

CADRE DE RÉFÉRENCE APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS)
DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉTHIQUE, DE LA PERFORMANCE ET DU PARTENARIAT
DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Adopté par le conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie – CHUS le 16 septembre 2019

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Rédaction

Frigon, Serge, TS, M. Serv. soc., conseiller cadre-clinique, Direction des services multidisciplinaires

Grégoire, Maryse, Inf. B. Sc., M.A., conseillère cadre clinicienne, Direction des soins infirmiers

Leblanc, Véronique, M.A., M.A.P., conseillère cadre – Qualité et sécurité des soins et des services, Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat

Révision

Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

MISE EN CONTEXTE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté les établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour mettre en place des mesures afin de diminuer, voire cesser le recours aux mesures de contrôle (contention physique, substance chimique et isolement) auprès des personnes qu'ils desservent.

« 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). »

Le MSSS (2015) dans ses orientations promeut une philosophie d'intervention, des règles éthiques et des principes directeurs sur lesquels tout établissement doit baser le recours à une mesure de contrôle.

La majorité des établissements fusionnés lors de la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS avaient déjà des pratiques bien établies et en relative conformité avec les orientations ministérielles quant au recours à une mesure de contrôle. Ce cadre de référence se veut être 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 tout en permettant une appropriation distincte à chacune des directions afin de répondre aux particularités, besoins spécifiques et processus déjà en place.

En ce sens, ce présent cadre de référence met en lumière les grands principes auxquels le CIUSSS de l'Estrie – CHUS adhère. Il devra être accompagné, pour chacune des directions, de protocoles distincts adaptés selon les besoins et spécificités des secteurs et clientèles.

Ce cadre de référence vient remplacer les versions antérieures produites par les différents établissements intégrés au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

TABLE DES MATIÈRES

1. OBJECTIFS	1
2. CHAMPS D'APPLICATION	1
3. CLIENTÈLES VISÉES	1
4. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION	2
4.1 APPROCHE COLLABORATIVE ET PARTICIPATION DE L'USAGER	2
5. CADRE JURIDIQUE	2
6. PRINCIPES DIRECTEURS	3
7. DÉFINITIONS ET APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE	4
7.1 CONTENTION	5
7.1.1. Contention physique	5
7.1.2. Force humaine	5
7.1.3. Mesures de surveillance constante	5
7.1.4. Retrait/modification d'un équipement ou d'une aide technique	6
7.2 ISOLEMENT	6
7.3 SUBSTANCES CHIMIQUES	7
8. MESURES DE REMPLACEMENT	7
9. MESURES DE POSITIONNEMENT	7
10. CONTEXTES D'APPLICATION	8
10.1 CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE	8
10.2 CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE	9
11. PROCESSUS DÉCISIONNEL INTERDISCIPLINAIRE	9
11.1 ÉVALUATION DE LA SITUATION À RISQUE	12
11.2 ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	12
11.3 PLANIFICATION DES INTERVENTIONS	12
11.4 COMMUNICATION INTERDISCIPLINAIRE	12
11.5 SOINS/SERVICES ET SURVEILLANCE	13
11.6 RÉÉVALUATION	13
12. CONSENTEMENT	14
12.1 NOTION GÉNÉRALE DU CONSENTEMENT	14
12.2 CONSENTEMENT EN SITUATION D'INTERVENTION PLANIFIÉE	15
12.3 CONSENTEMENT EN SITUATION D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE (URGENTE)	16
12.4 L'USAGER SOUS RÉGIME DE PROTECTION PUBLIC	16

13. RÔLES ET RESPONSABILITÉS.....	16
13.1 USAGER.....	16
13.2 COMITÉ D'AMÉLIORATION CONTINUE – MESURES DE CONTRÔLE.....	17
13.3 DIRECTIONS CLINIQUES.....	17
13.4 GESTIONNAIRES RESPONSABLES DE SECTEUR/SERVICE	18
13.5 ASSISTANT-INFIRMIER-CHEF/ASSISTANT DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT/ASSISTANT- CHEF/PROFESSIONNEL AYANT DES FONCTIONS DE COORDINATION	19
13.6 ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE	19
13.7 PROFESSIONNELS HABILITÉS À DÉCIDER PAR LA LOI.....	20
13.8 INTERVENANTS NON HABILITÉS À DÉCIDER.....	21
14. TENUE DE DOSSIERS	22
14.1 PLAN D'INTERVENTION	22
15. ACHAT ET ENTRETIEN DU MATÉRIEL.....	23
16. FORMATION.....	24
17. DÉCLARATION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS	24
18. MÉCANISMES DE PLAINTÉ	25
19. INDICATEURS QUALITÉ, SUIVI ET REDDITION DE COMPTES.....	25
19.1 Bilan annuel.....	26
20. RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE ET DES PROTOCOLES.....	26
BIBLIOGRAPHIE	32

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : MODÈLE KAYSER-JONES (1992)	10
FIGURE 2 : SCHÉMA INTÉGRÉ DU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION	11

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : PRÉCISIONS RELATIVES AUX PROFESSIONNELS HABILITÉS.....	20
--	----

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : GRILLE D'AUDIT – APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE.....	27
--	----

LISTE DES ACRONYMES

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
CA	Conseil d'administration
CAC	Comité d'amélioration continue
C.c.Q.	Code civil du Québec
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CII	Conseil des infirmières et des infirmiers
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPSSSU	Comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers
DQEPP	Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et partenariat
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
IPQSS	Instance de pilotage de la qualité des soins et des services
ITCA	Intervention thérapeutique lors de conduites agressives
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSI	Méthode de soins infirmiers
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPQ	Office des professions du Québec
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de services individualisés
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RI-RTF	Ressource intermédiaire-ressource de type familial
RPA	Résidence privée pour aînés
SIGPAQS	Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services
SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services

1. OBJECTIFS

Tel que le propose le MSSS (2015), les objectifs poursuivis par ce cadre de référence sont :

- D'assurer le respect des lois et des orientations ministérielles;
- D'offrir des balises claires sur lesquelles les directions peuvent s'appuyer dans un objectif d'harmonisation des pratiques;
- De préciser les responsabilités de tous les acteurs concernés;
- D'impliquer l'usager et ses représentants légaux dans le processus;
- De prévoir des mécanismes de vigie et d'encadrement de la pratique;
- De 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;
- De réduire la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle et promouvoir le recours à la mesure la moins contraignante possible;
- D'assurer la mise en œuvre de l'approche collaborative et du partenariat de soins et de services.

2. CHAMPS D'APPLICATION

Ce cadre de référence s'adresse à l'ensemble de la communauté, incluant les médecins du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et toute personne liée à l'établissement en vertu d'un contrat ou d'une entente de soins et de services offerts à la clientèle, dont les ressources intermédiaires (RI), les ressources de type familial (RTF) ainsi que les services à domicile où des professionnels de l'établissement peuvent intervenir. Il s'applique à tout moment et en tout lieu dans le cadre d'une prestation de soins de santé et de services sociaux.

Ce cadre de référence vient guider les différentes directions dans le but d'élaborer leurs protocoles respectifs.

3. CLIENTÈLES VISÉES

Toute clientèle desservie par les directions cliniques est visée par le présent cadre. Chaque direction clinique doit élaborer un protocole spécifique pour ses différentes clientèles en tenant compte des milieux de soins ou de vie respectifs.

4. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

Les valeurs organisationnelles qui animent les services offerts sont **l'humanisme, l'engagement et l'adaptabilité** (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 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 :

- Que l'utilisateur soit toujours au centre des décisions et que sa dignité soit préservée tout en assurant sa sécurité;
- Une connaissance approfondie de l'utilisateur : ses caractéristiques, son histoire, ses expériences, sa culture, ses croyances, ses convictions religieuses, ses expériences antérieures, ses ressources et son environnement;
- Une attention particulière à la prévention et à la diminution, voire la cessation, du recours aux mesures de contrôle;
- Le recours à une approche systémique reconnaissant que l'utilisateur et ses représentants légaux doivent être mis à contribution avec l'équipe de professionnels dans la recherche de solutions et leur application;
- Une communication continue, transparente, ainsi que le respect des opinions entre l'utilisateur, sa famille ou son représentant et les membres de l'équipe interdisciplinaire;
- Une démarche rigoureuse et professionnelle soutenue par les meilleures pratiques.

