

LIGNES DIRECTRICES

L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE DES MESURES DE CONTRÔLE : LA CONTENTION

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000

Anjou (Québec) H1M 3N8

514-351-2770 ou 1-800-361-2001

Télécopieur : 514-351-2658

Courriel : physio@oppq.qc.ca

Site web : www.oppq.qc.ca

Production

Direction de l'amélioration de l'exercice

Services juridiques

Collaboration

Chantal Besner, pht, M.A.P.

Julie Faucher, T.R.P.

Marisa Gambini, pht

Carole Giroux, pht

Michel Laplaca, pht

Maï Pham, pht, M.Sc.

Édith Théberge, pht

Note : *Toute reproduction de ce document, en tout ou en partie, doit en indiquer la source.*

Afin d'en alléger le texte, le mot Ordre est employé pour signifier : Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ».

Dans le présent texte, le générique masculin est utilisé sans discrimination.

Sommaire

L'élaboration de lignes directrices par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (l'Ordre) quant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention s'avère essentielle afin de structurer cette activité en fonction de la meilleure pratique tenant compte notamment des données probantes et des risques de préjudice pour la personne. Ces lignes directrices reflètent donc la position de l'Ordre quant à la meilleure pratique reconnue pour cette activité interdisciplinaire partagée avec les médecins, les infirmières¹ et les ergothérapeutes.

Les administrateurs du Bureau de l'Ordre ont statué, le 9 février 2007, que, parmi les membres de l'Ordre, **seuls les physiothérapeutes se voient réserver l'activité de prendre une décision concernant la contention** en raison de l'évaluation neuromusculosquelettique qui leur est aussi réservée. Ainsi, les thérapeutes en réadaptation physique peuvent assister et participer aux réunions multidisciplinaires, mais ne peuvent décider de l'utilisation d'une mesure de contention.

Les lignes directrices ont été élaborées en tenant compte des trois dimensions reconnues dans le processus décisionnel d'une mesure de prévention et de remplacement. Nous vous présentons d'abord l'aspect législatif qui a amené toutes les modifications relatives à cette activité, la dimension clinique se rapportant à l'intervention préconisée en physiothérapie et finalement, nous abordons le volet éthique. De plus, nous précisons certaines particularités de cette activité auxquelles le physiothérapeute doit porter une attention spéciale en raison de sa responsabilité professionnelle.

Ces lignes directrices permettent ainsi aux physiothérapeutes de structurer leur démarche pour la rendre plus applicable sur le terrain quant à la prise de décision d'une contention et d'optimiser ainsi leur intervention dans une approche interdisciplinaire concernant l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. En effet, la décision de contention devrait toujours tenir compte de l'opinion du physiothérapeute en raison de l'impact direct que pourrait avoir la contention sur le rendement fonctionnel optimal du client.

De plus, les lignes directrices précisent le rôle des thérapeutes en réadaptation physique lors de leur participation au sein de l'équipe multidisciplinaire. Finalement, elles permettent aux autres professionnels de préciser leurs attentes à l'égard de la physiothérapie dans l'équipe interdisciplinaire et de reconnaître, pour les gestionnaires, l'apport de la physiothérapie pour cette activité.

¹ Dans le présent texte, l'appellation *infirmière* vise tout autant l'infirmier que l'infirmière.

1. CADRE LÉGAL DE LA CONTENTION

1.1 Loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS)

En 1997, lors de l'adoption des modifications à la *Loi sur la santé et les services sociaux*, le législateur y a ajouté l'article 118.1. Cet article vise à préciser notamment dans quelles circonstances et suivant quelles conditions la force, l'isolement et tout moyen mécanique ou toute substance chimique peuvent être utilisés comme mesures de contrôle d'une personne en établissement de santé. L'article se lit ainsi :

« 118.1 **Mesures exceptionnelles.** 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.

Mention au dossier. 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.

Application des mesures. 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. »

1.2 Orientations ministérielles

L'avènement des *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, publiées en décembre 2002 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, a défini la contention et a établi des balises en ce qui a trait à la prise de décision et à l'application des contentions.

1.2.1 Définition de la contention

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a retenu la définition suivante du concept de la contention :

Contention :

Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.²

² Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. (www.msss.gouv.qc.ca)

1.2.2 Les six principes directeurs

Les orientations ministérielles proposent donc une philosophie d'intervention qui préconise une réduction du recours à la contention en misant d'abord sur la prévention. Affichant au premier plan le respect et l'autonomie de la personne, la philosophie d'intervention recommande, aux différents professionnels concernés, d'attribuer une grande importance aux caractéristiques de chaque personne ainsi qu'à son environnement propre. Il s'avère donc incontournable que cette philosophie d'intervention se retrouve au cœur même des protocoles d'application de chaque établissement.

