

Protocole

Application des mesures de contrôle

Contention, isolement et substances chimiques

Direction des services multidisciplinaires



PROTOCOLE

RE-4300-001

Application des mesures de contrôle

Propriétaire : Direction des services multidisciplinaires,
volet pratiques professionnelles

Adopté(e) par : Conseil d'administration

Destinataire(s) : Personnel, médecins et gestionnaires

Date d'entrée en vigueur de la présente version :
(même date que celle de l'adoption)

2017-01-25
(AAAA/MM/JJ)

Date de révision de la présente version :
(variable : 1, 2 ou 3 ans)

2020-01-25
(AAAA/MM/JJ)

Liste des acronymes

CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CCSMTL	Centre intégré universitaire du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
IRD	Institut Raymond-Dewar
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal
ITCA	Intervention thérapeutique lors de conduites agressives
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPQ	Office des professions du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisés
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RI	Ressources intermédiaires
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec

Table des matières

1.	PRÉAMBULE.....	6
1.1.	Orientations ministérielles.....	6
1.2.	Contexte organisationnel	6
2.	OBJET	7
3.	OBJECTIFS.....	7
4.	CHAMPS D'APPLICATION	7
5.	CLIENTÈLES VISÉES	7
6.	PHILOSOPHIE D'INTERVENTION.....	8
6.1.	Valeurs.....	8
6.2.	Approche collaborative et client-partenaire.....	8
7.	CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE ET NORMATIF	9
8.	PRINCIPES ÉTHIQUES ET CLINIQUES.....	10
9.	DÉFINITIONS DES MESURES	12
9.1.	Mesures de contrôle	12
9.1.1.	<i>Contention</i>	13
9.1.2.	<i>Isolement</i>	14
9.1.3.	<i>Substances chimiques</i>	15
9.2.	Mesures de remplacement.....	16
9.3.	Mesures de positionnement	16
10.	ÉNONCÉ DU PROTOCOLE	17
10.1.	Mesures de contrôle autorisées par l'établissement	17
10.1.1.	<i>Contention</i>	17
10.1.2.	<i>Isolement</i>	18
10.1.3.	<i>Substances chimiques</i>	19
10.2.	Recommandation d'une mesure de contrôle	19
10.3.	Contextes d'application.....	20
10.3.1.	<i>Contexte d'intervention non planifiée</i>	20
10.3.2.	<i>Contexte d'intervention planifiée</i>	21
10.4.	Consentement	22
10.4.1.	<i>Consentement libre et éclairé</i>	22
10.4.2.	<i>Refus ou retrait du consentement</i>	23
10.4.3.	<i>Refus catégorique</i>	23
10.4.4.	<i>Régime de protection public</i>	23
10.5.	Démarche décisionnelle	23
10.5.1.	<i>Modèle d'analyse</i>	23
10.5.2.	<i>Étapes du processus décisionnel interdisciplinaire</i>	24

10.6. Rôles et responsabilités.....	29
10.6.1. Membres de l'équipe interdisciplinaire	29
10.6.2. Professionnels habilités.....	29
10.6.3. Gestionnaires	30
10.6.4. Client-partenaire	30
10.6.5. Comités de vigie	30
10.7. Tenue de dossier.....	32
10.7.1. Modalités de consignation	33
10.7.2. Plan d'intervention.....	33
10.7.3. Formulaires harmonisés	33
10.8. Formation	34
10.9. Indicateurs de qualité et de suivi.....	34
10.10.Reddition de compte.....	35
10.11.Mécanismes de plainte.....	36
10.12.Diffusion.....	36
11. RÉFÉRENCES	36
12. DOCUMENTS ASSOCIÉS	39
13. PROCESSUS D'ÉLABORATION	40
ANNEXE I Conséquences liées à l'utilisation d'une mesure de contrôle	41

1. PRÉAMBULE

1.1. Orientations ministérielles

Dans son Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle, le MSSS (2015, p. 3) précise que « le respect de la personne, première valeur à laquelle doivent adhérer les intervenants et les établissements, passe par le respect de sa liberté de mouvement, de sa mobilité et de sa dignité ». Comme le recours à une mesure de contrôle va à l'encontre de cette valeur fondamentale et comporte des risques importants (Annexe I), chaque établissement doit se doter d'un protocole qui encadre l'utilisation (MSSS, 2006). La LSSSS aborde cette obligation :

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 (LSSSS, art. 118.1).

Dès 2002 et réitéré en 2011 et 2015, le MSSS propose des orientations ministérielles promouvant 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 cesser le recours aux mesures de contrôle auprès des personnes qu'ils desservent (MSSS, 2015; Assemblée nationale du Québec, 2016).

1.2. Contexte organisationnel

Le 1^{er} avril 2015 marque l'entrée en vigueur du projet de loi no 10¹ 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 du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) est donc né du regroupement d'établissements publics d'un même secteur dans le cadre de cette réorganisation (MSSS, 2016).

La mission du CCSMTL 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 de qualité, efficaces, efficients, accessibles et qui s'adaptent aux besoins des Québécois. Comme plusieurs des directions de programme du CCSMTL possèdent des désignations universitaires, ces derniers contribuent au développement et au partage des savoirs scientifiques (CCSMTL, 2016).

La majorité des établissements fusionnés lors de la création du CCSMTL avaient déjà des pratiques bien établies et en relative conformité avec les orientations ministérielles en ce qui concerne le recours à une mesure de contrôle. Cependant, les particularités et les besoins des clientèles desservies ainsi que le contexte d'intervention varient d'une direction de programme à l'autre. Ce protocole implique donc une démarche d'harmonisation des pratiques cliniques et administratives organisationnelles. Il vise à normaliser les démarches de réflexion, de prise de décision et d'application des mesures de contrôle au CCSMTL tout en permettant une appropriation distincte à chacune des directions de programme afin de répondre aux particularités, besoins spécifiques et

¹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

processus déjà en place. En ce sens, ce protocole d'application met en lumière les grands principes et directives auxquels le CCSMTL adhère. Il est accompagné de procédures distinctes en matière de recours à une mesure de contrôle pour chacune des directions de programme.

2. OBJET

Le présent protocole d'application des mesures de contrôle a pour but d'encadrer l'utilisation de ces mesures au CCSMTL.

3. OBJECTIFS

Tel que le propose le MSSS (2015), les objectifs plus spécifiquement poursuivis sont de :

- S'assurer du respect des lois et des orientations ministérielles;
- Offrir des balises claires sur lesquelles les directions de programme peuvent s'appuyer dans un objectif d'harmonisation des pratiques;
- Promouvoir le recours aux mesures de remplacement ainsi que les interventions visant à prévenir ou réduire les comportements menant au recours à une mesure de contrôle;
- Réduire au minimum la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle et promouvoir le recours à la mesure la moins contraignante possible, compte tenu des particularités de la personne qui suscite l'intervention et du contexte;
- S'assurer que le recours aux mesures de contrôle respecte la sécurité et les droits fondamentaux des personnes qui suscitent l'intervention;
- Préciser les responsabilités de tous les acteurs concernés;
- Impliquer la personne et ses proches dans le processus;
- 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;
- S'assurer de la mise en œuvre de l'approche collaborative et du partenariat de soins et de services.

4. CHAMPS D'APPLICATION

Ce protocole s'adresse à l'ensemble du personnel, aux médecins et aux gestionnaires du CCSMTL, aux stagiaires provenant d'une maison d'enseignement, ainsi qu'à toute personne liée à l'établissement en vertu d'un contrat/entente de services offerts à la clientèle. Il s'applique à tout moment et en tout lieu si la 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 service.

5. CLIENTÈLES VISÉES

Ce protocole vise toute clientèle desservie par l'une ou l'autre des directions de programme du CCSMTL :

- Programme déficiences;
- Programme jeunesse;
- Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- Programme santé mentale et dépendance;
- Programme santé physique générale et spécialisée.

Le lecteur est invité à se référer aux procédures spécifiques à chacune de ces directions de programme pour de plus amples informations sur les clientèles et milieux d'application visés.

6. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

6.1. Valeurs

Les valeurs organisationnelles qui animent les services offerts sont le respect, l'engagement, la passion et la collaboration (CCSMTL, 2016). 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 écosystémique qui reconnaît que la personne et ses proches 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 la personne, sa famille ou son représentant et les membres de l'équipe interdisciplinaire;
- Le respect des opinions de l'ensemble des personnes concernées par cette décision et le respect de la personne lors de l'application, s'il y a lieu;
- Une réflexion éthique afin que la personne soit toujours au centre des décisions et que sa dignité soit préservée, notamment en se rappelant que le respect de la personne 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 la personne, ses caractéristiques, son histoire, ses expériences antérieures, ses ressources et son environnement.

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

6.2. Approche collaborative et client-partenaire

L'approche collaborative fait référence à un processus dynamique, c'est-à-dire qui évolue dans le temps, réunissant une équipe interdisciplinaire travaillant de façon concertée autour du projet de vie de la personne et de ses proches en offrant des soins et des

services personnalisés, intégrés et continus. L'approche collaborative peut prendre la forme d'échange d'information, de transfert de connaissance, et de prise de décision. Elle prône le partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et des services sociaux et une personne et ses proches en vue d'une prise de décision partagée concernant les services à offrir et les objectifs à atteindre (RUIS, 2012).

De même, le CCSMTL met à l'avant-plan l'approche du client-partenaire, c'est-à-dire que la personne prend part aux décisions et aux actions qui la concernent, que son expertise et son vécu sont reconnus, ses besoins entendus et que le travail auprès d'elle en est un de collaboration (CCSMTL, 2016).

Si l'équipe interdisciplinaire et la personne qui suscite le recours à une mesure de contrôle, sa famille, ses proches ou son représentant, sont en désaccord en regard des orientations à préconiser, des discussions et des compromis (dans le respect des enjeux légaux) doivent permettre de trouver la meilleure solution possible dans l'intérêt de la personne.

7. CADRE LÉGISLATIF, RÉGLEMENTAIRE ET NORMATIF

Plusieurs principes juridiques et déontologiques balisent la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle et son application².

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 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 (LSSSS, art. 118.1).

...et doit être encadré par l'établissement par l'entremise d'un protocole :

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

² Charte canadienne des droits et libertés (droit à la vie, liberté et sécurité, protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraire, protection contre les traitements ou peines cruels et inusités) (art.1,7,9, et 12), Charte des droits et libertés de la personne (Québec) (droit à la vie, sûreté et intégrité de la personne, sauvegarde de la dignité, honneur et réputation) (art.1,3,4,9.1), Code civil du Québec (art. 10,11,12, 14, 15 et 17), 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), Code des professions, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (art. 12), Code criminel (1985) (265), Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) (art. 3, 5, 9, 10, 11, 29 à 76.5, 104, 118.1, 172, 233.1), Loi médicale, Loi sur les infirmières et infirmiers, Règlement sur la classification des services offerts par une RI-RTF.