Le témoin d'une intervention qui va à l'encontre de ces valeurs ou du recours abusif à une mesure de contrôle doit aviser promptement les autorités compétentes.

4.1 APPROCHE COLLABORATIVE ET PARTICIPATION DE L'USAGER

L'approche collaborative fait référence à un processus dynamique qui évolue dans le temps, réunissant une équipe interdisciplinaire travaillant de façon concertée avec l'utilisateur et ses proches ou son représentant légal en offrant des soins et des services personnalisés, intégrés et continus.

De même, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS met à l'avant-plan la participation de l'utilisateur à prendre part aux décisions et aux actions qui le concernent, le fait que son expertise et son vécu soient reconnus, ses besoins entendus et que le travail auprès de lui en est un de collaboration.

5. CADRE JURIDIQUE

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

Le Code civil du Québec (C.c.Q.) prévoit que toute intervention, sauf disposition contraire de la loi, nécessite le consentement de la personne ou de son représentant (art. 11).

Exceptionnellement, l'article 13 du C.c.Q. rappelle que :

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

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne. »

De plus, l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (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.

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

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

Parallèlement, les professionnels de l'établissement doivent se conformer aux exigences de leurs ordres professionnels; plus spécifiquement, ils doivent élaborer un plan d'intervention afin d'identifier les besoins prioritaires, les objectifs à poursuivre ou les moyens à utiliser ainsi que la durée pendant laquelle les services devront être fournis afin d'assurer la coordination des services dispensés.

L'article 10 de LSSSS prévoit également que :

« 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 service individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. »

Découle de ces balises légales et réglementaires l'obligation d'élaborer un protocole afin de se conformer au « Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle » (MSSS, 2015), tout en respectant les caractéristiques des différentes clientèles.

6. PRINCIPES DIRECTEURS

Le MSSS (2002, 2015) a déterminé six principes directeurs découlant des balises légales et encadrant les pratiques cliniques. Ces principes directeurs doivent être pris en compte et être respectés en tout temps.

1^{er} principe

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

2^e principe

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

3^e principe

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

4^e principe

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

5^e principe

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

6^e principe

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

La décision d'utiliser ou non des mesures de contrôle comporte des enjeux éthiques liés à la protection de la sécurité, au respect de la liberté, de l'intégrité, de l'autonomie et de la dignité de la personne.

Les principes éthiques suivants devraient guider la prise de décision à l'égard du recours à une mesure de contrôle :

- La protection de la vie et la qualité de vie;
- Le respect de l'autonomie individuelle;
- La bienveillance, la bienveillance et la dignité de la personne;
- La prise de décision doit être guidée par la franchise et la transparence dans la relation.

7. DÉFINITIONS ET APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Les mesures de contrôle incluent la contention, l'isolement et le recours à des substances chimiques. La surveillance constante est également une mesure de contrôle et doit être balisée¹.

Toute application d'une mesure de contrôle doit se faire dans un contexte de risque imminent.

NOTE : Un risque imminent est un événement pouvant provoquer des préjudices à l'usager ou à autrui immédiatement. Un risque imminent est à distinguer d'un risque probable. Par exemple, la seule présence d'agitation, de confusion (délirium), d'errance, de problème d'équilibre (risque de chute) et même d'agressivité ne constitue pas nécessairement un danger imminent (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2018).

¹ CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS, *Procédure interdisciplinaire relative à la surveillance constante*, 2018, 22 p.

7.1 CONTENTION

La contention est une mesure de contrôle qui empêche ou limite la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap (MSSS, 2015).

Ainsi, l'équipe interdisciplinaire doit impérativement approfondir son évaluation afin de déterminer au préalable si l'intervention préconisée doit être considérée comme une mesure de contrôle auprès de cette personne en fonction de sa situation spécifique. Par exemple, si la contention physique agit à titre de mesure de positionnement (voir la section 9), il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle.

On détermine si une mesure de contrôle en est une **en fonction du but visé** et non en fonction du moyen utilisé.

- **Il s'agit d'une mesure de contrôle si** le but visé est de restreindre la capacité de la personne à :
 - Exécuter un mouvement préjudiciable (ex. : se mordre, se frapper la tête);
 - Exécuter un mouvement socialement inacceptable et préjudiciable (ex. : attouchement sexuel non sollicité);
 - Adopter une posture ou une position à risque (ex. : grimper sur le rebord d'une fenêtre);
 - Se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent.

7.1.1. CONTENTION PHYSIQUE

Le matériel utilisé a pour objectif de restreindre la mobilité ou la liberté de mouvement d'une personne. Les types de contentions physiques autorisées dans chacune des directions sont à préciser par la direction concernée.

Le recours à une contention physique fait toujours appel au jugement et à l'évaluation clinique du professionnel qui détermine son application selon son champ de pratique et du personnel qui l'utilisera.

7.1.2. FORCE HUMAINE

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 l'on souhaite maîtriser la personne qui s'oppose et résiste à l'intervention dans un objectif de sécurité lors d'un danger imminent.

Dans ce contexte, la force humaine doit se faire selon des approches reconnues qui font la promotion d'intervention non abusive (ex. : le protocole de gestion de comportements perturbateurs, la formation Oméga). Les professionnels utilisant ce type d'intervention doivent être formés dès leur entrée en poste et un maintien des compétences doit être assuré par de la formation continue.

7.1.3. MESURES DE SURVEILLANCE CONSTANTE

La surveillance constante est un type de contention utilisée dans un contexte de risque imminent, et ne doit être envisagée qu'en dernier recours. Son utilisation doit faire l'objet d'une évaluation et d'une réévaluation quotidienne par l'équipe professionnelle autorisée. Au même titre que les autres mesures de contrôle, l'usager, son représentant légal/famille/proche sont impliqués dans la recherche de solution. Il est de la responsabilité de l'équipe de professionnels de s'assurer que le consentement a été obtenu.

Ce type de mesure devra être intégré au protocole sur les mesures de contrôle pour chaque secteur d'activités où la surveillance constante est autorisée. Cette mesure se distingue de la surveillance étroite qui n'est pas une mesure de contrôle et implique une surveillance selon une fréquence définie selon le requis de la situation. À titre indicatif, se référer à la procédure interdisciplinaire relative à la surveillance constante du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2018).

7.1.4. RETRAIT/MODIFICATION D'UN ÉQUIPEMENT OU D'UNE AIDE TECHNIQUE

Le retrait ou la modification d'un équipement ou d'une aide technique ayant pour objectif de restreindre la mobilité ou la liberté de mouvement de la personne (ex. : fauteuil ou chaise roulante basculés pour que la personne ne soit pas en mesure d'en sortir seule, frein au fauteuil roulant (que l'utilisateur ne peut retirer seul), retrait d'un déambulateur, etc.) sont considérés comme une mesure de contrôle.

Par contre, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle si le retrait ou l'adaptation du matériel ou de l'aide technique a pour objectifs la mise en place d'une intervention de réadaptation physique et l'augmentation de l'autonomie de l'utilisateur (voir la section 9).

7.2 ISOLEMENT

L'isolement est une mesure de contrôle qui confine une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement (MSSS, 2015).

Il s'agit d'une mesure de contrôle si la personne est confinée dans une chambre d'isolement qui doit être conçue et prévue à cet effet. L'utilisation d'une chambre d'isolement doit respecter des balises et des standards spécifiques, tels que décrits dans le document du MSSS (2005) qui concerne l'aménagement et l'encadrement d'une chambre d'isolement. Il y est stipulé que la chambre d'isolement est un lieu d'intervention temporaire et de dernier recours.

Par ailleurs, le MSSS précise uniquement ce qui s'applique 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 (ex. : porte hollandaise/demi-porte).

Ainsi, concernant l'utilisation d'un lieu autre qu'une chambre d'isolement, si 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, demi-porte), ceci est également considéré comme de l'isolement. Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS recommande dans ce cas de se conformer le plus possible aux recommandations du MSSS déterminées pour la chambre d'isolement. Une évaluation devra être réalisée préalablement par l'équipe clinique et encadrée par un protocole afin d'assurer la sécurité et la conformité des lieux.

Toutefois, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle lorsque la personne est invitée à se retirer d'elle-même d'un lieu commun pour prendre une distance face à des stimuli afin de l'aider à se calmer et d'où elle peut en sortir librement (MSSS, 2015).

