Membres de l'équipe qui interviennent directement auprès de l'utilisateur	20
10.3 Usager et son représentant.....	20
10.4 Responsable de milieu de vie RI-RTF	21
10.5 Responsable de milieu de vie RPA	21
11. LE PROCESSUS DÉCISIONNEL.....	22
11.1 Les étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée.....	22
11.2 Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention non planifiée.....	24
11.3 Intervention.....	24
11.4 Prescription d'une contention par substance chimique	24
12. CONSENTEMENT	25

12.1	<i>Consentement libre et éclairé.....</i>	25
12.2	<i>Refus ou retrait du consentement.....</i>	26
12.3	<i>Refus catégorique et refus injustifié du représentant.....</i>	26
12.4	<i>Régime de protection public.....</i>	26
13.	MODALITÉS D'APPLICATION.....	26
13.1	<i>La mise en application d'une mesure de contention ou d'isolement : un acte non réservé.....</i>	26
13.2	<i>La mise en application d'une mesure de contention chimique : un acte réservé.....</i>	26
13.3	<i>Soins et surveillance.....</i>	27
13.4	<i>Réévaluation et ajustements.....</i>	27
14.	TENUE DE DOSSIER.....	28
14.1	<i>Modalités de consignation.....</i>	28
15.	RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS.....	29
15.1	<i>Le comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle.....</i>	29
15.2	<i>Le conseil d'administration.....</i>	29
15.3	<i>Les directions.....</i>	29
15.4	<i>Le personnel et les médecins.....</i>	31
16.	LA FORMATION ET LE SOUTIEN DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE QUI INTERVIENNENT DIRECTEMENT AUPRÈS DE L'USAGER.....	32
17.	ÉVALUATION.....	32
17.1	<i>Indicateurs de qualité et de suivi.....</i>	32
17.2	<i>Rapport annuel.....</i>	33
RÉFÉRENCES.....		34
TABLE DES ANNEXES.....		37
<i>Annexe 1 Tableau du réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux.....</i>		<i>38</i>
<i>Annexe 2 : Algorithme décisionnel.....</i>		<i>39</i>
<i>Annexe 3 : Indicateurs.....</i>		<i>40</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AH-223 : Formulaire de déclaration des incidents/accidents chez les usagers

CcQ : Code civil du Québec

CIHC : Canadian Interprofessional Health Collaborative

CIP : Collaboration interprofessionnelle

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMQ : Collège des médecins du Québec

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DSISP : Direction des soins infirmiers et de la santé physique

DSM : Direction des services multidisciplinaires

DSP : Direction des services professionnels

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

ITCA : Intervention thérapeutique lors de conduite agressive

IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

OPQ : Ordre des pharmaciens du Québec

PA : Précaution additionnelle

PDRH : Plan de développement des ressources humaines

PRN : Médication au besoin

RAC : Ressource à assistance continue

RCPI : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux

RI : Ressource intermédiaire

RPA : Résidence privée pour aîné

RTF : Ressource de type familial

INTRODUCTION

Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ont guidé l'élaboration de ce protocole d'application. Ces orientations résultent de l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2) qui propose une définition générale des mesures de contrôle, détermine leur finalité et énonce le principe selon lequel :

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

Dès 2002 et réitéré en 2011 et 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) propose des orientations définissant une philosophie d'intervention, des règles éthiques et des principes directeurs sur lesquels tout établissement doit baser le recours à une mesure de contrôle. En outre, le MSSS mandate les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à mettre en place des mesures afin de diminuer au maximum, voire de cesser le recours aux mesures de contrôle auprès des usagers qu'ils desservent (MSSS, 2015; Assemblée nationale du Québec, 2016).

Le 1^{er} avril 2015 marque l'entrée en vigueur du projet de la *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) qui implique une réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN) est donc né du regroupement d'établissements publics d'un même secteur dans le cadre de cette réorganisation (MSSS, 2016). La mission du CIUSSS de la Capitale-Nationale est de veiller au bien-être et à la santé de la population de son territoire en offrant des services de santé et des services sociaux généraux et spécialisés axés sur la qualité, la sécurité et la performance. Appuyé sur les meilleures pratiques et sur l'innovation, le CIUSSS de la Capitale-Nationale privilégie la participation des usagers, de leurs représentants et des personnes qui œuvrent au sein de l'organisation.

Considérant les particularités et les besoins des clientèles desservies ainsi que le contexte d'intervention variant d'une direction clinique à l'autre, ce protocole implique donc une démarche d'harmonisation des pratiques cliniques et administratives de l'organisation. Il vise à normaliser les démarches de réflexion, de prise de décision et d'application des mesures de contrôle. En ce sens, ce protocole d'application met en lumière les grands principes et les directives auxquels le CIUSSS de la Capitale-Nationale adhère. Il est accompagné de procédures distinctes en matière de recours à une mesure de contrôle pour chacun des programmes cliniques concernés afin de répondre à leurs besoins spécifiques.

Ce protocole et les procédures qui en découlent sont disponibles sur le site internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi que sur la Zone CIUSSS.

1. OBJET

Le présent protocole d'application des mesures de contrôle a pour but d'encadrer l'utilisation de ces mesures au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

2. OBJECTIFS

Comme le propose le MSSS (2015), les objectifs plus spécifiquement poursuivis sont :

- De s'assurer du respect des lois et des orientations ministérielles;
- D'offrir des balises claires sur lesquelles les directions cliniques peuvent s'appuyer dans un objectif d'harmonisation des pratiques;
- De promouvoir le recours aux mesures de remplacement ainsi que les interventions visant à prévenir ou à réduire les comportements menant au recours à une mesure de contrôle;
- De réduire au minimum la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle et de promouvoir le recours à la mesure la moins contraignante possible, en tenant compte du contexte et des particularités de l'utilisateur qui suscite l'intervention;
- D'assurer que le recours aux mesures de contrôle respecte la sécurité et les droits fondamentaux des usagers qui suscitent l'intervention;
- De préciser les responsabilités de tous les acteurs concernés;
- D'impliquer l'utilisateur et son représentant dans le processus;
- De prévoir des mécanismes de vigie et d'encadrement du personnel en lien avec la recherche de mesures de remplacement et le recours à une mesure de contrôle;
- De s'assurer de la mise en œuvre de l'approche collaborative et du partenariat de soins et de services.

3. CHAMPS D'APPLICATION

Ce protocole s'adresse à l'ensemble du personnel, aux médecins et aux gestionnaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale, aux stagiaires provenant d'une maison d'enseignement, ainsi qu'à toute personne responsable ou qui travaille dans une ressource intermédiaire (RI), une ressource de type familial (RTF), dans la mesure et selon les adaptations mentionnées à l'Instrument de détermination et de classification, en fonction des besoins de l'utilisateur confié. Il s'applique à tout moment et en tout lieu si une mesure de contrôle est appliquée par l'une ou l'autre des catégories de personnes mentionnées ci-dessus dans le cadre d'une prestation de soins et de services.

Les résidences privées pour aînés (RPA) ne sont pas visées par ce protocole puisque selon l'article 67 du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (RLRQ, c. S-4.2, r. 5.01), les mesures de contrôle ne sont pas autorisées pour des RPA destinées à des personnes âgées autonomes. De plus, selon l'article 76 de ce même règlement, les mesures de contrôle ne peuvent être utilisées qu'en situation d'urgence dans une RPA destinée à des personnes âgées semi-autonomes. Cependant, ces milieux doivent connaître ce présent protocole afin d'agir en respect de la LSSSS.

4. CLIENTÈLES VISÉES

Ce protocole concerne les directions suivantes :

- Direction de l'enseignement et des affaires universitaires;
- Direction de la logistique;
- Direction de la protection de la jeunesse;
- Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique;
- Direction des services multidisciplinaires;
- Direction des services professionnels;
- Direction des services techniques;
- Direction des soins infirmiers et de la santé physique;
- Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique;
- Direction du programme Jeunesse;
- Direction des programmes Santé mentale, Dépendances et Itinérance;
- Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- Aux personnes responsables ou travaillant en RI et RTF.

Il vise les usagers des programmes suivants :

- Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique;
- Jeunesse et protection de la jeunesse;
- Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- Santé mentale, Dépendance et Itinérance;
- Santé physique.

Le lecteur est invité à se référer aux procédures spécifiques de chacun de ces programmes pour de plus amples renseignements sur les clientèles spécifiques et les milieux d'application visés.

5. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

L'utilisation d'une mesure de contrôle doit être limitée à la présence d'un danger imminent pour l'utilisateur ou pour autrui, et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été appliquées et évaluées. En aucun cas, une mesure de contrôle ne peut être utilisée pour résoudre un problème administratif ou répondre à la rareté d'intervenants ou de professionnels.

L'utilisateur est considéré comme disposant d'un potentiel devant, autant que possible, être mis à contribution dans la recherche et dans l'application de solutions à ses propres difficultés.

L'utilisateur ou son représentant doivent être parties prenantes de la démarche et être mis à contribution afin de participer à l'évaluation de la situation et à la recherche de solutions, en respect de la qualité de vie et des objectifs du plan d'intervention.

Le souci de limiter de façon minimale et exceptionnelle la liberté et l'autonomie de la personne doit guider l'intervention tout en s'assurant de sa sécurité. (MSSS, 2015).

5.1 Valeurs et principes directeurs

Les valeurs organisationnelles qui animent les services offerts sont le respect, la bienveillance, la responsabilisation, la collaboration et l'audace (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2017). Ces valeurs doivent transparaître dans toute situation problématique nécessitant l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle et soutenir le jugement clinique dans la décision d'y avoir recours ou non. Une telle prise de décision implique nécessairement (MSSS, 2002) :

- Une attention particulière à la prévention et à la promotion de la diminution, voire à la cessation du recours aux mesures de contrôle;
- Le recours à une approche collaborative qui reconnaît que l'utilisateur et son représentant disposent d'un potentiel de changement et qu'ils peuvent être mis à contribution, ainsi que d'autres acteurs sociaux ou communautaires, dans la recherche de solutions et leur application;
- Une communication continue, fluide et honnête entre l'utilisateur, sa famille ou son représentant et les membres de l'équipe interprofessionnelle;
- Le respect des opinions de l'ensemble des personnes concernées par cette décision et le respect de l'utilisateur lors de l'application, s'il y a lieu;
- Une réflexion éthique afin que l'utilisateur soit toujours au centre des décisions et que sa dignité soit préservée, notamment en se rappelant que le respect de l'utilisateur passe nécessairement par le respect de sa liberté de mouvement;
- Une démarche intègre, rigoureuse et professionnelle en lien avec les meilleures pratiques;
- Une connaissance approfondie de l'utilisateur, de ses caractéristiques, de son histoire, de ses expériences antérieures, de ses ressources et de son environnement.

