



UNIS
dans TOUS les
SENS

Guide régional d'application des mesures de contrôle

pour S'ALIMENTER
pour S'ÉPAULER
pour VOIR LOIN
pour TENDRE L'OREILLE
pour AVOIR DU FLAIR

Guide **régional d'application** des mesures de
contrôle

Mai 2013

ERRATUM

Chapitre 2 Les activités du programme

En page 12, dans la section « conditions », veuillez prendre note que des changements ont été introduits par l'adoption du projet de Loi 21 concernant la liste des professionnels qui peuvent prendre la décision d'utiliser des mesures de contrôle.

Ainsi, la décision de l'utilisation des **mesures de contention** est également une activité réservée au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur, en plus des professionnels déjà mentionnés.

En ce qui a trait aux **mesures d'isolement**, la décision de leur utilisation est une activité professionnelle désormais confiée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur en conformité avec leur champ d'exercice respectif.

Tel que mentionné dans le guide régional, rappelons que la décision du recours à une mesure de contrôle doit s'appuyer sur une démarche rigoureuse, individualisée et interdisciplinaire.

Guide régional d'application des mesures de contrôle

Erratum :5 septembre 2013

Conception et rédaction :

Marie-Claude Brunelle, DSI, CSSS de Bécancour–Nicolet Yamaska
Karine Lampron, DSI, CSSS de l'Énergie
Sylvie Girard, DGA, CSSS du Haut-Saint-Maurice
Danielle Couture, DSAQ, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Collaborateurs :

Caroline Buisson, CSSS du Haut-Saint-Maurice
Suzanne Gauvin, CSSS du Haut-Saint-Maurice
Christine Hébert, CSSS de Trois-Rivières
Marie-Hélène Boulay, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Martin Bigras, CRDITED de la Mauricie et du Centre-du-Québec–Institut universitaire
Marie-Pier Mailhot, CSSS Drummond
Daniel Boulay, CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Caroline Blackburn, CSSS de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Diane Vézina, CSSS de l'Énergie
Annie Robert, CSSS de Maskinongé
Pascale Veillette, CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan
Mario Meunier, CHRTR
Denise Gauvin, CHRTR
Réjean Langlois, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Sylvain Giguère, CRDP InterVal

Validation :

Table régionale des directeurs et directrices des soins infirmiers

Conception de la couverture :

Acolyte communication

Dépôt légal – 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-89340-291-8 (version imprimée)

ISBN 978-2-89340-292-5 (pdf)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
DÉFINITION DU PROGRAMME	6
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	6
CHAPITRE 1	9
LES COMPOSANTES STRUCTURELLES DU PROGRAMME	9
LE COMITÉ STRATÉGIQUE.....	9
Le mandat du comité stratégique.....	9
La composition du comité stratégique.....	10
Les réunions du comité stratégique	10
LES COMITÉS OPÉRATIONNELS	10
Le mandat des comités opérationnels.....	10
LE RÔLE ET LES RESPONSABILITÉS DES DIRECTIONS	11
CHAPITRE 2	13
LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME	13
L'APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE ET LE MODÈLE D'INTERVENTION	13
Objectif général	13
Conditions.....	13
Modèle adopté	15
Agir selon les contextes d'intervention	16
Obtenir le consentement.....	16
Plan d'intervention, plan thérapeutique infirmier et dossier de l'utilisateur	17
LES DOCUMENTS D'ENCADREMENT.....	18
Objectif général	18
Objectifs opérationnels	18
L'ÉDUCATION, LA FORMATION ET L'INFORMATION	19
Objectif général	20
Objectifs opérationnels et priorités.....	20
LA COMMUNICATION.....	22
Objectif général	22
Objectifs opérationnels et priorités.....	22
LES MESURES ALTERNATIVES	23
Objectif général	23
Objectifs opérationnels et priorités.....	23
LA SÉCURITÉ (SOINS, INTERVENTIONS ET SURVEILLANCE) ET L'ÉQUIPEMENT.....	24
Objectif général	25
Objectifs opérationnels et priorités.....	25
L'ÉVALUATION DU PROGRAMME ET DES RÉSULTATS.....	26
Objectif général	27
Objectifs opérationnels et priorités.....	27
CONCLUSION	30
ANNEXE 1	31
ORIENTATIONS RÉGIONALES	31
ANNEXE 2	36
RAPPORT ANNUEL	36
BIBLIOGRAPHIE	37

INTRODUCTION

En 2002, l'arrivée d'orientations ministérielles, soutenues d'un cadre juridique relatif à l'utilisation des mesures de contrôle émis en 1998, impose aux établissements différentes obligations à cet égard. En effet, celles-ci inscrivent l'obligation d'adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles, en plus de procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures, permettant ainsi d'assurer à la population une prestation sécuritaire et de qualité des soins et des services.

Depuis 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a revu le cadre de référence concernant l'application des mesures de contrôle et de nouvelles directives en découlent. En effet, des observations avaient démontré la nécessité de clarifier des éléments afin d'harmoniser la compréhension des différentes directives. De plus en plus, les professionnels, les intervenants, les médecins, les gestionnaires et les autres membres du personnel sont sensibilisés au fait que les mesures de contrôle (contention et isolement) constituent des mesures exceptionnelles, temporaires et de dernier recours. Cependant, il est difficile de mesurer et de comparer l'utilisation des mesures de contrôle d'un établissement à l'autre étant donné l'interprétation différente des orientations du MSSS et l'absence d'indicateurs de mesure convenus régionalement.

Des problématiques sont notées par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec au regard du suivi et du contrôle du respect des orientations ministérielles concernant l'application des mesures de contrôle sur son territoire. Considérant les impacts négatifs de cette pratique, ainsi que les lacunes de compréhension, l'Agence priorise la mise en place d'un programme-cadre régional d'application des mesures de contrôle afin d'harmoniser les pratiques et d'obtenir les outils de mesure requis dans une approche d'amélioration.

La mise en œuvre d'un programme de réduction des mesures de contrôle est une priorité en matière de gestion des risques et de qualité des soins et des services pour les établissements et l'Agence. Le succès de ce programme repose sur le partenariat de toutes les instances concernées afin de créer une culture de qualité. L'utilisation des mesures de contrôle en milieu d'hébergement de longue durée a fait l'objet de plusieurs recherches au cours des dernières décennies (Voyer, 2006).

Ces recherches soulignent les effets bénéfiques d'un programme de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Elles permettent d'établir un lien de causalité entre la réduction d'utilisation de celles-ci et l'augmentation de la qualité des soins et des services.

Ce document précise les orientations régionales relatives à l'application du cadre de référence du MSSS. Il se veut un guide pour tous les établissements de la région 04-17. Il veut aider les gestionnaires et les intervenants à mettre en place les mécanismes afin d'assumer leurs responsabilités au regard de l'application des mesures de contrôle et ainsi répondre adéquatement aux orientations du MSSS.