Par ailleurs, dans le cas d'un usager présentant une infection à haut risque de contamination (prévention des infections) et qui accepte volontairement d'être confiné à sa chambre, ceci n'est pas considéré comme une mesure de contrôle. Par contre, dans cette même situation, si l'utilisateur présente un trouble cognitif et d'errance nécessitant un confinement pour éviter la propagation d'une infection sur l'étage, l'isolement sera considéré comme une mesure de contrôle.

Le dispositif 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, dont elle est en mesure de sortir librement lorsqu'elle le désire, n'est pas une mesure d'isolement. Ce dispositif doit cependant respecter les normes du Code du bâtiment, de prévention des incendies ainsi que celles en vigueur dans l'établissement.

7.3 SUBSTANCES CHIMIQUES

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 l'unique prescripteur.

L'équipe interdisciplinaire doit être alerte et offrir une surveillance adéquate à la suite de l'administration de la médication afin de déceler et noter ses effets et, si cela s'avère pertinent, rapporter l'information au médecin ou à l'infirmier qui assure le suivi.

8. 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 perturbateur. À titre d'exemple, 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.

Chaque direction devra prévoir à l'intérieur de ses protocoles l'identification des mesures de remplacement adaptées en fonction de leurs clientèles concernées. Pour plus d'information, le lecteur est invité entre autres à se référer à l'aide-mémoire du MSSS (2008) traitant des mesures de remplacement.

9. 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. Par conséquent, une telle mesure de positionnement n'est pas une mesure de contrôle. Il en est de même pour des équipements ou appareils d'adaptation à l'autonomie fonctionnelle (ex. : attacher le bras de l'utilisateur au dispositif de contrôle pour la conduite du fauteuil électrique).

Il est généralement indispensable que l'utilisation d'une mesure de positionnement soit précédée d'une évaluation d'un professionnel habilité, par exemple un infirmier, un ergothérapeute ou un professionnel de la physiothérapie, selon la situation. Ce professionnel indiquera l'utilisation recommandée et les contextes d'application.

Par contre, une mesure de positionnement peut aussi servir de mesure de contrôle. 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. Le personnel doit donc être vigilant à cet égard afin de s'assurer que son utilisation correspond toujours au but qui a motivé sa mise en place et au plan d'intervention qui le concerne.

10. CONTEXTES D'APPLICATION

La décision d'utiliser des mesures de contrôle doit être planifiée. Celle-ci résulte en une démarche interdisciplinaire effectuée en fonction de l'expertise de chaque professionnel, telle que balisée par son champ d'exercice.

À cet effet, il importe de rappeler qu'en contexte d'intervention planifiée, la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle constitue, selon le Code des professions, une activité réservée² (Office des professions du Québec (OPQ), 2012) (voir la section 13.7 – tableau 1).

Précisons que l'application d'une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé, mais doit se faire en conformité avec le plan d'intervention consenti par l'utilisateur/famille/proche et convenu conjointement avec les professionnels dûment autorisés à l'utilisation de ces mesures.

10.1 CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

L'intervention en contexte d'intervention planifiée correspond aux situations lorsqu'un comportement est susceptible de se reproduire et présente un risque grave pour la personne ou autrui.

Cette décision résulte d'une **réflexion interdisciplinaire** incluant l'utilisateur, sa famille et ses représentants légaux, effectuée à partir des données recueillies concernant la personne, son comportement et sa situation ainsi que de l'expertise de chaque professionnel habilité. Il est donc essentiel de consulter les professionnels qualifiés avant de prendre la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle et des mesures de remplacement à mettre en place³.

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

- Faire face à tout comportement susceptible de se reproduire et comportant un risque grave et imminent;
- Faire l'objet d'un processus décisionnel interdisciplinaire à la suite des constats d'échec des mesures de remplacement préalablement tentées;
- Faire l'objet d'un consentement de la personne concernée ou de son représentant;
- Faire l'objet d'une recommandation de la part des professionnels habilités;
- Être encadrée par des interventions (plan d'intervention (PI), plan de services individualisés (PSI) et plan thérapeutique infirmier (PTI));
- Faire l'objet d'un suivi et d'une réévaluation.

En ce qui a trait aux particularités d'application, veuillez vous référer au cadre de référence du MSSS (2015)⁴.

² OPQ (2016), *Une activité réservée signifie qu'elle doit être pratiquée uniquement par les membres des ordres professionnels autorisés à le faire*. Repéré au <https://www.opq.gouv.qc.ca/glossaire/>.

³ Se référer aux sections 13.7 du présent document pour identifier les professionnels habilités à décider par la loi et 13.8 pour les intervenants non habilités à décider.

⁴ MSSS, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, [En ligne], 2015, page 21 et suivantes (section contexte d'application). [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>].

10.2 CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

Une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée ne devrait être utilisée qu'en situation d'urgence. Le comportement survient de façon imprévisible sans signes avant-coureurs apparents et inhabituels, c'est-à-dire qu'il ne s'est jamais manifesté avant ou se manifeste de façon différente à l'habitude. Celui-ci met en **danger de façon imminente la sécurité** de la personne ou celle d'autrui.

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 pour autrui. 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, selon l'article 13 du C.c.Q., tel que mentionné à la section 5 du présent document.

Cependant, le représentant légal doit être avisé de la situation dans les plus brefs délais. Lorsque l'intervention se déroule dans un contexte d'intervention non planifiée, les principes directeurs doivent toujours guider les actions à poser. La situation doit également **servir de déclencheur à un processus de réflexion et d'analyse postsituationnelle**, intégrant le cas échéant des mesures de remplacement dans le plan d'intervention de la personne.

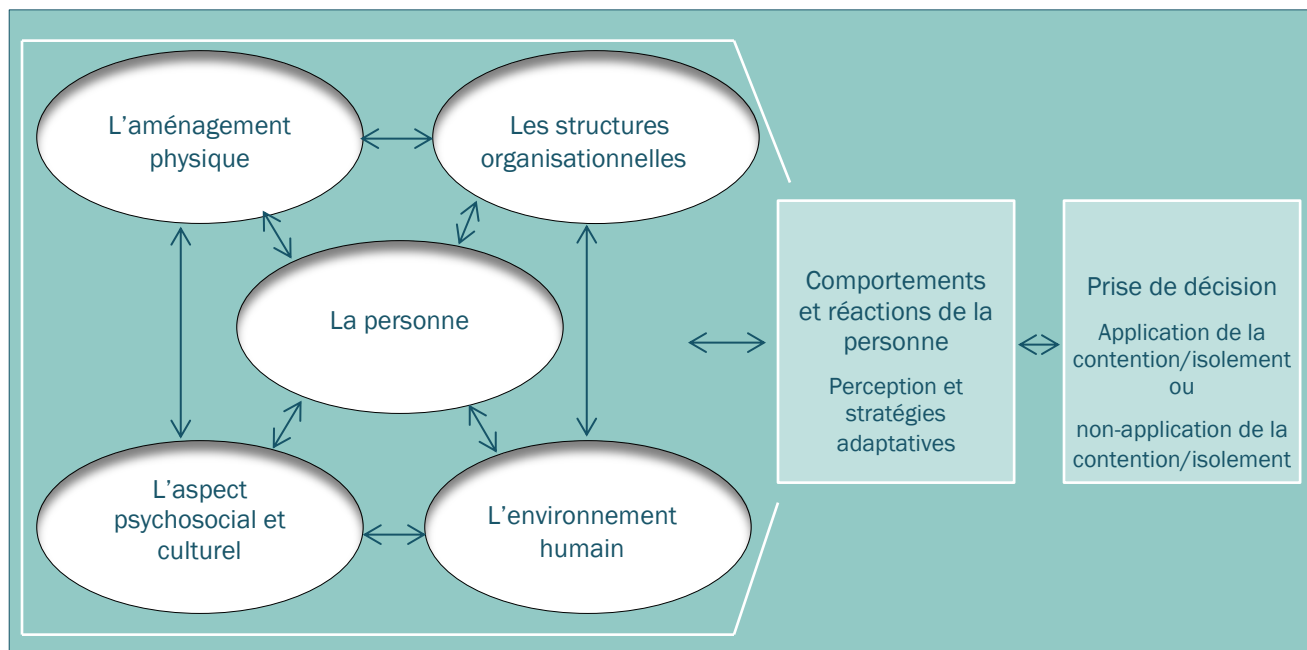
Le membre du personnel qui applique la mesure détermine, en fonction de la situation, la mesure la moins contraignante possible et, même si le consentement de la personne pour intervenir n'est pas nécessaire, sa collaboration est sollicitée. En tout temps, les principes directeurs du cadre de référence du MSSS (2002, 2015) doivent guider les actions à poser.