Aussi, la loi nous rappelle que toute intervention, sauf disposition contraire de la loi, nécessite le **consentement** de la personne ou de son représentant. Il est à noter que, pour les soins non requis, le mineur de 14 ans et plus doit donner son consentement (CcQ, art. 14 et 17).

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de 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'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, 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).

D'autre part, un établissement doit élaborer un plan d'intervention afin d'identifier les besoins prioritaires, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée pendant laquelle les services devront être fournis afin d'assurer la coordination des services dispensés (LSSSS, art. 505, par. 27). À cet effet (LSSSS, art. 10) :

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.

8. PRINCIPES ÉTHIQUES ET CLINIQUES

En plus des obligations juridiques et déontologiques, l'utilisation des mesures de contrôle implique un dilemme éthique qui oppose deux grands principes : la protection versus la liberté de mouvement de la personne. Une réflexion éthique doit donc permettre d'articuler ces principes afin de protéger la personne tout en préservant sa liberté de mouvement.

Inspiré de l'Association des hôpitaux du Québec (2004), le CCSMTL propose **six repères éthiques** pour soutenir la prise de décision à l'égard du recours à une mesure de contrôle, soit :

1. La franchise et la transparence dans la relation avec la personne;
2. La protection de la vie;
3. La qualité de vie;
4. Le respect de l'autonomie individuelle;
5. La justice et l'équité dans la prestation de service;
6. La non-malfaisance, la bienveillance et la dignité de la personne.

En outre, les **orientations ministérielles** élaborées en 2002 et réitérées en 2015 par le MSSS décrivent **six principes directeurs** découlant des balises légales et encadrant les pratiques. Ces principes directeurs doivent être pris en compte et respectés **en tout temps** lors de la décision d'avoir recours à une mesure de contrôle et de son application (MSSS, 2002; 2015).

Principe 1 : 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**.

- Le seul objectif valable pour avoir recours à une mesure de contrôle est de vouloir empêcher la personne de s'infliger, de façon imminente, des blessures, ou d'en infliger à autrui.
- En aucun cas ces mesures ne doivent être utilisées pour punir, menacer, intimider ou modifier le comportement d'une personne ou encore pour solutionner un problème administratif ou pallier à la rareté d'intervenants ou de professionnels.

[...] le mot « lésion » dans le libellé de l'article 118.1 LSSSS fait référence autant aux lésions physiques que psychologiques. Une atteinte à l'intégrité d'une personne peut constituer une lésion.
(Avis juridique du CJM-IU, 25 janvier 2016)

Principe 2 : Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en **dernier recours**.

- La mesure de contrôle doit être utilisée lorsque tous les autres moyens ont échoué et que la sécurité de la personne ou d'autrui est menacée dans l'immédiat.
- Les mesures de remplacement tentées doivent être documentées et consignées au dossier.

Principe 3 : 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.

- 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 personnelles de la personne et de ses expériences antérieures.
- L'application de la mesure doit causer le moins d'inconfort possible et être de la durée la plus courte possible. Cela implique qu'elle doit être cessée dès qu'elle ne s'avère plus nécessaire, donc que la personne ne manifeste plus de conduite dangereuse.
- L'équipe interdisciplinaire doit se pencher sur les balises relatives à la réévaluation de l'état de la personne et à la pertinence du maintien de la mesure de contrôle.

Principe 4 : 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

- L'intervention doit être effectuée dans une perspective de relation d'aide avec, au cœur des préoccupations, le bien-être de la personne, ses besoins et son intérêt.
- Le respect et la dignité de la personne impliquent l'obtention de son consentement libre et éclairé ou celui de son représentant lors d'un contexte d'intervention planifiée.
- L'application de la mesure de contrôle doit être sécuritaire et conforme aux normes et procédures établies. Aucune technique ou matériel non autorisé par l'organisation ne doit être utilisé.
- Tout personnel concerné par l'application d'une mesure de contrôle, y compris ceux ayant un lien contractuel avec l'établissement, doit avoir reçu la formation s'y rapportant.

- Pendant l'utilisation de la mesure de contrôle, les soins requis doivent être offerts et une surveillance adaptée de son application doit être assurée. Il est nécessaire de documenter ces éléments au dossier de la personne.

Principe 5 : L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesure de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des **procédures** et contrôlée afin d'assurer le **respect des protocoles**.

- Chacune des directions de programme du CCSMTL possède une procédure relative à l'application des mesures de contrôle qui lui est propre en fonction des caractéristiques de sa clientèle et des particularités des services offerts.
- Chacune de ces procédures doit être conforme au présent protocole d'application de l'établissement, claire, détaillée, diffusée à l'ensemble du personnel du CCSMTL et disponible à la population.
- De plus, tout incident ou accident survenant lors de l'application d'une mesure de contrôle doit faire l'objet d'une déclaration d'incidents/accidents et d'un suivi de la part de la gestion des risques de l'établissement.

Principe 6 : L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesure de contrôle doit faire l'objet d'une **évaluation** et d'un **suivi** de la part du **conseil d'administration** de chacun des établissements.

- Une structure de vigie est instaurée au sein du CCSMTL (réf. : section 10.6.5 *Comités de vigie*). Les instances locales sont responsables de faire un état de situation au comité central. Ce dernier fait la reddition de compte annuelle au conseil d'administration de l'établissement.
- L'évaluation se fait dans une double perspective. En premier lieu, il importe de valider la pertinence et vérifier le respect des procédures. En deuxième lieu, il faut suivre l'évolution de la situation en lien avec l'objectif de réduire le recours aux mesures de contrôle en favorisant le développement de mesures de remplacement.

9. DÉFINITIONS DES MESURES

9.1. Mesures de contrôle

Tout moyen ayant pour but de maîtriser un mouvement volontaire (fait de façon consciente ou par automatisme) ou de contrôler l'agir ou le comportement de la personne que l'on estime perturbateur, dangereux ou menaçant pour sa propre sécurité ou celle d'autrui (IUGM, 2011 ; OTSTCFQ, 2011).

À l'intérieur du processus décisionnel qui sera discuté plus loin dans le présent document, c'est l'équipe interdisciplinaire accompagnée de la personne et/ou de son représentant et sa famille qui détermine si l'intervention envisagée a pour but d'entraver ou de favoriser la liberté de mouvement ou l'autonomie de la personne et, par le fait même si l'intervention ou l'instrument agit à titre de mesure de contrôle ou non (MSSS, 2015). Les mesures de contrôle incluent la contention, l'isolement et le recours à des substances chimiques.

Mesures d'urgence « Code blanc »

S'il y a l'application d'une mesure de contrôle dans le cas d'une mesure d'urgence « code blanc », les principes de ce protocole et des procédures doivent être respectés.

IMPORTANT : On détermine si une mesure en est une de contrôle en **fonction du but visé** lors de l'application et non en fonction du moyen utilisé (MSSS, 2015)

- **Il s'agit d'une mesure de contrôle si** le but visé est de restreindre la capacité de la personne :
 - D'exécuter un mouvement préjudiciable (ex. : se mordre, se frapper la tête);
 - 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 prévenir son aggravation;
 - Permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire;
 - Fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie;
 - Rendre une personne plus disponible à ses activités quotidiennes.

9.1.1. Contention

Mesure de contrôle qui empêche ou limite la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique [ou instrumental] ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (MSSS, 2002, p. 14; 2015).

9.1.1.1. Contention force humaine

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

- L'intervention physique restrictive a pour objectif d'empêcher la personne de bouger, de limiter sa liberté de mouvement. Dans ce genre d'intervention, le rapport de force est grand et on souhaite maîtriser la personne qui s'oppose et résiste à l'intervention (MSSS, 2015).

Il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle si...

- L'intervention se veut un geste d'accompagnement (ou geste thérapeutique). La personne ne démontre pas ou très peu de résistance et le rapport de force n'entre pas en jeu (MSSS, 2015).
 - Le geste d'accompagnement pourrait être comparé à un geste de rappel ayant pour objectif d'orienter la personne vers un endroit plus approprié à ses besoins ou encore ayant pour but de permettre à la personne de s'apaiser et de s'autoréguler (CJM-IU, 2014).
 - Dans un geste d'accompagnement, la personne a la possibilité de s'en aller ou de se dégager. Par exemple, si l'intervention mène à une escalade du comportement

problématique plutôt qu'à un apaisement, cette dernière doit être interrompue (CJM-IU, 2014).

- Les gestes posés correspondent à des nécessités éducatives ordinaires (ex. : habiller un jeune enfant malgré sa résistance par exemple ou retenir un enfant par la main alors qu'il allait traverser la rue imprudemment). Toutefois, lors de ces interventions, il y a lieu de demeurer vigilant pour éviter qu'une forme normale et nécessaire de communication par le contact physique ne franchisse un seuil au-delà duquel elle devient de la contention (IRD, 2011).
- Le maintien a pour objectif de retenir un geste réflexe lors d'un soin de santé (ex. : lors d'une ponction veineuse).

9.1.1.2. Contention instrumentale/mécanique

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

- L'instrument utilisé a pour objectif de restreindre la mobilité et/ou la liberté de mouvement d'une personne. On fait ici référence à un mouvement volontaire.

Il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle si...

- L'instrument agit à titre de mesure de positionnement (réf. : section 9.3 *Mesures de positionnement*).

9.1.1.3. Retrait/modification d'un équipement ou d'une aide technique

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

- Le retrait ou la modification de l'équipement ou de l'aide technique a pour objectif de restreindre la mobilité ou la liberté de mouvement de la personne (ex. : fauteuil ou chaise roulante basculée pour que la personne ne soit pas en mesure d'en sortir seule, frein au fauteuil roulant, retrait d'un déambulateur, etc.).

Il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle si...

- Le retrait ou la modification de l'instrument ou de l'aide technique a pour objectif un travail de réadaptation physique.

9.1.2. Isolement

Mesure de contrôle qui confine une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement (MSSS, 2002, p. 14; 2015).

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

- La personne est confinée dans une salle d'isolement conçue et prévue à cet effet (réf. : section 10.1.2 *Isolement*).
- La personne est confinée dans un lieu (ex. : chambre...) par un dispositif (ex. : velcro, bande placée sur le plancher, loquet sur une porte menant vers une issue extérieure, demie-porte) ou par une mesure appliquée (ex. : personne placée à l'entrée de la chambre) dans le but de l'empêcher de sortir librement (MSSS, 2015).

L'utilisation d'une demi-porte ne doit pas être favorisée et systématisée (MSSS, 2015).

