

Protocole d'application

*Mesures de contrôle :
contention et isolement*

Adopté au conseil d'administration le 15 mai 2007
Révisé et adopté au conseil d'administration le 19 février 2008

Nous désirons remercier les personnes suivantes pour leur collaboration au comité de non-contention et leur participation à la rédaction du présent document :

Mme Doris Beaudoin, coordonnatrice à l'hébergement

Mme Sonia Blanchet, responsable de RTF, représentante des partenaires

Mme Diane Boivin, directrice de la qualité des services et des soins infirmiers

Mme Chantal Caron, chef de programme, Services généraux

Mme Sylvie Chabot, infirmière, Département de psychiatrie, site Hôpital

Mme Josée Chouinard, coordonnatrice au soutien à domicile et responsable du comité de non-contention

Mme Anne Ducharme-Lapointe, ergothérapeute, sites Montmagny et Saint-Fabien

M. Jacques Dumont, intervenant social, site CLSC Saint-Jean-Port-Joli

Mme Louise Dugal, infirmière-clinicienne, programme de psychogériatrie et rédactrice principale du document

Mme Guylaine Fournier, infirmière, Département de chirurgie, site Hôpital

M. Gilles Labrecque, médecin, site CLSC Saint-Jean-Port-Joli

Mme Marie-Marthe Maheu, infirmière, Unité de gériatrie, site Hôpital

Mme Sonia Morin, coordonnatrice à l'hébergement, site CH Saint-Eugène

Mme Gabrielle Turcotte, conseillère à la qualité et à la gestion des risques

M. Claude Voisine, directeur PPALV

Table des matières

1.	Préambule et principes légaux.....	7
2.	Philosophie d'intervention.....	8
3.	Principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle.....	9
4.	Définitions des mesures de contrôle.....	9
5.	Responsabilités	10
5.1	Rôles et responsabilités du conseil d'administration.....	10
5.2	Rôles et responsabilités de la direction de la qualité et des soins infirmiers.....	10
5.3	Rôle et responsabilité du comité de gestion des risques	11
5.4	Rôles et responsabilités des cadres intermédiaires en charge des milieux cliniques.....	11
5.5	Rôles et responsabilités des assistantes du supérieur immédiat	11
5.6	Rôles et responsabilités des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes	12
5.7	Rôles et responsabilités des autres membres de l'équipe.....	12
6.	Contextes d'application	12
7.	Consentement propre à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle	13
7.1	Consentement en situation d'intervention planifiée.....	13
7.2	Consentement en situation d'intervention non planifiée	14
7.3	Refus de consentement.....	14
7.4	Refus catégorique	15
8.	Processus décisionnel	15
9.	Mesures de remplacement à l'utilisation des contentions	16
9.1	Alternatives à la contention liées à la personne	16
9.2	Alternatives à la contention liées à l'organisation des soins / intervenants.....	17
9.3	Alternatives à la contention liées à l'équipement et à l'environnement physique.....	18
10.	Guide d'application	18
10.1	Types de contention pouvant être utilisés dans notre CSSS	18
10.2	Types d'isolement pouvant être utilisés dans notre CSSS.....	19
10.3	Types de contention à proscrire	19
10.4	Signes vitaux	20
10.5	Soins et surveillance de la personne sous contention	20
11.	Risques et effets néfastes associés à l'utilisation de mesures de contention.....	21
11.1	Risques physiques	21
11.2	Risques psychologiques et émotifs	22
11.3	Risques sociaux	22
11.4	Risques fonctionnels.....	22

Annexes :

Annexe 1	Guide d'application (infirmières, infirmiers, ergothérapeutes et professionnels de la physiothérapie).....	25
Annexe 2	Précautions et directives spécifiques lors de l'application d'une contention physique et d'un isolement.....	29
Annexe 3	Formulaire de consentement à la contention.....	31
Annexe 4	Application d'une mesure de contrôle contention physique et isolement.....	33
Annexe 5	Processus décisionnel dans une approche interdisciplinaire.....	35
Références	37

1. Préambule et principes légaux

Dans le cadre des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, plusieurs articles touchent l'utilisation des mesures de contention et d'isolement. Le plus important est l'article 118.1 :

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 dans un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

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

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès des usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.¹

Cette Loi nous signifie clairement que tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures, le diffuser auprès des personnes concernées et s'assurer de son application.

Ce présent protocole s'applique donc dans toutes les installations du CSSS Montmagny-L'Islet ainsi que dans les ressources non institutionnelles partenaires du CSSS telles les R.I., RTF, PPP, projets novateurs et résidences pour personnes âgées.

Ce document rejoint les préoccupations de différentes instances qui protègent les droits et libertés des individus. Nommons entre autres la Charte canadienne des droits et libertés, la Charte des droits et libertés de la personne, la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

En juin 2002, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi numéro 90 modifiant le Code des professions. Les changements amenés par ce projet de loi permettent maintenant à des professionnels, autres que les médecins, tels les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les infirmières de « décider de l'utilisation des mesures de contention »².

¹ Loi sur les services de santé et services sociaux, (L.R.Q. chapitre S-42) art. 3, 5, 9, 10, 11, 30, 33, 104, 118.1, 172, 233.

² Assemblée nationale. Projet de loi n° 90 (2002, chapitre 33). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Éditeur officiel du Québec. Juin 2003.

Cette activité réservée, en raison du risque de préjudices importants, aux médecins, aux infirmières, aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes, permet de décider, sur la base de leur jugement clinique, de l'utilisation de mesures de contention chez un client. Il n'est donc plus nécessaire d'obtenir une ordonnance individuelle pour appliquer des mesures de contention mais une telle décision exige quand même une démarche structurée et interdisciplinaire. Quant aux mesures d'isolement, elles ne sont pas comprises dans les mesures de contention et par conséquent, la décision de les appliquer n'est pas réservée aux professionnels. Précisons toutefois qu'un professionnel qui exerce dans un secteur où le recours à l'isolement est utilisé, entre autres dans les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie, s'inspire des mêmes principes généraux et du même processus décisionnel que ceux qui guident l'utilisation judicieuse des mesures de contention.

Le recours aux substances chimiques, aux substances contrôlées ou aux médicaments demeure toujours sous la responsabilité du médecin.

Note : L'utilisation de substances chimiques à titre de mesure de contrôle fait l'objet de travaux de réflexion au MSSS. Nous ne tiendrons pas compte de cette mesure de contrôle dans ce document.

2. Philosophie d'intervention

La réduction du recours aux mesures de contrôle doit être balisée par des valeurs et des croyances. Les interventions doivent être centrées sur les besoins de la personne et la philosophie entourant ces valeurs décrira de façon plus spécifique cette démarche.

Le respect de la personne passe par sa liberté de mouvement. Donc, une mesure de contrôle entrave cette liberté et doit être limitée à une utilisation minimale et exceptionnelle.