Les protocoles de chacun des secteurs de soins et de services devront inclure des précisions concernant les modalités d'application et des suites à donner en contexte d'intervention non planifiée.

11. PROCESSUS DÉCISIONNEL INTERDISCIPLINAIRE

L'analyse de l'équipe interdisciplinaire doit s'appuyer sur une démarche rigoureuse, structurée et un modèle tel que présenté dans le modèle Kayser-Jones (1992) 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.

FIGURE 1 : MODÈLE KAYSER-JONES (1992)⁵

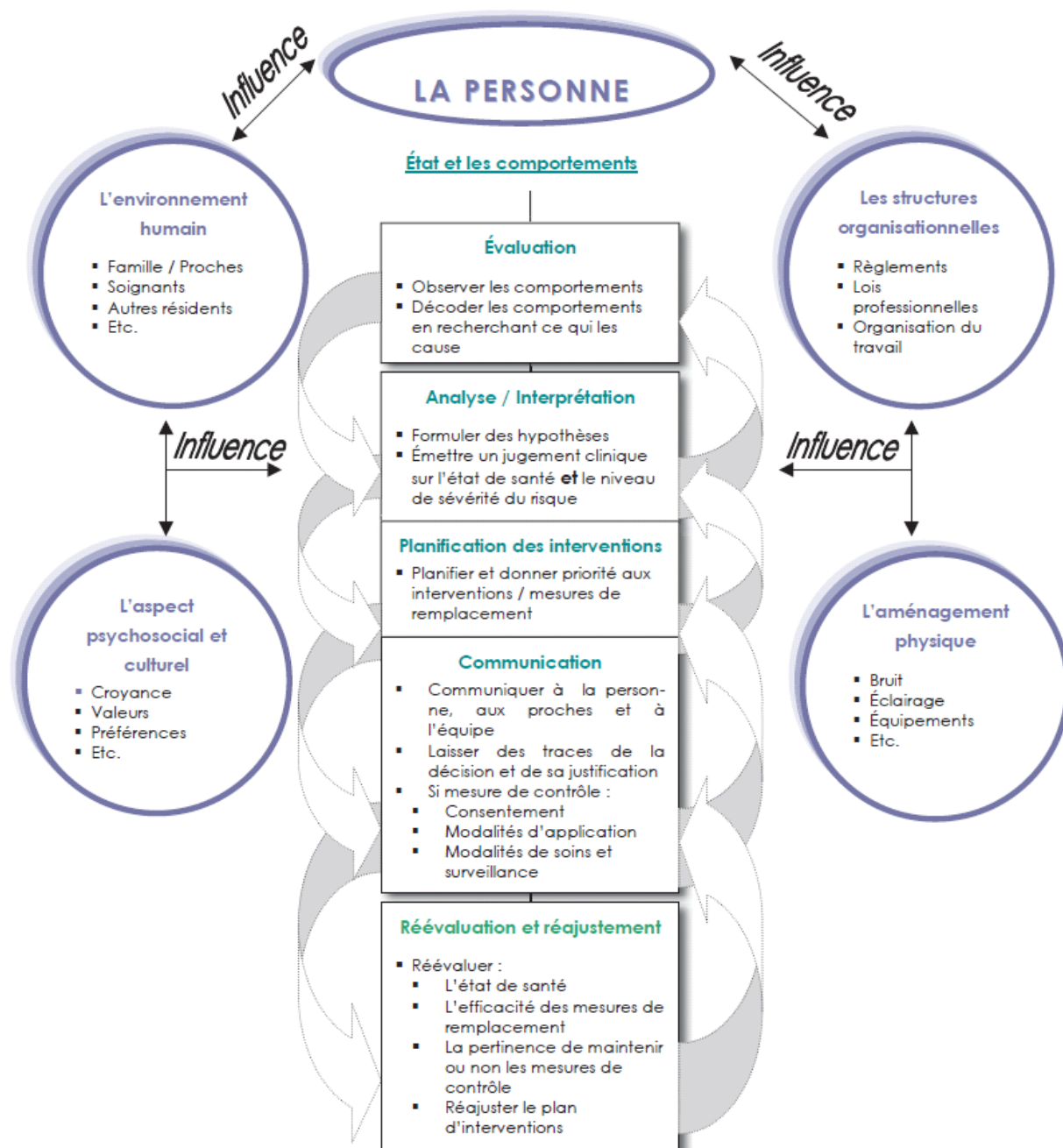


Chaque situation est unique et nécessite qu'une équipe interdisciplinaire accompagnée de la personne ou de son représentant procède à une évaluation de la situation, à une planification de l'intervention et à une réévaluation régulière afin de s'assurer de la nécessité et la pertinence de recourir ou non à une mesure de contrôle.

Le MSSS (2006) propose cinq étapes pour actualiser le processus décisionnel lié au recours à une mesure de contrôle, tel qu'illustré dans la figure 2.

⁵ Traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006).

FIGURE 2 : SCHÉMA INTÉGRÉ DU PROCESSUS DE PRISE DE DÉCISION⁶



⁶ Adapté de Roy (2005); Gagnon et Roy (2006); Makoul et Clayman (2006) et tiré de MSSS (2006), *Partie 3.1 Modules essentiels, Module prise de décision : Le processus de prise de décision*, p. 16.

11.1 ÉVALUATION DE LA SITUATION À RISQUE

L'équipe interdisciplinaire effectue une évaluation globale et rigoureuse de la situation clinique en impliquant l'utilisateur et ses représentants légaux, dans le but d'identifier les causes des comportements à risque. Pour ce faire, l'équipe procède à une collecte de données appropriées sur :

- Les facteurs de risque;
- Les besoins;
- Les causes, les déclencheurs;
- La description du comportement et le but recherché;
- 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 (1992) doivent être prises en compte (personne, structures organisationnelles, aménagement physique, aspect psychosocial et culturel, environnement humain) (MSSS, 2006).

Il peut arriver que l'équipe interdisciplinaire requière des expertises complémentaires.

11.2 ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Les membres de l'équipe posent un jugement clinique à partir de l'analyse et l'interprétation des données et déterminent les priorités d'intervention en collaboration avec l'utilisateur et ses représentants légaux.

11.3 PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

La planification d'un plan d'intervention interdisciplinaire doit prévoir des mécanismes de surveillance, de suivi, de réévaluation et de cessation de l'application de la mesure de contrôle. L'objectif de ces mécanismes est d'assurer l'application des interventions de façon sécuritaire et conforme aux bonnes pratiques.

11.4 COMMUNICATION INTERDISCIPLINAIRE

Une communication efficace entre les membres de l'équipe interdisciplinaire, dans le but d'assurer la continuité des soins et des services, nécessite une tenue de dossier rigoureuse. Il faut impérativement consigner par écrit la problématique, les réactions de l'utilisateur aux différentes interventions, mesures de remplacement, mesures de contrôle si utilisées et les résultats, toutes évaluations et décisions concernant le traitement, les soins et les services offerts afin que tous les intervenants aient accès à la bonne information en temps opportun.

11.5 SOINS/SERVICES ET SURVEILLANCE

Le personnel doit assurer des soins/services et exercer une surveillance pertinente et adaptée à l'usager durant l'application de la mesure de contrôle afin d'assurer la sécurité de l'usager et de l'entourage.

Le personnel doit également s'assurer que les besoins physiologiques de la personne soient répondus en fonction des particularités de la clientèle (alimentation, hydratation, hygiène, etc.). Au besoin, une évaluation de l'état mental sera également réalisée par un professionnel habilité.

Les modalités de surveillance doivent être déterminées par les professionnels habilités avec le soutien de l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. Elles doivent inclure des éléments tels :

- L'évaluation de l'usager avant, pendant et après l'application de la mesure;
- La durée de la mesure;
- Les éléments à surveiller;
- La fréquence de la surveillance;
- La fréquence de la surveillance à la suite du retrait de la mesure de contrôle;
- La personne responsable de la surveillance.