En raison des risques que ce dispositif comporte, son recours doit être limité aux situations pour lesquelles d'autres moyens plus sécuritaires (porte pleine avec fenêtre, porte $\frac{3}{4}$, etc.) ne sont pas envisageables.

Il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle si...

- La personne est invitée à se retirer d'un lieu commun pour prendre une distance face à un stimulus ou l'aider à se calmer. Elle peut sortir librement de ce lieu lorsqu'elle le désire (MSSS, 2015).
- Le dispositif est utilisé à la demande de la personne dans le but de lui procurer une plus grande intimité et de prévenir l'intrusion des autres dans son espace personnel et elle est en mesure de sortir d'elle-même de ce lieu lorsqu'elle le désire. Ce dispositif doit cependant respecter les normes du Code du bâtiment et de prévention des incendies.
- La personne est en situation de garde en établissement conformément à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001), fait 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 fait l'objet d'un placement en centre de réadaptation en vertu de la LPJ (RLRQ, chapitre P34.1) et est hébergée dans une unité d'encadrement intensif. Cependant, si, en plus de la garde, d'autres mesures de contrôle s'avèrent nécessaires (isolement en chambre, contention ou substance chimique), elles doivent être utilisées conformément au présent protocole.
- L'isolement se fait dans un contexte de prévention des infections (MSSS, 2015).

9.1.3. Substances chimiques

Mesure de contrôle qui limite la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament (MSSS, 2002; 2015). L'utilisation d'une substance chimique à titre de mesure de contrôle doit faire l'objet d'une réflexion interdisciplinaire et suivre le même processus décisionnel afin d'analyser la situation, et ce, même si le médecin est le seul prescripteur possible.

Dans sa prescription, le médecin doit distinguer l'utilisation d'une médication à des fins thérapeutiques, de son utilisation à des fins de mesure de contrôle (MSSS, 2015).

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

- La substance chimique administrée a pour but de diminuer les capacités de la personne en dessous de son niveau de base (ex. : ralentissement du fonctionnement cognitif et/ou moteur en dessous de ses capacités normales, la personne est incapable de vaquer à ses occupations habituelles suite à l'administration de la médication, etc.).

Il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle si...

- La substance chimique est administrée dans le but de favoriser un retour au calme ou au niveau de base de la personne pour la rendre plus disponible à l'intervention.

L'équipe interdisciplinaire doit donc être alerte et offrir une surveillance adéquate suite à l'administration de la médication afin de déceler et noter ses effets et, si cela s'avère pertinent, rapporter l'information au médecin qui a prescrit la mesure ou à l'infirmière qui offre le suivi à la personne dans l'établissement.

9.2. Mesures de remplacement

Aussi appelées mesures alternatives ou préventives, les mesures de remplacement font référence aux interventions qui permettent d'éviter l'utilisation d'une mesure de contrôle lors de l'apparition d'un comportement problématique (MSSS, 2006; 2008).

- Elles visent à prévenir, éliminer ou réduire les causes des réactions et des comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui (MSSS, 2006).
- Elles permettent à la personne de diminuer la tension et de favoriser l'autocontrôle pour un retour au calme, prévenir l'escalade ou la dégradation du comportement (IRD, 2011).
- Elles peuvent mettre l'accent sur l'encadrement de l'environnement d'une personne, être orientées sur la personne elle-même, sur les équipements, sur le déroulement de la routine quotidienne ou sur l'organisation des soins, etc. (IRGLM, 2014).
- Elles peuvent être de nature éducative, prendre la forme d'un geste d'accompagnement, d'une aide technique, etc.

Pour plus d'information, le lecteur est invité à se référer à l'aide-mémoire du MSSS (2008)³ traitant des mesures de remplacement à la contention et à l'isolement.

9.3. Mesures de positionnement

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

Il s'agit donc de tout moyen pouvant empêcher ou limiter un **mouvement non volontaire**⁴ d'une personne dans l'intention d'assurer un soin ou un positionnement adéquat sans viser à contrôler la personne (IUGM, 2011).

Par contre, dans certaines situations, une mesure instrumentale utilisée habituellement à des fins de positionnement peut aussi servir de mesure de contrôle dans des circonstances

³ MSSS (2008). Aide-mémoire : Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. MSSS : Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>.

⁴ Sont considérés comme des mouvements non volontaires les spasmes, les tremblements, les glissements ou des mouvements réflexes. Cependant, soulager une démangeaison en se grattant comporte une phase purement volontaire qui, de ce fait, exclut cette action des mouvements non volontaires (IUGM, 2011).

différentes. Par exemple, l'utilisation d'une tablette fixée au fauteuil roulant dans le but d'augmenter l'autonomie d'une personne à l'heure des repas (positionnement) peut devenir une mesure de contrôle si elle n'est pas retirée après le repas et que son utilisation est prolongée sans but fonctionnel ou thérapeutique (MSSS, 2015). Le personnel clinique doit donc être vigilant à cet égard et assurer une surveillance rigoureuse.

10. ÉNONCÉ DU PROTOCOLE

10.1. Mesures de contrôle autorisées par l'établissement

Les mesures de contrôle peuvent prendre différentes formes (utilisation d'instrument particulier, de techniques d'intervention, de substances chimiques ou de salle d'isolement) et être utilisées dans plusieurs contextes. Comme les causes des accidents liées au recours à une mesure de contrôle sont souvent multifactorielles [manque de surveillance, manque de formation du personnel, utilisation à risque du matériel/technique de contention (MSSS, 2005)], il importe de déterminer avec rigueur les mesures de contrôle autorisées par l'établissement. De plus, certaines contre-indications au recours à une mesure de contrôle (CSSS du Sud-Ouest-Verdun, 2012) peuvent être rencontrées. Par exemple :

- Lorsque la personne a une condition médicale instable pouvant se détériorer de façon significative sous mesure de contrôle;
- Lorsque l'application que l'équipe interdisciplinaire souhaite faire d'un produit est contre-indiquée par son fabricant.

Les sections qui suivent décrivent plus en détail les mesures de contrôle autorisées au CCSMTL. Les comités de vigie sont responsables d'analyser les demandes d'ajout d'un instrument/technique d'intervention à la liste des mesures autorisées au CCSMTL (instances locales) et de les entériner (comité central). Le lecteur est invité à se référer à la section 10.6.5 du présent document pour plus d'informations sur les rôles et responsabilités des comités de vigie.

10.1.1. Contention

10.1.1.1. Contention force humaine

Au CCSMTL, l'application d'une contention force humaine doit se faire selon des approches reconnues qui font la promotion de techniques d'intervention non abusives (ex. : ITCA, Oméga, Intervention physique sécuritaire) et après avoir reçu une formation spécifique sur la technique à utiliser. Le lecteur est invité à se référer aux procédures spécifiques à chaque direction de programme pour plus d'information.

10.1.1.2. Contention instrumentale/mécanique

Les procédures spécifiques à chacune des directions de programme présentent en détail les instruments autorisés à l'intérieur de chaque direction. Le lecteur est invité à s'y référer. Cependant, il importe de mentionner que l'utilisation d'un instrument à titre de mesure de contrôle fait toujours appel au jugement clinique du professionnel qui le recommande et du personnel qui l'utilise. Ainsi, au-delà du dispositif utilisé, le personnel clinique doit impérativement approfondir sa réflexion afin de déterminer si, oui ou non, l'intervention préconisée doit être considérée comme une mesure de contrôle auprès de cette personne en particulier et en fonction de sa situation spécifique.

Le MSSS (2005), dans son guide pour encadrer l'utilisation du matériel de contention, propose des critères d'évaluation de produits à prendre en compte dans le processus décisionnel :

- La sécurité de la personne sous mesure de contrôle et du personnel qui l'applique;
- Le confort et le respect de l'intégrité physique et psychologique de la personne;
- Les éléments liés au produit lui-même (taille, modèle, entretien, inflammabilité, etc.);
- L'apparence du matériel (ex. : les matériaux discrets [couleur, texture]);
- Les situations d'urgence (ex. : en cas d'incendie, la personne sous contention doit pouvoir être évacuée rapidement ou en cas d'urgence médicale, le matériel ne doit pas entraver la réalisation des manœuvres). À cet effet, les dispositifs à clés devraient être minimisés puisqu'ils requièrent une logistique de gestion des clés laborieuses dans les établissements (MSSS, 2005).

En outre, il importe de mentionner que, lors de l'utilisation des mesures de contention mécanique ou instrumentale, les directives d'utilisation du fabricant du produit doivent être suivies. Idéalement, les fabricants devraient être interpellés dans le processus d'identification de l'instrument à utiliser à des fins de contention et quant à son utilisation optimale et sécuritaire (MSSS, 2005).

Enfin, de manière générale, tout matériel « maison » ou adaptation de matériel doit être évité étant donné les risques liés à la sécurité. Si toutefois le matériel devait être adapté, il devrait l'être **selon les spécifications et avec la supervision du professionnel qui en fait la recommandation**, en concordance avec les recommandations du fabricant. Le professionnel qui décide de modifier un produit utilisé à des fins de contention doit documenter sa démarche au dossier de la personne (raisons de la modification, nature de la modification, risques associés, etc.).

Le professionnel qui juge de la nécessité d'une modification doit consulter le représentant pour valider la sécurité des changements envisagés (OEQ, 2008).

10.1.1.3. Retrait ou modification d'un équipement ou d'une aide technique

Le lecteur est invité à se référer aux procédures spécifiques à chaque direction de programme pour plus d'information à ce sujet.

10.1.2. Isolement

La salle d'isolement doit respecter des balises et standards spécifiques tels que décrit dans le document du MSSS (2005) qui concerne l'encadrement de l'utilisation des mesures de contrôle. Le lecteur est donc invité à s'y référer⁵. Ce document stipule que la salle d'isolement est un lieu d'intervention temporaire et de dernier recours qui doit être conçu sur la base des règles suivantes :

- Assurer la dignité et le respect de la personne isolée;
- Assurer la sécurité et le confort de la personne isolée;
- Assurer la surveillance en tout temps;

⁵ MSSS (2005). Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle : matériel de contention et guide d'aménagement d'une chambre d'isolement. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-812-01.pdf>.

- Assurer le déplacement sécuritaire de la personne;
- Éliminer l'utilisation d'armes potentielles.