DÉFINITION DU PROGRAMME

Le programme-cadre de réduction des mesures de contrôle précise les activités et les ressources consacrées à la réduction de l'utilisation de ces mesures ainsi qu'à la promotion de l'utilisation de mesures alternatives aux mesures de contrôle dans les établissements.

Les justifications du programme sont :

- La diminution de l'utilisation des mesures de contrôle chez les usagers;
- La prévention d'événements sentinelles et la gestion des risques inhérents à l'utilisation de telles mesures;
- L'assurance d'une prestation sécuritaire et de qualité;
- La réduction des conséquences négatives de l'utilisation des mesures de contrôle.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

1. S'assurer de l'application des principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle.
2. Apprécier les objectifs des directions quant à l'utilisation et la réduction des mesures de contrôle.
3. Déterminer, développer et mettre en application une philosophie d'intervention et une approche interdisciplinaire.

4. Donner les orientations afin de développer des documents d'encadrement et outils relatifs aux mesures de contrôle et d'en assurer leur mise en application.
5. Contribuer à l'éducation et à la formation du personnel, des usagers et de leur famille relativement aux mesures de contrôle.
6. Favoriser l'utilisation des mesures alternatives par le personnel et l'émergence d'une approche participative pour leur développement.
7. Établir un processus d'évaluation continue de l'équipement utilisé.

Le respect de la personne passe par le maintien de sa liberté de mouvement. Ce document s'inscrit dans une perspective qui privilégie le maintien de l'autonomie de la personne tout en conservant l'obligation d'assurer sa sécurité et celle des autres, de dispenser des soins et des services individualisés de qualité et son droit à l'autodétermination. Ainsi, les interventions sont orientées dans une perspective de relation d'aide tenant compte des caractéristiques de la personne, de ses ressources et de son environnement. Dans tout le processus, la personne ou son représentant et la famille sont partie prenante et mis à contribution afin de trouver des solutions.

L'utilisation des mesures de contrôle est complexe. La décision s'appuie sur trois dimensions indissociables, soit juridique, clinique et éthique. Elle met en opposition des principes de sécurité, de respect à la vie privée, de droit à la liberté et de droit à refuser des soins. Toute démarche se réalise en intégrant ces trois dimensions à partir des principes directeurs du MSSS suivants :

▪ **1^{er} principe**

Les substances chimiques¹, 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.

▪ **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

¹ À ce jour, le suivi de l'application des mesures de contrôle s'adresse aux contentions et à l'isolement. Il ne porte pas sur les substances chimiques.

▪ **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.

On retrouve deux chapitres distincts. Le premier chapitre définit les composantes structurelles du programme et le deuxième décrit les activités du programme. Chaque composante des deux chapitres se termine par les indicateurs proposés. Finalement, en annexe, on précise les orientations convenues régionalement et un gabarit de rapport annuel est proposé.

CHAPITRE 1

LES COMPOSANTES STRUCTURELLES DU PROGRAMME

Les composantes structurelles du programme sont les instances ayant des responsabilités spécifiques au regard de l'application des mesures de contrôle. Chaque établissement identifie et définit ces instances. Dans un souci d'harmonisation, il est recommandé de former :

1. Un comité stratégique;
2. Des comités opérationnels.

1.1

LE COMITÉ STRATÉGIQUE

Le comité stratégique a pour fonction de déterminer les objectifs du programme, l'élaboration et la révision des documents d'encadrement ainsi que d'assurer le suivi des indicateurs de performance et de transmettre des recommandations aux instances visées.

Ce comité fait rapport au comité de direction, au comité de gestion des risques et au comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration. Il œuvre sous la direction responsable de ce dossier

Le mandat du comité stratégique

Le comité stratégique doit :

- Évaluer et recommander les priorités annuelles au regard de la réduction des mesures de contrôle;
- Élaborer et réviser les politiques, les procédures et les normes applicables dans l'établissement en matière de mesures de contrôle;
- Établir les indicateurs de suivi reliés aux différentes activités du programme;
- Participer à l'élaboration du rapport annuel;
- Analyser les rapports d'événements sentinelles ou autres accidents liés à l'utilisation des mesures de contrôle;
- Effectuer des recommandations au comité de direction.

La composition du comité stratégique

Chaque établissement détermine la composition du comité stratégique ainsi que son mode de fonctionnement. On privilégie une représentativité des différents secteurs de l'établissement si possible. La présidence du comité est assurée par la personne responsable du dossier.

Tous les autres membres du comité doivent prendre part activement aux discussions, assurer le suivi des demandes les concernant et contribuer à l'atteinte des objectifs du programme.

Les réunions du comité stratégique

Le comité stratégique se réunit au moins deux fois par année. Des réunions extraordinaires peuvent aussi être convoquées, au besoin, par la présidence du comité.



Tableau 1 : Évaluation du comité stratégique

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Tenue des rencontres du comité	Nombre de rencontres/année	2	Rapport annuel
La participation des acteurs aux réunions du comité	% de présences par le nombre de participants potentiels	75 %	Rapport annuel

1.2

LES COMITÉS OPÉRATIONNELS

Les comités opérationnels sont sous la responsabilité du comité stratégique. Ils doivent être multidisciplinaires et sont de grandeur et de nombre différents en fonction de l'envergure de l'établissement. Chaque établissement précise le fonctionnement et la composition de ces comités.

Le mandat des comités opérationnels

- Assurer la mise en place des documents d'encadrement et des outils.
- Faire le suivi de l'évolution de la situation afin d'apporter les correctifs nécessaires.

- Agir en tant qu'agent multiplicateur et personne-ressource auprès des équipes de soins et de services.
- Produire un rapport selon les indicateurs à recueillir et le soumettre au comité stratégique.



Tableau 2 : Évaluation des comités opérationnels

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Tenue des réunions	Nombre de réunions	4 par an	Rapport annuel
La participation des acteurs aux réunions des comités opérationnels	% de présences par le nombre de participants potentiels	75 %	Rapport annuel
Suivi des recommandations découlant des enquêtes des événements indésirables associés aux mesures de contrôle	% de recommandations mises en place	100 %	Rapport annuel

1.3

LE RÔLE ET LES RESPONSABILITÉS DES DIRECTIONS

Responsabilité de la direction générale et du conseil d'administration :

Recevoir les indicateurs selon la fréquence établie ainsi que les différentes recommandations.

Responsabilité de la direction responsable du dossier mesures de contrôle :

- S'assurer de l'élaboration du programme, de l'élaboration des documents d'encadrement découlant du programme et de leur révision.
- S'assurer de l'application du programme.
- S'assurer de la mise en place et du fonctionnement des différents comités.

Responsabilité des directeurs et/ou coordonnateurs de programmes et/ou chefs de services :

- Assister le responsable du dossier des mesures de contrôle dans l'élaboration et la révision de ce programme et des documents d'encadrement découlant.
- Assurer la diffusion auprès des intervenants et s'assurer de leur application.

Responsabilité de la direction des services professionnels :

- Faire connaître et s'assurer de l'application du présent programme par l'équipe médicale.