Comme chaque situation est unique, la question de la fréquence et des modalités de surveillance relève de l'opinion clinique de l'équipe interdisciplinaire à la suite de son évaluation et son analyse de la problématique. La surveillance est déterminée en fonction de l'évaluation du risque, de la condition clinique de l'usager et du milieu où est appliquée la mesure.

11.6 RÉÉVALUATION

La mesure de contrôle doit être réévaluée fréquemment selon l'état clinique de l'usager. Il est à noter que certaines situations plus aiguës ou critiques requièrent une fréquence de réévaluation plus élevée.

Les réévaluations se font en équipe interdisciplinaire en collaboration avec l'usager ou si la personne est inapte, ses représentants légaux. Ces rencontres offrent aux parties prenantes la possibilité de mettre en commun leur connaissance de la personne et de recenser toutes les nouvelles données 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 l'usager;
- Les apprentissages de l'usager;
- Les impacts physiologiques, psychologiques et psychosociaux de l'application de la mesure sur l'usager;
- La planification de la cessation (délai, surveillance, mesures de remplacement à mettre en place jusqu'à la prochaine réévaluation, etc.).

Si la mesure est toujours pertinente, elle est maintenue. S'il s'avère que le recours à la mesure de contrôle n'est plus nécessaire, elle doit être cessée. Si la problématique est exacerbée par la mesure de contrôle, une réévaluation s'impose ainsi qu'une modification des interventions.

12. CONSENTEMENT

En situation d'intervention planifiée, tout usager, ou son représentant légal, doit être obligatoirement informé et impliqué dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé.

12.1 NOTION GÉNÉRALE DU CONSENTEMENT

- **L'aptitude à consentir :**

La jurisprudence québécoise s'est inspirée des critères établis par la législation de la Nouvelle-Écosse et prônés par l'Association des psychiatres du Canada pour déterminer si la personne est apte à consentir :

- la personne comprend la nature de sa maladie;
- la personne comprend la nature et le but du traitement;
- la personne comprend les risques associés à ce traitement;
- la personne comprend les risques encourus si elle ne subit pas le traitement;
- la capacité à consentir de la personne est compromise ou non par la maladie.

- **Le consentement libre et éclairé :**

L'usager, ou son représentant, doit avoir reçu des informations claires et accessibles en lien avec l'application de la mesure, dont :

- la justification de la mesure;
- les buts thérapeutiques poursuivis;
- la mesure de contrôle retenue;
- l'endroit (ex. : lit, 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.

Les modalités de documentation du consentement sont à convenir par chacune des directions en respectant les lois et règlements en vigueur.

- **Le refus ou le retrait du consentement :**

- Tout usager apte ou inapte est en droit de retirer son consentement à tout moment, par écrit ou verbalement. Toutefois, si l'usager retire son consentement au moment d'appliquer la mesure de contrôle et que son comportement présente un risque réel de lésion pour lui-même ou autrui, le personnel est légitimé d'agir en fonction.

En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de l'usager est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile (C.c.Q., art. 13).

- **Le refus catégorique :**
 - 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 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 (C.c.Q., art. 16).

12.2 CONSENTEMENT EN SITUATION D'INTERVENTION PLANIFIÉE

Le consentement est **libre** lorsque l'usager le donne de son plein gré, sans crainte, menace, pression ou promesse provenant d'une tierce personne. Le consentement est **éclairé** lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause. L'usager reçoit ainsi toutes les informations pertinentes, dans un langage qu'il comprend et de façon claire. Avant de prendre sa décision, il connaît la justification de la mesure de contrôle recommandée et les traitements additionnels. Il est informé du contexte d'application, de la durée de l'utilisation, de la fréquence de révision de la mesure, de ses effets positifs et négatifs, des risques et des mesures de remplacement possibles.

L'aptitude à consentir de l'usager doit être évaluée minutieusement pour chaque intervention, et lorsqu'il est inapte à y consentir ou à la refuser, le **consentement substitué** est requis. Pour les usagers dans l'incapacité de fournir leur accord à l'utilisation de mesures de contrôle, le consentement de l'une des personnes nommées à l'article 15 du C.c.Q. est requis.

Article 15 :

Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

Article 17 :

Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé ; le consentement du titulaire de l'autorité parental ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents.

Article 18 :

Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur ; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents.

12.3 CONSENTEMENT EN SITUATION D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE (URGENTE)

Les intervenants peuvent recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de l'utilisateur lorsque la situation revêt un caractère urgent, en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'il présente un risque imminent de danger pour sa vie ou son intégrité ou celle d'autrui. Une **analyse postsituationnelle est requise** et fait partie des mesures évaluatives que doit se doter un établissement.

À la suite d'une situation d'intervention non planifiée (urgente), le répondant, le mandataire, le tuteur ou le curateur doit être informé de la démarche par le professionnel habilité et responsable de l'utilisateur le plus rapidement possible.

12.4 L'USAGER SOUS RÉGIME DE PROTECTION PUBLIC

Pour les usagers représentés par un régime de protection public, le **Curateur public du Québec** exige qu'on lui fournisse les informations nécessaires, par le biais d'un formulaire réservé à cette fin, avant de consentir ou refuser le recours à la mesure de contrôle pour une personne inapte à consentir. Le formulaire⁷ doit être rempli et envoyé à la Direction médicale et du consentement du Curateur public du Québec.

En **situation d'urgence**, le consentement en situation d'intervention non planifiée s'applique, c'est-à-dire qu'il n'est pas requis. Cependant, à la suite de l'**analyse postsituationnelle**, si des mesures de contrôle s'avèrent une intervention possible à planifier, l'autorisation du représentant légal ou du Curateur public du Québec est alors nécessaire.

13. 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 autour de l'utilisateur. Les professionnels ciblés sont à déterminer selon le contexte de soins et de services du secteur concerné.

Ce présent cadre vient situer l'ensemble des rôles et des responsabilités des acteurs concernés de près ou de loin, qui devront guider la rédaction des protocoles qui en découleront.

13.1 USAGER

L'utilisateur, ou son représentant, ainsi que ses proches sont parties prenantes à la démarche décisionnelle d'application de la mesure de contrôle :

- Ils participent à la démarche menant à déterminer la pertinence et la nécessité de recourir à une mesure de remplacement ou ultimement à une mesure de contrôle;
- Ils participent également au choix des mesures de remplacement et au choix du type de mesure de contrôle;
- Leur participation, dans la démarche, s'étend jusqu'à la cessation de la mesure de contrôle.

⁷ CURATEUR PUBLIC, *Demande de consentement à des mesures de contrôle*, [En ligne].
https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/form_dem_consent_mesure.pdf.

13.2 COMITÉ D'AMÉLIORATION CONTINUE – MESURES DE CONTRÔLE

Un comité d'amélioration continue (CAC) des mesures de contrôle constitué d'usagers, de représentants des directions ainsi que de représentants des directions ayant un mandat quant à la qualité (Direction des services professionnels (DSP), Direction des soins infirmiers (DSI), Direction des services multidisciplinaires (DSM) et Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et partenariat (DQEPP)) est mandaté au regard du suivi de l'application du présent cadre de référence.

Son mandat est :

- De réaliser un état de situation des pratiques en cours dans l'ensemble des installations du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- D'élaborer un cadre de référence sur les mesures de contrôle;
- De recenser les documents et les outils internes disponibles (politiques, protocoles, procédures, formulaires, etc.);
- De définir des indicateurs utiles, en faire l'analyse et le suivi;
- D'élaborer un plan d'action transversal triennal dans le respect des priorités organisationnelles et de la capacité des équipes, en assurer le suivi et le réviser;
- De fournir l'état d'avancement des plans d'action et transmettre les enjeux des équipes opérationnelles à l'instance de pilotage de la qualité des soins et des services (IPQSS), au comité de vigilance et de la qualité du CA ainsi qu'au comité de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers (CPSSSU);
- D'assurer une vigie de l'application du présent cadre de référence;
- De s'assurer d'un arrimage entre les autres orientations du MSSS touchant les pratiques cliniques (ex. : AAPA);
- D'encourager l'harmonisation des pratiques, lorsque pertinentes et sécuritaires;
- De collaborer avec l'ensemble des directions cliniques et le conseil des infirmières et des infirmiers (CII), le conseil multidisciplinaire (CM) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans la mise en œuvre des bonnes pratiques;
- De proposer, au besoin, la création de groupes de travail en lien avec les livrables.