Les critères d'aménagement de la salle d'isolement concernent notamment (MSSS, 2005) :

- Sa localisation (ex. : à proximité d'un poste d'observation pour permettre une intervention rapide si nécessaire, qui permet une évacuation rapide en cas d'incendie, situé près d'une salle de toilette adaptée avec douche et près d'un accès principal avec des corridors larges et dégagés pour minimiser les déplacements et s'assurer qu'ils sont sécuritaires, etc.);
- Son aménagement (ex. : qui assure un visuel en tout temps sur l'ensemble de la pièce par le biais d'une fenêtre d'observation (pas d'angles morts), dont les équipements et le mobilier sont à l'épreuve de la pendaison et ne comportent pas d'éléments en saillie ou en retrait, dont le mobilier est fixé solidement au sol ou au mur, qui contrôle les stimuli afin d'assurer une atmosphère paisible et tranquille, dont la superficie est fonctionnelle, etc.).

Par ailleurs, le document du MSSS (2005, p.48) « [...] s'applique uniquement à la chambre d'isolement et ne couvre pas l'aménagement de la salle de retrait ni les autres types d'isolement qui pourraient être utilisés dans les établissements ». Ainsi pour une utilisation d'un lieu autre qu'une salle d'isolement, le CCSMTL recommande de s'approcher le plus possible des recommandations faites pour la salle d'isolement, d'en faire une évaluation au préalable pour s'assurer de la sécurité et de consigner au dossier les données en lien avec la sécurité du lieu d'isolement.

10.1.3. Substances chimiques

Les substances chimiques utilisées à des fins de mesure de contrôle doivent être déterminées à ce titre et être prescrites par un médecin.

10.2. Recommandation d'une mesure de contrôle

Le Code des professions ainsi que des orientations ministérielles et 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, selon le Code des professions, une activité réservée⁶ (OPQ, 2012). Ainsi, les professionnels du CCSMTL ont la responsabilité de recommander une mesure de contrôle et d'en déterminer les modalités d'application et de surveillance.

Le MSSS (2015. p.4), stipule que :

La décision d'utiliser des mesures de contrôle doit être planifiée et résulte d'une démarche interdisciplinaire effectuée à la lumière de **l'expertise particulière** de chaque professionnel habilité telle que **balisée par son champ d'exercices**.

⁶ « Une activité réservée signifie qu'elle doit être pratiquée uniquement par les membres des ordres professionnels autorisés à le faire ». OPQ (2016). <http://www.opq.gouv.qc.ca/glossaire/>.

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

Professionnels	Contention	Isolement	Substance chimique
Médecin	OUI*	OUI**	OUI
Infirmière	OUI*	OUI**	NON
Ergothérapeute	OUI*	OUI**	NON
Physiothérapeute	OUI*	NON	NON
Travailleur social	OUI**	OUI**	NON
Psychologue	OUI**	OUI**	NON
Psychoéducateur	OUI**	OUI**	NON
Criminologue	OUI**	OUI**	NON

* Acte réservé en tous lieux.

** Acte réservé lorsque la décision est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris, et ce, en conformité avec leur champ d'expertise respectif.

Il est à noter que, malgré le fait que les professionnels habilités par la loi partagent une activité réservée, ce partage ne signifie pas que celle-ci a la même portée pour chacun. En effet, puisque sa réalisation doit s'effectuer selon les champs de compétences respectifs, les professionnels ne sont pas interchangeable et devraient contribuer distinctement à la réalisation de l'activité réservée. D'ailleurs, bien que la décision d'appliquer une mesure de contrôle soit réservée aux professionnels ci-haut mentionnés, la participation active de chaque membre de l'équipe interdisciplinaire est une condition essentielle pour que la démarche d'évaluation mène à une décision juste, éclairée et documentée (CSSS Jeanne-Mance, 2014).

10.3. Contextes d'application

10.3.1. 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.

La personne qui applique la mesure détermine, en fonction de la situation, la mesure la moins contraignante possible et, même si le consentement de la personne pour intervenir n'est pas nécessaire, sa collaboration est sollicitée. En tout temps, les principes directeurs du MSSS (réf. : section 8 *Principes éthiques et cliniques*) doivent guider les actions à poser.

Le recours à une mesure de contrôle dans ce contexte doit être déclaré à l'établissement en fonction des processus en place dans chacune des directions de programme du CCSMTL.

La situation doit également servir de déclencheur à un processus de réflexion et d'analyse post situationnelle (MSSS, 2015).

Toute personne peut initier une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée pour faire face à un danger grave et imminent pour la personne qui suscite l'intervention ou autrui.

10.3.2. Contexte d'intervention planifiée

L'intervention en contexte d'intervention planifiée, pour sa part, correspond à l'ensemble des actions entreprises en vue d'adresser une problématique connue, c'est-à-dire que le comportement est susceptible de se répéter et présente un risque grave pour la personne ou autrui.

La décision d'utiliser une mesure de contrôle dans un tel contexte ne doit pas être prise à la légère. Elle doit être utilisée en dernier recours, après avoir tenté d'appliquer, sans succès, les mesures de remplacement discutées en équipe interdisciplinaire et avec la personne concernée et ses proches. **En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne peut devenir un mode d'intervention systématique auprès d'une personne qui adopte des comportements à risque** (MSSS, 2015).

Cette décision résulte d'une **réflexion interdisciplinaire**, incluant la personne et sa famille, effectuée à partir des données recueillies concernant la personne, son comportement et sa situation, ainsi que de l'expertise de chaque professionnel habilité en fonction des balises prévues par son champ d'exercices (MSSS, 2015). Il est donc essentiel de requérir les expertises professionnelles pertinentes avant de prendre la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle et des mesures de remplacement à mettre en place.

Pour être considérée comme une mesure de contrôle planifiée, la mesure de contrôle doit :

- Faire l'objet d'un ***Processus décisionnel interdisciplinaire et modalité d'application des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée*** (disponible sur intranet) suite aux constats d'échec des mesures de remplacement préalablement tentées;
- Faire l'objet d'une recommandation de la part de deux professionnels habilités et de modalités d'application et de surveillance spécifiques (réf. : section 10.5.2 *Étapes du processus décisionnel interdisciplinaire*);
- Faire l'objet d'un consentement de la personne concernée ou de son représentant (réf. : section 10.4 *Consentement*);
- Être encadrée par des interventions (PI, PSI, PTI);
- Faire l'objet d'un suivi (réf. : section 10.5.2.6. *Réévaluation et ajustements*).

10.4. Consentement

Une mesure de contrôle est considérée comme un soin apporté à la personne et, tel que le stipule la LSSSS (art. 9) :

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

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévue aux articles 10 et suivant du Code civil.

10.4.1. Consentement libre et éclairé

Le recours à une mesure de contrôle doit donc faire l'objet d'un consentement libre (la personne le donne de son plein gré, sans crainte, menace, pression ou promesse) et éclairé (la personne donne son consentement en toute connaissance de cause en ayant reçu toutes les informations pertinentes dans un langage qu'elle comprend).

Pour s'en assurer, l'aptitude à consentir doit être évaluée minutieusement pour chaque intervention et, lorsque la personne est inapte, un consentement substitué est requis.

La personne ou son représentant doit avoir reçu des **informations claires et accessibles** en lien avec l'application de la mesure (CSSS du Sud-Ouest–Verdun, 2012; CRDITED 2016) :

- La justification de la mesure;
- Les buts thérapeutiques poursuivis;
- La mesure de contrôle retenue;
- L'endroit (au lit, au fauteuil) et le moment (jour, soir, nuit) où la mesure sera appliquée;
- La durée de la validité de la mesure de contrôle;
- Les effets négatifs possibles de l'application et de la non-application de la mesure;
- Les risques encourus de l'application et de la non-application de la mesure;
- Les soins et la surveillance à assurer lors de l'application de la mesure;
- Le processus de révision de la mesure.

La personne qui consent à la mesure doit s'assurer d'y préciser l'intervalle de temps pour lequel elle autorise l'application de la mesure décrite (dates de validité du consentement). Le consentement doit **avoir une durée maximale d'un an suivant la date de signature.**

Le consentement obtenu doit être écrit (formulaire disponible sur intranet), exceptionnellement verbal, de la part de la personne visée par la mesure ou son représentant, à l'exception de son recours en contexte d'intervention non planifiée (urgence).

10.4.2. Refus ou retrait du consentement

Toute personne apte à consentir est en droit de retirer son consentement à tout moment, par écrit ou verbalement. Toutefois, si la personne retire son consentement au moment d'appliquer la mesure de contrôle et que son comportement présente un risque réel de lésion pour elle-même ou autrui, le personnel est légitimé d'agir en fonction de l'article 13 du Code civil du Québec :

En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Le consentement est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne (CcQ, art. 13).

10.4.3. Refus catégorique

Il arrive que, malgré l'obtention du consentement du représentant, la personne inapte refuse catégoriquement la mesure de contrôle proposée. À cet effet, le 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 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit (CcQ, art. 16).

10.4.4. Régime de protection public

Pour ceux qui sont 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 fin⁷, 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.

10.5. Démarche décisionnelle

La pertinence thérapeutique de l'utilisation des mesures de contrôle doit relever d'un jugement clinique ainsi que d'une validation interdisciplinaire. La décision de recourir à une mesure de contrôle doit, en outre, respecter les principes directeurs décrits à la section 8 du présent document et s'appuyer sur des faits réels et objectifs.

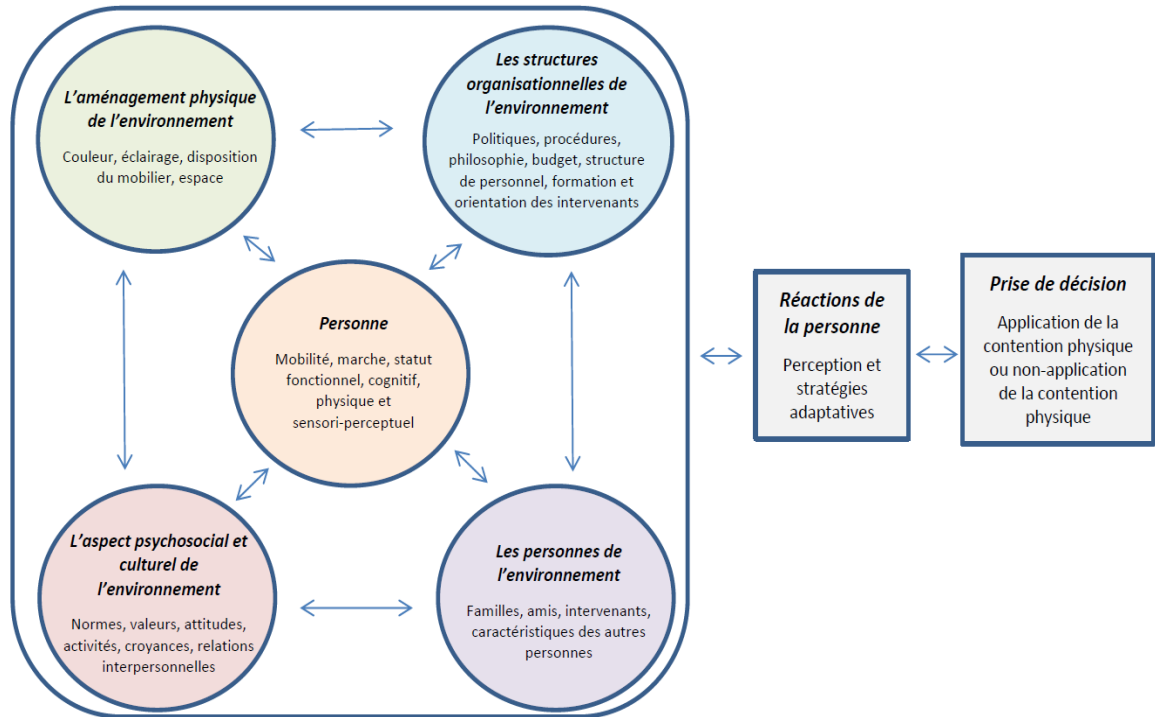
10.5.1. Modèle d'analyse

L'analyse de l'équipe interdisciplinaire doit s'appuyer sur une démarche rigoureuse, structurée et un modèle qui prend en compte l'ensemble de la personne et de son environnement afin de bien comprendre le comportement qui suscite le recours à une mesure de contrôle et les mesures de remplacement à prioriser.