La relation d'aide tient compte des caractéristiques de la personne et de son environnement. La personne possède un potentiel pour aider à trouver les solutions à ses difficultés. De plus, cette personne est en lien avec des systèmes familial, social et communautaire qui peuvent être mis à contribution pour définir des éléments de solutions qui aideront à résoudre les difficultés ou à améliorer sa qualité de vie.

L'intervenant doit distinguer les manifestations et les symptômes des causes profondes du comportement problématique. Il doit également atténuer la probabilité du risque ou la gravité des conséquences. Cela oblige les intervenants à établir une relation d'aide qui est respectueuse de la personne, de ses ressources et de son environnement. La personne est donc au cœur même de l'intervention, qu'importe le milieu où elle est.

L'objectif ultime de ce processus est bien entendu de viser à réduire au minimum l'utilisation des mesures de contention et d'encadrer leur application de manière à respecter l'autonomie et la liberté de la personne.

3. Principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle

Le ministère de la Santé encourage les établissements à utiliser des principes directeurs qui doivent les guider dans l'élaboration de leur protocole d'application. Ces principes aident les établissements à être novateurs et créatifs pour développer des mesures de remplacement qui amèneront à diminuer de façon significative, voire d'éliminer l'utilisation de la contention.

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

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

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

Quatrième principe : *L'application des mesures 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.*

Cinquième principe : *L'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.*

Sixième principe : *L'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de 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.³*

4. Définitions des mesures de contrôle

Contention : *Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.*

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. 2002. p. 15

Isolement : Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.⁴

Par ailleurs, les centres d'hébergement, les unités de gériatrie et de psychiatrie, où les accès nécessitent l'utilisation d'une clé ou d'un code, ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle. Dans ces unités, l'usager n'est pas confiné seul dans un lieu.

Côtés de lit : Les côtés de lit sont des contentions visant à empêcher et à limiter la liberté de mouvement de l'usager, donc le consentement est nécessaire.

Les côtés de lit ne sont pas considérés des contentions lorsque le patient peut demander de façon libre et éclairée d'avoir ses côtés de lit remontés.

5. Responsabilités

La décision d'utiliser des mesures de contention, dans un contexte autre qu'une situation d'urgence, est une activité réservée qui repose sur le jugement clinique des médecins, infirmières, physiothérapeutes et ergothérapeutes dans les limites de leur champ d'exercice.

Le décideur a la responsabilité de déterminer ce qui doit être fait, mais la plupart du temps c'est une démarche interdisciplinaire qui doit être consignée dans un plan d'intervention interdisciplinaire individualisé (PII).

En situation d'urgence ou en présence d'un comportement qui met en danger la sécurité de la personne ou celle d'autrui, la décision ne constitue pas l'objet de la réserve de la Loi et n'est pas limitée aux professionnels mentionnés.

Une fois la décision prise, la mesure de contention peut être appliquée par des professionnels et par des non-professionnels en conformité avec le plan d'intervention ou le plan thérapeutique infirmier (PTI).

5.1 Rôles et responsabilités du conseil d'administration

- Promouvoir la qualité des soins et le respect des droits de l'usager.
- Adopter le protocole d'application des mesures de contrôle : contention et isolement.
- Prendre connaissance du rapport annuel et formuler, au besoin, des recommandations.

5.2 Rôles et responsabilités de la direction de la qualité et des soins infirmiers

- Assurer la mise en place du protocole d'application des mesures de contrôle.
- Former un comité permanent (comité de suivi) pour recevoir les registres d'utilisation des mesures de contrôle et élaborer des rapports périodiques à partir de ces registres.

⁴ Ibid. p. 14

- Recevoir et analyser ces rapports périodiques et les transmettre au comité de gestion des risques.
- Rédiger un rapport annuel et le transmettre au conseil d'administration.
- Prendre les mesures appropriées pour apporter les corrections nécessaires.
- Assurer un lien avec les autres directions cliniques.
- Assurer le suivi des recommandations du conseil d'administration dans les secteurs d'activité de leur direction.
- S'assurer que les mesures de remplacement sont mises en place pour améliorer le processus d'application des mesures de contrôle.

5.3 Rôle et responsabilité du comité de gestion des risques

- Prendre connaissance du rapport annuel et formuler, au besoin, des recommandations.

5.4 Rôles et responsabilités des cadres intermédiaires en charge des milieux cliniques

- Implanter et appliquer le protocole dans les milieux de soins.
- Collaborer à l'analyse des rapports et à l'identification des mesures de remplacement, dans un souci d'amélioration continue des soins à la clientèle.
- Assurer le suivi des recommandations du conseil d'administration dans les secteurs d'activité de leur direction.
- S'assurer que les professionnels de leur direction sont habilités à prendre la décision d'utiliser une mesure de contrôle pour un usager et de l'appliquer selon ce protocole.
- Faire respecter l'application de ce protocole par le personnel sous sa responsabilité.
- Prendre connaissance des registres, les analyser et faire le lien avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et le comité de suivi.
- S'assurer que les étapes du processus décisionnel sont respectées.
- S'assurer que chaque application soit inscrite au registre des mesures de contrôle.

5.5 Rôles et responsabilités des assistantes du supérieur immédiat (assistante infirmière-chef, assistante clinicienne infirmière-chef, assistante clinicienne du supérieur immédiat)

- S'assurer que les étapes du processus décisionnel sont respectées.
- S'assurer que chaque application soit inscrite au registre des mesures de contrôle.

5.6 Rôles et responsabilités des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes

- Connaître et respecter le présent protocole.
- Décider d'utiliser une mesure de contention ou d'isolement selon ce présent protocole.
- Évaluer en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire la nécessité d'une mesure de contention ou d'isolement pour la personne.
- Suivre une formation continue.
- Impliquer la famille dans le processus décisionnel.
- Expliquer à la personne, si son état le permet, et à la famille, l'objectif préventif de la contention.
- Remplir le « Formulaire de consentement à la contention » et le faire signer par la personne ou son représentant.
- Connaître et appliquer correctement les techniques d'installation des contentions.
- Évaluer la pertinence de continuer ou non l'application de la mesure de contention.
- Informer la coordonnatrice du programme ou la responsable du service.
- Surveiller étroitement la personne sous contention, évaluer ses réactions, assurer les soins requis à la personne selon sa condition et ce, sur tous les quarts de travail.

Pour un rôle plus complet se référer au Guide des professions selon la Loi 90 à l'Annexe 1.

5.7 Rôles et responsabilités des autres membres de l'équipe

- Participer à l'évaluation et à la collecte de données.
- Assurer la surveillance et l'application des mesures ciblées par l'équipe selon le présent protocole.
- Connaître et appliquer correctement les techniques d'installation des contentions.
- Suivre une formation continue.

6. Contextes d'application

Les mesures de contrôle peuvent être appliquées selon deux contextes différents : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.