13.3 DIRECTIONS CLINIQUES

Chacune des directions cliniques a la responsabilité d'élaborer un protocole d'application des mesures de contrôle adapté à ses différentes clientèles et contextes d'intervention. De plus, elle doit désigner un comité de vigie ayant pour principal mandat de voir à l'application et au respect du présent cadre de référence.

Plus spécifiquement, chaque direction clinique a pour mandat :

- De rédiger et faire adopter par les instances concernées les protocoles adaptés à ses clientèles respectives, en conformité avec ce présent cadre de référence, et voir au développement, à la révision et à l'application des protocoles dans sa direction;
- De nommer un ou des gestionnaires ayant la responsabilité de constituer un comité de vigie;
- De déterminer des cibles pour réduire au maximum le recours aux mesures de contrôle;

- D'assurer la responsabilité du développement des connaissances au sein de sa direction;
- De faire suivre le protocole au CAC;
- D'identifier à l'intérieur de chacun de ses protocoles les mesures de contrôle autorisées (incluant le matériel associé). De plus, toute nouvelle demande d'ajout de matériel ou de mesure de contrôle doit préalablement être autorisée par sa direction à la suite d'une analyse.
- De s'assurer que les critères d'aménagement des salles d'isolement soient respectés, ainsi que l'achat et l'entretien du matériel requis selon les exigences du MSSS⁸;
- De résoudre les situations complexes, litigieuses et/ou récurrentes qui pourront lui être soumises;
- De s'assurer que les maisons d'enseignement sont informées par le volet qualité de la DSI, la DSP et la DSM des changements aux protocoles en vigueur en vue des stages, internats et résidences;
- De compléter la grille d'audit (Annexe 1), analyser les résultats, émettre des recommandations et s'assurer de la présence d'un plan d'action lorsque nécessaire et les acheminer au CAC – Mesures de contrôle.

Composition minimale suggérée pour les comités de vigie des directions :

- Gestionnaire de la direction clinique;
- Conseillers cadres des pratiques professionnelles de la DSI, la DSM et la DSP;
- Spécialiste en activités cliniques ou agent de planification, de programmation et de recherche, conseillère en soins ou professionnels habilités;
- Médecin;
- Usager partenaire.

La fréquence de ces comités est laissée à la discrétion de chaque direction clinique, en fonction de ses propres enjeux, et devra être indiquée dans son protocole respectif.

13.4 GESTIONNAIRES RESPONSABLES DE SECTEUR/SERVICE

Les gestionnaires sont imputables de l'encadrement et de l'utilisation des mesures de contrôle dans leur service. Ils s'assurent que :

- Le personnel et les ressources associés à leur secteur, incluant les RI-RNI-RTF, sont informés du protocole spécifique à leur secteur en matière d'application des mesures de contrôle de leur direction et qu'ils s'y conforment;
- Le personnel et les professionnels sont formés pour appliquer les mesures de contrôle de façon sécuritaire;
- Un responsable est désigné à l'achat et à l'entretien du matériel de contention;
- 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;

⁸ MSSS, *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle : Matériel de contention – Évaluation de produits – Guide pour la conception – Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement*, 2005, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-812-01.pdf>].

- La compilation des données associées aux mesures de contrôle de leurs services est tenue et la reddition de comptes demandée est réalisée dans les délais;
- Les audits annuels sont réalisés conformément au cadre de référence (Annexe 1 - Grille d'audit - Application des mesures de contrôle).
- Faire suivre une copie des protocoles adoptés au CAC – Mesures de contrôle.

13.5 ASSISTANT-INFIRMIER-CHEF/ASSISTANT DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT/ASSISTANT-CHEF/PROFESSIONNEL AYANT DES FONCTIONS DE COORDINATION

En contexte d'intervention planifiée et non planifiée, l'assistant-infirmier-chef (AIC), l'assistant du supérieur immédiat (ASI) ou un autre intervenant en responsabilité doit :

- S'assurer de la rigueur de l'utilisation judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle;
- Coordonner les rencontres interdisciplinaires;
- Accompagner l'équipe interdisciplinaire dans la recherche de mesures alternatives et lorsque requis dans le processus décisionnel;
- S'assurer des communications avec l'équipe, l'utilisateur, la famille ou son représentant légal;
- S'assurer que l'utilisation des mesures de contrôle utilisées dans le secteur concerné est documentée dans le dossier de l'utilisateur.

13.6 ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

La composition de l'équipe interdisciplinaire est déterminée selon les particularités de la situation clinique. En plus des professionnels habilités et des intervenants (professionnels ou non professionnels), l'utilisateur et ses proches et/ou son représentant sont invités à se joindre à la discussion.

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 du secteur d'activité concerné;
- D'impliquer la personne ou son représentant dans le processus de prise de décision qui la concerne;
- De participer à l'identification des besoins de la personne et proposer des alternatives à la mesure de contrôle;
- D'identifier la mesure qui est la moins contraignante possible et la plus adaptée à la personne;
- De collaborer à la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle et à la détermination du plan d'intervention;
- D'assurer une réévaluation de la mesure de contrôle dans les délais prévus;
- D'assurer la surveillance et la tenue de dossier requise lors de l'application de la mesure de contrôle;
- De soutenir au besoin les différents professionnels de l'équipe interdisciplinaire;

- D'offrir du soutien/effectuer un retour auprès de la personne ou de son représentant pour laquelle une mesure de contrôle a été appliquée.

13.7 PROFESSIONNELS HABILITÉS À DÉCIDER PAR LA LOI

En conformité avec l'OPQ, la décision de l'utilisation d'une mesure de contrôle est un **acte réservé**. Les professionnels habilités à décider dans un contexte d'intervention planifiée sont : l'ergothérapeute, l'infirmier, le médecin, le physiothérapeute, le psychoéducateur, le psychologue, le travailleur social et depuis 2015, le criminologue⁹.

TABEAU 1 : PRÉCISIONS RELATIVES AUX PROFESSIONNELS HABILITÉS¹⁰

Professionnel	Sans restriction de lieu (en vertu du PL n° 90)	Uniquement dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS (art. 118.1) et de la LSSSS pour les autochtones cris (art. 150.1) (en vertu du PL n° 21)	
		Contention	Isolement
Ergothérapeute	X		X
Infirmier	X		X
Médecin	X		X
Physiothérapeute	X		
Psychoéducateur		X	X
Psychologue		X	X
Travailleur social		X	X
Criminologue		X	X

Idéalement, la décision doit être discutée, analysée et décidée par l'équipe interdisciplinaire de l'unité ou du service concerné.

Toutefois, quelques spécificités sont à noter :

- Le médecin est le seul responsable de la prescription des substances chimiques;
- L'infirmier est responsable de la gestion des substances chimiques.

⁹ Tel qu'indiqué sur le site de l'Ordre des professionnels criminologues du Québec, depuis juillet 2015, ces derniers possèdent les actes réservés permettant de décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de l'application de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris.

¹⁰ Projet de loi n° 21 – Guide explicatif décembre 2013.

- **L'administration** d'une contention chimique est réservée aux professionnels autorisés, en conformité avec leur champ d'exercice spécifique, et qui sont habilités à administrer une médication.
- **La distribution** implique la simple remise matérielle d'un médicament à la personne qui se l'administre elle-même. Le médicament doit déjà être prescrit et préparé par un professionnel habilité à le faire. Cette action peut être exécutée par toute personne dûment formée, puisqu'elle ne constitue pas une activité professionnelle réservée au sens du Code des professions.

Toutefois, la décision de confier la distribution d'un médicament à un intervenant présuppose une évaluation préalable de la capacité de l'utilisateur à s'autoadministrer son médicament et son degré d'autonomie relative aux décisions qui le concernent par un professionnel habilité (tel que l'infirmier).

Ainsi, il y a distribution de médicaments lorsque l'utilisateur connaît les raisons de la prise de sa médication, qu'il y consent et qu'il est en mesure de les prendre ou de se les autoadministrer.

13.8 INTERVENANTS NON HABILITÉS À DÉCIDER

Les intervenants non habilités à décider de l'utilisation d'une mesure de mesure de contrôle sont tous les employés autres que ceux identifiés au tableau 1 (ex. : préposé aux bénéficiaires, technicien en éducation spécialisée, infirmier auxiliaire).