L'ensemble du personnel :

- Les membres du personnel ont la responsabilité de connaître et de respecter le présent programme ainsi que les protocoles et procédures cliniques qui en découlent.

CHAPITRE 2**LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME**

Sept composantes dirigent les activités du programme-cadre de réduction des mesures de contrôle, soit :

1. L'approche interdisciplinaire et le modèle d'intervention;
2. Les documents d'encadrement;
3. L'éducation et la formation;
4. La communication et l'information;
5. Les mesures alternatives;
6. La sécurité (soins et surveillance) et l'équipement;
7. L'évaluation du programme et des résultats.

2.1**L'APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE ET LE MODÈLE D'INTERVENTION**

La décision d'utiliser une mesure de contrôle implique la nécessité d'un processus décisionnel interdisciplinaire. Les décisions s'obtiennent par consensus et les activités sont coordonnées selon une approche multidimensionnelle s'adaptant aux besoins de la personne (Thouin et Voyer, 2006).

Objectif général

Favoriser une approche interdisciplinaire structurée selon le modèle d'intervention reconnu.

Conditions**1. Respecter les champs de compétence de chaque professionnel et prendre une décision d'équipe**

Selon le Code des professions, le médecin, l'infirmière, l'ergothérapeute et le physiothérapeute peuvent décider de l'application d'une mesure de contrôle en conformité avec leurs champs de compétence respectifs. Cependant, la décision d'utiliser une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée se prend en concertation. Elle **ne peut pas être prise par un seul professionnel**. Ainsi, la prescription médicale uniquement n'est pas valable pour l'application de la mesure de contrôle. La mise en isolement demeure une décision réservée aux médecins. Cependant, en situation d'urgence, l'infirmière en santé mentale peut isoler l'utilisateur.

2. Évaluer et analyser la condition de l'usager, les comportements présents, les causes et les risques

La prise de décision requiert une analyse approfondie de la situation qui tient compte de la personne et des composantes de son environnement. L'intervenant (et son équipe) effectue l'évaluation, l'analyse et la planification de l'intervention ainsi que la réévaluation.

■ L'évaluation de la situation

L'évaluation vise à décrire les comportements présentés par la personne afin d'identifier les causes sous-jacentes à ceux-ci. Cette évaluation est globale et tient compte des caractéristiques de la personne et des composantes de son environnement décrit dans le modèle de Kaiser Jones (ce modèle est présenté à la page suivante).

■ L'analyse et l'interprétation des informations

L'intervenant analyse les données afin de poser un jugement clinique sur la condition de la personne, particulièrement au regard des risques de lésion pour elle-même ou pour autrui.

■ La planification des interventions

En équipe interdisciplinaire, on établit le plan d'intervention adapté à la condition de l'usager, et ce, avec la participation de la personne ou de ses proches. Le plan d'intervention doit contenir toutes les avenues possibles afin de démontrer que la mesure de contrôle est de dernier recours.

■ La communication du plan d'intervention

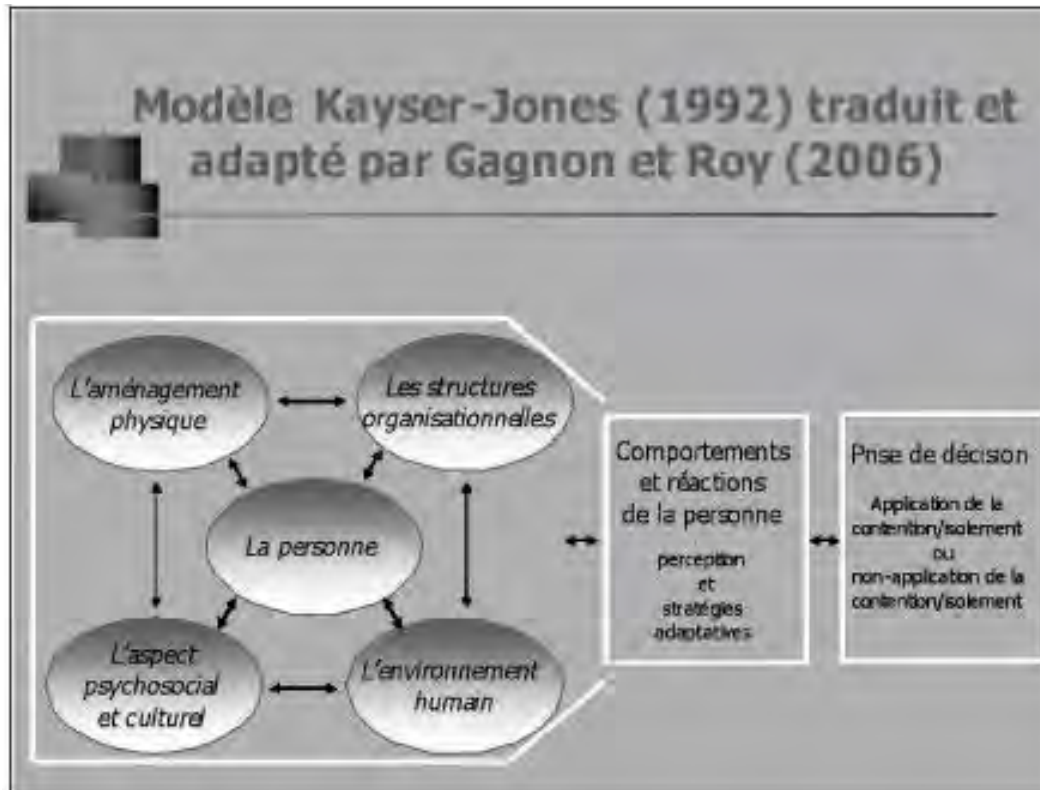
Le plan d'intervention est communiqué à la personne, à ses proches et aux intervenants concernés. Lors d'une décision d'appliquer une mesure de contrôle en situation planifiée, l'intervenant doit obtenir un consentement libre et éclairé de l'usager ou de son représentant autorisé.

■ La réévaluation

La réévaluation porte sur l'évolution de l'état de santé de la personne, sur l'efficacité du plan d'intervention mis de l'avant et, le cas échéant, sur la révision de la décision relative à la mesure de contrôle et les réajustements requis.

Modèle adopté

Le modèle de Kaiser-Jones (1992) permet de comprendre et d'expliquer les composantes ayant conduit au recours ou non à une mesure de contrôle.



La décision d'appliquer une mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation complète et individualisée. Ce modèle affirme que les comportements et réactions d'une personne sont influencés par les composantes de son environnement. Ce sont donc ces mêmes composantes qui devraient orienter la décision de l'équipe interdisciplinaire. Les cinq composantes sont :

- **La personne**

La personne est au centre du modèle. Elle est évaluée globalement dans le souci de respecter son intégralité.

- **L'aspect psychosocial et culturel**

Cette composante réfère aux croyances, valeurs, préférences et attitudes de la personne et de son entourage.

- **L'aménagement physique**

Cette composante concerne l'environnement physique.