Contexte d'intervention planifiée : *Il est possible et même nécessaire, dans certaines situations, de prévoir une éventuelle utilisation de mesures de contrôle. C'est ce qu'on appelle le contexte d'intervention planifiée.*

Ainsi, dans le cas d'une désorganisation comportementale récente, susceptible de se répéter et pouvant comporter un danger réel pour la personne elle-même ou pour autrui, les intervenants doivent avoir convenu avec la personne ou son représentant, et avoir inscrit au plan d'intervention ou au plan de services, divers moyens pour faire face efficacement à la situation. Parmi ceux-ci, et en dernier recours, les substances chimiques, la contention et l'isolement pourront avoir été envisagés à titre de mesures de contrôle.

Contexte d'intervention non planifiée : *On appelle au contraire « intervention non planifiée » une intervention réalisée en réponse à un comportement inhabituel, et par conséquent non prévu, qui fait en sorte de mettre en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui.*

Il va de soi que, dans un semblable contexte, les mesures de contrôle n'ont pas été prévues au plan d'intervention ou au plan de services de la personne.

Par contre, même lorsque l'intervention se déroule dans un contexte non planifié, les principes directeurs doivent guider les actions à poser. Une analyse postsituationnelle doit également être effectuée et permettre d'intégrer, le cas échéant, dans le plan d'intervention de la personne des mesures préventives et de remplacement.⁵

7. Consentement propre à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

Toute personne, ou son représentant légal, doit être informée et impliquée dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé.

7.1 Consentement en situation d'intervention planifiée :

En situation d'intervention planifiée, la personne ou son représentant légal doit donner un consentement libre et éclairé lorsque, pour assurer sa sécurité ou celle des autres, une mesure de contrôle doit être utilisée.

Le consentement est libre lorsque la personne le donne de son plein gré, sans crainte, menace, pression ou promesse provenant d'une tierce personne. Le consentement est éclairé lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause. La personne reçoit ainsi toutes les informations pertinentes, dans un langage qu'elle comprend et de façon claire. Avant de prendre sa décision, elle connaît la justification de la mesure,

⁵ ibid. p. 18

le type de contention, la forme d'isolement recommandée ou encore la substance chimique prescrite. Elle est informée du contexte d'application, de la durée de l'utilisation, de la fréquence de révision de la mesure, de ses effets positifs et négatifs, des risques et des mesures de remplacement possibles.

L'aptitude à consentir de la personne doit être évaluée minutieusement pour chaque intervention, et lorsqu'elle est inapte à y consentir ou à la refuser, le consentement substitué est requis. Pour les personnes dans l'incapacité temporaire ou permanente de fournir leur accord à l'utilisation de mesures de contrôle, le consentement de l'une des personnes nommées à l'article 15 du Code civil du Québec est requis.⁶

Le Curateur public s'est doté de nouvelles orientations quant à l'application d'une mesure de contrôle pour les personnes qu'il représente. Ainsi, lorsque ces dernières sont inaptes à consentir à l'utilisation des mesures de contention et d'isolement, le consentement du Curateur public est requis en tout temps, sauf en cas d'urgence.

7.2 Consentement en situation d'intervention non planifiée :

Les intervenants peuvent recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de la personne lorsque la situation revêt un caractère urgent en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger pour la personne ou pour autrui. Par ailleurs, une analyse postsituationnelle est requise et fait partie des mesures évaluatives que doit se donner un établissement.⁷

Cette analyse doit intégrer, s'il y a lieu, des mesures de remplacement notées dans le plan thérapeutique infirmier de la personne.

7.3 Refus de consentement

Reconnaissant que l'utilisateur ou son représentant peut refuser l'application d'une mesure de contrôle, et ce, bien que l'information pertinente concernant les risques encourus à défaut de cette mesure leur ait été transmise, le *Formulaire de consentement contention et/ou isolement*, partie *Refus de consentement* doit être rempli (Annexe 3). L'utilisateur ou son représentant doit signer son refus sur le formulaire. Suite aux explications transmises sur les risques encourus par l'absence d'une mesure de contrôle et selon l'évaluation du contexte, il pourrait alors être nécessaire de requérir qu'une présence constante soit assurée par un proche de l'utilisateur ou par un service privé financé par l'utilisateur ou son représentant.

⁶ Ibid. p. 19

⁷ Ibid. p. 19

7.4 Refus catégorique

Il arrive que, malgré l'obtention d'un consentement substitué, l'usager représenté qui a été déclaré inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir le traitement proposé. À cet égard, l'article 16 du Code civil du Québec prévoit que :

L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de quatorze ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

8. Processus décisionnel

Avant de décider d'appliquer une contention ou un isolement, les étapes suivantes doivent être respectées par la personne qui autorise l'application d'une mesure de contrôle :

- Procéder à l'évaluation de la situation clinique.
- Tenter des mesures de remplacement : intervenir pour prévenir ou éliminer la cause.
- Évaluer les effets positifs de l'utilisation de la mesure, les risques encourus à défaut de cette mesure et les risques inhérents à l'utilisation de la contention et de l'isolement.
- Discuter avec le cadre intermédiaire ou l'assistante du supérieur immédiat et l'équipe soignante.
- Consulter des membres de l'équipe interdisciplinaire, s'il y a lieu.

Si la mesure demeure justifiée en contexte d'intervention planifiée :

- Obtenir le consentement de l'usager ou de son représentant légal et compléter le formulaire. (Annexe 3)
- Compléter le formulaire d'application d'une mesure de contrôle (Annexe 4) qui précise :
 - le consentement;
 - la justification de la mesure;
 - les mesures de remplacement tentées;

- le type de mesure utilisée;
 - la durée d'utilisation;
 - les éléments de surveillance et la fréquence de visite de surveillance;
 - les interventions à faire durant l'utilisation de la mesure;
 - la fréquence de la révision;
 - la date de la décision;
 - la signature de la personne qui autorise l'application de la contention.
- Appliquer la mesure de contrôle.
 - Prendre les signes vitaux.
 - Informer le médecin traitant lors de sa visite médicale.

Si la mesure demeure justifiée en contexte d'intervention non planifiée :

- Appliquer la mesure de contrôle.
- Prendre les signes vitaux.
- Aviser le médecin du changement de comportement.
- Procéder à une analyse postsituationnelle.
- Remplir le formulaire d'application d'une mesure de contrôle.
- Informer la famille ou le représentant légal dans les plus brefs délais.

Suivi de l'application de la mesure :

- Procéder à une évaluation et un suivi rigoureux de la situation en respectant les précautions et directives décrites à l'Annexe 2.
- Réviser l'application de la mesure de contrôle utilisée avec un ou des membres de l'équipe interdisciplinaire.
- Examiner la possibilité d'utiliser des mesures de remplacement dès que possible.
- Noter au dossier de l'utilisateur toute observation pertinente à la condition de l'utilisateur en lien avec la mesure de contrôle, au minimum chaque 8 heures en courte durée et chaque mois en longue durée.
- Compléter le registre des mesures de contention.