Après avoir informé les personnes concernées de la situation et tenté d'y remédier, tout membre du personnel doit se référer à son supérieur immédiat et aux autorités compétentes, s'il est témoin du recours abusif à une mesure de contrôle (peu importe le milieu d'application) ou d'une intervention qui va à l'encontre de ces valeurs.

6. PRINCIPES DIRECTEURS

6.1 Principes juridiques

L'application des mesures de contrôle doit se faire en accord avec la *Charte canadienne des droits et libertés* (partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11), la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* (RLRQ, c. C-12), le *Code civil du Québec*, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2), le *Code des professions* (RLRQ, c. C-26), la *Loi médicale* (RLRQ, c. M-9), la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (RLRQ, c. I-8) et les codes de déontologie des professionnels concernés.

Tout d'abord, l'article 118.1 de la LSSSS spécifie que :

« 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. »

Ce même article poursuit en spécifiant que le recours à une mesure de contrôle doit être documenté au dossier de l'utilisateur :

« 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. » (LSSSS, art. 118.1).

L'établissement a également l'obligation de prendre des moyens raisonnables afin d'assurer une prestation de soins et un environnement sécuritaire.

Étant donné que l'utilisation de mesures de contrôle constitue une restriction des droits, seule la protection de la sécurité des personnes dans un contexte de risque imminent peut la justifier. Cette restriction de droit doit être minimale et adaptée à chaque situation, dans le but d'assurer la protection de l'utilisateur et d'autrui. Aussi l'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant est requise, sauf en situation d'urgence :

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. » (CcQ, art. 11).

« 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. » (CcQ, art. 15).

La section portant sur le consentement présente les actions à réaliser en cas de retrait de consentement ou de refus catégorique exprimé par l'utilisateur.

Afin d'assurer la coordination des services dispensés, un établissement doit élaborer un plan d'intervention dans le but d'identifier les besoins prioritaires, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée pendant laquelle les services devront être fournis (LSSSS, art. 505, par. 27).

À cet effet :

« 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 individualisés, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. » (LSSSS, art. 10).

L'établissement doit prendre les moyens raisonnables pour offrir des soins et traitements de qualité conforme aux normes professionnelles.

Cette obligation n'impose pas à l'établissement de se prémunir contre l'ensemble des dangers possibles, mais uniquement des dangers probables, c'est-à-dire ceux qui sont normalement prévisibles.

L'établissement est aussi assujéti à une obligation de résultats relatifs aux équipements et aux installations qu'il utilise. Entre autres, l'établissement doit respecter les normes du code des bâtiments, notamment pour la conception ou l'adaptation des pièces servant à l'isolement. À cet égard, l'établissement doit non seulement s'assurer du bon état de ces équipements et de ces installations, mais il doit également faire en sorte que le personnel qui les utilise et les installe ait les connaissances et la formation appropriées pour bien les utiliser.

6.2 Principes cliniques

Le MSSS a énoncé six principes directeurs afin d'orienter les établissements dans l'élaboration de leur protocole d'utilisation des mesures de contrôle :

1^{er} principe

Les mesures de contrôle sont uniquement utilisées comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.

L'utilisation d'une mesure de contrôle doit s'inscrire dans un cadre thérapeutique et elle ne doit en aucun cas être utilisée pour punir, intimider, corriger une personne ou modifier un comportement ou pour répondre à des contraintes organisationnelles. Si une mesure de contrôle est utilisée, elle doit l'être dans le seul objectif d'empêcher de façon imminente la personne de s'infliger des blessures ou d'en infliger à autrui et doit être retirée dès que possible.

2^e principe

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

Les professionnels habilités et les intervenants doivent avoir recours aux mesures de contrôle en dernier recours, après avoir tenté d'appliquer sans succès toutes les mesures de remplacement possibles et lorsque la sécurité immédiate de la personne ou de son entourage est menacée. Son utilisation doit être limitée dans le temps.

3^e principe

Lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit la moins contraignante pour la personne.

Les moyens de contrôle utilisés doivent être proportionnels au degré de contrôle requis, de même qu'aux circonstances ou à la nature du danger en cause. Ils doivent aussi tenir compte des caractéristiques et des expériences antérieures de la personne.

4^e principe

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

L'intervention doit être effectuée dans une perspective de relation d'aide avec, au cœur des préoccupations, le bien-être de la personne, de ses besoins et de son intérêt.

Il faut donner les soins requis (besoins d'hygiène, d'élimination, d'alimentation, d'hydratation et de mobilité) et assurer une surveillance appropriée et régulière.

5^e principe

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

Les professionnels doivent respecter leur code déontologique et le présent protocole et les procédures associées dans la prise de décision et l'application d'une mesure de contrôle.

6^e principe

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

Chaque établissement est responsable d'évaluer l'utilisation qu'il fait des mesures de contrôle. Cette évaluation doit être effectuée dans une double perspective. La première consiste à valider la pertinence de recourir à de semblables mesures et à vérifier si les procédures prévues ont été respectées. La seconde consiste à suivre l'évolution de la situation en lien avec la poursuite d'objectifs précis au regard de la réduction du recours à ces mesures.

6.3 Principes éthiques

La recherche du meilleur intérêt de l'utilisateur doit guider toute la démarche décisionnelle d'utilisation d'une mesure de contrôle. Lors de cette démarche, il faut choisir les interventions qui procurent le plus de bénéfices, du point de vue de l'utilisateur ou de son représentant, ou celles qui sont les moins contraignantes.

Certains principes éthiques permettent de guider l'intervention en ce qui a trait aux mesures de contrôle : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malveillance, la justice et la bienveillance.

Respecter l'autonomie de l'utilisateur signifie :

- Reconnaître la capacité de l'utilisateur de penser, de décider et d'agir librement;
- Prendre des décisions en concertation avec l'utilisateur (ou son représentant) en lui fournissant tous les éléments pertinents en vue d'une décision éclairée;
- Faire en sorte que l'utilisateur puisse s'approprier son propre pouvoir dans la situation. Il doit être impliqué et accompagné tout au long du processus.

Agir avec bienfaisance signifie :

- Agir avec compétences et de façon professionnelle;
- Promouvoir ce qui est le plus avantageux pour l'utilisateur;
- Tenir compte de la douleur de l'utilisateur, de sa souffrance physique et mentale, de sa qualité de vie ainsi que des risques inhérents à l'intervention.

Agir de façon non malveillante signifie :

- Éviter de faire du tort à l'utilisateur;
- Toujours réfléchir au préjudice possible.

Agir de façon juste signifie :

- Permettre à tous les usagers d'avoir accès aux mêmes soins et services lors de situations semblables;
- Éviter le recours à des moyens disproportionnés en regard d'une situation.

Agir de façon bienveillante signifie :

- Agir dans le meilleur intérêt de l'utilisateur.

7. DÉFINITIONS

7.1 Mesure de contrôle

Une mesure de contrôle se définit comme tout moyen visant à limiter la liberté de mouvement d'une personne, à limiter sa capacité d'action ou à la confiner dans un lieu restreint.

7.1.1 Contention mécanique

« Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant un moyen mécanique (...) ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. » (Orientations ministérielles, p.14).

7.1.2 Contention par la force humaine (maintien physique, restriction physique)

Intervention physique restrictive dont l'objectif est d'empêcher la personne de bouger, de limiter sa liberté de mouvement. Dans ce genre d'intervention, le rapport de force est tel que la personne ne peut se dégager et que l'on souhaite maîtriser la personne qui s'oppose et qui résiste à l'intervention. (Cadre de référence, 2015)

7.1.3 Contention par substances chimiques

« Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. » (Orientations ministérielles, p.14)

7.1.4 Isolement

« Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. » (Orientations ministérielles, p.14)

7.1.4.1 Surveillance constante dans un lieu restreint

Mesure d'isolement qui consiste à accorder une présence continue auprès de l'utilisateur par un membre du personnel et à contraindre ses déplacements dans un lieu restreint. L'utilisateur ne peut être laissé seul.

7.2 Retrait

Mesure disciplinaire qui consiste à mettre un usager à l'écart du groupe et à le soustraire temporairement de sa participation aux activités régulières prévues à la programmation. Le retrait s'effectue dans un lieu d'où l'utilisateur peut sortir de lui-même (adapté de la définition du Centre jeunesse de Québec, 2012).

7.3 Représentant

Personne pouvant consentir de façon substituée conformément à l'ordre établi par le Code civil du Québec « Lorsque l'inaptitude 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 ou le tuteur. 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. (Code civil, at. 15) « 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. » (Code civil, art.14)-

7.4 Dérogation

Une dérogation est l'utilisation d'une mesure de contrôle qui n'est pas encadrée au protocole, ou qui diffère du protocole ou des procédures en vigueur.

7.5 But visé

Intention qui justifie l'utilisation d'une mesure. Le but visé permet ainsi de déterminer si le moyen utilisé est une mesure de contrôle ou non.

Il s'agit d'une mesure de contrôle si le but visé est de restreindre la capacité de l'usager :

- D'exécuter un mouvement préjudiciable pour lui-même ou autrui (ex. : se mordre, agresser une autre personne);
- D'exécuter un mouvement socialement inacceptable et préjudiciable (ex. : attouchement sexuel non sollicité);
- D'adopter une posture ou une position à risque (ex. : grimper sur le rebord d'une fenêtre);
- De se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent.

Il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle si le but visé par l'intervention est :

- De réduire une incapacité ou de prévenir son aggravation (ex. : une ceinture au fauteuil pour favoriser un bon positionnement, une orthèse pour réduire la spasticité au poignet);
- De permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire (ex. : sangle pour maintenir les pieds sur les appuis-pieds d'un fauteuil);
- De fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie (ex. : orthèse pour stabiliser un bras lors de l'alimentation, côtés des lits pour faciliter les mobilisations au lit).

7.6 Mesure de remplacement

Stratégie d'intervention qui vise à prévenir le recours aux mesures de contrôle appliquées à un usager. Elle peut être liée à la personne, à l'organisation de soins, aux équipements utilisés, à l'environnement physique ou être de nature psychosociale, récréative ou occupationnelle. Les mesures de remplacement sont parfois appelées mesures alternatives.

7.7 Mesure de positionnement

Mesure qui consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer elle-même. Une mesure de positionnement ne doit pas viser à contrôler la personne (MSSS, 2015).