- **Les structures organisationnelles**

Cette composante représente l'ensemble des moyens mis en place pour éviter le recours aux mesures de contrôle.

- **L'environnement humain**

Cette composante représente tous les humains entrant en interaction avec la personne.

Agir selon les contextes d'intervention

Dans le cadre de l'utilisation de mesures de contrôle, il existe deux contextes, soit le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.

1. Contexte d'intervention planifiée

La planification de l'ensemble des interventions requises pour solutionner une problématique spécifique **connue** et **précise** constitue le contexte d'intervention planifiée.

2. Contexte d'intervention non planifiée

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

Obtenir le consentement

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) précise la nécessité d'informer la personne sur son état de manière à lui faire connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à elle ainsi que les risques et les conséquences associés avant de consentir à des soins. Ces dispositions législatives reconnaissent l'importance de la personne dans tout processus décisionnel relativement au choix des soins et des services qui lui sont destinés. Appliquer une mesure de contrôle porte une atteinte importante aux droits des personnes et nécessite l'obtention d'un consentement libre et éclairé. En effet, il constitue un moyen de rendre licite une atteinte portée au corps humain. Légalement, sans le consentement de la personne elle-même, si elle est apte, ou d'une personne légalement autorisée à consentir

à sa place, si elle est inapte, il est impossible d'appliquer des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée.

Les informations à transmettre à l'utilisateur, ou à son représentant, sont les motifs justifiant son application, les risques inhérents à cette mesure ainsi que les modalités d'application et de surveillance. En tout temps, l'utilisateur ou son représentant peut retirer son consentement. Dans les situations où la personne est considérée inapte, un consentement substitué doit être obtenu. Aucun consentement n'est requis pour retirer une mesure de contrôle.

Plan d'intervention, plan thérapeutique infirmier et dossier de l'utilisateur

La documentation est une activité consistant à consigner au dossier de l'utilisateur l'ensemble de l'information relative aux soins et services offerts. Plus spécifiquement, la documentation liée à l'utilisation d'une mesure de contrôle fait référence à l'ensemble des notes et rapports complétés par les intervenants dans le but de consigner le processus décisionnel relatif à l'application ou non d'une mesure de contrôle. La documentation au dossier doit refléter le caractère exceptionnel et de dernier recours de l'application d'une mesure de contrôle, et ce, en fonction des dimensions clinique, éthique et juridique prises en compte lors de la décision. De plus, le fait de compléter les notes d'évolution en considérant les éléments reliés à ces dimensions facilite l'analyse des professionnels avant de prendre leur décision. Par ailleurs, la documentation en matière de mesures de contrôle s'avère être un devoir précis envers la personne au sens de la loi (LSSSS, art. 118.1).

Finalement, la documentation au dossier de la personne favorise la continuité des soins et des services. Elle permet une meilleure communication entre les différents intervenants qui œuvrent auprès de la clientèle sur une période de 24 heures.



Tableau 3 : Évaluation du respect de l'approche interdisciplinaire et du modèle d'intervention

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Décision des professionnels autorisés selon les contextes d'interventions planifiées ou non	% de signatures des professionnels autorisés	75 %	Audit de dossiers
Prise de décision selon les cinq étapes : ✓ Évaluation ✓ Analyse ✓ Planification ✓ Communication ✓ Réévaluation en contexte d'intervention planifiée	% de dossiers conformes	75 %	Audit de dossiers
Utilisation du modèle Kaiser-Jones	% de dossiers conformes	75 %	Audit de dossiers
Obtenir le consentement	% de dossiers conformes avec un consentement	75 %	Audit de dossiers
Présence d'un plan d'intervention, d'un plan thérapeutique infirmier et de la documentation au dossier pertinente	% de dossiers conformes à la documentation demandée	75 %	Audit de dossiers

2.2

LES DOCUMENTS D'ENCADREMENT

Les politiques, procédures et règles de soins permettent l'encadrement de la pratique dans l'établissement. Leur élaboration est basée sur des données probantes, des avis scientifiques et des lignes directrices. Ces documents de référence sont approuvés et entérinés par différentes instances. Chaque établissement identifie son mécanisme d'approbation.

Objectif général

Déterminer, élaborer et mettre à jour les documents d'encadrement et outils cliniques requis.

Objectifs opérationnels

1. **Rédiger, diffuser, réviser et mettre en application les documents d'encadrement spécifiques à la réduction des mesures de contrôle, en considérant les priorités du MSSSS**

En vertu de l'article 118.1 de la LSSSS, tous les établissements doivent encadrer l'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles. Chaque établissement développe ses propres documents afin de faciliter le travail des professionnels.



Tableau 4 : Évaluation des documents d'encadrement

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Présence des documents d'encadrement selon les normes du MSSS	% de documentation conforme concernant les mesures de contrôle	Documents en place	Rapport annuel
Présence des méthodes de soins (ou techniques d'application) et des outils cliniques	Nombre d'outils en place	Nombre d'outils (liste)	Rapport annuel
Utilisation des outils	Taux d'utilisation d'outils (nombre d'outils utilisés/dossiers analysés)		Audit de dossiers

2.3

L'ÉDUCATION, LA FORMATION ET L'INFORMATION

Ce programme vise à instaurer un changement de pratique afin de réduire le recours à une mesure de contrôle et, le cas échéant, d'en abrégier la durée. Dans cette optique, il est essentiel de sensibiliser et de former le personnel.

La formation du personnel vise généralement l'augmentation des compétences professionnelles qui se traduisent notamment par les aptitudes et les attitudes suivantes :

- La capacité d'acquérir des connaissances nouvelles;
- La capacité d'appliquer ces connaissances en situations professionnelles réelles;
- La capacité de juger;
- La capacité de communiquer et d'interagir;
- La capacité de gérer le stress et de surmonter les obstacles rencontrés dans le milieu de travail.

On entend généralement par compétences professionnelles les connaissances, le savoir-faire, le jugement et les qualités personnelles spécifiques dont les professionnels, les intervenants et les médecins ont besoin pour exercer leur profession efficacement, en toute sécurité et de façon conforme à l'éthique dans un milieu spécifique.

Bien que la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle favorise la qualité des soins et des services, le personnel et les proches en doutent. Par conséquent, il est important de sensibiliser

les familles et de former le personnel afin de leur démontrer les avantages à réduire les mesures de contrôle. On cible les activités d'apprentissage en matière de mesures de contrôle sous quatre sections, soit :

- La sensibilisation et les fausses croyances;
- La formation spécifique;
- Les formations complémentaires;
- L'éducation de la clientèle.

Objectif général

Viser un changement d'attitude des professionnels, des intervenants, des médecins, des usagers et des familles à l'égard des mesures de contrôle.

Objectifs opérationnels et priorités

1. Sensibiliser le personnel et les familles sur les fausses croyances associées à l'utilisation des mesures de contrôle

Il est essentiel de sensibiliser le personnel, la personne en cause et sa famille au fait que le recours aux mesures de contrôle entraîne des risques importants. Le changement de pratique repose sur les connaissances en la matière. La sensibilisation vise à ce que les divers partenaires qui œuvrent au sein de l'établissement accueillent favorablement les changements de pratique et collaborent à la mise en œuvre de ce programme.