Le processus décisionnel est résumé sous forme d'algorithme à l'Annexe 5.

9. Mesures de remplacement à l'utilisation d'une contention

Note : Les points suivants ne constituent pas une liste exhaustive.

9.1 Alternatives à la contention liées à la personne

- Tenir compte des habitudes de vie antérieures (sommeil, alimentation, soins d'hygiène, etc.).
- Tenir compte des mécanismes d'adaptation antérieurs.
- Occuper, distraire (souligner les fêtes, activités).

- Activités de loisirs (musicothérapie, zoothérapie, jardinage).
- Activités dirigées à caractère répétitif (plier des serviettes).
- Programme d'exercices et d'assistance à la marche.
- Révision de la médication.
- Faire la sieste au lit.
- Séance au fauteuil.
- Utilisation du modèle de gestion de comportements perturbateurs.
- Horaire d'élimination régulier.
- Agir sur les causes physiologiques de l'agitation (douleur, constipation, infection, etc.).
- Utilisation des aides techniques (lunettes, marchette, etc.).
- Rappels à l'utilisateur de demander de l'aide avant de se lever.
- Faire diversion (télévision, radio, musique, etc.).
- Éviter la stimulation excessive.

9.2 Alternatives à la contention liées à l'organisation des soins / intervenants

- Communication claire, concrète et concise.
- Retrait temporaire de la contention pour certaines périodes de la journée (repas, soins d'hygiène, sieste, activités de loisirs, etc.).
- Remplacement des solutés par des dispositifs à injections intermittentes.
- Consultation auprès des professionnels extérieurs à la situation (infirmière clinicienne, ergo, physio, etc.).
- Adaptation / révision de la routine des intervenants en fonction des besoins de l'utilisateur.
- S'assurer d'une présence optimale d'intervenants sur l'unité en tout temps.
- Surveillance / observation accrue (ex. : rapprocher l'utilisateur près du poste de l'unité, etc.).
- Utilisation d'une personne bénévole pour surveiller et / ou accompagner un utilisateur.
- Système de jumelage entre les intervenants pour assurer un service continu.
- Évaluation du risque de chute pour l'utilisateur.
- Intégration de la famille / représentant légal dans les soins (élaboration du PI) et activités diverses. Permettre aux utilisateurs de s'exprimer.
- Soutenir et former le personnel.
- Analyser la situation problématique.

9.3 Alternatives à la contention liées à l'équipement et à l'environnement physique

- Installation de calendriers, d'horloges et de tableaux d'orientation.
- Utilisation de coussins de positionnement.
- Utilisation de coussins sur le plancher près du lit (tapis de chute).
- Modification du fauteuil / chaise roulante (appuis-pieds, système antibascule, hauteur siège, allongement du dossier).
- Verrouillage électronique des portes de l'unité de soins.
- Détecteur de mobilité (lit, fauteuil).
- Installation d'un détecteur de mouvement.
- Aménagement prothétique rappelant le milieu de vie antérieur.
- Aires d'errance sécuritaires.
- Utilisation de signaux (arrêt, pictogramme, etc.) comme repères.
- Camouflage des portes, armoires, etc. (miroir, affiche, cadre, etc.).
- Ajustement de la hauteur du lit / chaise (maintenir le lit à la position basse, enlèvement des roues, diminution du diamètre des roues, etc.)
- Plate-forme basse pour matelas ou matelas sur le plancher.
- Utiliser des bracelets antifugues et d'identification.
- Utilisation de ridelles de lit (demi-longueur), à la tête du lit.
- Inclinaison du dossier du fauteuil de repos.
- Diminution des stimuli (lumière, bruit, planchers cirés, etc.).
- Changer la disposition des meubles.
- Installation d'une barre d'appui (toilette, corridor de l'unité de soins, etc.)
- Installation de bandes antidérapantes sur le plancher près du lit, de la chaise, de la toilette, etc.
- S'assurer d'un éclairage adéquat en tout temps (veilleuses dans les chambres, etc.).
- Dégagement d'un côté du corridor de l'unité de soins en tout temps.
- Emploi du rhéostat à l'heure vespérale.

10. Guide d'application

10.1 Types de contention pouvant être utilisés dans notre CSSS (à déterminer selon la condition de la personne et la moins contraignante possible)

- Côtés de lit (ridelles) 2/2 sans protecteur ou 4/4 avec protecteurs.

- Ceinture avec attache magnétique (ex. : Ségufix) au fauteuil avec bande pelvienne, au lit avec bandes latérales.
- Ceintures (les modèles acceptés sont ceux fournis par la RAMQ, les ceintures de type auto et les ceintures commerciales. Elles doivent être installées de la façon suivante uniquement :
 - pelvienne;
 - abductrice;
 - crurale.

Les ceintures pourront être installées aux endroits suivants :

- fauteuil roulant;
 - fauteuil gériatrique;
 - fauteuil de chambre;
 - toilette ou chaise d'aisance;
 - chaise de bain.
- Fauteuil gériatrique avec table.
 - Fauteuil avec tablette.
 - Ceinture sur chaise d'aisance ou toilette (modèle du commerce).
 - Mitaines (non attachées au fauteuil) pour prévenir les blessures dans les cas extrêmes de grattement ou d'automutilation.
 - Attaches verrouillées aux poignets.
 - Attaches aux mains pour les gens intubés (modèle du commerce).

10.2 Types d'isolement pouvant être utilisés dans notre CSSS

- Deux tiers de porte.
- Chambre d'isolement.

10.3 Types de contention à proscrire

- Contentions « maison » qui ne sont pas clairement décrites dans le présent protocole.
- Ceinture commerciale modifiée après l'achat.
- Veste de contention et harnais.
- Chemise de contention.
- Mitaines attachées au fauteuil roulant.
- Ceinture abdominale.
- Ceinture thoracique.
- Ceinture avec attache au dos, sans la fixer au fauteuil.
- Deux demi-côtés de lit (pour faire un côté) sans protecteur.

- Cordons de jaquette.
- Attaches de type « lacet ».
- Fauteuil roulant avec une table à roulettes prise derrière les appuis-pieds du fauteuil roulant.
- Fauteuil gériatrique attaché à un calorifère avec une contention de type « Ségufix » ou une chaîne (pour ne pas que la personne roule le fauteuil).
- Table de fauteuil gériatrique désuète, attachée au fauteuil avec une ceinture, surtout dans le cas où la personne sait comment retirer la table.

10.4 Signes vitaux

Suite à une recommandation du bureau du Coroner du Québec adressée au MSSS en mars 2007, il est maintenant obligatoire de prendre les signes vitaux de la personne qui nécessitera l'application d'une mesure de contrôle.

Les paramètres vitaux doivent être évalués régulièrement. La fréquence de la vérification sera établie selon le jugement des intervenants et de l'équipe en fonction de la situation clinique.

Une prise des paramètres vitaux doit être effectuée au moment de l'application de la contention pour une première évaluation et un contrôle minimal devra être effectué chaque heure par la suite.