7.8 Surveillance constante sans limites de déplacement

« Mesure de surveillance accrue qui consiste à ce que l'intervenant observe directement et constamment tout en lui permettant de se déplacer à l'intérieur de son milieu de vie. En aucun temps l'utilisateur ne peut être laissé seul. » (PO-53 - Politique relative au recours à la surveillance accrue des usagers)

8. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS L'ÉTABLISSEMENT

La philosophie d'intervention traduit les valeurs et les croyances qui doivent promouvoir la prévention et orienter l'évaluation et l'intervention afin de favoriser une réduction maximale du recours aux mesures de contrôle en préconisant l'emploi des mesures de remplacement, qu'elles soient de nature préventive ou alternative.

8.1 Motifs justifiant l'utilisation de mesures de contrôle

Les motifs justifiant l'utilisation d'une mesure de contrôle sont la protection, l'interférence aux soins et l'agression.

Protection : Assurer la sécurité d'un usager lorsque ce dernier présente une ou des affections dont les manifestations sont susceptibles de le mettre en danger. Par exemple : un risque de chute, un risque de fugue, un risque suicidaire, un comportement d'errance.

Interférence aux soins : Assurer la dispensation des soins requis et autorisés, le déroulement d'examen essentiels ou la continuité d'un traitement indispensable.

Aggression : Réduire certains déplacements ou mouvements corporels chez un usager, afin de prévenir un risque de blessure envers autrui en raison de gestes agressifs.

En aucun moment, une mesure de contrôle ne doit être utilisée pour pallier un manque de surveillance ou un manque de personnel ou comme mesure punitive.

8.2 Mesures autorisées

Il faut référer aux procédures spécifiques de chacun des programmes cliniques afin de connaître en détail les mesures autorisées en fonction des secteurs d'activités et des clientèles visées.

8.2.1 Contention mécanique

Les vêtements de contention de type grenouillère ou vêtement adapté une pièce sont considérés comme des contentions mécaniques lorsque leur utilisation a pour effet d'empêcher ou de limiter la liberté de mouvement de l'utilisateur.

8.2.2 Contention par la force humaine

Une contention par la force humaine est considérée comme une mesure de contrôle lorsque le but visé par l'intervention est d'empêcher une personne de bouger ou de limiter sa liberté de mouvement, et ce, 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.

La contention par la force humaine se distingue du geste d'accompagnement ou thérapeutique alors que la personne n'offre pas de résistance. Il s'agit ici davantage d'un geste de rappel ou visant à orienter la personne vers un lieu approprié à ses besoins.

L'application d'une contention par la force humaine doit se faire selon des approches reconnues par l'établissement qui font la promotion de techniques d'intervention non abusives et après avoir reçu une formation spécifique sur la technique à utiliser. L'utilisateur devrait être maintenu par le nombre minimal d'intervenants requis et pour la plus courte période possible. Si la mesure d'urgence « *Code blanc* » requiert l'application d'une mesure de contrôle, les principes découlant de ce protocole s'appliquent.

8.2.3 Contention par substance chimique

L'utilisation d'une substance chimique à titre de mesure de contrôle doit faire l'objet d'une réflexion interprofessionnelle et suivre le même processus décisionnel afin d'analyser la situation, et ce, même si le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) sont les seuls prescripteurs possibles.

Il s'agit d'une mesure de contrôle si :

La substance chimique administrée a comme objectif principal de diminuer les capacités de l'utilisateur. Le but de cette médication est de pallier une situation de danger par le contrôle ponctuel d'un comportement, et non de traiter spécifiquement une maladie (ex. : ralentissement du fonctionnement cognitif ou moteur en dessous de ses capacités normales, etc.).

Le prescripteur doit distinguer l'utilisation d'une médication à des fins thérapeutiques de son utilisation à des fins de mesure de contrôle (MSSS, 2015).

8.2.4 Isolement

Le lieu utilisé dans le but de confiner un usager doit permettre une surveillance visuelle de ce dernier.

La surveillance constante dans un lieu restreint est une mesure d'isolement. Elle s'effectue auprès d'une clientèle qui représente un risque de préjudice élevé auprès d'elle-même ou pour autrui. Afin de favoriser l'engagement thérapeutique, elle doit être assurée préférentiellement par un membre régulier de l'équipe clinique qui connaît bien l'utilisateur.

8.3 Mesures proscrites (non autorisées)

De manière générale, le matériel *maison* ou l'adaptation de matériel doit être évité étant donné les risques liés à la sécurité. Si toutefois le matériel devait être utilisé, il doit faire l'objet d'une demande d'avis en cas de dérogation à moins qu'il ne soit prévu comme mesure autorisée dans les procédures des directions cliniques (voir section 8.5 du présent protocole).

Il faut se référer aux procédures spécifiques de chacun des programmes clientèle pour connaître en détail les mesures proscrites en fonction des secteurs d'activités et des clientèles visées.

8.4 Dispositions et contextes particuliers

8.4.1 Les dispositifs de sécurité inhérents au groupe d'âge

Les dispositifs de sécurité inhérents au groupe d'âge ne sont pas considérés à titre de mesures de contrôle. Ces dispositifs comprennent :

- Les couchettes (lits de bébé);
- 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.

Dans le même ordre d'idées, des interventions visant à prévenir un danger telles tenir la main d'un enfant ou retenir un enfant qui veut traverser une rue ne sont pas considérées comme des mesures de contrôle.

Par ailleurs, selon le niveau de développement et la capacité à collaborer d'un enfant, l'immobilisation temporaire inhérente au traitement ou à un examen peut être utilisée avec le consentement de son représentant sans que ce soit considéré comme une mesure de contrôle.

8.4.2 Retrait

Le retrait est un moyen d'intervention de nature éducative lorsque l'intervenant invite l'utilisateur à se retirer afin de se calmer et de prendre conscience des effets des gestes qu'il a posés.

Le retrait est une mesure disciplinaire lorsqu'il est imposé par l'intervenant afin d'amener l'utilisateur à corriger un comportement répréhensible qui contrevient aux normes ou règles internes en vigueur dans l'établissement.

Le retrait devient une mesure de contrôle (isolement) lorsque l'utilisateur est contraint par des consignes verbales de demeurer dans un lieu physique désigné (dans sa chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin) et qu'il ne peut en sortir librement.

8.4.3 Bracelet magnétique et unités à portes codées

Le bracelet magnétique est considéré comme une mesure de remplacement s'il permet à l'utilisateur qui le porte d'agir, d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie. Il en est de même pour les unités à porte codées.

Toutefois, le bracelet magnétique devient une mesure de contrôle s'il est utilisé pour isoler un usager dans un espace restreint où il ne peut entretenir de contacts avec autrui et d'où il ne peut sortir librement.

8.4.4 Isolement en prévention et contrôle des infections

Dans certaines circonstances ou en présence de certains pathogènes, des mesures de précaution additionnelle (PA) sont requises pour prévenir ou interrompre la transmission des infections. Dans ce contexte, le fait de demander à un usager de demeurer dans sa chambre est une mesure de prévention des infections. Les balises relatives à cette mesure de prévention sont inscrites dans le programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement et suivent le cadre de référence à l'intention des établissements sur les infections nosocomiales.

Cette mesure peut s'effectuer selon deux modalités, elle peut être mise en place :

1) Avec la collaboration de l'utilisateur.

OU

2) Avec des directives complémentaires du service de prévention et contrôle des infections pour assurer le respect des mesures de prévention des infections. Cependant, lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure de respecter les consignes 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 protocole d'application des mesures de contrôle de l'Établissement.

8.4.5 Unités portes barrées

Une unité avec portes barrées est une mesure accessoire à l'hébergement ou à l'hospitalisation qui peut être nécessaire pour répondre aux besoins de l'utilisateur et lui offrir des soins qui soient adéquats, sécuritaires et de qualité. Cette modalité ne constitue pas une mesure de contrôle, car elle permet à l'utilisateur d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement sur son unité.

8.4.6 Personnes détenues dans un établissement correctionnel

Il arrive qu'une personne détenue dans un établissement correctionnel consulte dans un établissement du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pour des raisons de sécurité, les agents correctionnels utiliseront des équipements de contrôle (ex. : menottes) et procéderont à la surveillance de l'usager. Bien qu'il s'agisse de mesures de contrôle, il n'est pas requis d'en déclarer l'utilisation dans notre établissement.

8.4.7 Garde en établissement (provisoire, préventive, autorisée)

Pour un temps déterminé, une personne en situation de garde en établissement ¹ est privée de sa liberté et ne peut pas circuler librement dans l'établissement. Elle demeure dans une unité où le personnel prend les mesures de surveillance appropriées à sa condition. Si, en plus de la garde, des mesures de contrôle s'avèrent nécessaires (isolement, contention ou substance chimique) envers cette personne, celles-ci doivent être utilisées conformément aux modalités prévues à l'article 118.1 de la LSSSS et être conformes au protocole d'application des mesures de contrôle de l'Établissement.

Il en est de même pour les jeunes faisant l'objet d'une ordonnance de placement en mise sous garde fermée ou en détention provisoire selon la LSJPA (L.C. 2002, ch.1) ou encore faisant l'objet d'un placement en centre de réadaptation en vertu de la LPJ (RLRQ, chapitre P34.1) et ils sont hébergés dans une unité d'encadrement intensif.

8.5 Dérogation

Une dérogation est possible lorsque l'équipe envisage une mesure de contrôle qui :

- N'est pas encadrée par le protocole;
- Diffère du protocole ou des procédures en vigueur.

L'établissement est assujéti à l'obligation d'assurer une dispensation de soins adéquate et sécuritaire à ses usagers. Cette obligation en est une de moyens et non de résultat. Le rôle de l'établissement est donc de mettre à la disposition des professionnels les outils nécessaires pour leur permettre de prendre la meilleure décision dans les circonstances.

La trajectoire de l'établissement en matière de dérogation aux mesures de contrôles regroupe plusieurs moyens mis à la disposition des professionnels pour les accompagner dans leur prise de décision, dont le soutien des gestionnaires et l'accompagnement du comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle.

Le gestionnaire du secteur doit être avisé dès qu'on envisage une dérogation. Celui-ci doit informer son supérieur immédiat dans les meilleurs délais.

Dans ce processus, les professionnels décideurs sont responsables de procéder à l'évaluation clinique de l'usager, d'analyser les différentes options de même que les risques associés et de planifier l'application de la mesure de contrôle. De leur côté, les gestionnaires viennent en appui à l'équipe. Leurs responsabilités concernent l'application du protocole et des procédures, la qualité et la sécurité des soins et services, et les aspects organisationnels (ressources humaines, matérielles et financières).