L'intervenant non habilité à décider **pourra appliquer la mesure de contrôle inscrite au plan d'intervention** ou de traitement tout en respectant le protocole et la méthode de soins. **L'application** d'une mesure de contrôle est un acte non réservé.

Cependant, les intervenants non habilités à décider en contexte planifié peuvent **en contexte d'intervention non planifiée (en situation d'urgence)** intervenir. Si une situation doit être traitée d'urgence (ne pouvant attendre une autorisation), l'intervenant présent peut, de manière exceptionnelle, agir promptement afin d'empêcher ou de limiter les blessures. Il doit aviser un gestionnaire ou le professionnel en autorité du secteur concerné le plus rapidement possible, dès le début de la mesure.

Leur participation à la discussion avec l'équipe interdisciplinaire d'une éventuelle mesure de contrôle est encouragée.

De plus, l'intervenant non habilité :

- S'assure de l'installation adéquate et du bon fonctionnement des mesures de remplacement et des mesures de contrôle;
- Agit sous supervision du professionnel autorisé selon le secteur concerné;
- Collabore à l'observation des comportements, au confort et à la sécurité de la personne;
- S'assure que le plan d'intervention interdisciplinaire établi est respecté;
- Contribue aux soins et à la surveillance en respect de son champ de compétence.

14. TENUE DE DOSSIERS

D'emblée, précisons que toute mesure de contrôle se doit d'être consignée au dossier de l'utilisateur comme toute autre intervention et pour tout milieu d'intervention. 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.

Toutes les informations significatives liées au consentement (dans un formulaire ou une note d'évolution) et à l'application d'une mesure de contrôle sont consignées au dossier de la personne et doivent principalement inclure :

- 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;
- Consentement;
- Réactions de la personne face aux mesures de contrôle et de remplacement;
- 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.

14.1 PLAN D'INTERVENTION

À titre de rappel, le plan d'intervention (PTI, PI, PSI et plan d'intervention interdisciplinaire (PII)) est obligatoire¹¹ et implique la participation active de l'utilisateur ou de son représentant.

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

Préciser et détailler :

- Les besoins de la personne et leur mise en priorité;
- Les objectifs spécifiques ou les résultats attendus (mesurables, vérifiables ou observables);
- Les moyens utilisés à titre de mesures de remplacement ou mesures de contrôle;
- Les interventions de l'équipe (type, fréquence, séquence);
- La durée prévisible des interventions;

¹¹ Tel que le prévu par les ordres professionnels et la LSSSS.

- L'identification des intervenants responsables;
- Les dates de révision.

15. ACHAT ET ENTRETIEN DU MATÉRIEL

Pour assurer la gestion du matériel de contention, chaque direction doit établir des modalités d'identification des besoins, d'achat, d'entretien et de suivi du matériel en fonction de la clientèle concernée.

Chaque direction doit identifier un ou des gestionnaires responsables du matériel de mesure de contrôle et déterminer les modalités requises.

Ces derniers doivent :

- Déterminer avec les professionnels des différentes disciplines concernées, les types de contention autorisés dans leur secteur respectif;
- S'assurer qu'une procédure d'utilisation (ex. : MSI) respectant les normes du fabricant est disponible pour les utilisateurs et en assurer la mise à jour;
- S'assurer d'un entretien préventif selon une fréquence prédéterminée;
- Assurer un suivi de l'inventaire du matériel de mesure de contrôle.

Le MSSS nous réfère à son guide « Encadrer les mesures de contrôle » pour encadrer l'utilisation du matériel de contention, et propose des critères d'évaluation de produits à prendre en compte lors du processus décisionnel.

Lors de l'utilisation des mesures de contention physique, les directives d'utilisation du fabricant du produit doivent être suivies et respectées.

Les fabricants devraient être interpellés pour toute adaptation ou modification de contention dans une perspective d'utilisation optimale et sécuritaire.

Tout matériel maison et toute adaptation ou réparation de matériel sont proscrits pour des raisons de sécurité.

Le MSSS précise qu'il est recommandé de ne pas utiliser d'équipement maison qui n'est pas approuvé par une autorité compétente (Santé Canada) ou par un organisme spécialement accrédité à cette fin¹².

Chaque direction doit prévoir les modalités d'entretien de son matériel de contention et de mesures alternatives. Les méthodes d'entretien doivent se faire selon les consignes du fabricant.

¹² MSSS, *Programme de formation (guide du formateur). Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, 2006.

16. FORMATION

Le plus rapidement possible lors de l'entrée en fonction du personnel, ainsi que celle des employés de la liste de rappel œuvrant auprès des usagers, une formation doit leur être offerte en lien avec le protocole des mesures de contrôle incluant les mesures de remplacement du secteur concerné. Des activités de rafraîchissement et d'approfondissement devront aussi être offertes au besoin. Par ailleurs, la direction du secteur concerné devra convenir avec la DSP des stratégies de communication et de formation pour les médecins et les résidents.

Les différentes directions doivent voir à l'identification des besoins et au déploiement des formations dans leur direction 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, incluant les programmes d'accueil et d'orientation dans les différents secteurs cliniques concernés.

Des dispositions doivent être prises également sur la formation et le soutien pour certains milieux ayant un lien contractuel avec l'établissement, lorsqu'applicables.

Par ailleurs, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS encourage les formations relatives à la prévention du 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, un risque de piégeage ou encore des enjeux importants au niveau de la communication.

17. DÉCLARATION DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

Tous les incidents et les accidents liés aux mesures de contrôle doivent être déclarés dans le formulaire AH-223 du MSSS, sous la rubrique *G-Autres types d'évènements/Lié aux mesures de contrôle (isolement et contention)*.

Par exemple :

- Application des mesures de contrôle non conformes aux directives cliniques de l'établissement ou à la condition de l'utilisateur;
- Application d'une mesure de contrôle lorsqu'elle n'est plus requise;
- Blessure découlant de l'utilisation des mesures de contrôle;
- Surveillance non conforme;
- Situation de piégeage (ex. : usager ayant les jambes ou le cou entre les ridelles de lit);
- Utilisation non conforme du matériel (ex. : mauvaise installation ou en mauvais état);
- Recours abusif à une mesure de contrôle ou toute autre intervention allant à l'encontre de la philosophie de ce présent cadre.

À noter :

- Les événements à l'égard des mesures de remplacement telles que tapis/coussin avertisseur, ridelle 3/4 et tapis de chute doivent être déclarés sous la rubrique *E-Problème/équipement* du formulaire AH-223, puisqu'elles ne sont pas des mesures de contrôle;

- Les événements associés au consentement à l'égard de l'application de la mesure de contrôle doivent être déclarés sous la rubrique *4-G Autres types d'événements/Lié au consentement*.

18. MÉCANISMES DE PLAINTE

La personne ou ses représentants légaux 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 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.

Le bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits de la clientèle, de sa satisfaction et du traitement de sa plainte.

Les protocoles des différentes directions doivent faire référence au mécanisme de plainte en vigueur au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

19. INDICATEURS QUALITÉ, SUIVI ET REDDITION DE COMPTES

Un mécanisme d'audit annuel doit être déployé dans chacune des directions afin de colliger des données sur la qualité de la pratique professionnelle liée aux mesures de contrôle. Dans une perspective d'amélioration continue, le mécanisme d'audit permet d'effectuer les ajustements et de veiller à la pertinence des pratiques et des protocoles dans le but de pérenniser les meilleures pratiques. Il s'agit par ailleurs d'une démarche permettant de réaliser l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle (art. 118.1).

Les audits doivent être réalisés annuellement.

- Les directions **doivent** utiliser la grille d'audit - application des mesures de contrôle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (Annexe 1). Cependant, chaque direction peut y ajouter des indicateurs adaptés à sa clientèle et son contexte.
- L'échantillonnage déterminé peut être adapté au contexte de soins ou de services. Par exemple, les secteurs ayant un petit volume de mesure de contrôle (ex. : RI-RTF) pourront cibler seulement les usagers pour lesquels des mesures de contrôle ont été utilisées.
- Les éléments visés par l'audit des mesures de contrôle dans chaque direction devraient inclure la vérification au dossier des points suivants :
 - Le pourcentage d'usagers sous mesures de contrôle (lors de l'audit);
 - La description du comportement;
 - Les mesures alternatives considérées;
 - La description des mesures de contrôles utilisées;

- La période pendant laquelle elles ont été utilisées (durée), la surveillance associée et la fréquence;
- L'intervention/la surveillance (confort et prévention pour les contentions physiques);
- La fréquence de réévaluation;
- Le consentement.