10.5 Soins et surveillance de la personne sous contention

Interventions :

*Retirer la contention
5 minutes aux 2 à 4 heures :*

*Amener régulièrement la
personne aux toilettes :*

Faire marcher la personne :

Hydrater la personne :

Justifications :

- *Évaluer l'intégrité de la peau au site d'application.*
- *Favoriser la circulation sanguine aux points de pression.*

- *Favoriser la continence.*

- *Maintenir l'intégrité musculaire.*
- *Éviter le syndrome de fragilité.*

- *Éviter la déshydratation.*
- *Assurer un apport liquidien minimal (1,5 à 2 litres par jour).*

<i>Assurer une surveillance minimale aux heures :</i>	<ul style="list-style-type: none">• Prendre les signes vitaux.• Assurer la sécurité compte tenu de la vulnérabilité de la personne et de la dangerosité de la contention.
<i>Vérifier l'état de bien-être de la personne :</i>	<ul style="list-style-type: none">• Éviter que la personne demeure immobile trop longtemps, car l'immobilité entraîne un état de malaise qui pourrait conduire à la manifestation d'agitation.
<i>Maintenir une relation avec la personne :</i>	<ul style="list-style-type: none">• Satisfaire les besoins psychologiques de la personne.• Éviter la sous-stimulation et l'isolement.• Diminuer le risque de delirium.
<i>Réévaluer la pertinence de la contention :</i>	<ul style="list-style-type: none">• Respecter le caractère minimal et exceptionnel de l'application de la contention en termes de durée et de moyens.⁸

11. Risques et effets néfastes associés à l'utilisation de mesures de contention

11.1 Risques physiques

- Augmentation du risque de décès.
- Augmentation des blessures sévères lors de chutes.
- Diminution de l'appétit.
- Déprivation sensorielle.
- Déshydratation.
- Lésions de pression.
- Infection.
- Incontinence.
- Constipation.
- Exacerbation des états confusionnels.
- Diminution de la circulation.
- Troubles de la mobilité.

⁸ Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, sous la direction de Philippe Voyer. ERPI. 2006.

- Pertes d'équilibre.
- Syndrome d'immobilisation.
- Déclin cognitif.
- Atrophie musculaire.
- Contractures.
- Perte de masse osseuse.

11.2 Risques psychologiques et émotifs

- Diminution de l'estime de soi.
- Repli sur soi.
- Peur.
- Colère.
- Dépression.
- Résignation.
- Hostilité.
- Perte de dignité.
- Anxiété.
- Augmentation de l'agitation.
- Cris.
- Agressivité.
- Humiliation.

11.3 Risques sociaux

- Retrait social.
- Isolement.

11.4 Risques fonctionnels

- Baisse de l'autonomie.
- Incapacité d'aller à la toilette.
- Incapacité de se déplacer.
- Participation diminuée aux activités.
- Problème de sommeil.

Annexes

Guide d'application pour les infirmières et infirmiers

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec propose un guide d'application qui tient compte des principes directeurs énoncés dans les orientations ministérielles. Toute décision d'utiliser une mesure de contention :

- *Doit être envisagée comme une mesure d'exception ne s'appliquant qu'à la personne dont les comportements sont susceptibles de mettre sa santé, sa sécurité ou celle d'autrui en danger immédiat, dans le respect de la personne, de sa liberté de mouvement, de son autonomie et de sa dignité et uniquement lorsque tous les autres moyens ont échoué (derniers recours).*
- *Requiert une évaluation clinique initiale et continue afin de déterminer la nature du problème et son étiologie, les interventions infirmières requises, les mesures de remplacement les plus appropriées, les mesures de contention envisagées (si elles sont justifiées) ainsi que les modifications à apporter au plan thérapeutique infirmier, s'il y a lieu.*
- *Se base sur une approche individualisée dans un contexte interdisciplinaire.*
- *Doit toujours viser un objectif thérapeutique et ne jamais être une mesure punitive.*
- *Requiert le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal, sauf en situation d'urgence.*
- *Constitue une mesure dont la durée d'application est limitée au temps minimal indispensable et dont la pertinence est réévaluée de façon continue.*
- *Doit toujours être optimale sans être excessive, de manière à ne pas brimer inutilement la liberté ni compromettre la sécurité de la personne ou d'autrui.*
- *Exige une surveillance dont les modalités sont déterminées selon la condition du client et le protocole d'application.*
- *Doit être balisée par des procédures et contrôlée aux fins de conformité du protocole d'application.*

La décision d'utiliser des mesures de contention signifie que l'infirmière doit :

- *Procéder à l'évaluation initiale et continue de la situation de santé de la personne afin de déterminer la nature du problème (agitation, agressivité, confusion, errance ou fugue), les facteurs étiologiques (déficit cognitif, troubles du sommeil ou d'élimination, douleur, infection, souffrance psychologique, dangerosité) et les besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux du client.*
- *Poser un jugement clinique sur l'état de santé de la personne et sur la sévérité du problème; il importe alors de distinguer les manifestations et les symptômes des facteurs étiologiques.*
- *Analyser les effets indésirables et les avantages, pour la personne et pour autrui, liés aux mesures de remplacement, s'il y a lieu, aux mesures de contention envisagées afin de déterminer si leur utilisation est justifiée.*
- *Obtenir le consentement libre et éclairé de la personne, ou de son représentant légal, sauf dans les cas prévus par la loi, notamment en situation d'urgence.*

- Déterminer et indiquer dans le plan thérapeutique infirmier toutes les données pertinentes relatives à l'utilisation des mesures de remplacement ou, en cas d'échec, des mesures de contention.
- Évaluer l'efficacité des mesures de remplacement et, s'il y a lieu, des mesures de contention mises en place.
- Consigner au dossier toutes les données pertinentes relatives au consentement et à l'utilisation des mesures de remplacement et des mesures de contention.
- Indiquer dans le plan thérapeutique infirmier toutes les modifications qui y sont apportées par la suite.
- Réévaluer régulièrement la situation et assurer le suivi.
- Consulter d'autres professionnels de la santé ou diriger le client vers ceux-ci, au besoin.

Le plan thérapeutique infirmier :

Le plan thérapeutique infirmier lié à la décision d'utiliser une mesure de contention comprend :

- Les aspects de la situation de santé de la personne qui motivent la mesure de contention.
- Le moyen de contention retenu (ceinture, gilet, mitaines, attaches aux poignets, etc.), la taille et l'endroit où il doit être utilisé (p. ex. : chaise, lit ou autre).
- La durée maximale d'application continue de la mesure retenue ou celle de la période de repos sans contention.
- Les indications d'arrêt et de reprise de la mesure retenue.
- La durée de validité de la mesure retenue.
- Les éléments à surveiller et la fréquence des visites de surveillance.
- Les interventions de soutien à la personne et l'accompagnement requis (maintien de la communication et de la relation, changement de position, besoins physiologiques et psychologiques à satisfaire).
- L'obtention du consentement.