Le comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle doit être informé de toute dérogation. Pour ce faire, une demande d'avis en cas de dérogation doit être acheminée dans les meilleurs délais. Lorsqu'ils accompagnent les équipes, les professionnels désignés par le comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle ont le mandat de s'assurer que l'esprit et le cadre du protocole et des procédures sont respectés, d'offrir des pistes de réflexion et d'émettre des recommandations. La décision finale

¹ Comme balisé 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, c. P-38.001).

d'utiliser ou non une mesure de contrôle revient toujours au professionnel, étant donné qu'il est le seul à y être habilité par la loi. Lorsque le professionnel prend cette décision, il est clair que sa responsabilité professionnelle peut être engagée, comme elle peut d'ailleurs l'être toutes les fois où il pose un acte professionnel ou omet de le faire.

Les démarches entourant le processus de dérogation doivent être inscrites au dossier de l'utilisateur. En l'absence de consensus ou s'il y a un risque important de préjudice, la situation doit être escaladée à un niveau hiérarchique supérieur.

9. CONTEXTE D'INTERVENTION

Deux contextes d'application différents peuvent prévaloir lors de l'utilisation des mesures de contrôle : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée (Annexe 2).

9.1 Contexte d'intervention planifiée

La planification des interventions requises pour résoudre un problème particulier constitue le contexte d'intervention planifiée. Elle est appropriée lorsque l'utilisateur a un comportement susceptible de se répéter ou que la condition de celui-ci présente un patron récurrent et que cette situation représente un danger réel pour lui-même ou pour autrui. La décision d'utiliser des mesures de contrôle doit être planifiée et elle résulte d'une démarche interdisciplinaire effectuée à la lumière de l'expertise particulière de chaque professionnel habilité tel que balisé par son champ d'exercice. La préparation d'un plan d'intervention interdisciplinaire comportant différents moyens pour faire face aux situations de danger réel se fait de concert avec l'utilisateur ou son représentant.

Parmi les moyens proposés, l'utilisation d'une mesure de contrôle peut être envisagée en dernier recours, après que les intervenants ont tenté d'appliquer, sans succès, toutes les mesures de remplacement prévues au plan d'intervention. Les mesures de contrôle doivent cesser dès que les motifs justifiant leur utilisation ne sont plus présents.

En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un utilisateur qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un utilisateur a un tel comportement, les professionnels habilités et les intervenants doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes. Ils doivent éviter de conclure d'emblée qu'elles sont identiques à celles qui ont été observées précédemment. Pour chaque situation, le jugement clinique du professionnel habilité est important et doit s'appuyer notamment sur les informations recueillies auprès de l'équipe interprofessionnelle, de l'utilisateur et de son représentant.

Ainsi, un même comportement peut découler de différentes causes et nécessiter différentes mesures de remplacement qu'elles soient de nature préventive ou alternative ou, en dernier recours, différentes mesures de contrôle. Par exemple, un comportement d'errance peut survenir en raison d'un malaise physique lié à la douleur, à la soif ou à un besoin d'élimination. Ce comportement pourrait également être lié à l'histoire de vie de l'utilisateur, à des valeurs culturelles particulières ou encore être causé par un manque de repères dans l'environnement, ce qui nécessite différentes solutions afin de corriger la situation problématique; ces solutions font partie du plan d'intervention de l'utilisateur.

Dans le contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant est requis. Toutefois, lorsque l'utilisateur retire son consentement au moment où les intervenants appliquent la mesure de contrôle prévue au plan d'intervention et que son comportement le place dans une situation de danger imminent pour lui-même ou pour autrui, l'équipe peut appliquer la mesure uniquement en situation d'urgence.

Dans ce cas, l'analyse post-situationnelle par l'équipe interprofessionnelle, en présence de l'utilisateur ou de son représentant, pour la révision du plan d'intervention sera alors nécessaire (réf. Cadre MSSS, 2015).

9.2 Contexte d'intervention non planifiée

Une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée ne devrait être utilisée qu'en situation d'urgence : le comportement survient de façon imprévisible (sans signes avant-coureurs apparents) et inhabituelle (il ne s'est jamais manifesté avant ou se manifeste de façon différente à l'habitude) et met en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui (MSSS, 2015). Dans ce contexte d'urgence, la décision de recourir à une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé. L'intervenant qui applique la mesure détermine, en fonction de la situation, la mesure la moins contraignante possible. Bien que le consentement de l'utilisateur ne soit pas nécessaire pour intervenir, sa collaboration est sollicitée. En tout temps, les principes directeurs du MSSS (réf. : section *Principes éthiques et cliniques*) doivent guider les actions à poser.

Dès que possible, une analyse post-situationnelle en équipe interprofessionnelle doit être réalisée et le plan d'intervention doit être revu avec la personne ou son représentant. Pour les situations futures, cette analyse vise, entre autres, à planifier toutes les mesures de remplacement possibles et lorsque celles-ci sont épuisées, en dernier recours, l'utilisation d'une mesure de contrôle. (MSSS, 2015)

Même si le contexte d'intervention non planifiée n'est pas un acte réservé, le CIUSSS de la Capitale-Nationale détermine dans chacune des procédures des directions cliniques les intervenants qui peuvent décider de ce type de mesure.

10. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

10.1 Professionnels habilités

Le Code des professions, certaines orientations ministérielles et d'autres organisationnelles, interviennent dans la décision de recommander et d'appliquer une mesure de contrôle.

À cet effet, il importe de rappeler que dans un contexte d'intervention planifiée, la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle constitue une activité réservée, selon le Code des professions.

Le tableau qui suit est adapté du *Cadre de référence en matière de recours exceptionnel à une mesure de contrôle* du MSSS (2015) et il illustre les différents professionnels pouvant décider d'une mesure de contrôle (PL 90 et PL 21). Il concerne aussi les intervenants qui bénéficient des droits acquis pour ces actes réservés.

Tableau résumé des activités réservées selon les professionnels

Activité réservée	Lieu	Criminologue	Ergothérapeute	Infirmière	Infirmière praticienne spécialisée	Médecin	Physiothérapeute	Psychoéducateur	Psychologue	Travailleur social
Contention par substance chimique	Dans tous les milieux				✓	✓				
Décision d'utiliser des mesures de contention	<u>Dans</u> une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS/LSSSSAC (incluant les RI, RTF et RAC)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<u>Hors</u> d'une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS/LSSSSAC (ex. : domicile, école)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Décision d'utiliser des mesures d'isolement	<u>Dans</u> une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS/LSSSSAC (incluant les RI, RTF et RAC)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
	<u>Hors</u> d'une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS/LSSSSAC (ex. : domicile, école)	Cette activité ne fait l'objet d'aucune réserve dans ce contexte et quiconque peut prendre une telle décision.								

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), RLRQ chapitre S-4.2, à jour au 25 septembre 2023.

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris (LSSSAC), RLRQ chapitre S-5, à jour au 25 septembre 2023.

Le partage d'une activité réservée ne signifie pas que l'activité a la même portée pour chacun des professionnels habilités. L'activité réservée s'effectue selon les champs de compétences respectifs. Les professionnels ne sont pas interchangeables et ils devraient contribuer distinctement à la réalisation de l'activité réservée.

Selon la composition des équipes dans les programmes cliniques, les procédures spécifiques vont préciser les professionnels qui peuvent décider d'une mesure de contrôle.

10.2 Membres de l'équipe qui interviennent directement auprès de l'utilisateur

Bien que la décision d'utiliser une mesure de contrôle soit une activité réservée, l'ensemble des intervenants qui œuvrent auprès de l'utilisateur peut contribuer à l'analyse de la situation afin d'optimiser les interventions. L'ensemble des membres de l'équipe peut :

- Collaborer à l'évaluation de la condition de l'utilisateur;
- Collaborer à la recherche et à l'application de mesures de remplacement;
- Contribuer à la surveillance de l'utilisateur sous mesure de contrôle;
- Rapporter les comportements particuliers de l'utilisateur envers la mesure utilisée.

10.3 Usager et son représentant

La décision d'utiliser une mesure de contrôle est une activité réservée, en ce sens qu'un usager ou son représentant ne peut exiger une mesure de contrôle.

Il peut :

- Collaborer à l'évaluation par son expérience de sa condition;
- Collaborer à la recherche de mesures de remplacement;
- Consentir ou non à une mesure de contrôle.

10.4 Responsable de milieu de vie RI-RTF

Bien que la décision d'utiliser une mesure de contrôle soit une activité réservée, les responsables résidentiels et leur personnel, qui œuvrent auprès de l'utilisateur, peuvent contribuer à l'analyse de la situation afin d'optimiser les interventions.

Ils peuvent :

- Collaborer à la collecte d'informations contribuant à l'évaluation de la condition de l'utilisateur;
- Collaborer à la recherche et à l'application de mesures de remplacement;
- Appliquer la mesure de contrôle planifiée telle que déterminée dans *l'Instrument de détermination et de classification de l'utilisateur*;
- Agir dans un contexte d'intervention non planifiée lorsque le comportement de l'utilisateur présente un danger immédiat pour lui ou pour autrui;
- Assurer la surveillance de l'utilisateur sous mesure de contrôle;
- Faire le suivi de l'application de la mesure auprès de l'Établissement

10.5 Responsable de milieu de vie RPA

Le responsable de résidences privées dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes s'assure qu'aucune mesure de contrôle n'est utilisée dans son établissement, que la situation soit en contexte d'intervention planifiée ou non.

Le responsable de résidences privées dont les services sont destinés à des personnes âgées semi-autonomes doit, comme prévu par l'article 77 du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, lorsque des mesures de remplacement sont prises pour réduire le danger :

1. Aviser sans délai le représentant de l'utilisateur, le cas échéant, et la personne à prévenir en cas d'urgence. S'il n'est pas possible de rejoindre cette personne en temps utile, l'exploitant doit aviser un proche;
2. Demander à l'instance locale concernée de procéder à une évaluation de la condition de l'utilisateur;
3. S'assurer que soient consignés au dossier de l'utilisateur les renseignements suivants :
 - a) La date et l'heure de l'intervention;
 - b) Les mesures de remplacement utilisées, le motif du recours à ces mesures et l'efficacité de celles-ci;
 - c) Le nom des personnes ayant été informées de la situation, la date et l'heure auxquelles elles ont été avisées ainsi que l'information qui leur a été fournie.

Lorsqu'à titre exceptionnel, compte tenu de la gravité du danger et de l'urgence, des mesures de remplacement ne peuvent pas être utilisées pour réduire le danger, l'exploitant doit s'assurer que soient consignés au dossier de l'utilisateur les motifs pour lesquels elles ont été écartées.