2. Avoir un programme de formation pour les nouveaux employés et un plan de formation continue

La formation continue en matière de soins, d'interventions et de surveillance aux équipes s'avère un incontournable pour un changement de pratiques. Selon, Evans, Wood et Lambert (2002), « Offrir une formation sur l'usage adéquat des moyens de contrôle réduit la fréquence et la durée d'utilisation et augmente la qualité des soins ».

La formation peut prendre différentes formes, soit ateliers pratiques, capsules, vidéos, cours théoriques, etc. selon les établissements. On comprend qu'elle est essentielle, cependant elle dépend de la réalité et des besoins spécifiques de l'établissement.

3. Donner de la formation complémentaire sur les problématiques cliniques rencontrées au sein des différentes instances

Il est important d'identifier les raisons d'utilisation des mesures de contrôle afin d'avoir un impact sur la réduction de celles-ci. Les interventions doivent être centrées sur la personne et ses besoins. Les intervenants doivent être en mesure de cibler les problématiques et les interventions requises pour agir sur les chutes, les comportements perturbateurs, l'errance, l'agressivité, le *delirium*, les risques d'interférence aux soins et aux services, etc. En ce sens, il est utile de dispenser des formations adaptées à ces problématiques.

4. Informer la clientèle et leur famille

Consentir à l'application d'une mesure de contrôle est une décision difficile et représente un stress majeur pour la famille qui ne possède pas l'information complète et nécessaire pour une prise de décision éclairée. D'autre part, la persistance des fausses croyances est omniprésente chez les proches, notamment concernant la prévention des chutes. Il s'avère important d'éduquer les usagers et les proches afin de leur donner l'information exacte.



Tableau 5 : Évaluation de l'éducation et de la formation

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Formation à l'embauche	% de personnel formé à l'embauche	100 % des employés ciblés	Rapport annuel
Formation en cours d'emploi de base et spécifique	Nombre d'employés rencontrés/service/période Nombre moyen d'heures de formation reçues par employé		Rapport annuel
Conférences ou communiqués relatifs aux mesures de contrôle	Nombre de conférences ou communiqués/année		Rapport annuel
Information (via rencontre) à l'usager et à la population	Nombre de pochettes remises/par jours-présence		Rapport annuel

Dans le contexte d'un programme visant la réduction des mesures de contrôle, la communication est l'élément clé permettant une réflexion approfondie de la situation d'une personne pour laquelle un processus de décision doit être amorcé.

La communication s'établit à différents niveaux, soit avec la personne et sa famille et entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire.

Objectif général

S'assurer que la transmission de l'information à l'utilisateur et à sa famille reflète la cohérence des discussions et décisions de l'équipe interdisciplinaire.

Objectifs opérationnels et priorités

1. Établir une communication ouverte favorisant la collaboration

La participation active de la personne n'est possible que par une communication efficace entre le personnel, la personne et sa famille. Ainsi, la communication est le fondement même de l'interaction avec les personnes dans le cadre de l'application de mesures de contrôle. Elle facilite la compréhension de la problématique, de l'état de la personne et de ses besoins. Dans plusieurs situations, elle permet d'éviter le recours à une mesure de contrôle par la contribution de la famille à la recherche de mesures alternatives.

2. Mettre en place un processus assurant la cohésion et facilitant la communication au sein de l'équipe interdisciplinaire

Afin de s'assurer que la décision de recourir à une mesure de contrôle ne soit pas uniquement unidisciplinaire, il est important que le processus comporte un mécanisme favorisant la communication entre toutes les personnes impliquées. La création d'outils et de structures de communication est requise et facilite la transmission des informations.



Tableau 6 : Évaluation du volet communication

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Évaluation de la satisfaction des usagers/familles concernant la communication	Satisfaction des usagers	75 %	Rapport annuel
Documentation au dossier des éléments de la communication transmise aux usagers, aux familles et en rencontres interdisciplinaires	% de dossiers conformes		Audits de dossiers

2.5**LES MESURES ALTERNATIVES**

Les programmes efficaces dans la réduction des mesures de contrôle comportent obligatoirement un volet spécifique à l'utilisation de mesures alternatives en lien avec les défis cliniques. Les mesures alternatives sont des stratégies d'intervention simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants. Elles permettent d'éviter l'utilisation de mesures de contrôle. Ces mesures visent à réduire ou éliminer les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui.

Objectif général

Développer des mesures alternatives adaptées, souples et capables de répondre à différents aspects des problématiques.

Objectifs opérationnels et priorités

1. Favoriser la créativité et l'approche interdisciplinaire pour le développement des mesures alternatives

La réduction de l'utilisation des mesures de contrôle passe nécessairement par une augmentation des connaissances du personnel en matière de mesures alternatives. L'approche interdisciplinaire facilite l'identification, le développement et l'application de celles-ci. Elle fait appel à la créativité des intervenants et doit favoriser l'intégration de la personne concernée et de sa famille.

2. Développer des approches complémentaires en travaillant sur les défis cliniques

La littérature montre que des mesures alternatives préviennent et réduisent les situations problématiques qui incitent souvent à recourir à une mesure de contrôle. Les défis cliniques (*delirium*, agressivité, chutes, interférence aux traitements incommodants, agitation, errance) reliés à l'utilisation des mesures de contrôle doivent être traités autrement. Par exemple, l'évaluation du profil médicamenteux permet de diminuer le risque de chute relié aux effets hypotenseurs de certains médicaments. Agir sur les causes physiologiques de l'agitation (douleur, constipation, infection, etc.) représente également une mesure alternative à la mesure de contrôle. Dans d'autres situations, telle la prévention du *delirium*, la mesure alternative concerne souvent des soins reliés à la vie quotidienne comme la mobilité, le confort, la sécurité, l'hydratation et l'oxygénation (Milisen, Lemiengre, Braes, *et al.*, 2005).



Tableau 7 : Évaluation de l'utilisation des mesures alternatives

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Identification de l'essai des mesures alternatives	% de dossiers contenant la mention des mesures alternatives essayées		Audit de dossier

2.6

LA SÉCURITÉ (SOINS, INTERVENTIONS ET SURVEILLANCE) ET L'ÉQUIPEMENT

La mise sous mesure de contrôle représente, pour la personne, une atteinte à son autonomie et sa liberté. Cet acte rend la personne entièrement dépendante de l'autre pour l'assouvissement de l'ensemble de ses besoins fondamentaux. Elle est incapable de satisfaire le moindre besoin relié à la vie.

Une personne dont la condition de santé ou les comportements justifient le recours à une mesure de contrôle nécessite toujours une surveillance et des soins particuliers. Chaque intervenant, en conformité avec son champ d'exercice propre, doit détenir les compétences nécessaires pour bien évaluer l'état de la situation, planifier les soins, les interventions et la surveillance et assurer la continuité des soins et des services. Tous les membres de l'équipe doivent comprendre leur rôle en lien avec l'application de mesures de contrôle.