Quant aux mesures d'isolement, elles ne sont pas comprises dans les mesures de contention et par conséquent, la décision de les appliquer n'est pas réservée aux professionnels.

Précisons toutefois que l'infirmière qui exerce dans un secteur où le recours à l'isolement est utilisé, entre autres dans les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie, celle-ci s'inspire des mêmes principes généraux et du même processus décisionnel que ceux qui guident l'utilisation judicieuse des mesures de contention.⁹

⁹ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Avril 2003.

Guide d'application pour les ergothérapeutes

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec a publié en février 2004 un guide pour aider les ergothérapeutes dans l'application de la Loi 90. L'Ordre propose à l'ergothérapeute une démarche systématique incluant les points suivants :

- *Procéder à l'évaluation des habiletés fonctionnelles de la personne comprenant les aptitudes (motrices, sensorielles, perceptives, cognitives, intellectuelles), les habitudes de vie, les manifestations comportementales (agitation, agressivité, confusion, chute, errance, fugue) et les facteurs environnementaux qui les influencent.*
- *Émettre une opinion clinique sur la condition physique et mentale de la personne et sur les risques de blessure pour elle-même et pour autrui.*
- *Déterminer les mesures de remplacement à la contention à privilégier, incluant l'aménagement de l'environnement physique et l'organisation de l'environnement humain.*
- *Déterminer le moyen de contention à privilégier, dans la perspective où celui-ci doit être le moins contraignant possible tout en étant optimal.*
- *S'assurer d'obtenir le consentement de la personne ou de son représentant lorsque la décision d'utiliser une contention a été prise.*
- *S'assurer que l'environnement humain (la personne elle-même, la famille, les aidants naturels, l'équipe de soins) comprend les objectifs de l'utilisation de la contention et a la formation requise pour l'application des moyens de contention déterminés.*
- *Inscrire au dossier toutes les données pertinentes relatives à l'utilisation des mesures de remplacement et de contention, notamment : l'analyse des résultats de l'évaluation motivant l'application ou le maintien de la mesure de contention; la description des moyens utilisés; les éléments à surveiller; la période d'application des mesures de remplacement et de contention; et les mesures de suivi.*
- *Évaluer l'application de la mesure, son efficacité, son effet sur la personne et sur l'environnement humain.*

Par ailleurs, de nombreuses clientèles desservies par les ergothérapeutes nécessitent un positionnement (au fauteuil ou au lit), lequel présente des particularités ayant un lien étroit avec la contention. Dans ces cas, le protocole de l'établissement relatif à l'utilisation des mesures de contrôle devrait en tenir compte et l'ergothérapeute devrait respecter la même démarche systématique que celle énoncée ci-dessus pour l'utilisation de la contention.¹⁰

¹⁰ Ordre des ergothérapeutes du Québec. *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Projet de loi n°90, sanctionné). Guide de l'ergothérapeute. Février 2004.

Guide d'application pour les professionnels de la physiothérapie

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec a émis en janvier 2004 un guide d'application de la Loi 90 dont voici les principales recommandations :

La décision de l'utilisation des mesures de contention doit se prendre selon la finalité du champ de la physiothérapie, soit la recherche du rendement fonctionnel optimal d'une personne. Dans la majorité des cas et selon les pratiques observées à ce jour, cette décision est prise lorsqu'une personne présente un risque de chute jugé important ou pour contrer toute autre problématique affectant l'efficacité du traitement de physiothérapie (par exemple une personne qui frotte sa plaie de façon non appropriée pour faire cesser une démangeaison). Ainsi, la prise de décision de l'utilisation des mesures de contention pour résoudre des problématiques spécifiques telles que l'errance, les états confusionnels ou de désorganisation importants, ne relève pas du champ d'exercice de la physiothérapie.

Les moyens de contention comprennent notamment les gilets de contention, les ceintures, attaches (hanches, cuisses, poignets), mitaines, chevillières, fauteuils gériatriques avec tablette, fauteuils roulants avec tablette. Les recommandations relatives à l'usage des fauteuils roulants avec tablettes méritent qu'on distingue le but premier et l'effet de ces recommandations. Dans une perspective de traitement en physiothérapie, la tablette que l'on installe sur le fauteuil roulant a pour but premier d'assurer un bon positionnement de la personne. Cette tablette a cependant pour effet de mettre la personne sous contention puisque celle-ci ne peut la retirer sans l'aide d'une autre personne. Considérant l'effet de contention de ce moyen thérapeutique, la décision d'y recourir doit se prendre dans le respect et en pleine connaissance des lignes directrices adoptées dans l'établissement.

Dans tous les cas, le professionnel de la physiothérapie doit documenter sa recommandation ou sa prise de décision et s'appuyer sur les lignes directrices adoptées dans son établissement.

La contention visée par la réserve d'activité se distingue de l'application des « contentions souples » qui regroupent plutôt les contentions adhésives ou non adhésives (« taping », bandages compressifs, etc.). De plus, les établissements qui utilisent les équipements de contention, notamment les chaises gériatriques, doivent faire en sorte que les personnes qui les utilisent ou les installent aient les connaissances et la formation appropriées à leur bon fonctionnement.

Dispositions pertinentes du Décret d'intégration :

La décision de l'utilisation des mesures de contention étant considérée comme une orientation de traitement en physiothérapie, le thérapeute en réadaptation physique peut décider de l'utilisation des mesures de contention dans la mesure, aux conditions et dans les cas prévus au Décret d'intégration, soit en catégorie 1 où il peut déterminer l'orientation du traitement ou en catégorie 2 où il peut participer à l'orientation du traitement ou déterminer celle-ci s'il dispose de l'information étiologique ou de l'information suffisante sur la nature biomécanique de l'atteinte et sur les contre-indications et, s'il y a lieu, d'une indication de rappel.¹¹

¹¹ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Janvier 2004.

Précautions et directives spécifiques lors de l'application d'une contention physique ou d'un isolement