Par ailleurs, le responsable qui a recours à des mesures de contrôle doit :

1. Aviser sans délai le représentant de l'utilisateur, le cas échéant, et la personne à prévenir en cas d'urgence. S'il n'est pas possible de rejoindre cette personne en temps utile, l'exploitant doit aviser un proche;
2. Demander immédiatement à l'instance locale concernée de procéder sans délai à une évaluation de la condition de l'utilisateur, d'identifier et de mettre en place les mesures appropriées pour assurer sa sécurité;

3. S'assurer que soient consignés au dossier de l'utilisateur :
 - a) La date et l'heure de l'intervention;
 - b) Le nom des personnes ayant été informées de la situation, la date et l'heure auxquelles elles ont été avisées ainsi que l'information qui leur a été fournie;
 - c) Les mesures utilisées, le motif du recours à ces mesures de même que l'endroit et la durée de leur application;
 - d) Les mesures prises pour assurer la sécurité de l'utilisateur, dont les mesures de surveillance, de même que la réaction de l'utilisateur à ces mesures.

11. LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

La décision d'appliquer une mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation complète et appropriée aux besoins de l'utilisateur. La démarche proposée dans ce document vise à guider le professionnel et l'équipe interprofessionnelle dans ce processus décisionnel, dans le but d'assurer une évaluation globale de l'utilisateur. Cette démarche comporte cinq étapes. À chacune des étapes, l'utilisateur et son représentant doivent être mis à contribution, particulièrement lors de l'évaluation et de la recherche de solutions alternatives à la mesure de contrôle.

L'expérience de l'utilisateur et de son représentant est précieuse. Ce sont eux qui détiennent notamment les connaissances de l'histoire de vie, de la maladie et de l'environnement social de l'utilisateur.

11.1 Les étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée

11.1.1 Évaluation de la situation

L'évaluation vise à identifier le problème de l'utilisateur tout en décrivant ses comportements et à déterminer les causes sous-jacentes de ses comportements. Cette évaluation doit être globale et tenir compte à la fois des caractéristiques de l'utilisateur, des composantes de son environnement, de son histoire de vie personnelle, de ses antécédents et de sa médication.

Compte tenu de la complexité de ces situations et du risque de préjudice à l'utilisation d'une mesure de contrôle, la contribution de différents professionnels est nécessaire pour une évaluation complète concernant notamment :

- La condition de santé de l'utilisateur;
- L'identification des facteurs de risque modifiables et non modifiables;
- Les composantes psychosociales tels les besoins, les préférences, l'histoire de vie de l'utilisateur;
- Les causes, les déclencheurs;
- Les conditions d'apparition du comportement;
- Les facteurs extrinsèques : l'aménagement du lieu, le bruit, les structures organisationnelles;
- Les effets et les conséquences possibles des mesures de contrôle;
- Les mesures de remplacement tentées et les autres à envisager, etc.

Chaque professionnel impliqué dans une telle décision doit procéder à une évaluation selon son champ de pratique et la consigner au dossier à l'utilisateur.

11.1.2 Analyse et interprétation des informations

Les professionnels habilités analysent les données et posent un jugement clinique sur la condition de l'utilisateur et sur le niveau de risque de conséquences qu'il présente pour lui-même ou pour autrui. De plus, cette étape permet aux professionnels d'établir les priorités.

11.1.3 Planification des interventions

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

Si le recours à la mesure de contrôle s'avère pertinent et nécessaire à la suite des étapes précédentes, l'équipe interprofessionnelle ainsi que l'utilisateur planifient l'intervention entourant le recours à la mesure de contrôle. Pour ce faire, elle détermine la mesure à utiliser la plus appropriée et la moins contraignante.

Pour la prise de décision d'une mesure de contrôle, l'équipe interprofessionnelle s'assure :

- Qu'au moins deux professionnels habilités, de titres d'emplois différents, décident de la mesure sélectionnée, sauf pour les exceptions précisées dans les procédures des directions cliniques;
- Que des modalités d'application encadrent l'utilisation de la mesure;
- Que le consentement de l'utilisateur ou de son représentant est obtenu;
- Que les mécanismes de suivi, de surveillance et de cessation de l'application sont prévus.

L'objectif des mécanismes de suivi et de surveillance est de s'assurer que l'application de la mesure se fait de façon sécuritaire et conforme, et que l'on tient un registre des moments où elle a été utilisée. Le suivi et la surveillance, lors de l'application d'une mesure de contrôle, font partie des obligations pour lesquelles une reddition de compte au MSSS s'applique (MSSS, 2015).

11.1.4 Communication du plan d'intervention

Le succès d'un plan d'intervention dépend de sa diffusion auprès des intervenants concernés par son application ainsi que d'une communication efficace avec l'utilisateur, qui nécessite le recours à la mesure de contrôle, et son représentant. Il est donc essentiel que l'utilisateur ou son représentant soit impliqué en tout temps dans le processus de réflexion et de décision entourant le recours à la mesure de contrôle.

La tenue de dossier associée à l'application des mesures de contrôle est aussi un moyen primordial d'assurer une communication efficace entre les membres de l'équipe interprofessionnelle et la continuité des soins. Il est indispensable de consigner par écrit toutes les décisions relatives aux soins, services et traitements à offrir. Lorsque la situation concerne un utilisateur en RI/RTF, il est important d'ajuster l'Instrument de détermination et de classification afin d'assurer la communication des informations à la ressource concernée.

La réévaluation doit se faire périodiquement et tenir compte de :

- L'évolution de l'état de santé de l'utilisateur;
- L'analyse des effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure de contrôle;
- L'efficacité des mesures (de remplacement et de contrôle) inscrites au plan d'intervention établi;
- L'évaluation de la pertinence du type de mesure utilisé et de son maintien;
- Le cas échéant, la révision de la décision relative à l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Les réajustements au plan d'intervention.

La réévaluation doit se faire par le même nombre de professionnels dont au moins un du même titre professionnel qu'au moment de la décision, sauf pour les exceptions précisées dans les procédures des directions cliniques.

11.2 Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention non planifiée

11.2.1 Évaluation de la situation

L'évaluation vise à identifier le degré d'urgence de la situation, les risques pour l'utilisateur et pour autrui et à choisir la mesure à mettre en place. Le lecteur est invité à se référer aux procédures spécifiques des directions cliniques pour savoir quel intervenant peut procéder à l'évaluation et coordonner l'intervention.

11.3 Intervention

L'intervention doit être axée sur les besoins de l'utilisateur, sur sa sécurité et celle d'autrui. L'intervention en contexte d'urgence ne nécessite pas le consentement de l'utilisateur ou celui de son représentant.

11.3.1 Analyse post-situationnelle

Dans un contexte d'intervention non planifiée, une analyse post-situationnelle doit être faite dès que possible. Les membres de l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur et son représentant peuvent être impliqués dans cette analyse.

L'analyse doit notamment aborder :

- La recherche de la cause de l'apparition du comportement;
- Le type de mesure mise en place et sa durée;
- Les modalités d'application et la surveillance effectuée;
- Le comportement de l'utilisateur avant, pendant et après la mesure;
- L'estimation du risque de récurrence du comportement et la nécessité de prévoir une intervention en contexte planifié.

11.3.2 Communication

La tenue de dossier associée à l'application des mesures de contrôle en contexte non planifié est aussi un moyen primordial d'assurer une communication efficace entre les membres de l'équipe interprofessionnelle et la continuité des soins. Il est nécessaire de consigner par écrit toutes décisions concernant le traitement, les soins et les services à offrir afin que tous les intervenants aient accès à la bonne information en temps opportun.

11.4 Prescription d'une contention par substance chimique

La prescription d'une mesure de contrôle par substance chimique est une activité réservée au médecin et à l'IPS. Elle peut s'appliquer dans un contexte d'intervention planifiée ou non planifiée.

La prescription comprend :

- Les renseignements relatifs à l'utilisateur :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro de dossier;
 - Numéro de chambre et nom de l'unité de soins.
- La mention *mesure de contrôle par substance chimique*;
- Le motif justifiant l'utilisation de la médication de façon détaillée, claire et précise;
- La date et l'heure de rédaction de l'ordonnance;
- Le nom générique ou commercial du médicament écrit lisiblement;

- La posologie :
 - Teneur du produit (concentration);
 - Forme pharmaceutique (liquide, comprimé, injectable, etc.);
 - Dosage prescrit de façon précise ne laissant pas place à l'interprétation;
 - Voie d'administration;
 - Fréquence d'administration incluant l'intervalle minimal de temps entre deux doses et le nombre maximal de doses autorisées par période de temps (ex. : 2 doses par 24 heures);
 - Durée de validité de l'ordonnance.
- La signature lisible du prescripteur.

Le formulaire d'évaluation et décision d'une mesure de contrôle est recommandé. L'infirmière remplit le formulaire en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle. Le lecteur est invité à consulter les procédures spécifiques aux directions cliniques.

12. CONSENTEMENT

Les mesures de contrôle constituent des soins au sens de la Loi. Les professionnels ou les intervenants appelés à recourir à de telles mesures devront donc s'assurer d'obtenir au préalable un consentement valide, sauf en situation d'urgence (contexte d'intervention non planifiée). Pour le majeur inapte à consentir aux soins et le mineur de moins de 14 ans, le consentement devra être donné par le représentant. Le mineur de plus de 14 ans peut consentir seul. L'aptitude à consentir aux soins s'évalue en tenant compte des critères suivants :

- L'utilisateur comprend-il qu'il est malade ?
- Comprend-il la nature et le but du traitement ?
- Comprend-il les risques inhérents au traitement ?
- Comprend-il les risques encourus à ne pas entreprendre le traitement ?
- La maladie a-t-elle un effet sur sa capacité à consentir ?

Ces critères sont non cumulatifs et doivent faire l'objet d'une analyse globale.

On fait face à une situation d'urgence lorsque la vie de l'utilisateur est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il en est de même lorsque la vie ou l'intégrité d'un tiers est menacée par les comportements de l'utilisateur.

12.1 Consentement libre et éclairé

Le consentement donné par l'utilisateur ou par son représentant, le cas échéant, doit être libre et éclairé.

Consentement libre

Autorisation donnée sans contrainte ni menace et sans que les facultés de l'utilisateur soient altérées.

Consentement éclairé

Autorisation donnée après que l'information pertinente ait été transmise sur ce qui est proposé de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent ainsi que les risques et conséquences associés à chacune des options. Ces explications doivent être fournies dans un langage accessible, en tenant compte des caractéristiques personnelles et culturelles de l'utilisateur. Pour les mesures de contrôle, ces informations comportent :

- La justification de la mesure ;
- Les risques encourus de l'application et de la non-application de la mesure ;
- Le type de mesure de contrôle retenu ;

- Le lieu, l'équipement utilisé et le moment (jour, soir, nuit) où la mesure est appliquée ;
- La durée de la validité du consentement ;
- Les soins et la surveillance à assurer lors de l'application de la mesure ;
- Le processus de réévaluation de la mesure.

Le formulaire de consentement doit être rempli avec la personne visée par la mesure ou par son représentant.