Par ailleurs, l'équipement utilisé doit répondre à des normes de sécurité précises. Le MSSS a produit le guide *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôles* (2005) afin de s'assurer que les produits utilisés sont conformes aux normes et sécuritaires.

Objectif général

Assurer la mise en place de balises afin de prodiguer des soins sécuritaires à la personne en respectant son intégrité et sa dignité.

Objectifs opérationnels et priorités

1. Identifier les rôles et responsabilités des différents intervenants impliqués dans les soins, les interventions et la surveillance lors de l'application des mesures de contrôle

Les soins, les interventions et la surveillance associés aux mesures de contrôle relèvent de plusieurs corps professionnels. L'implication de tous les membres de l'équipe est un gage de succès. À cet égard, le plan d'intervention précise les éléments de surveillance par les différents membres du personnel. La fréquence de la surveillance est déterminée en tenant compte de la condition spécifique de la personne. Idéalement, l'intervalle entre la surveillance ne devrait pas excéder 1 heure, il est possible de retrouver un délai de 2 heures lors de situations particulières. Il est à préciser que ces situations requièrent une bonne évaluation et documentation de l'orientation.

2. Assurer la documentation adéquate des soins, des interventions et de la surveillance de l'usager et de l'équipement lors de l'utilisation des mesures de contrôle

L'application d'une mesure de contrôle nécessite des soins, des interventions et une surveillance correspondant à l'état clinique de la personne. Ces éléments sont consignés au dossier et leur fréquence est clairement indiquée. De plus, les mesures nécessaires sont prises de manière à ce que tous les membres de l'équipe puissent exercer les soins, les interventions et la surveillance en respectant leur rôle et leur champ de compétence respectifs.

3. Adopter un processus de vérification continue du matériel de contention et des salles d'isolement

L'application des mesures de contrôle doit s'effectuer selon les recommandations du fabricant (Evans, Wood et Lambert, 2002) et les chambres d'isolement doivent respecter les standards émis par le MSSS dans son guide *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôles* (2005).

Chaque établissement est responsable de mettre en place un processus de vérification et d'en assurer le suivi.

4. Adopter un processus pour l'approbation des mesures de contrôle dites « maison »

L'application des mesures de contrôle « maison » est interdite à moins qu'elles n'aient fait l'objet d'une adoption au CA. Chaque établissement a la responsabilité de déterminer ses modalités au regard de l'utilisation ou non de mesures « maison ».



Tableau 8 : Évaluation de la sécurité (soins, interventions et surveillance) et de l'équipement

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Utilisation de la grille de surveillance	% de grilles complétées adéquatement	75 %	Audits de dossiers
	% de dossiers conformes	80 %	
Analyse des événements indésirables R/A à l'application de mesures de contrôle	% de rapports AH-223 reliés à l'utilisation des mesures de contrôle		Rapport annuel

2.7

L'ÉVALUATION DU PROGRAMME ET DES RÉSULTATS

L'évaluation du programme permet de porter un jugement éclairé sur les différentes activités. Son évaluation est effectuée aux trois ans, et ce, à la fin de la période de sa validité. Une évaluation des activités annuelles est effectuée dans le cadre du dépôt du rapport annuel de gestion de l'établissement à l'Agence.

C'est dans un processus d'amélioration continue de la qualité et de l'assurance qualité que l'évaluation du programme, des processus et des activités s'effectue. L'amélioration continue de la qualité est un enjeu majeur dans les établissements du Québec. Après la mise en place d'un ensemble de stratégies destinées à réduire l'utilisation des mesures de contrôle, il est essentiel de mesurer les retombées des efforts déployés.

L'évaluation proposée dans ce volet repose sur les écrits de Donabedian (1988). Elle comporte trois composantes, soit les résultats de soins et des services, les processus et les structures de

soins et de services. Ces composantes permettent de situer la gestion de la qualité dans un cadre global.

Dans le cadre des audits de dossiers, chaque établissement a la possibilité de choisir un cadre de référence adapté à ses besoins.

Objectif général

Assurer la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de l'utilisation des mesures de contrôle en fonction de l'évolution des meilleures pratiques.

Objectifs opérationnels et priorités

1. Les résultats de soins et des services

Les résultats correspondent aux impacts des soins et des services prodigués, lesquels découlent directement de la décision prise et des facteurs considérés pour prendre cette décision. En ce qui concerne les mesures de contrôle, l'évaluation porte, entre autres, sur la prévalence ou l'incidence, la durée d'application et la satisfaction des usagers. La prévalence se définit comme le nombre de cas à un moment précis tandis que l'incidence est le nombre total de nouveaux cas dans un intervalle donné.

La justesse du taux de prévalence obtenu est liée à divers facteurs, tels que le nombre d'observations effectuées ou le nombre de dossiers étudiés. Ainsi, la « solidité » de la prévalence dépend de l'ampleur de la collecte d'informations. Donc, en prenant plusieurs mesures, à plusieurs moments de la journée, pendant différents quarts de travail, la prévalence obtenue est moins soumise à l'effet du hasard.

Le calcul de la prévalence et de l'incidence de l'application des mesures de contrôle doit englober tous les types de mesures de contrôle sans distinction. La mesure de la prévalence et la mesure de l'incidence constituent des indicateurs du changement de pratique. Les résultats obtenus permettent de renforcer ou de modifier les mesures mises de l'avant ou d'ajuster les stratégies pour soutenir le changement de pratique. Il peut cependant arriver que la mesure de la prévalence et de l'incidence ne soit pas assez sensible pour refléter les changements de pratique. Il peut donc être utile, voire même nécessaire, de combiner cette mesure à d'autres

mesures, notamment celles se rapportant aux processus et aux structures de soins et de services.

Dans une perspective de réduction des mesures de contrôle, il est aussi important de calculer la durée d'application. La littérature démontre clairement le lien entre la durée de l'application de la mesure et les conséquences négatives chez la personne, et ce, autant sur le plan physique que psychologique. L'attention particulière à cette dimension apporte de l'information aux équipes ainsi qu'un encouragement et une sensibilisation au retrait des mesures de contrôle. Ainsi, lorsqu'il est difficile de cibler l'abolition complète de mesures de contrôle, la réduction du temps d'application peut devenir un objectif mobilisateur pour l'équipe.

L'estimation de la durée d'application de la mesure de contrôle est difficile à réaliser. Elle exige un suivi rigoureux dans le temps, sur une période de 24 heures, pour chaque individu ciblé. Par conséquent, les intervenants de chaque quart de travail doivent enregistrer le type de mesure de contrôle, le nombre de fois (périodes) où elle a été appliquée et la durée de chaque utilisation. Afin d'aider les équipes d'intervenants, il existe des outils de collecte de données adaptables aux divers milieux.