Indications	Contexte planifié et non planifié : <ul style="list-style-type: none"> • Agression physique. • Automutilation. • Tentative de fugue ou d'évasion mettant l'utilisateur ou autrui en danger. • Risque élevé de chutes. • Maintien d'un traitement. • Maintien d'un positionnement optimal. 		
Contre-indications	Contexte planifié : <ul style="list-style-type: none"> • Absence du consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal. 		
	Contexte planifié et non planifié : <ul style="list-style-type: none"> • Condition médicale instable de l'utilisateur pouvant se détériorer de façon significative sous contention. • Application dans le cadre d'une mesure administrative (aspect punitif, manque de personnel, environnement inadéquat, etc.) 		
Surveillance minimale	Contexte planifié		Contexte non planifié
	Courte durée :	Longue durée :	
	<ul style="list-style-type: none"> • Q 30 min. x 1 h • Q 1 h par la suite 	<ul style="list-style-type: none"> • Q 30 min. x 1 h • Q 1 h ou 2 h par la suite 	<ul style="list-style-type: none"> • Q 5 à 15 min. x 1 h • Q 30 min. x 1 h • Q 1 h par la suite
Précautions	Contexte planifié et non planifié : <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la sécurité de l'utilisateur : <ul style="list-style-type: none"> - matériel en bon état et conforme aux normes du fabricant; - cloche d'appel à la portée de l'utilisateur si sa condition le permet. 		
Interventions	Contexte planifié et non planifié : <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le confort de l'utilisateur et satisfaire ses besoins physiologiques et psychologiques : <ul style="list-style-type: none"> - prise de signes vitaux obligatoires; - bon alignement corporel; - surveillance de l'intégrité de la peau en contact avec la contention, aux points de pression et aux points de friction; - mobilisation aux 2 heures avec exercices actifs ou passifs que l'utilisateur soit au fauteuil ou au lit; - marche à l'extérieur de la chambre accompagné q.i.d. et prn, si isolement; - attention particulière aux besoins d'hydratation et d'élimination; - présence accrue pour rassurer l'utilisateur et noter ses réactions psychologiques. 		
Durée d'application continue de la contention ou de l'isolement	Contexte planifié		Contexte non planifié
	<ul style="list-style-type: none"> • La plus courte possible selon l'indication. 		<ul style="list-style-type: none"> • Maximum 2 heures.
Révision	Contexte planifié		Contexte non planifié
	Courte durée :	Longue durée :	
	<ul style="list-style-type: none"> • Q 8 heures. 	<ul style="list-style-type: none"> • Q 1 sem. x 1 mois. • Q 1 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Q 2 heures.
Validité de la décision initiale	Contexte planifié		Contexte non planifié
	Courte durée :	Longue durée :	
	<ul style="list-style-type: none"> • 24 heures. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 semaine. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 heures.
Validité de la décision subséquente	Contexte planifié		Contexte non planifié
	Courte durée :	Longue durée :	
	<ul style="list-style-type: none"> • 4 jours. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voir le contexte planifié.

Source : Hôtel-Dieu de Lévis. Protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. 2004.



Formulaire de consentement contention et/ou isolement

Reconnaissant que _____ a décidé de l'utilisation d'une mesure de contention
(nom de l'intervenant)
et/ou d'isolement.

Reconnaissant avoir été dûment informé(e) sur l'indication d'appliquer des mesures de contention physique et/ou d'isolement en vue d'assurer ma sécurité, celle d'autrui ou celle de la personne dont je suis responsable.

Reconnaissant avoir été dûment renseigné(e) sur le type de contention et/ou d'isolement privilégié soit : _____

(liste des mesures de contrôle)

ainsi que ses modalités d'application.

Reconnaissant avoir été dûment informé(e) par _____
(signature de l'intervenant) _____ (date)

des effets néfastes inhérents à l'utilisation d'une contention et/ou isolement.

**Je ou mon représentant _____ autorise expressément l'application de mesures de
(usager ou son représentant)
contention et/ou d'isolement sur moi (usager ci-haut mentionné) ou sur cette personne lorsque, selon des mécanismes
décisionnels de l'établissement, il sera jugé nécessaire et justifié de les appliquer dans le respect le plus possible de mon (son)
autonomie fonctionnelle.**

Le présent consentement est valable jusqu'à ce que mon (son) état de santé justifie l'arrêt de la mesure ou jusqu'à l'expression de ma volonté de retirer le présent consentement. La fréquence de révision de la pertinence de la mesure dépend du rythme de décision en vigueur tel qu'établi, selon le type de clientèle dans la politique et procédure de l'établissement (no à venir).

_____ Date

_____ Signature de l'usager ou son représentant

_____ Signature du témoin à la signature

Refus de consentement

Je ou mon représentant _____ refuse expressément l'application de mesures
(usager ou son représentant)
de contention et/ou isolement sur moi ou sur l'usager ci-haut mentionné.

_____ Date

_____ Signature de l'usager ou son représentant

_____ Signature du témoin à la signature

Centre de santé et de services sociaux
de Montmagny-L'Islet

**Application d'une mesure de contrôle :
contention physique et isolement**

Identification du client _____

Début de l'application _____ Date et heure _____ Fin de l'application _____ Date et heure _____

Suivi

Contexte non planifié : Appel au médecin, heure _____ Famille avisée, heure _____

Contexte planifié : Consentement _____

Indications _____

Mesures alternatives tentées _____

Consultation demandée _____

Type de mesure de contrôle utilisée _____

Réactions de l'utilisateur _____

Signes vitaux _____

Surveillance _____

Interventions spécifiques _____

Analyse post-situationnelle si contexte non planifié _____

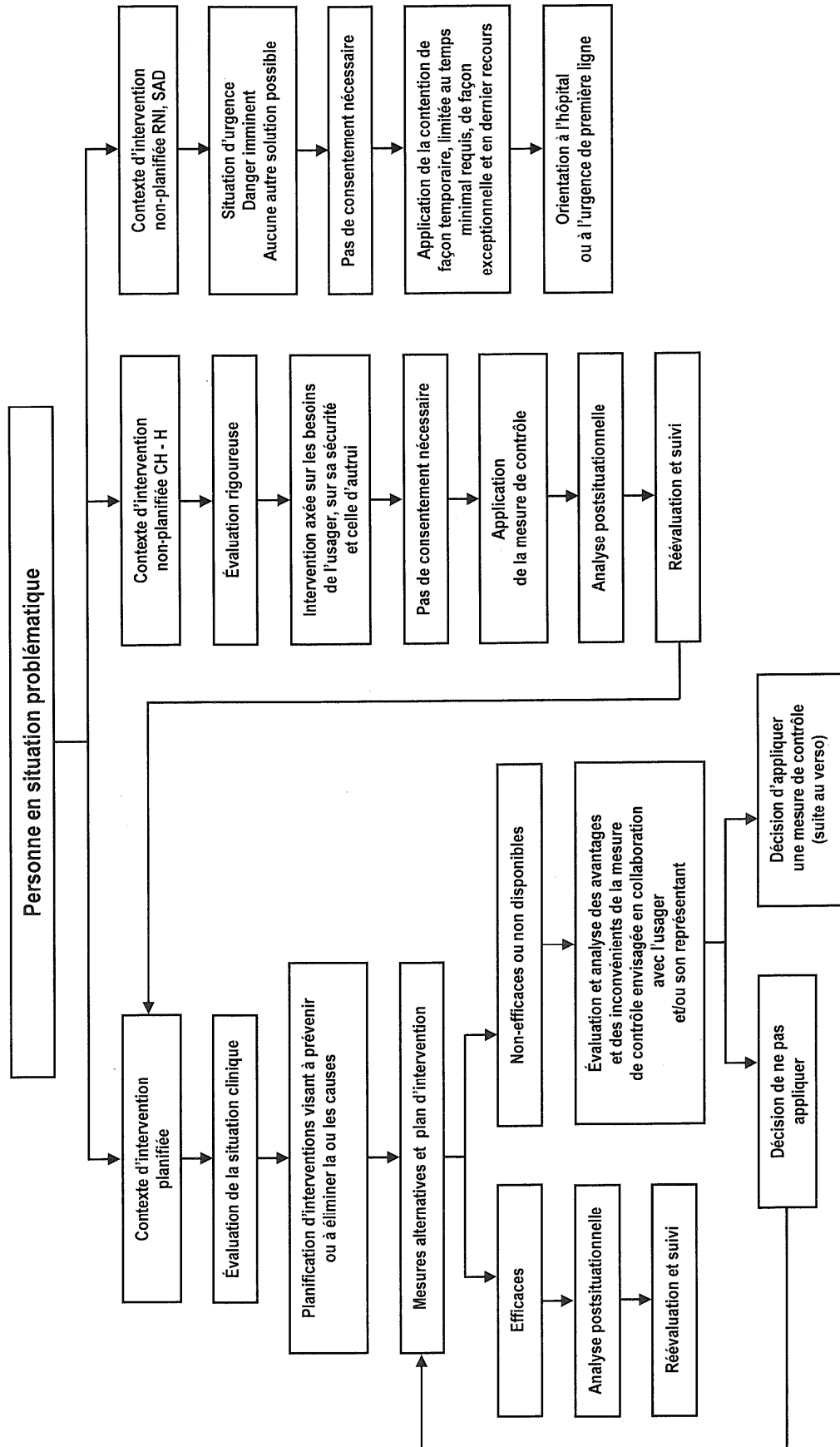
Signature de la personne qui prend la décision _____