12.2 Refus ou retrait du consentement

L'usager ou son représentant peuvent retirer leur consentement à tout moment. Dans la situation où le consentement a été préalablement obtenu et qu'il est retiré par la suite, les intervenants peuvent procéder comme s'ils étaient dans un contexte d'intervention non planifiée si et seulement si, la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui.

12.3 Refus catégorique et refus injustifié du représentant

Lorsque l'usager inapte refuse catégoriquement un soin ou encore lorsque le représentant refuse de façon injustifiée ou est empêché de le faire, la loi prévoit qu'il est possible de demander l'autorisation du tribunal pour pouvoir procéder. Il en est de même pour l'usager mineur.

12.4 Régime de protection public

Pour les usagers représentés par le régime de protection public, le Curateur public du Québec exige qu'on lui fournisse les informations nécessaires, par le biais d'un formulaire réservé à cette fin, avant de consentir ou refuser le recours à la mesure de contrôle pour une personne inapte à consentir. Le formulaire doit être rempli et envoyé à la Direction médicale et du consentement au soin du Curateur public du Québec.

13. MODALITÉS D'APPLICATION

13.1 La mise en application d'une mesure de contention ou d'isolement : un acte non réservé

L'application d'une mesure de contention ou d'isolement n'est pas un acte réservé. Comme l'indique le guide explicatif portant sur l'application des dispositions de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : « l'intervention planifiée doit être consignée au plan d'intervention et peut être appliquée par tout intervenant formé à cette fin ».

L'application doit cependant se faire en respect des modalités d'application de la décision prise. Les professionnels qui autorisent une mesure ont la responsabilité de bien déterminer ces modalités, afin d'éviter des abus et écarts possibles.

13.2 La mise en application d'une mesure de contention chimique : un acte réservé

L'application d'une contention chimique est réservée aux personnes autorisées, en conformité avec leur champ d'exercice spécifique, et qui sont habilitées à administrer une médication. Il faut qu'il y ait au préalable, comme pour toute mesure de contrôle, une évaluation de l'état de la condition physique et mentale de la personne, une planification de l'intervention et une réévaluation de la situation. Bien entendu, cette médication administrée ne doit être utilisée qu'en dernier recours, après que toutes les mesures de remplacement ont été essayées. Cette mesure doit faire l'objet d'une prescription médicale et avoir été convenue en équipe interprofessionnelle.

Il est strictement interdit d'administrer une médication ou d'adopter l'utilisation d'une médication au besoin (PRN), dans un but de restreindre et de limiter la capacité d'action d'une personne si cette dernière ne fait pas l'objet d'une prescription médicale en ce sens.

13.3 Soins et surveillance

La question de la fréquence de la surveillance des mesures de contrôle relève de l'évaluation clinique de l'équipe interprofessionnelle. Il se peut, selon l'évaluation de la condition clinique et du niveau de risque, que la surveillance doive être plus fréquente, d'où l'importance de l'évaluation initiale et périodique de la clientèle à risque. La fréquence doit donc être adaptée en fonction de chaque usager. De plus, il faut réévaluer le niveau de surveillance et le réajuster suivant l'évolution de la condition clinique de la personne. Il importe cependant de rappeler que la surveillance n'est pas déterminée en fonction du motif d'application, mais plutôt en fonction de l'évaluation du risque, de la condition clinique de la personne et du milieu où est appliquée la mesure (MSSS, 2015).

13.3.1 Surveillance initiale

Lorsqu'une mesure de contrôle est appliquée pour la première fois, il est nécessaire d'évaluer son efficacité, sa sécurité et son effet sur l'usager. Cette surveillance doit être plus soutenue jusqu'au moment de la première réévaluation, afin de documenter l'impact de la mesure sur l'usager. Cette réévaluation doit se faire rapidement dans les jours suivants la première application.

13.3.2 Surveillance révisée

Après la première réévaluation, il est possible de réajuster les modalités de surveillance. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'usager. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies.

13.4 Réévaluation et ajustements

Les réévaluations se font en équipe interprofessionnelle en collaboration avec l'usager et son représentant. Ces rencontres offrent aux parties prenantes la possibilité de mettre en commun leur connaissance de l'usager et de recenser toutes les nouvelles informations utiles pour bien analyser la situation et ainsi répondre aux besoins de l'usager.

Les délais de réévaluation sont déterminés au moment de la prise de décision initiale. Certaines situations requièrent une fréquence de réévaluation plus élevée. Lors de ces réévaluations, et même à tout moment entre celles-ci, s'il s'avère que le recours à la mesure de contrôle n'est plus nécessaire, elle doit être cessée.

La réévaluation doit se faire par le même nombre de professionnels dont au moins un du même titre professionnel que ceux qui ont décidé de la mesure, sauf pour les exceptions précisées dans les procédures des directions cliniques.

Lors de cette analyse, les participants devront, entre autres, prendre en considération :

- L'efficacité des mesures de remplacement tentées;
- Les changements dans la fréquence, l'intensité et la nature du ou des comportements ciblés par la mesure de contrôle;
- Les changements dans le contexte de vie de l'usager;
- Les apprentissages de l'usager;
- Les impacts physiologiques, psychologiques et psychosociaux de l'application de la mesure sur l'usager.

14. TENUE DE DOSSIER

L'article 118.1 de la LSSSS indique que :

« Lorsqu'une mesure [de contrôle] 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. »

Le dossier doit contenir :

- L'évaluation des professionnels impliqués dans la décision;
- But et motifs d'application (contexte, description du comportement);
- Description de l'utilisation de la mesure, des moyens utilisés (nature, fréquence, durée, surveillance);
- Description des mesures de remplacement tentées et de leur efficacité;
- Réactions de l'utilisateur face aux mesures de contrôle et de remplacement appliquées;
- Processus décisionnel, y compris lors des réévaluations;
- Personnes impliquées dans le processus de décision, d'autorisation et d'application;
- Transmission de l'information aux personnes pertinentes;
- Consentement.

14.1 Modalités de consignation

Des formulaires sont disponibles sur la Zone CIUSSS afin de faciliter la consignation des informations au dossier de l'utilisateur.

Les formulaires *Évaluation et décision d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée* (CN00059) et *Réévaluation d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée* (CN00647) ont pour objectifs de soutenir le processus de réflexion entourant le recours aux mesures de contrôle, d'assurer le respect des orientations ministérielles et une pratique la plus homogène possible au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le formulaire *Consentement à l'utilisation d'une mesure de contrôle* (CN00648) permet de consigner les informations relatives au consentement de l'utilisateur ou de son représentant dans un en contexte d'intervention planifiée. Pour les usagers représentés par le régime de protection public, il faut utiliser le formulaire *Demande de consentement à des mesures de contrôle* du Curateur public du Québec.

Le formulaire *Application d'une mesure de contrôle en contexte non planifié* peut être utilisé pour documenter et assurer un suivi à l'application de la mesure dans ce contexte.

Enfin, un formulaire de surveillance (CN00060 ou CN00061) doit également être rempli et signé par le personnel effectuant la surveillance. Lorsque la surveillance n'est pas réalisée par un professionnel décideur, il est recommandé de désigner un intervenant responsable de contresigner le formulaire de surveillance à chaque quart de travail. La validation du formulaire consiste à vérifier que la surveillance a été réalisée comme prévu (fréquence et éléments de surveillance). Si des écarts liés à la surveillance sont relevés, une personne en responsabilité doit être avisée.

Lorsqu'utilisés, ces formulaires doivent obligatoirement se retrouver au dossier papier et au dossier informatisé de l'utilisateur. Les procédures spécifiques à chacun des programmes clientèle présentent en détail les outils de communication à compléter en fonction des secteurs d'activités et des clientèles visées.

15. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

15.1 Le comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle

- Effectuer la rédaction, la révision, du protocole et des procédures ;
- Contribuer à l'implantation du protocole et des procédures ;
- Élaborer et soutenir l'implantation des formations nécessaires à l'intégration du protocole et des procédures ;
- S'assurer de l'application du protocole et des procédures ;
- Analyser les demandes d'avis en cas de dérogation et émettre les recommandations ;
- Analyser les incidents et accidents liés à l'utilisation de mesures de contrôle ;
- Analyser les indicateurs permettant l'évaluation du protocole et des procédures ;
- S'assurer que des audits soient réalisés.

15.2 Le conseil d'administration

- Approuver le protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle en conformité avec le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*;
- Recevoir le rapport annuel sur les indicateurs et l'utilisation des mesures de contrôle dans l'Établissement, l'approuver par résolution et formuler des recommandations.

15.3 Les directions

15.3.1 Direction des soins infirmiers et de la santé physique

- Être responsable du comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Contribuer à la rédaction, à la révision, à l'implantation du protocole et des procédures;
- Élaborer et soutenir l'implantation des formations nécessaires à l'intégration du protocole et des procédures;
- S'assurer de l'application du protocole et des procédures pour les soins infirmiers;
- Analyser les indicateurs permettant l'évaluation du protocole et des procédures;
- S'assurer que des audits soient réalisés selon les indicateurs ciblés.

15.3.2 Direction des services multidisciplinaires

- Participer au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Contribuer à la rédaction, à la révision, à l'implantation du protocole et des procédures;
- Contribuer à l'élaboration et au soutien à l'implantation des formations nécessaires à l'intégration du protocole et des procédures;
- S'assurer de l'application du protocole et des procédures pour les pratiques professionnelles multidisciplinaires;
- Contribuer à l'analyse des indicateurs permettant l'évaluation du protocole.

15.3.3 Direction des services professionnels

- Participer au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Contribuer à la rédaction, à la révision, à l'implantation du protocole et des procédures;
- S'assurer de l'application du protocole et des procédures par les membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Contribuer à l'analyse des indicateurs permettant l'évaluation du protocole et des procédures.

15.3.4 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

- Participer au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Contribuer à la rédaction, à la révision, à l'implantation du protocole et des procédures;
- Contribuer à l'analyse des indicateurs permettant l'évaluation du protocole et des procédures;
- Fournir au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle les incidents et accidents liés à l'utilisation des mesures de contrôle;
- Évaluer et donner des recommandations sur tout incident ou tout accident lié à l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Identifier, dans l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance, le contrôle demandé et indiquer les précisions en lien avec ce service;
- Appliquer le processus de contrôle de la qualité visant à vérifier la qualité des services rendus à l'utilisateur;
- Identifier, dans l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance, le service lié à la mesure de contrôle demandé et indiquer les précisions en lien avec ce service;
- S'assurer du processus de contrôle de la qualité visant à vérifier la qualité des services rendus à l'utilisateur;
- S'assurer que soit mis au plan de formation pour les RI et RTF et ressources autres, la formation sur le *Protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*;
- S'assurer que les responsables et intervenants de RPA connaissent le protocole.