Finalement, la satisfaction de la clientèle est un élément primordial à prendre en considération lors de l'évaluation des résultats. Elle permet de cibler les interventions à mettre en place pour répondre de manière optimale aux besoins des usagers.



Tableau 9 : Évaluation des résultats de soins et de services

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Prévalence dans les secteurs de longue durée	% de personnes avec mesure de contrôle (Nombre de personnes ayant une mesure de contrôle/nombre de personnes en longue durée)		Rapport trimestriel au CA selon le cycle des ententes de gestion Rapport annuel
Incidence dans les secteurs de courte durée	Taux de mesures de contrôle (Nombre total de nouveaux cas par période /nombre de personnes admises pour la période)		Rapport trimestriel au CA selon le cycle des ententes de gestion Rapport annuel

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Durée d'application dans les secteurs (courte durée et longue durée)	Durée moyenne d'application des mesures de contrôle (Durée totale d'application des mesures de contrôle par période/nombre de personnes admises pour la période)		Rapport trimestriel au CA Rapport annuel
Évaluation de la satisfaction des usagers/familles concernant les différents aspects touchant les mesures de contrôle	Satisfaction des usagers Plaintes des usagers		Sondage

2. Les processus et structures

Les processus correspondent à l'ensemble des activités accomplies par les membres de l'équipe impliqués directement ou indirectement dans les soins et les services auprès des personnes sous mesure de contrôle.

La réduction de l'application des mesures de contrôle passe par un processus de décision qui favorise la remise en question constante et l'utilisation de mesures alternatives. Un plan d'intervention spécifique précise les mesures alternatives mises de l'avant pour éviter la mesure de contrôle ou pour la retirer. L'évaluation des interventions est réalisée en effectuant une analyse des dossiers des personnes à risque de mesures de contrôle ou sous mesures de contrôle. On procède à l'évaluation des interventions inscrites. Ainsi, l'évaluation des processus porte sur le consentement, l'utilisation des mesures alternatives, les soins, les interventions et la surveillance. Elle prend appui sur des données probantes de recherche, des normes, des règles et des politiques.

Les structures correspondent essentiellement aux moyens développés par l'établissement afin de réduire l'utilisation des mesures de contrôle. En ce qui concerne les mesures de contrôle, l'évaluation porte donc sur les documents d'encadrement, les équipements et la séquence de travail. Elle est évaluée en identifiant les éléments en vigueur, soit les politiques et procédures, l'offre de formation, les équipements et l'aménagement des lieux, le soutien et les ressources fournis et l'organisation du travail. Les indicateurs des tableaux précédents permettent d'apprécier la qualité des processus et structures. En ce sens, il n'y a pas d'indicateurs spécifiques à ces volets.

3. Révision des orientations régionales

Il est essentiel de réviser les orientations régionales concernant l'application des mesures de contrôle aux trois ans. Cette activité est intégrée dans la démarche d'amélioration continue. Elle permet une rétroaction et un développement de nouvelles stratégies en tenant compte de l'évolution des pratiques et des besoins de la population.



Tableau 10 : Évaluation du programme

Activités	Indicateurs	Cible proposée	Évaluation
Réviser les orientations régionales	Document révisé		2014

CONCLUSION

Le succès de l'implantation et de la réalisation d'un tel programme dans l'établissement repose sur l'implication de l'ensemble des employés, professionnels, intervenants, médecins et gestionnaires qui mettent en application les mesures appropriées dans leurs actions quotidiennes.

Le programme de réduction des mesures de contrôle répond aux priorités ministérielles, régionales et organisationnelles en matière de gestion des risques et de prestation sécuritaire des soins et de qualité des services. L'établissement prend les moyens reconnus pour limiter l'utilisation des mesures de contrôle. Son actualisation permet d'effectuer le suivi rigoureux des mesures implantées afin de supporter le changement de pratique requis. Ce programme de réduction des mesures de contrôle est un pas vers l'instauration d'une culture de liberté de mouvement et de sécurité au sein de l'établissement.

Lors des travaux du comité régional, les orientations suivantes ont été adoptées pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

But visé :

Afin de déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il faut clarifier le but visé. En ce sens, lorsque le but recherché est de restreindre la capacité de la personne dans sa liberté de mouvements et sa mobilité, il s'agit d'une mesure de contrôle, laquelle est comptabilisée et nécessite le suivi en conséquence. Il appartient aux professionnels, intervenants et médecins impliqués dans la décision de bien évaluer le but visé.

Ridelles de lit :

En référence au but visé, on considère les ridelles de lit comme une mesure de contrôle si les 2 ridelles complètes ou les 4 demi-ridelles sont requises afin de limiter la mobilité de la personne. En ce qui a trait à l'utilisation des ridelles à l'urgence et à la salle de réveil, elles sont des mesures de contrôle. On propose plutôt l'utilisation de civières basses.

Certains critères d'exclusion sont convenus pour lesquels les ridelles ne sont pas des mesures de contrôle :

- Lors de l'utilisation de ridelles pour le transport de la personne d'un lieu à l'autre ou dans un contexte thérapeutique (exemple : salle de réveil postopératoire immédiat, pour un examen diagnostique, client sous sédation);
- Lorsque la personne n'a pas de mouvement volontaire et que les côtés du lit ne constituent pas une contrainte (exemple : une personne grabataire);
- Lorsque la personne sans risque de confusion les demande par sentiment de sécurité et qu'elle est en mesure de demander de l'aide en utilisant un système d'appel.

Il faut retenir que chaque situation nécessite une évaluation ainsi qu'une documentation appropriées du dossier.

Surveillance :

Bien que la cadre de référence du Ministère détermine les principes associés à la surveillance, le comité régional apporte quelques précisions. L'élément essentiel est que la surveillance soit directement associée à la condition de la personne. Il faut préciser que la surveillance a pour

but premier d'identifier rapidement un problème et d'agir en conséquence, tel qu'aviser la personne responsable de déterminer l'action à effectuer.

Ainsi, le jugement clinique des intervenants impliqués dans la décision d'appliquer la mesure de contrôle est primordial pour déterminer la surveillance requise. Il s'avère donc difficile d'établir des barèmes « mur à mur ». Ce constat est d'autant plus présent lorsque la mesure de contrôle est appliquée depuis une longue période de temps, comme en soins de longue durée.

Donc, la surveillance est déterminée selon la condition de l'utilisateur et peut être plus ou moins fréquente si besoin. Spécifiquement, lorsque la mesure de contrôle est appliquée dans un contexte planifié, il est proposé d'adapter la surveillance en fonction du temps d'application, c'est-à-dire une surveillance plus rapprochée les premiers jours et ajustée en fonction de l'évolution de la condition et des réactions de la personne. Le délai maximum entre deux moments de surveillance est de 60 minutes. On entend ici par surveillance une surveillance visuelle, c'est-à-dire qu'une personne voit l'utilisateur et est en mesure d'identifier un problème.