⁷ http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/form_dem_consent_mesure.pdf

Le MSSS (2006) propose le modèle Kayser-Jones (1992) qui illustre cinq composantes à considérer pour soutenir la décision (Figure 1). Ce modèle met en relief les interactions entre la personne et les différentes composantes de son environnement pour expliquer l'apparition du comportement problématique qui suscite le recours à la mesure. Ce modèle stipule aussi que la réduction du recours à la mesure dépend de la mise en place de stratégies visant à modifier les composantes environnementales tout autant que que des interventions directes auprès de la personne.

Figure 1 : Modèle Kayser-Jones (1992) (traduit et adapté par Gagnon et Roy, 2006)



Source : MSSS (2006), Partie 3.1 Modules essentiels, Module Kayser-Jones : Un cadre de référence pour guider le changement de pratique, p. 11.

10.5.2. Étapes du processus décisionnel interdisciplinaire

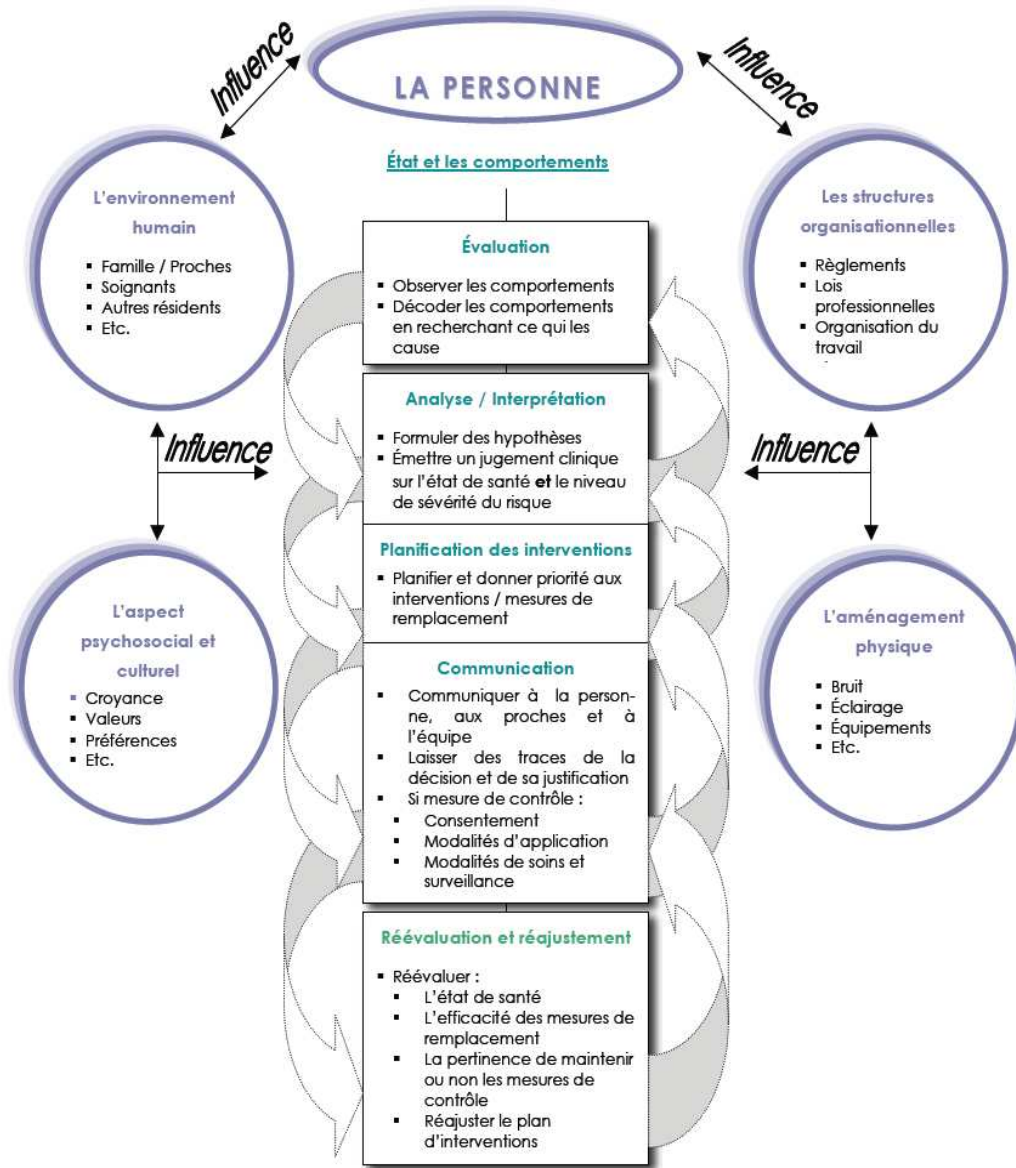
La meilleure décision possible quant au recours à une mesure de contrôle demande donc une approche globale, un processus rigoureux et structuré et l'évaluation des cinq composantes du modèle Kayser-Jones ou d'un autre modèle biopsychosocial reconnu. Chaque situation est unique et nécessite qu'une équipe interdisciplinaire accompagnée de la personne ou de son représentant procède à une évaluation de la situation, à une planification de l'intervention et à une réévaluation régulière pour réexaminer constamment la nécessité et pertinence de recourir à une mesure de contrôle. De façon plus spécifique au CCSMTL, bien que l'équipe interdisciplinaire puisse être composée de l'ensemble des intervenants et professionnels œuvrant auprès de la personne, il est exigé qu'au moins deux professionnels habilités réfléchissent et co-signent la recommandation de recours à une mesure de contrôle. Pour une contention chimique, la réflexion d'y avoir recours ou non doit inclure au moins deux professionnels habilités, même si la prescription signée du médecin fait office de recommandation.

Pour accompagner la démarche, un formulaire harmonisé intitulé **Processus décisionnel interdisciplinaire et modalités d'application des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée** doit obligatoirement être utilisé pour toutes les mesures de contrôle.

Au CCSMTL, il est exigé qu'au moins deux professionnels réfléchissent et co-signent la recommandation de recours à une mesure de contrôle.

Le MSSS (2006) propose cinq étapes pour actualiser le processus décisionnel lié au recours à une mesure de contrôle. Ces étapes sont illustrées à la figure 2 ci-après.

Figure 2 : Schéma intégré du processus de prise de décision (adapté de Roy 2005; Gagnon et Roy 2006; Makoul et Clayman 2006)



Source : MSSS (2006), Partie 3.1 Modules essentiels, Module prise de décision : Le processus de prise de décision, p. 16.

10.5.2.1. Contexte d'intervention non planifiée (situation d'urgence)

Le processus de recours à une mesure de contrôle débute généralement par une situation d'urgence ou non planifiée. Dans ce contexte, l'évaluation et l'analyse de la situation problématique doivent être rapides et rigoureuses et le choix d'une mesure de contrôle doit s'appuyer sur l'ensemble des informations que l'intervenant possède sur la personne et non seulement sur la situation en cours.

De plus, même dans un tel contexte, le travail interdisciplinaire est souhaitable. Rappelons que dans une telle situation, l'obtention du consentement de la personne ou de son représentant n'est pas requise. Cependant, le représentant doit être avisé de la situation dans les plus brefs délais. De plus, même lorsque l'intervention se déroule dans un contexte d'intervention non planifiée, les principes directeurs doivent guider les actions à poser. Une **analyse post situationnelle** doit également être effectuée en abordant les thèmes présentés à la section suivante. Cette rencontre doit aussi permettre d'intégrer, le cas échéant, des mesures de remplacement dans le plan d'intervention de la personne (MSSS, 2015).

10.5.2.2. Évaluation de la situation

En contexte d'intervention planifiée, l'équipe interdisciplinaire fait une évaluation globale et rigoureuse de la situation clinique en impliquant la personne et ses proches dans le but d'identifier les causes des comportements observés. Pour ce faire, l'équipe procède à une collecte de données appropriées sur :

- Les facteurs de risque;
- Les besoins;
- Les causes, les déclencheurs;
- La fonction du comportement;
- Les conditions d'apparition du comportement;
- Les mesures de remplacement susceptibles d'améliorer la situation, etc.

Puisque les causes d'un comportement sont généralement multifactorielles, l'ensemble des composantes du modèle Kayser-Jones doit être pris en compte (personne, structures organisationnelles, aménagement physique, aspect psychosocial et culturel, environnement humain) (MSSS, 2006).

Il peut arriver que l'équipe interdisciplinaire se rende compte que des investigations plus pointues sont nécessaires pour approfondir la compréhension de la problématique. D'autres professionnels avec une expertise pertinente peuvent donc se joindre aux réflexions de l'équipe interdisciplinaire.

10.5.2.3. Analyse et interprétation des informations

À cette étape, l'équipe interdisciplinaire formule et valide des hypothèses. Pour ce faire, les membres de l'équipe posent un jugement clinique à partir de l'analyse et l'interprétation des données collectées. Cette étape permet aussi à l'équipe interdisciplinaire de déterminer les priorités dans l'intervention en collaboration avec la personne et ses proches (MSSS, 2006).

10.5.2.4. Planification des interventions

Si le recours à la mesure de contrôle s'avère toujours pertinent et nécessaire suite aux étapes précédentes, l'équipe interdisciplinaire planifie 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) et les mesures de remplacement à tenter pour réduire, voire cesser l'utilisation de la mesure.