15.3.5 Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

- S'assurer que les étudiants, les moniteurs et les superviseurs des établissements d'enseignement connaissent et respectent le protocole et les procédures.

15.3.6 Direction des ressources humaines

- S'assurer de rendre disponible aux usagers et proches, le protocole et les procédures qui en découlent;
- Inclure la formation sur le protocole et les procédures au plan de développement des ressources humaines (PDRH).

15.3.7 Directions cliniques

- Collaborer à la rédaction et à la révision des procédures propre à leur direction;
- Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action pour l'implantation du protocole et des procédures;
- Assurer une vigie concernant l'application du protocole et des procédures;
- S'assurer de rendre disponible aux usagers et proches, le protocole et les procédures qui en découlent, lorsque requis;
- S'assurer de la formation de l'ensemble du personnel concerné de leur programme et des RI/RTF;
- S'assurer que les responsables et intervenants de RPA connaissent le protocole;
- S'assurer du suivi des recommandations;
- S'assurer de la compilation des indicateurs;
- Collaborer à l'analyse des indicateurs.

15.3.8 Direction des affaires juridiques, institutionnelles et corporatives et des communications

- Offrir un service-conseil et du soutien au point de vue juridique;
- Assurer la représentation devant les tribunaux, lorsque requis.

15.3.9 Autres directions

- S'assurer du respect du protocole et des procédures.

15.4 Le personnel et les médecins

15.4.1 Membres de l'équipe qui interviennent directement auprès de l'utilisateur

- Connaître, comprendre et appliquer le *Protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle* de l'établissement et les procédures qui y sont associées;
- Impliquer l'utilisateur et son représentant dans le processus de prise de décision qui le concerne;
- S'assurer de rendre disponible aux usagers et proches, le protocole et les procédures qui en découlent, lorsque requis;
- Reconnaître le droit de l'utilisateur et de son représentant à être en désaccord ou d'exprimer leur désir de mieux comprendre les motifs et les moyens pris lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle, sans crainte de représailles;
- Soutenir l'utilisateur et son représentant lors de demande d'explications;
- Orienter l'utilisateur et son représentant si ce dernier désire porter à l'attention du commissaire local aux plaintes, son insatisfaction à l'égard de l'utilisation d'une mesure de contrôle.

15.4.2 Les gestionnaires des programmes

- Connaître, comprendre et s'assurer de l'application du *Protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle* de l'Établissement et des procédures qui y sont associées;
- Impliquer l'utilisateur et son représentant dans le processus de prise de décision qui le concerne;
- S'assurer de rendre disponible aux usagers et proches, le protocole et les procédures qui en découlent, lorsque requis;
- Promouvoir l'application des mesures de remplacement;
- Reconnaître le droit de l'utilisateur et de son représentant à être en désaccord ou d'exprimer leur désir de mieux comprendre les motifs et les moyens pris lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle, sans crainte de représailles;
- Soutenir l'utilisateur et son représentant lors de demande d'explications;
- Orienter l'utilisateur et son représentant si ce dernier désire porter à l'attention du commissaire local aux plaintes, son insatisfaction à l'égard de l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Participer activement à l'implantation du protocole et de la procédure dans leur service;
- S'assurer que l'ensemble du personnel sous leur responsabilité reçoive la formation appropriée, y compris les nouveaux employés;
- Se tenir informés de l'utilisation des mesures de contrôle utilisées ;
- S'assurer de la compilation des indicateurs;
- Collaborer à l'analyse des indicateurs.

16. LA FORMATION ET LE SOUTIEN DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE QUI INTERVIENNENT DIRECTEMENT AUPRÈS DE L'USAGER

Le CIUSSSCN doit s'assurer de l'utilisation minimale et justifiée des mesures de contrôle. Il a la responsabilité de faire connaître et respecter le *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*. La formation demeure le moyen privilégié pour maintenir les connaissances et les compétences nécessaires à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle dans notre établissement. Cette formation doit se retrouver dans le PDRH de l'établissement.

Chaque professionnel détient la responsabilité de connaître, de maîtriser les modalités de ce protocole et de s'y conformer et, le cas échéant, d'entreprendre les démarches requises en vue d'acquérir les connaissances et les compétences attendues.

Par ailleurs, le CIUSSSCN encourage les formations qui permettent d'outiller le personnel clinique à bien comprendre les problématiques qui suscitent le recours aux mesures de contrôle. Il s'agit notamment de :

- La gestion des troubles du comportement;
- L'intervention auprès des usagers présentant des déficits cognitifs, des profils sensoriels particuliers ou encore des enjeux importants au niveau de la communication;
- Le risque de chutes et le risque de blessures liées aux chutes.

Enfin, les mesures de soutien professionnel adoptées au sein de l'établissement sont essentielles à la réussite de l'application de ce protocole.

17. ÉVALUATION

Le CIUSSSCN a la responsabilité de mettre en place un mécanisme de suivi et doit procéder à une évaluation continue de l'application des mesures de contrôle. Ceci permet notamment de vérifier le respect du *Protocole d'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle* et de faire les ajustements requis.

17.1 Indicateurs de qualité et de suivi

17.1.1 Indicateurs

Les indicateurs ont pour but de suivre l'utilisation du recours aux mesures de contrôle. Ces indicateurs sont présentés à l'annexe 3.

Des indicateurs sont aussi suivis en lien avec :

- Le nombre de formulaires incidents/accidents (AH-223) produits en lien avec le recours à une mesure de contrôle;
- Le pourcentage d'intervenants formés au cours de l'année (nouveaux, formation continue);
- Le nombre de plaintes liées à l'application d'une mesure de contrôle.

Considérant que les indicateurs de qualité et de suivi peuvent être modifiés par le ministère de la Santé sans préavis, il est possible que ceux-ci soient modifiés par l'organisation, qui doit s'assurer d'être en cohérence avec les orientations ministérielles.

17.1.2 Les audits

Des indicateurs de qualité permettent à l'établissement de mesurer les résultats des stratégies de prévention et de réduction de recours aux mesures de contrôle et d'assurer une vigie concernant la qualité et l'efficacité des pratiques professionnelles. Le mécanisme d'audit permet de recueillir des informations sur la qualité de la pratique professionnelle liée aux mesures de contrôle conformément au protocole et aux procédures mis en place.

L'audit est donc un outil permettant de détecter et de mesurer les écarts de conformité. Dans une optique d'amélioration continue, il permet de faire les ajustements nécessaires et de veiller à la pertinence des procédures pour pérenniser les meilleures pratiques. Les points considérés par l'audit des mesures de contrôle sont :

- L'utilisation et le maintien à jour du registre;
- Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle;
- Le consentement;
- Les modalités de soins et de surveillance;
- Le respect du processus de réévaluation;
- La tenue de dossier;
- La formation et le soutien aux membres de l'équipe qui interviennent directement auprès de l'équipe.

17.2 Rapport annuel

Tel que précisé à l'article 118.1 de la LSSS, l'établissement a l'obligation de produire un rapport annuel de gestion à l'intérieur duquel les constats relatifs aux activités liées à l'application des mesures de contrôle doivent se retrouver. Cette reddition de compte est préparée par le Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle en collaboration avec les directions cliniques qui sont responsables d'assurer une vigie de l'application du protocole et des procédures auprès de la clientèle.

Par ailleurs, le Comité de vigilance et de la qualité du CIUSSS de la Capitale-Nationale reçoit un rapport trimestriel de la gestion des risques en lien avec les indicateurs de suivi de l'utilisation des mesures de contrôle.

RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004). *Cadre de référence – Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement* (Édition révisée).
- BERNHEIM EMMANUELLE (2010). *La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ?* Santé mentale au Québec 352 : 163–184.
- BOYER, R, GUAY, S, ET GONCALVES, J. (2014). *Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients*. Résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (Collection Recherche et évaluation). Montréal, Québec : Institut universitaire en santé mentale.
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUÉBEC (2012). *Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE QUÉBEC (2011). *Règlement sur l'application des mesures de contrôle*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHARLEVOIX (2014). *Protocole d'application des mesures de contrôle : Contention, Isolement et substances chimiques*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE (2013). *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention et Isolement*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF (2013). *Protocole multidisciplinaire : application des mesures de contrôle : contention et isolement*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC-NORD (2014). *Protocole d'utilisation « exceptionnelle » des mesures de contrôle en hébergement et aux unités transitoires de réadaptation fonctionnelle (UTRF)*.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2017). *Règlement du CHU de Québec-Université Laval sur le protocole d'application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2015). *Politique sur le consentement aux soins des usagers du CHU de Québec*. Politique N° 814-10.
- CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2010). *Protocole d'application du règlement 14 –L'application des mesures de contrôle*.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2008). *Règlement du centre hospitalier universitaire de Québec sur le protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE STE-JUSTINE (2008). *Protocole d'application des mesures de contrôle : Contention et isolement*.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2022). PO-53 : *Politique relative au recours à la surveillance accrue des usagers*.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL (2017). *Protocole : Application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*.
- CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2015). *Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention*.

CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2015). *Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention*.

CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC (2012). *Politique, Procédure et aide-mémoire relatifs à l'utilisation des mesures disciplinaires à l'égard des enfants qui reçoivent des services de réadaptation à l'intérieur des installations du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire ou d'une ressource intermédiaire de type résidence de groupe*.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (2017) *étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés*.

DAY A., DAFFERN M. & SIMMONS P. (2010) *Use of Restraint in Residential Care Settings for Children and Young People*. Psychiatry, Psychology and Law, 17:2, 230-244,

FLATHARTA T.O. ET AL (2014). *Prevalence and predictors of bedrail use in an acute hospital*. Age and Ageing; 0 : 1–5

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (2014). *Protocole d'application des mesures d'isolement et de contention*.

GOVERNEMENT DU CANADA. (1982) *La Charte canadienne des droits et libertés, (partie I de la Loi constitutionnelle de 1982 « Annexe B » de la Loi de 1982 sur le Canada R.U., C.II)*.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *La Charte québécoise des droits et libertés de la personne* (L.R.Q., c.C-12).

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *La Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.R.Q., C.S-4.2) article 118.1.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *La Loi sur les services de santé et les services sociaux*, chapitre S-4.2, r. 5.01 *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Le Code civil du Québec* (L.Q.1991, c.64).

HEYVAERT M. ET AL. (2015). *Systematic Review of Restraint Interventions for Challenging Behaviour Among Persons with Intellectual Disabilities: Focus on Experiences*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 28, 61–80

HOLLINS L (2010). *Proposing a common sense approach to assessing the risks posed by physical intervention techniques*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17, 216–221.

INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2006) *politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée : revue systématique*.

JEFFEREY HALE & SAINT BRIGID'S (2009). *Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (Contentions physiques et isolement)*.

LAIHO T ET AL. (2013). *Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20, 830–839

- LANCASTER G.A. ET AL. (2008). *Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries?* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15, 306–312
- LUISELLI L.K. ET AL. (2011). *Descriptive analysis of physical restraint (protective holding) among community living adults with intellectual disability.* Journal of Intellectual Disabilities 15(2) 93–99
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2016). *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substances chimiques.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Aide-mémoire – mesures de remplacement de la contention et de l'isolement.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.*
- PARENTEAU, M., HOULE, J. & CLOUTIER, L. (2010). *Contention aux soins intensifs : Le recours à la contention physique pour les patients ventilés mécaniquement impose réflexion.* Perspective infirmière, 7 (6).
- STEWART D. ET AL. (2009) *Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16, 749–757
- STUBBS B & HOLLINS L (2011). *Are physical intervention techniques likely to cause pain or injury when applied to manage the severely aggressive older adult? A survey of physiotherapist's expert views in the UK.* Journal of Clinical Nursing, 20, 2666–2675.
- WHITTINGTON R. ET AL. (2006) *Physical restraint of patients in acute mental health care settings: patient, staff, and environmental factors associated with the use of a horizontal restraint position,* The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 17:2, 253-265.
- WINSTON M. ET AL. (2009). *The Premature Call for a Ban on Prone Restraint: A Detailed Analysis of the Issues and Evidence.* The Professional Crisis Management Association.

TABLE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** Tableau du réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux.
- Annexe 2 :** Algorithme décisionnel.
- Annexe 3 :** Indicateurs.

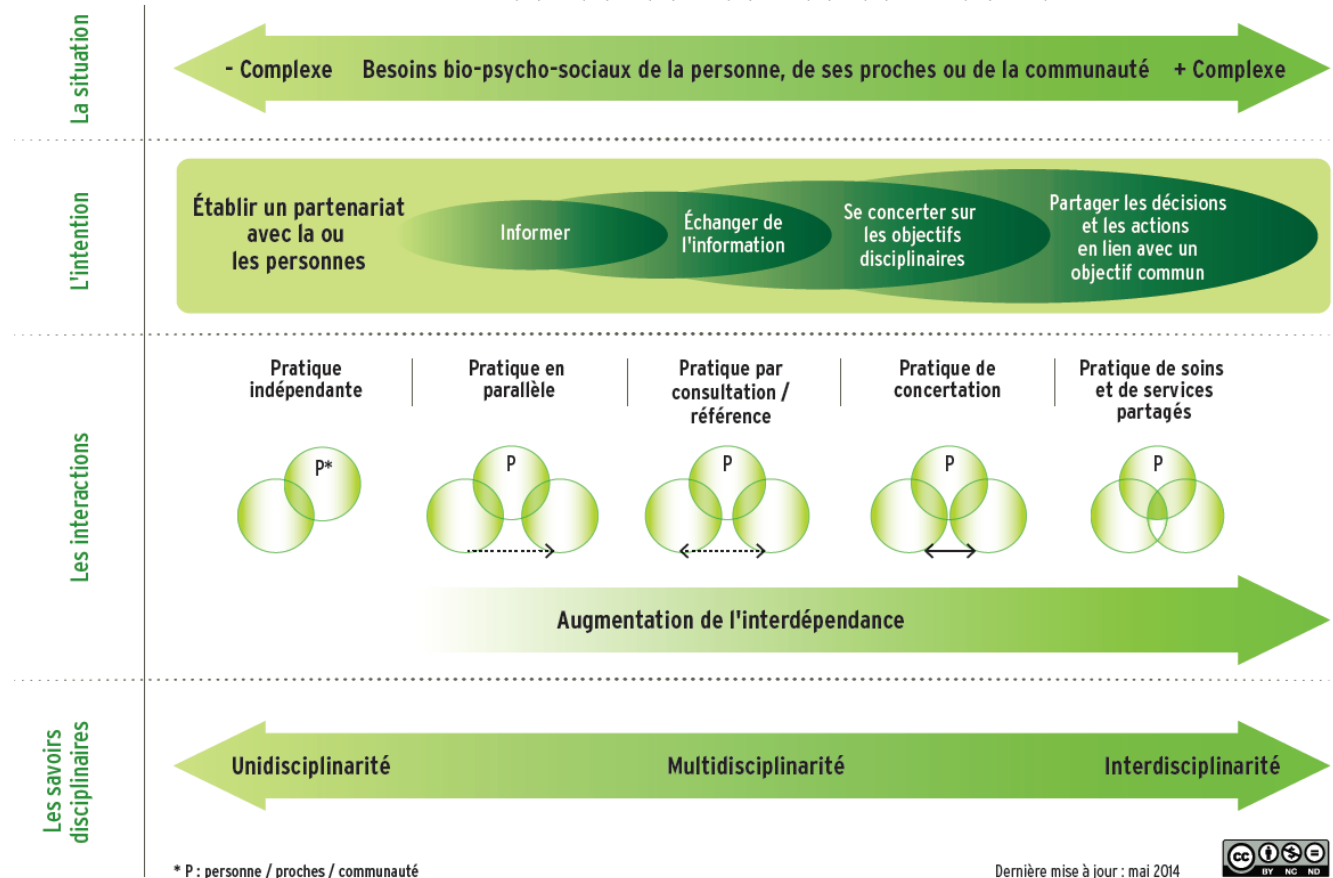
Annexe 1 - Tableau du réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux



Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux

Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Auteurs : Careau, E.; Brière, N.; Houle, N.; Dumont, S.; Maziade, J.; Paré, L.; Desaulniers, M.; Museux, A.-C.



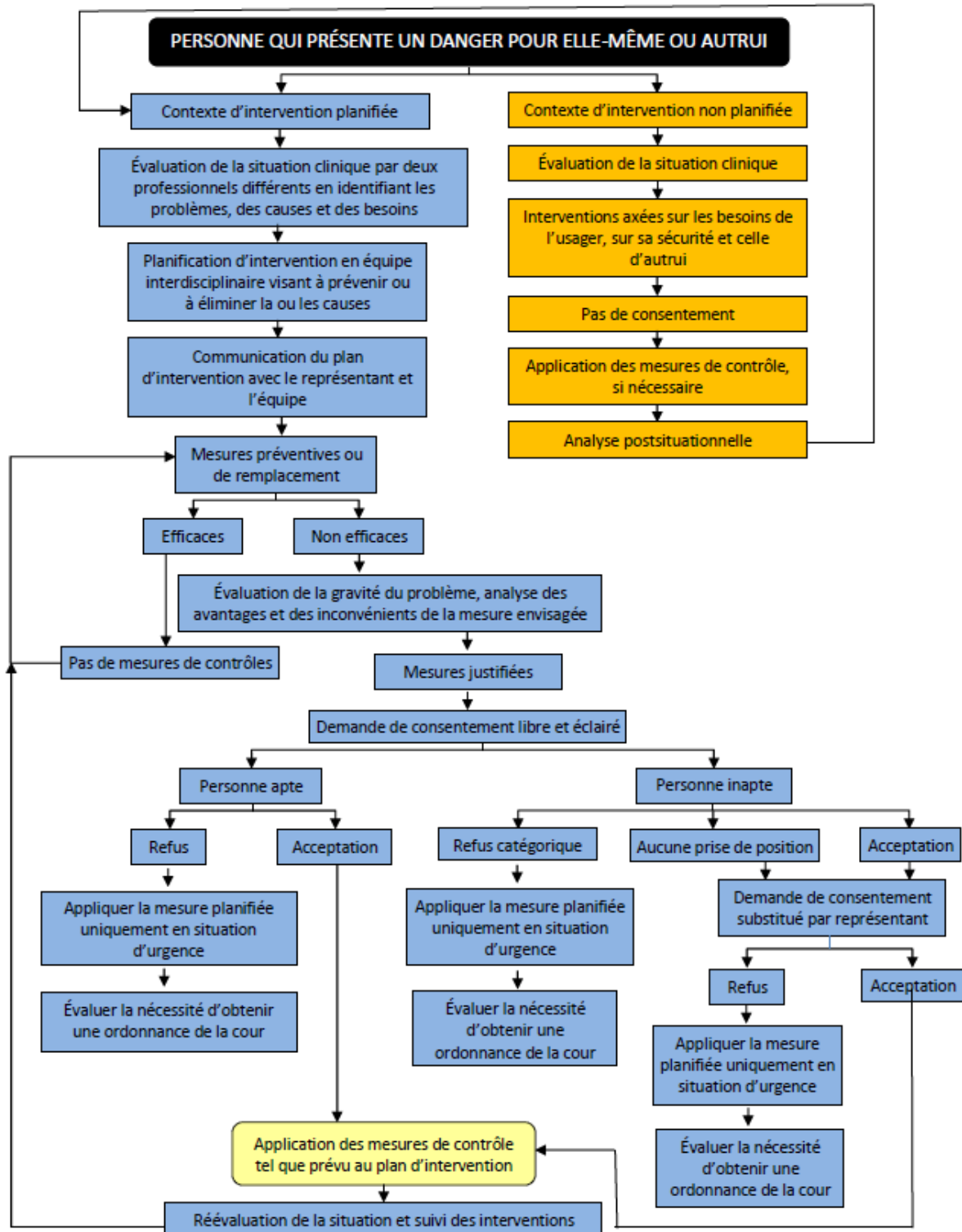
* P : personne / proches / communauté

Dernière mise à jour : mai 2014



Annexe 2 : Algorithme décisionnel

PROCESSUS DÉCISIONNEL POUR L'UTILISATION JUDICIEUSE DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT DANS UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE



Annexe 3 : Indicateurs

PAR NOMBRE D'USAGERS	
<ul style="list-style-type: none"> Taux d'usagers différents ayant eu une mesure de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'usagers ayant eu une contention
	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'usagers ayant eu un isolement
PAR NOMBRE DE MESURES UTILISÉES	
<ul style="list-style-type: none"> Taux de contention 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de contention mécanique : 4 membres
	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de contention mécanique : autres
	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de contention par la force humaine
	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de contention par substances chimiques
<ul style="list-style-type: none"> Taux d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> Proportion d'isolement porte pleine
	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de demi-porte
	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de barrières psychologiques
	<ul style="list-style-type: none"> Proportion de surveillance constante dans un lieu restreint
<ul style="list-style-type: none"> Taux d'utilisation en contexte planifié (vs non planifié) 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de contention en contexte planifié
	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'isolement en contexte planifié
<ul style="list-style-type: none"> Nombre moyen de mesures de contrôle utilisées par usager 	