En courte durée, on doit effectuer une évaluation de la condition de la personne minimalement à chaque quart de travail ou adapter la surveillance en fonction de la condition de santé de l'utilisateur et du type de mesure de contrôle employé. En longue durée, l'évaluation est déterminée au plan d'intervention. En tout temps, le professionnel ou l'intervenant évalue, documente ses décisions et s'assure qu'aucun objet pouvant porter préjudice à l'utilisateur ne soit à sa portée.

Demi-porte :

On doit tendre à proscrire l'utilisation de la demi-porte comme mesure de contrôle pour des raisons de sécurité. Bien que l'on puisse s'assurer que la demi-porte soit sécuritaire, on devrait privilégier la mise en place d'une porte vitrée, d'un moustiquaire ou d'une porte avec fenêtre. Ce système est une contrainte environnementale qui restreint l'aire de déplacement de l'utilisateur. Elle est donc une mesure de contrôle.

Cependant, l'usage d'un dispositif utilisé à la demande de l'utilisateur dans le but de lui procurer une plus grande intimité n'est pas une mesure de contrôle en raison du but visé. On entend par dispositifs : filet velcro, bande sur le plancher, demi-porte, etc. Toutefois, l'utilisateur doit être en mesure de sortir ou de demander de sortir par lui-même à sa guise.

Dans le même sens, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle lorsqu'un tel dispositif est utilisé à la demande de l'utilisateur ou de sa famille afin d'empêcher les gens d'entrer dans sa chambre.

Équipement « maison » :

Lors de processus de sélection de matériel et d'équipements utilisés comme mesure de contrôle, les établissements doivent privilégier les produits en vente commerciale et reconnus par Santé Canada. Les équipements « maison » ne devraient être utilisés qu'exceptionnellement et chaque établissement doit préciser la marche à suivre pour en autoriser l'application. Ainsi, tout équipement « maison » non approuvé par l'établissement est interdit.

Consentement :

En situation non planifiée, le consentement n'est pas toujours requis pour les premiers 48 heures. Par la suite, le consentement doit être obtenu par l'utilisateur ou son représentant. Pour toute situation planifiée, le consentement est obligatoire avant l'application de la mesure de contrôle. Si l'utilisateur apte refuse en situation planifiée, on peut obtenir le consentement par l'entremise du tribunal. Dans le cas d'une personne inapte, lorsque son comportement exprime un refus catégorique de la mesure de contrôle, il faut prendre ce refus en considération dans le processus de décision d'appliquer la mesure de contrôle.

Le consentement peut être verbal ou écrit et l'utilisateur peut le retirer en tout temps. Lors de la prise de décision d'appliquer la mesure de contrôle, on détermine la durée de l'application et par conséquent la durée du consentement. Le consentement n'est pas requis pour cesser l'application de la mesure de contrôle ou pour modifier les paramètres d'une mesure de contrôle déjà en place.

Formation :

Il a été convenu que la formation de base minimale pour l'application des mesures de contrôle soit de 4 heures. Chaque établissement est maître d'œuvre de sa formation et peut, en fonction de sa réalité, augmenter le temps de la formation mais ne peut pas le diminuer. Le contenu de la formation est adapté aux personnes à former.

Isolement en prévention et contrôle des infections :

Dans le contexte normal du programme de prévention et de contrôle des infections, le fait d'isoler la personne à sa chambre n'est pas considéré comme une mesure de contrôle. Par

contre, lorsque la personne n'est pas en mesure de respecter les consignes et que l'on doit appliquer un second moyen, ce dernier est une mesure de contrôle et son application doit suivre la procédure en ce sens.

Indicateurs :

Considérant les différences entre la courte et la longue durée, deux types d'indicateurs sont demandés à tous les établissements. En longue durée, on évalue la prévalence à des moments précis, soit aux mêmes périodes du cycle des ententes de gestion. En courte durée, il est convenu de déterminer l'incidence par période des mesures de contrôle dans les secteurs d'activités. L'orientation régionale est de mettre en place tous les éléments afin d'être en capacité de répondre à la demande ministérielle de mesurer le temps d'application des mesures de contrôle. Il est souhaité que les établissements tendent vers cet objectif d'ici 5 ans, à une fréquence propre à chacun et d'une façon adaptée à chaque mission.

Bracelet magnétique :

Le bracelet magnétique est une mesure alternative, à moins que le but visé par l'utilisation du bracelet soit de confiner l'utilisateur seul à sa chambre, il devient alors une mesure de contrôle.

Agent de sécurité :

Si l'agent de sécurité est assigné pour s'assurer que la personne soit confinée à sa chambre et que ses mouvements et gestes soient limités, il s'agit d'une mesure de contrôle. Par contre, si l'agent de sécurité est assigné pour suivre l'utilisateur et que le but consiste à l'accompagner et à le surveiller sans nuire à ses déplacements et gestes, ce n'est pas une mesure de contrôle.

Grenouillère et autres dispositifs de ce type :

Considérant que le but visé est de protéger la dignité de la personne et ne nuit pas à sa mobilité, la grenouillère n'est pas une mesure de contrôle.

Tablette au fauteuil :

Bien que la tablette soit une mesure de contrôle, elle n'est pas considérée comme telle lorsqu'elle est utilisée uniquement pendant la période du repas et qu'une surveillance continue est assurée.

Une tablette ne devrait pas être utilisée comme mesure de contrôle sans la présence d'une ceinture ajustée aux hanches ou au niveau du pelvis pour certains fauteuils. Sans ceinture, l'usage de la tablette comporte des risques de glissement du corps pouvant engendrer de graves conséquences.

Chaque établissement a l'obligation de produire un rapport annuel de gestion à l'intérieur duquel on doit retrouver les constats des évaluations et des activités associées à l'application des mesures de contrôle. L'Agence, de par ses responsabilités, doit s'assurer de l'application et du respect des orientations ministérielles et être en mesure d'obtenir un portrait régional de l'application des mesures de contrôle sur le territoire. Donc, le rapport annuel déposé à l'Agence doit démontrer l'évolution des activités et les résultats pour lesquels les établissements sont imputables.

Dans l'objectif de répondre aux obligations des établissements et dans un souci d'harmonisation régionale, ce gabarit est proposé :

- Préambule (pourrait être commun à tous);
- Objectifs de l'année en cours;
- Activités associées aux objectifs;
- Formation;
- Indicateurs (résultats obtenus et cibles pour la prochaine année);
- Objectifs pour la prochaine année.

BIBLIOGRAPHIE

MSSS, DIRECTION DE LA QUALITÉ. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, Édition révisée 2011.

MSSS, DIRECTION DE LA QUALITÉ. *Programme de formation : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, 2006.

MSSS. *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle, matériel de contention et guide d'aménagement d'une chambre d'isolement*, 2005.

MSSS. *Plan d'action – Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, 2002.

MSSS. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, 2002.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*, Mise à jour du guide d'application publié en 2003, 2010.

VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, une approche adaptée aux CHSLD, ERPI*, 2006.




CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

350, rue Saint-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec**

Québec 

www.agencesss04.qc.ca