19.1 BILAN ANNUEL

Chaque direction dépose annuellement, pour le 31 mars, au CAC – Mesures de contrôle un bilan des audits effectués dans ses secteurs, incluant une analyse des forces et des améliorations à apporter ainsi que le plan d'action qui en découle.

Les éléments suivants seront également requis pour la reddition de comptes :

- Le pourcentage d'intervenants formés au cours de l'année (nouveaux employés, formation continue);
- Le nombre de déclarations d'incidents/accidents (AH-223) en lien avec le recours à une mesure de contrôle;
- Le nombre de plaintes associées à la décision clinique d'application d'une contention (Système intégré de gestion des plaintes et amélioration de la qualité des services (SIGPAQS)).

Les directions mettront à la disposition de leur personnel l'information concernant le bilan annuel de l'application des mesures de contrôle dans leur secteur respectif.

Le CAC – Mesures de contrôle aura la responsabilité de transmettre au conseil d'administration (CA) la reddition de comptes annuelle. Ce bilan sera intégré au rapport annuel du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, tel que prévu à l'article 118.1 de la LSSSS.

20. RÉVISION DU CADRE DE RÉFÉRENCE ET DES PROTOCOLES

Le présent cadre de référence ainsi que les protocoles afférents font l'objet d'une révision aux cinq ans.

ANNEXE 1 : GRILLE D'AUDIT – APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Mise en contexte : Découlant du Cadre de référence sur l'application des mesures de contrôle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, un mécanisme d'audit annuel doit être déployé dans chacune des directions afin de colliger des données sur la qualité de la pratique professionnelle. Dans une perspective d'amélioration continue, le mécanisme d'audit permet d'effectuer les ajustements et de veiller à la pertinence des pratiques et des protocoles dans le but de pérenniser les meilleures pratiques. **Les directions doivent utiliser la présente grille d'audit;** cependant, il est possible d'y ajouter des indicateurs adaptés aux clientèles et aux contextes.

Période des audits : Les audits doivent minimalement être réalisés annuellement. À la suite de la compilation des résultats, chaque direction doit identifier ses forces et les améliorations à apporter. La compilation des résultats devra être accompagnée d'un plan d'amélioration par direction et être transmise au CAC – Mesures de contrôle pour le **31 mars de chaque année**.

Méthodologie : La grille d'audit doit être complétée à partir de la consultation des dossiers et de l'observation d'usagers.

Échantillon : La taille de l'échantillon à auditer doit être ciblée par chacune des directions, tout en considérant la représentativité de la clientèle et du secteur desservi. Une méthode aléatoire doit être utilisée pour l'échantillonnage. Les directions sont invitées à alterner l'échantillonnage d'une année à l'autre, lorsqu'applicable.

Les secteurs ayant un petit volume de mesure de contrôle (ex. : RI-RTF) pourront cibler les usagers pour lesquels des mesures de contrôle ont été utilisées.

GRILLE D'AUDIT – APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

# de dossier	1. Description du comportement	2. Mesures alternatives considérées	3 Décision interdisciplinaire	4. Description de la mesure de contrôle utilisée	5. Durée d'application de la mesure	6. Fréquence des surveillances	7. Intervention/ surveillance (confort et prévention)	8. Fréquence de réévaluation	9. Consentement
Précisions/commentaires :									
Précisions/commentaires :									
Précisions/commentaires :									
Précisions/commentaires :									
Précisions/commentaires :									
Précisions/commentaires :									

BILAN DES RÉSULTATS DE L'AUDIT – APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Date (aaaa/mm/jj) : _____ Direction : _____

Installation : _____ Unité/service : _____

(A) Nombre d'usagers présents sur l'unité/service : _____ Nombre d'usagers observés pour l'audit : _____

(B) Nombre d'usagers sous mesures de contrôle : _____

Pourcentage d'usagers sous mesures de contrôle (B)/(A) : _____%

Indicateurs		nb	%
1. Description du comportement	1= OUI		
	2= NON		
2. Mesures alternatives considérées	1= OUI		
	2= NON		
3. Décision interdisciplinaire	1= OUI		
	2= NON		
4. Description de la mesure de contrôle utilisée	1= Contention physique : <i>précisez</i>		
	2= Contention chimique		
	3= Isolement : <i>précisez</i>		
	4= Surveillance constante		
	5= Autre : <i>précisez</i>		
5. Durée d'application de la mesure	1= < 1 h		
	2= Entre 1 h et 2 h		
	3= Entre 2 h et 4 h		
	4= Autre : <i>précisez</i>		
6. Fréquence des surveillances	1= Aux 15 minutes		
	2= Aux 30 minutes		
	3= Aux heures		
	4= Autre : <i>précisez</i>		

Indicateurs		nb	%
7. Intervention/surveillance (confort et prévention pour les contentions physiques)	1=Changement de position (vérification des points de pression)		
	2= Exercices actifs/passifs		
	3= Détacher les contentions par rotation, exécuter des exercices passifs aux membres supérieurs et inférieurs et masser les articulations soumises aux pressions		
	4= Autre : précisez		
	5= Non applicable (N/A)		
8. Fréquence de réévaluation	1= Quart de travail (8 h)		
	2= Quotidienne (24 h)		
	3= Hebdomadaire (7jrs)		
	4= Mensuelle		
	5= Autre : précisez		
9. Consentement	1= OUI		
	2= NON		
	3= Mesure non planifiée (situation d'urgence)		

Forces :

Améliorations :

Ce bilan des audits devra être accompagné d'un plan d'amélioration par direction et transmis au CAC – Mesures de contrôle pour le 31 mars de chaque année.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC. *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*, [En ligne], 2009.
[<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-21-39-1.html>].
- ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : Observations, conclusions et recommandations*, [En ligne], 2016. [<http://www.ledevoir.com/documents/pdf/rapport-chsld.pdf>].
- CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS. *Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population*, 2017, 17 p.
- CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL. *Protocole Application des mesures de contrôle*, 2017. 42 p.
- CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC. *Le consentement aux soins*, [En ligne], 2015.
[<http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/majeur/inaptitude/personne/consentement.html>].
- CANADA. *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents*, [En ligne], [Canada], 2016.
[<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/y-1.5/page-1.html>].
- KAYSER-JONES, J. *Culture, Environment, and Restraints: A Conceptual Model for Research and Practice*. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 11, 1992, p. 13-20.
- MSSS. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, [En ligne], 2002.
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf>].
- MSSS. *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle : Matériel de contention – Évaluation de produits – Guide pour la conception – Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement*, [En ligne], 2005.
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-812-01.pdf>].
- MSSS. *Programme de formation : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, [En ligne], 2006.
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000790/>].
- MSSS. *Aide-mémoire : Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*, [En ligne], 2008.
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf>].
- MSSS. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, [En ligne], 2011.
[<http://www.iusmm.ca/documents/MSSS2011.pdf>].
- MSSS. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, [En ligne], 2015.
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>].
- MSSS. *Réseau, Réorganisation du réseau, Portrait organisationnel*, [En ligne], 2016.
[<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/portrait/>] (Consulté le 13 avril 2016).

- ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. *Guide de l'ergothérapeute : Interventions relatives à l'utilisation d'un véhicule routier*, 2008.
- ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. *Les mesures de contention, de la prévention à leur utilisation exceptionnelle : Guide de l'ergothérapeute*, [En ligne], 2006.
[https://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Doc_professionnels/Lignes_directrices_Contention.pdf].
- OPQ. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif*, [En ligne], Québec, 2013.
[http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf].
- OPQ. *Glossaire : Activité réservée*, [En ligne]. [<https://www.opq.gouv.qc.ca/glossaire/>]
- QUÉBEC. *Code des professions*. [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2016.
[<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>].
- QUÉBEC. *Charte des droits et libertés de la personne*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2016. [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-12>].
- QUÉBEC. *Code civil du Québec*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2016.
[<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/CCQ-1991>].
- QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2016. [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?&digest=>].
- QUÉBEC. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2016.
[<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>].
- QUÉBEC. *Loi sur la protection de la jeunesse*, [En ligne], [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2016.
[<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-34.1>].
- RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ DE SANTÉ. *Pratique collaborative : engagement et leadership*, Université de Montréal, 2012, 91 p.



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 