Lors de la phase de planification de l'intervention, l'équipe interdisciplinaire s'assure qu'au moins deux professionnels habilités sont en mesure d'émettre une **recommandation** de la mesure sélectionnée (réf. : section 10.5.2 *Étapes du processus décisionnel interdisciplinaire*), que des **modalités d'application** qui encadrent l'utilisation de la mesure sont déterminées et que le **consentement** de la personne ou de son représentant est obtenu.

Les interventions visant à prévenir ou à éliminer la ou les causes de la situation problématique font l'objet d'un **plan d'intervention** interdisciplinaire impliquant la personne et ses proches. Les alternatives à l'utilisation de mesures de contrôle sont également examinées.

La planification doit aussi prévoir les **mécanismes de suivi**, de **surveillance** et de **cessation** de l'application de la mesure de contrôle qui devront être utilisés systématiquement dans l'ensemble des milieux où elle sera appliquée. L'objectif de ces 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 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).

10.5.2.5. Communication des informations

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 la personne qui nécessite le recours à la mesure de contrôle et ses proches. Il est donc essentiel que la personne 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 interdisciplinaire et la continuité des soins. Cette tenue de dossier peut prendre la forme de résumé de rencontre d'équipe, de notes d'évolution en lien avec l'application de la mesure de contrôle et des mesures de remplacements, du plan d'intervention ou encore des formulaires ***Processus décisionnel interdisciplinaire et modalités d'application des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée*** et ***Consentement/refus à l'application de mesures de contrôle***, etc. De plus, il faut impérativement 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 (MSSS, 2006).

10.5.2.6. Réévaluation et ajustements

À chaque application de la mesure de contrôle, le personnel en présence s'assure qu'elle est utilisée en dernier recours et qu'elle est la moins contraignante possible. La mesure doit être retirée aussitôt que le comportement que l'on souhaite empêcher n'est plus présent.

Le personnel s'assure aussi que la mesure est utilisée en conformité avec les modalités d'application prévues et qu'une surveillance adaptée est réalisée et consignée au dossier de la personne par l'entremise des outils prévus à cet effet.

La mesure de contrôle doit être réévaluée dans les délais prescrits par chaque direction de programme. Il est à noter que certaines situations plus aiguës requièrent une fréquence de réévaluation plus élevée. Lors de ces révisions, et même à tout moment entre ces révisions, s'il s'avère que le recours à la mesure de contrôle n'est plus nécessaire, elle doit être cessée. Lorsque la décision de cesser une mesure est prise, il importe de s'assurer que les professionnels qui ont prescrit ou recommandé la mesure sont impliqués dans le processus décisionnel.

Les réévaluations se font en équipe interdisciplinaire en collaboration avec la personne et ses proches. Ces rencontres offrent aux parties prenantes la possibilité de mettre en commun leur connaissance de la personne et de recenser toutes les nouvelles informations utiles pour bien analyser la situation et ainsi mieux planifier la diminution de l'utilisation de la mesure de contrôle.

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

- L'efficacité des mesures de remplacement tentées;
- Les changements dans la nature, la fréquence et l'intensité du ou des comportements ciblés par la mesure de contrôle;
- Les changements dans le contexte de vie de la personne;
- Les apprentissages de la personne;
- Les impacts physiologiques, psychologiques et psychosociaux de l'application de la mesure sur la personne;
- La planification de la cessation (délai, surveillance, mesures de remplacement à mettre en place jusqu'à la prochaine réévaluation, etc.).

10.5.2.7. Soins et surveillance

Le personnel doit assurer une surveillance constante durant l'application de la mesure de contrôle afin de s'assurer de la sécurité de la personne et de l'entourage, mais aussi que les besoins de la personne sont répondus (alimentation, hydratation, hygiène, etc.) (MSSS, 2015).

Les modalités de surveillance doivent être déterminées par les professionnels habilités qui ont émis la recommandation avec le soutien de l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. Elles doivent inclure des éléments tels que (MSSS, 2015) :

- L'évaluation de la personne avant, pendant et après l'application de la mesure;
- La durée d'application de la mesure;
- Les éléments à surveiller durant l'application;

- La fréquence de la surveillance durant l'application;
- La personne responsable de la surveillance;
- La fréquence de surveillance spécifique au retrait de la mesure de contrôle.

Comme chaque situation est unique, la question de la fréquence et des modalités de surveillance relève du jugement clinique de l'équipe interdisciplinaire. 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).

Dans le cas du recours à une mesure de contention instrumentale, des directives claires pour s'assurer que le matériel utilisé est en bon état et ne risque pas de générer des blessures à la personne sont aussi de mise. Ces paramètres de surveillance doivent se retrouver dans un outil de collecte de données afin de faciliter l'analyse de la situation lors des rencontres de réévaluations de la mesure de contrôle (MSSS, 2015).

10.6. Rôles et responsabilités

Lors de la mise en place d'une mesure de contention, d'isolement ou de substances chimiques à titre de mesure de contrôle, plusieurs acteurs sont sollicités et mobilisés.

10.6.1. Membres de l'équipe interdisciplinaire

L'équipe interdisciplinaire peut être composée de différents professionnels, de tout membre du personnel clinique, ou encore de tout membre du personnel de ressources ou d'organisation ayant un lien contractuel ou une entente avec l'établissement. De façon générale, le rôle des membres de l'équipe interdisciplinaire est de :

- Connaître, comprendre et appliquer le protocole d'application des mesures de contrôle de l'établissement et la procédure qui y est associée dans la direction de programme;
- Impliquer la personne ou son représentant dans le processus de prise de décision qui la concerne;
- Participer à l'identification des besoins de la personne et proposer des alternatives à la mesure de contrôle;
- Collaborer à la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle, identifier la mesure qui est la moins contraignante possible et la plus adaptée pour la personne, en fonction de son champ de compétence;
- Appliquer la mesure de contrôle conformément aux modalités d'application et au plan d'intervention, selon ses fonctions, et s'assurer d'avoir les habiletés et les connaissances requises pour le faire de façon sécuritaire et adéquate;
- Réévaluer la mesure de contrôle dans les délais prévus;
- Assurer la surveillance et la tenue de dossier requise lors de l'application de la mesure de contrôle.

10.6.2. Professionnels habilités

En plus de posséder les mêmes rôles et responsabilités que les membres de l'équipe interdisciplinaire, les professionnels peuvent avoir la responsabilité de :

- Recommander/prescrire une mesure de contrôle;
- Déterminer les modalités d'application et de surveillance;
- Offrir du soutien à l'équipe interdisciplinaire (ex. : coaching), lorsque nécessaire, en lien avec les modalités d'application de la mesure de contrôle;
- Offrir du soutien/faire un retour auprès de la personne ou de son représentant pour laquelle une mesure de contrôle a été appliquée.

10.6.3. Gestionnaires

Les gestionnaires sont imputables de l'encadrement et du suivi de l'utilisation des mesures de contrôle dans leurs services. Ainsi, ils s'assurent que (CSSS Jeanne-Mance, 2014) :

- Le personnel est informé du protocole d'application des mesures de contrôle de l'établissement et de la procédure associée spécifique à leur direction de programme et s'y conforme;
- Le personnel est adéquatement formé afin de pouvoir appliquer les mesures de contrôle de façon sécuritaire;
- Les mesures de contrôle sont réévaluées dans les délais prescrits;
- Le personnel reçoit le soutien nécessaire afin de pouvoir favoriser le recours aux mesures de remplacement et ainsi diminuer le recours aux mesures de contrôle;
- Le registre lié à l'application des mesures de contrôle de leurs services est bien tenu et la reddition de compte demandée est réalisée dans les temps.

10.6.4. Client-partenaire

Le client-partenaire est au centre de la démarche. Il (ou son représentant) doit être impliqué tout au long du processus d'application de la mesure de contrôle, qu'il s'agisse de déterminer la pertinence et la nécessité d'y avoir recours, le type de mesure de contrôle à utiliser, les mesures de remplacement à tenter jusqu'à la cessation du recours à la mesure de contrôle.

10.6.5. Comités de vigie

Les comités de vigie œuvrent à deux niveaux dans l'objectif de permettre l'actualisation des spécificités de chaque direction de programme. Ainsi, le comité central est responsable de la reddition de compte au conseil d'administration du CCSMTL et les instances locales (par direction de programme) sont responsables de la mise en œuvre du protocole d'application et des procédures qui y sont associées.

10.6.5.1. Comité central des mesures de contrôle

- Le **mandat** de ce comité est de :
 - Développer, réviser et s'assurer de la mise en œuvre du protocole d'application des mesures de contrôle au CCSMTL;
 - Représenter le CCSMTL pour toutes demandes extérieures qui concernent les mesures de contrôle ou déléguer un représentant;
 - Analyser toutes demandes de modification du protocole d'application et les présenter au conseil d'administration du CCSMTL;
- Analyser et autoriser toutes demandes de modification des procédures en matière de mesures de contrôle propres aux directions de programme;

- Approuver la liste officielle des mesures de contrôle autorisées par l'établissement;
Colliger la reddition de compte annuelle de chacune des directions de programme;
 - Déposer la reddition de compte annuelle au conseil d'administration pour l'ensemble du CCSMTL.
- La **composition** de ce comité est :
 - Directeur adjoint, DSM, volet des pratiques professionnelles;
 - Directrice adjointe, DSI, volet des pratiques professionnelles;
 - Directeur adjoint, DSP, volet médical;
 - Conseillère-cadre des pratiques professionnelles, DSM, volet des pratiques professionnelles;
 - Conseillère-cadre des soins infirmiers, DSI, volet des pratiques professionnelles;
 - Membre de la DQEPE;
 - Client-partenaire;
 - Peut s'adjoindre tout autre partenaire selon les besoins.
 - La **fréquence** de ce comité est de 3 à 4 rencontres annuellement.

10.6.5.2. Instance locale des mesures de contrôle

L'instance locale des mesures de contrôle peut être intégrée à une structure existante à l'intérieur de la direction de programme ou peut être créée pour répondre à cette attente. Par exemple, certaines directions de programme se sont dotées d'un comité des pratiques professionnelles à l'intérieur duquel les mesures de contrôle sont abordées.