Date : _____		
Comportement et condition de l'utilisateur / Mesures de remplacement / Consultation / Signes vitaux		
Nuit	Jour	Soir
Signature :	Signature :	Signature :

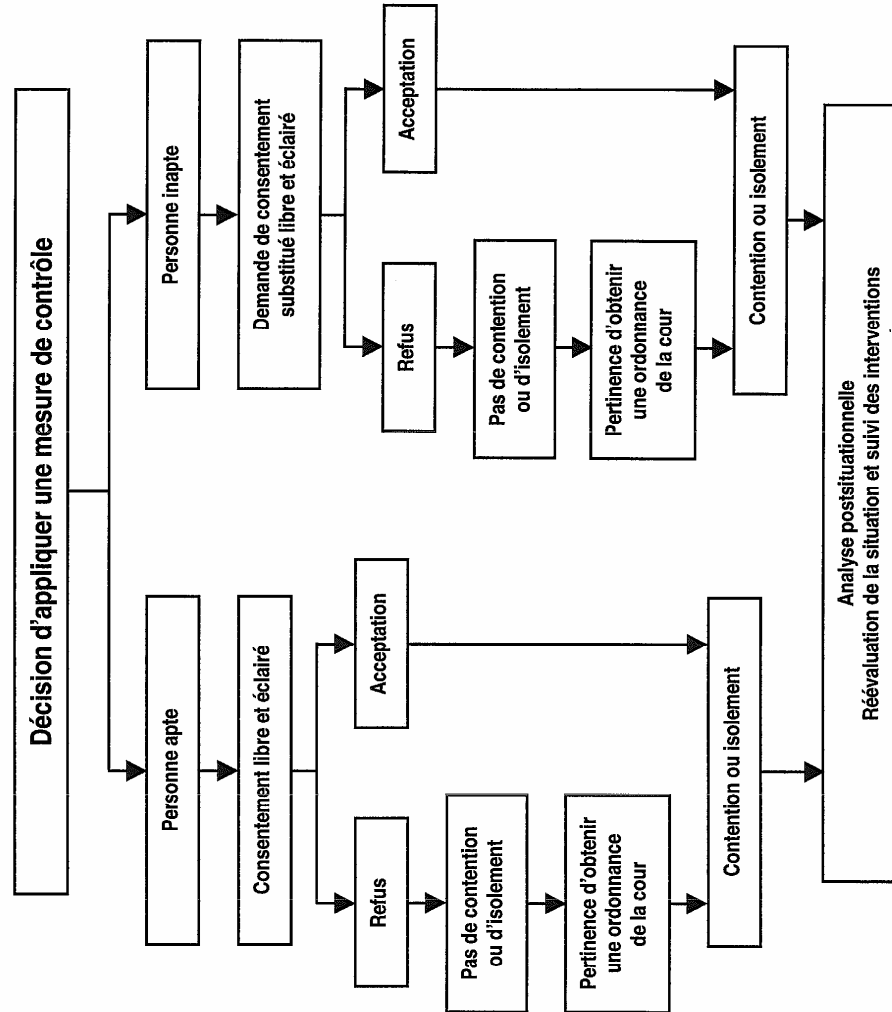
Date : _____		
Comportement et condition de l'utilisateur / Mesures de remplacement / consultation		
Nuit	Jour	Soir
Signature :	Signature :	Signature :

Date : _____		
Comportement et condition de l'utilisateur / Mesures de remplacement / consultation		
Nuit	Jour	Soir
Signature :	Signature :	Signature :

Source : Hôtel-Dieu de Lévis



Processus décisionnel dans une approche interdisciplinaire
Objectif visé : la réduction, voire l'élimination des mesures de contrôle



Références

- Assemblée nationale. *Projet de loi n° 90 (2002, chapitre 33). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Éditeur officiel du Québec. Juin 2002.
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux. *Sujet : Mesure de contention dans une résidence de personnes âgées*. 16 juillet 2007. No 13.
- Charte canadienne des droits et libertés*. Art. 1, 7, 9 et 12.
- Charte des droits et libertés de la personne*. Art. 1, 3, 4 et 9.1.
- Code civil du Québec*. Art. 10, 11 et 15.
- Hôtel-Dieu de Lévis. *Protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Direction des soins infirmiers. 2004-03-09.
- Lauzon S., Adam E. *La personne âgée et ses besoins, interventions infirmières*. ERPI. 1996.
- Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q., chapitre P-31.1) art 7*.
- Loi sur les services de santé et services sociaux, (L.R.Q., chapitre S-4.2) art. 3, 5, 9, 10, 11, 30, 33, 104, 118.1, 172, 233*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. 2002.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Recommandations du bureau du Coroner du Québec sur la prise de signes vitaux lors de l'application d'une mesure de contrôle*. 21 juillet 2007.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi n°90, sanctionné)*. Guide de l'ergothérapeute. Février 2004.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Avril 2003.
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Janvier 2004.
- Orientations du Curateur public concernant le consentement à l'utilisation des mesures de contention et d'isolement chez les personnes qu'il représente*. Le Curateur public du Québec. Décembre 2000.
- Roberge, Roger F. *Peut-on considérer la contention physique comme un bon traitement?* VI^e Colloque de psychogériatrie. Mai 2000.
- Voyer, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. ERPI. 2006.