- Cette instance contribue à la mise en œuvre d'une approche collaborative en matière de mesures de contrôle. Elle promeut également la coresponsabilité des dossiers-clés dans notre établissement. Plus spécifiquement, cette instance locale a pour **mandat** de :
 - S'assurer du respect du protocole d'application des mesures de contrôle au CSSMTL dans sa direction de programme;
 - Participer au développement, à la révision et à l'application de la procédure en matière de mesures de contrôle propre à sa direction de programme;
 - Contribuer au développement d'outils afin de consolider les connaissances en matière de mesure de contrôle;
 - Apporter au comité central toutes demandes de modification de la procédure en matière de mesures de contrôle propre à sa direction de programme;
 - Planifier le déploiement et l'actualisation du protocole d'application et de la procédure clinique dans l'ensemble de ses directions adjointes;
 - Identifier les stratégies d'implantation;
 - Identifier les besoins et les stratégies de formation quant aux pratiques professionnelles;
 - Contribuer à la diffusion de la documentation et des directives en lien avec le protocole;

- Gérer les demandes d'ajout à la liste officielle de l'établissement des mesures de contrôle autorisées, les analyser en fonction des critères établis et les déposer au comité central pour autorisation officielle;
 - S'assurer que les critères d'aménagement des salles d'isolement sont respectés;
 - Soutenir le transfert de connaissances en lien avec les mesures de contrôle;
 - Répondre à titre de consultant à des situations complexes, litigieuses et/ou récurrentes;
 - Déterminer des cibles d'action pour réduire au maximum le recours aux mesures de contrôle;
 - Gérer le processus d'amélioration continue de la pratique professionnelle;
 - Contribuer aux audits, prendre connaissance des résultats, analyser les résultats, émettre des recommandations et s'assurer de la présence d'un plan d'action, lorsque nécessaire;
 - Réaliser la reddition de compte en respect à la procédure et l'acheminer au comité central.
- La **composition** suggérée pour les instances locales est :
 - Gestionnaire de la direction clinique;
 - Conseillère-cadre des pratiques professionnelles, DSM, volet des pratiques professionnelles;
 - Conseillère-cadre des soins infirmiers, DSI, volet des pratiques professionnelles;
 - Membre, volet médical;
 - Spécialiste en activité clinique ou agent de planification, de programmation et de recherche, DSM, volet des pratiques professionnelles;
 - Conseiller clinique en soins infirmiers, DSI, volet des pratiques professionnelles;
 - Professionnels représentatifs de la direction de programme;
 - Client-partenaire.
 - La **fréquence** de ce comité est laissée à la discrétion de la direction de programme en fonction de ses propres enjeux.

10.7. 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.

En somme, toutes les informations significatives liées à l'application d'une mesure de contrôle sont consignées au dossier de la personne :

- 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 leur efficacité;
- Réactions de la personne face aux mesures de contrôle et de remplacement appliquées;
- Processus décisionnel, y compris lors des révisions/réévaluations;
- Personnes impliquées dans le processus de décision, d'autorisation et d'application;
- Transmission de l'information aux personnes pertinentes;
- Consentement.

10.7.1. Modalités de consignation

Les originaux des documents requis dans le cadre du recours à la mesure de contrôle, notamment le formulaire *Processus décisionnel interdisciplinaire et modalités d'application des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée*, et le formulaire de *Consentement/refus à l'application de mesures de contrôle* doivent se retrouver au dossier papier et/ou au dossier informatisé de la personne. Des résumés de rencontres liées aux mesures de contrôle doivent aussi être consignés dans une note d'évolution conformément aux modalités en cours dans chacune des directions de programme du CCSMTL.

10.7.2. Plan d'intervention

Le plan d'intervention est un outil clinique important qui implique la participation active de la personne ou de son représentant et des proches et qui soutient l'intégration des interventions de l'équipe interdisciplinaire. Il énonce :

- Les besoins de la personne et leur mise en priorité;
- Les objectifs spécifiques ou les résultats attendus (mesurables, vérifiables ou observables);
- Les interventions de l'équipe (type, fréquence, séquence);
- La durée prévisible des interventions;
- L'identification des intervenants responsables;
- Les dates de révision.

Le plan d'intervention assure donc la coordination des services dispensés à la personne par les divers intervenants concernés de l'établissement. Conformément aux orientations du MSSS (2015), le recours à une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée doit faire l'objet d'un objectif au plan d'intervention visant la diminution voire la cessation du recours à cette mesure par le biais de mesures de remplacement.

10.7.3. Formulaires harmonisés⁸

Le formulaire faisant état du *Processus décisionnel interdisciplinaire et modalités d'application des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée* et le formulaire de *Consentement/refus à l'application de mesures de contrôle* doivent obligatoirement être utilisés au CCSMTL. Ces formulaires ont pour objectif de soutenir le processus de

⁸ Ces documents sont disponibles sur l'intranet sous les liens suivants : *Les outils cliniques/Programmes de soins et de service/Mesures de contrôle*.

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 CCSMTL.

10.8. Formation

Le plus rapidement possible après l'embauche, le personnel œuvrant auprès des clients, incluant ceux de la liste de rappel, et les médecins doivent recevoir une formation sur le thème des mesures de contrôle, y compris ceux de la liste de rappel. Des activités de rafraîchissement et d'approfondissement devront aussi être offertes au besoin. À cet effet, les instances locales doivent jouer un rôle dans l'identification des besoins et le déploiement des formations dans leur direction de programme respective.

La formation relative aux mesures de contrôle pour le personnel doit se retrouver dans le Plan de développement des ressources humaines (PDRH) de l'établissement.

Des dispositions doivent être prises également sur la formation et le soutien aux milieux ayant un lien contractuel avec l'établissement.

Par ailleurs, le CCSMTL encourage les formations relatives aux problématiques reconnues pour susciter le recours aux mesures de contrôle afin d'outiller le personnel clinique à bien comprendre la problématique rencontrée et les interventions à favoriser afin de limiter au maximum le recours aux mesures de contrôle. On pense notamment à la gestion des troubles graves du comportement ainsi que l'intervention auprès des personnes présentant des déficits cognitifs, des profils sensoriels particuliers ou encore des enjeux importants au niveau de la communication, pour ne nommer que celles-là.

10.9. Indicateurs de qualité et de suivi

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 (CSSS Jeanne-Mance, 2014).

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 couverts 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 révision;
- La tenue de dossier;
- Le respect des critères d'aménagement des salles d'isolement;
- La formation et le soutien des professionnels.

Les audits sont réalisés annuellement. L'analyse des résultats et le suivi des recommandations sont faits par les instances locales concernées. Les plans d'action réalisés dans le cas échéant, sont communiqués au comité central. Des outils communs tels qu'un **Aide-mémoire**, une **Grille d'audit** et une **Grille d'audit d'observation** (formulaires disponibles sur intranet) ont été développés.

Le **Gemba** est un autre moyen mis à la disposition des gestionnaires pour identifier des pistes d'amélioration en se rendant sur le terrain pour constater et comprendre comment se vit l'application du protocole et des procédures en lien avec les mesures de contrôle. Un **Guide de marche Gemba** est proposé afin de structurer les visites sur le terrain (disponible sur intranet).

10.10. Reddition de compte

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. Ainsi, le Conseil d'administration du CCSMTL reçoit une reddition de compte annuelle de la part du comité central de vigie, tel que prévu à l'article 118.1 de la LSSSS.

Cette reddition de compte porte notamment sur la prévalence du recours aux différents types de mesures de contrôle au cours de la dernière année dans les différentes directions cliniques du CCSMTL. Plus particulièrement, la reddition de compte doit porter sur :

Nombre total de mesures de contrôle

Nb. de contentions	Nb. avec force humaine	Nb. non planifiée	Durée moyenne :
		Nb. planifiée	Durée moyenne
	Nb. retrait de l'aide/équipement	Nb. non planifiée	Durée moyenne
		Nb. planifiée	Durée moyenne
	Nb. mécanique /instrumentale	Nb. non planifiée	Durée moyenne
		Nb. planifiée	Durée moyenne
Nb. d'isolement		Nb. non planifiée	Durée moyenne
		Nb. planifiée	Durée moyenne
Nb. de substance chimique		Nb. non planifiée	Durée moyenne
		Nb. planifiée	Durée moyenne

Ainsi que sur :

- Le nombre de personnes distinctes concernées (total et par type de mesure de contrôle, planifiée et non planifiée);
- 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 lié à l'application d'une mesure de contrôle.

À cette occasion, un bilan qualitatif avec des cibles d'actions visant la réduction voire la cessation du recours aux mesures de contrôle est aussi rédigée par les instances locales des directions de programme.

10.11. Mécanismes de plainte

La personne ou ses proches peuvent vouloir signifier leur désaccord ou 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. Ils peuvent ainsi, en tout temps, s'adresser à un membre du personnel ou au gestionnaire pour obtenir des explications. Ils peuvent également porter à l'attention du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, leur insatisfaction à l'égard de l'utilisation d'une mesure de contrôle. Ils peuvent, à leur demande, être aidés et accompagnés d'une personne de leur choix dans leur démarche (Gouvernement du Québec, 2015).

Le bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CCSMTL est responsable du respect des droits de la clientèle, de leur satisfaction et du traitement de leur plainte (CCSMTL, 2015). Cette dernière peut être faite verbalement ou par écrit, de façon confidentielle. Le lecteur est invité à se référer à la procédure disponible au <https://www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/le-ciusss/plaintes-et-satisfaction/>.

10.12. Diffusion

Le CCSMTL met à la disposition de sa population et de son personnel, l'information concernant l'application des mesures de contrôle. Des documents de vulgarisation (ex. : dépliants) sont aussi disponibles.

Toute l'information est disponible sur le site Internet du CCSMTL

11. RÉFÉRENCES

Assemblée nationale du Québec (2009). Projet de loi n° 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Québec. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html>.

Assemblée nationale du Québec (2016). Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : Observations, conclusions et recommandations. Québec. <http://www.ledevoir.com/documents/pdf/rapport-chsld.pdf>.

Association des hôpitaux du Québec (2004). Cadre de référence sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement, Montréal.

CCSMTL (2015), Plan d'organisation du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <http://ccsmtl.intra.mtl.rtss.qc.ca/fileadmin/CIUSSS/MonCIUSSS/LeCIUSSS/OffreService/PlanOrganisationCIUSSS.pdf>. Site Internet consulté le 2016-06-09.

CCSMTL (2016). Mon CIUSSS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Mission, vision et valeurs. <http://ccsmtl.intra.mtl.rtss.qc.ca/index.php?id=21677>. Site Internet consulté le 2016-04-13.

CJM-IU (2014). Procédure d'application du règlement no 6 relatif à l'utilisation des mesures de contention envers un jeune hébergé au CJM-IU. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : Montréal.

CJM-IU (2014). Procédure d'application du règlement no 7 relatif à l'utilisation des mesures d'isolement envers un jeune hébergé au CJM-IU. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : Montréal.

CJM-IU (2014). Règlement no 6 relatif à l'utilisation des mesures de contention envers un usager hébergé du CJM-IU. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : Montréal.

CJM-IU (2014). Règlement no 7 relatif à l'utilisation des mesures d'isolement envers un usager hébergé au CJM-IU. Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : Montréal.

CJM-IU (2016). AVIS JURIDIQUE / Sens à donner au terme « lésion » à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Avis juridique du contentieux de la constituante Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire : Montréal.

CSSS Jeanne-Mance (2014). Programme interprofessionnel de prévention et réduction des contentions. Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance : Montréal.

CSSS du Sud-Ouest–Verdun (2012). Protocole d'application des mesures de contrôle : contention et isolement. Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun : Montréal.

Curateur public du Québec (2015). Le consentement aux soins.
<http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/personne/consentement.html>.

DSM (2016). Protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (DI-TSA). CCSMTL, Constituante CRDITED de Montréal : Montréal.

IRGLM (2014). Politique d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention & isolement. Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal : Montréal.

IUGM (2011). Manuel de gestion – Utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement) à l'égard des usagers. Institut universitaire de gériatrie de Montréal : Montréal.

IUGM (2012). Règle de soins infirmiers SI-04 - Activité clinique : Décision, application et surveillance d'une contention et d'un isolement. Institut universitaire de gériatrie de Montréal : Montréal.

Gouvernement du Canada (2016). Loi sur le système de justice pénale pour adolescents.
<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/y-1.5/page-1.html>.

Gouvernement du Québec (2016). Charte des droits et libertés de la personne. Québec.
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-12>.

Gouvernement du Québec (2016). Code civil du Québec. Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>.

Gouvernement du Québec (2016). Loi sur les services de santé et les services sociaux. Québec.
<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?&digest=>.

Gouvernement du Québec (2016). Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>.

Gouvernement du Québec (2016). Loi sur la protection de la jeunesse. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>

Kayser-Jones, J. (1992). Culture, Environment, and Restraints: A Conceptual Model for Research and Practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 11, pp. 13-20.

MSSS (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec : Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf>.

MSSS (2005). Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle : Matériel de contention - Évaluation de produits - Guide pour la conception - Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec : Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-812-01.pdf>.

MSSS (2006). Programme de formation : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec : Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000790/>.

MSSS (2008). Aide-mémoire : Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec : Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>.

MSSS (2011). 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, Gouvernement du Québec : Québec. <http://www.iusmm.ca/documents/MSSS2011.pdf>.

MSSS (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, Gouvernement du Québec : Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>.

MSSS (2016). Réseau, Réorganisation du réseau, Portrait organisationnel. <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait>. Site Internet consulté le 2016-04-13.

OEQ (2008). Guide de l'ergothérapeute : Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier. Ordre des ergothérapeutes du Québec.

OEQ (2006). Les mesures de contention, de la prévention à leur utilisation exceptionnelle : Guide de l'ergothérapeute. Ordre des ergothérapeutes du Québec. https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Lignes_directrices_Contention.pdf.

OPQ (2013). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif, Office des professions du Québec : Québec.

http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf.

OPQ (2016). Code des professions. Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>.

OPQ (2016). Glossaire : Activité réservée. Site Internet de l'Office des professions du Québec.

<http://www.opq.gouv.qc.ca/glossaire/>.

OTSTCFQ (2011). Lignes directrices : Décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris. OTSTCFQ : Montréal.

<https://www.otstcfq.org/docs/lignes-directrices/lignes-directrices-contention-isolement.pdf?sfvrsn=1>

RUIS (2012). Pratique collaborative : engagement et leadership. Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) : Université de Montréal. 91 pages.

12. DOCUMENTS ASSOCIÉS

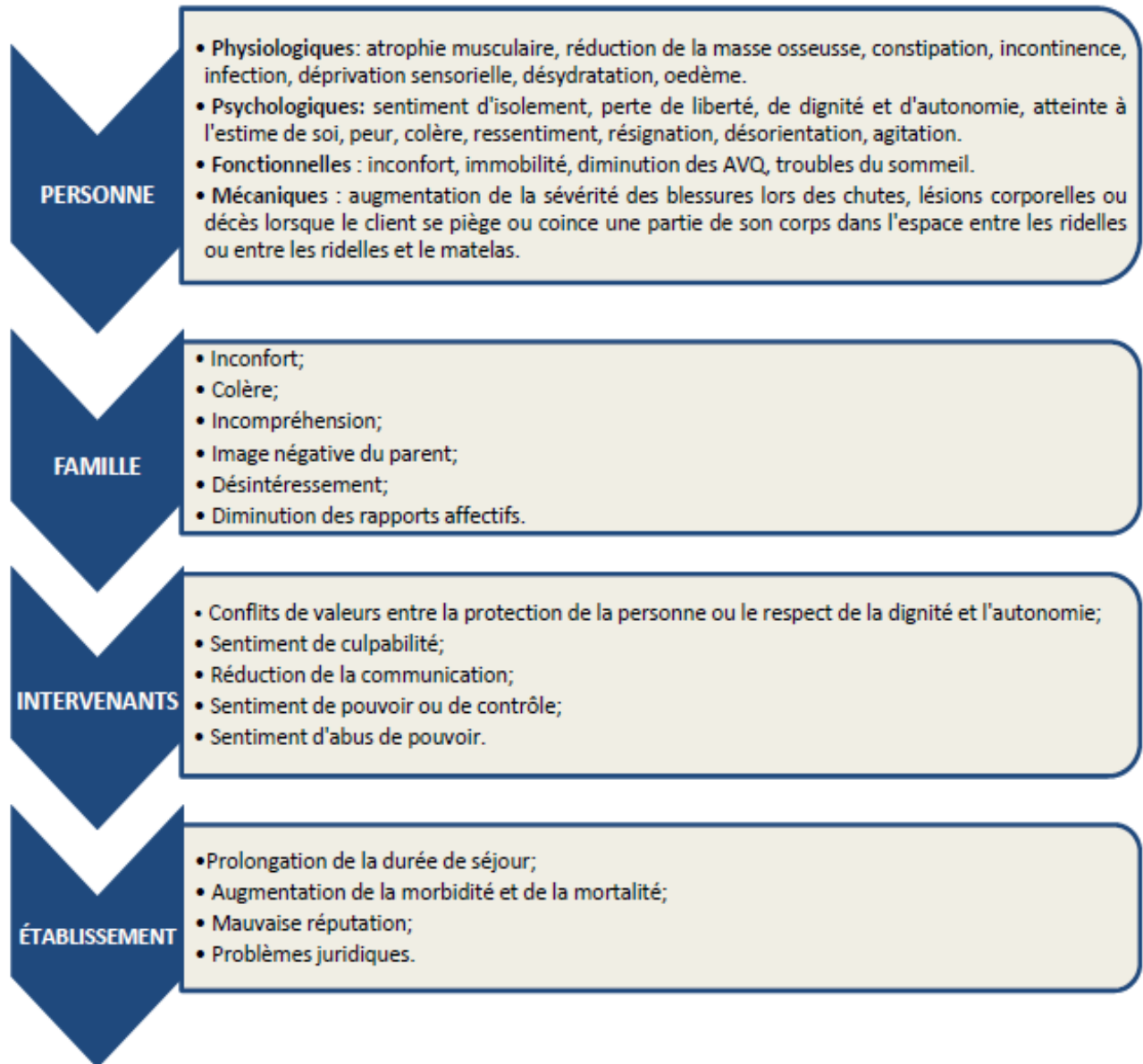
- Procédure d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, Direction adjointe Continuum en DI-TSA 1re, 2e et 3e ligne et Direction adjointe Continuum des services de réadaptation en milieux de vie substitués.
- Procédure d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, Direction adjointe Continuum en déficience physique 1re, 2e et 3e ligne.
- Procédure d'application des mesures de contrôle : contention et isolement, Direction du programme jeunesse.
- Procédure d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, Direction du programme santé mentale et dépendance.
- Procédure d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.
- Procédure d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, Direction du programme santé physique générale et spécialisée.

13. PROCESSUS D'ÉLABORATION

Auteurs du document
<ul style="list-style-type: none">- Audrée COURCHESNE, agente de planification, de programmation et de recherche, DSM- Caroline LAVIGNE, spécialiste en activités cliniques, DSM- Virginie BERRIT, agente de planification, de programmation et de recherche, DSM- Carol-Ann LANGLOIS, conseillère-cadre en soins infirmiers, DSI- Karl KABOLAMBI, clinicien en pratique avancé en soins infirmiers, DSI <p>Sous la coordination de Isabelle COURSOL, conseillère-cadre, DSM</p>
Réviseur du document
<ul style="list-style-type: none">- Isabelle COURSOL, conseillère-cadre, DSM
Personne/s ou instance/s consultée/s
<ul style="list-style-type: none">- Andrée-Anne LABONTÉ, adjointe administrative, DSM- Jocelyne HUARD, patient-partenaire- Marcela FERRADA, patient-partenaire- Dre Laila ISMAIL, DSP- Dre Sophie ZHANG, DSP- Dre Julie LAJEUNESSE, DSP- Dre Élisabeth PÉNIN-POCARD, DSP- Dr David BARBEAU, DSP- Dr Marc-André BENOIT, DSP- Jacques DROLET, directeur adjoint performance organisationnelle, DQÉPÉ- Michel CRÉPEAU, chef de service performance, analyste et évaluation, DQÉPÉ- Miré SARALTA, agente de planification, de programmation et de recherche, DQÉPÉ- Any BROUILLETTE, conseillère à l'éthique, DQÉPÉ- Bruno DES LAURIERS, avocat, DRHCAJ- Bruce LAPOINTE, chef de service des mesures d'urgence et de la sécurité, DAPSOS- Michelle DIONNE, directrice de la protection de la jeunesse, DPJ- Maryse ST-ONGE, directrice Programme déficiences, DI-TSA-DP- Lesley HILL, directrice Programme jeunesse- Mme Ginette SENEZ, directrice Programme soutien aux personnes âgées, SAPA- Bonita LAAU, directrice Programme santé mentale et dépendance, SMD- Dr Guy BISSON, directeur adjoint des services professionnels, volet médical, DSP- Louis ROCHELEAU, directeur adjoint des services multidisciplinaires, volet pratiques professionnelles, DSM- Carole COSTO, chef de service au développement de la pratique et normes de pratiques, DSM- Johanne OUIOMET, chef de service soutien à l'encadrement clinique et à l'harmonisation des pratiques, DSM- Marcela FERRADA-VILEDA, directrice adjointe des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles, DSI- Nancy BRUNET, directrice adjointe qualité, risque et éthique, DQÉPÉ- Louis LECLERC, chef de service contentieux, secteur clinique, DRHCAJ

Annexe I Conséquences liées à l'utilisation d'une mesure de contrôle

Figure 1. Conséquences suite à l'utilisation d'une mesure de contrôle



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal**

Québec