« Les principes directeurs qui encadrent l'utilisation des mesures de contrôle sont :

1. Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent ;
2. Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours ;
3. Lors de l'utilisation des 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. 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. 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. 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.³ »

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.* .(www.msss.gouv.qc.ca)

En conclusion, l'objectif visé par l'article 118.1 de la LSSSS et les orientations ministérielles ont pour objet d'encourager nos professionnels de la santé à rechercher des mesures alternatives à la contention, à l'isolement et aux substances chimiques et ainsi réduire, voire éliminer les mesures de contrôle dans nos établissements.

1.3 Champ de la physiothérapie

L'article 37 n) du *Code des professions* définit le champ d'exercice de la physiothérapie comme suit :

Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal ;

Les modifications apportées au *Code des professions* ont réservé aux professionnels de la santé diverses activités. Certaines peuvent être partagées entre plusieurs groupes alors que quelques-unes sont réservées à un seul groupe.

L'activité de contention est prévue à l'article 37.1 paragraphe 3g) du *Code des professions*. Les physiothérapeutes doivent donc intervenir dans leur champ d'exercice et décider de l'utilisation des mesures de contention. Cette activité est partagée avec les médecins, les infirmières et les ergothérapeutes, en fonction de leur champ d'exercice respectif. En effet, lors de la réunion multidisciplinaire, le professionnel habilité par la loi prend part à la décision en regard d'une mesure de contrôle selon son champ de compétence propre.

Dans le cas du physiothérapeute, l'évaluation neuromusculosquelettique à laquelle il procède dans le cadre de l'évaluation de la personne, retrouvée dans le modèle de Kayser-Jones⁴, s'avère essentielle quant au processus de décision d'une contention ou d'une mesure alternative. En effet, son expertise est d'abord utilisée pour vérifier si la personne à risque de chute présente ou non des déficiences et incapacités d'origine neuromusculosquelettique. Dans l'affirmative, le physiothérapeute déterminera lesdites déficiences et incapacités qui sont en cause et pourra intervenir directement sur l'origine du problème, si son intervention est jugée pertinente. Ainsi, le diagnostic émis par le physiothérapeute permet donc de documenter plus précisément, notamment les problèmes d'équilibre ou de marche préalablement identifiés.

⁴ Gouvernement du Québec, *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, Module Kayser-Jones : Un cadre de référence pour guider le changement de pratique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (Juin 2006).

2. DÉMARCHE CLINIQUE

Les orientations ministérielles prévoient deux types d'intervention quant à la prise de décision pour l'utilisation d'une mesure de contrôle : l'intervention non planifiée et planifiée. Un contexte d'intervention planifié est préconisé pour toute décision relative à l'utilisation d'une mesure de contrôle. Toutefois, **dans des situations d'urgence, une intervention non planifiée peut être effectuée par tout intervenant.**

2.1 Intervention non planifiée

Le contexte d'intervention non planifiée inclut toute situation qui nécessite une intervention d'urgence lorsque la sécurité de la personne ou celle d'autrui est menacée. Ainsi, une appréciation de la situation doit être effectuée en axant spécifiquement l'intervention sur les besoins de sécurité. Quiconque se retrouve dans une situation où l'appréciation du risque démontre que ce dernier est imminent, peut avoir recours à une mesure de contrôle. Même si l'intervention se déroule dans un contexte non planifié, les principes directeurs doivent toujours guider les actions à poser. Dans ce contexte, **il est permis de ne pas avoir le consentement de la personne pour avoir recours à la contention, mais une analyse postsituationnelle doit être obligatoirement prévue dès que la situation d'urgence n'est plus présente.** Ainsi, les protocoles d'établissement devraient alors inclure un nombre maximal d'heures sous contention dans un contexte non planifié. Le suivi prévu permet donc de réévaluer le plus rapidement possible la condition de la personne et donne lieu d'orienter l'intervention vers un contexte planifié.

2.2 Intervention planifiée

Le Cadre de référence pour l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement de l'ancienne Association des hôpitaux du Québec⁵ a très bien défini le processus décisionnel pour l'utilisation judicieuse de la contention et de l'isolement dans une approche interdisciplinaire. Ce processus décisionnel s'applique autant dans le système privé que dans le système public. Toutefois, il est préconisé que le recours à la contention soit réduit, voire éliminé de la pratique médicale et que des méthodes ou des solutions alternatives soient apportées pour pallier les lacunes ou la problématique de la personne.

⁵ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC (2004), *Cadre de référence Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Édition révisée 2004, P 36

La recherche de nouvelles avenues représente un défi de taille pour tous les intervenants. En effet, les pratiques habituellement rencontrées doivent faire place à des idées créatrices et novatrices en matière de soins aux personnes. De nouvelles stratégies doivent alors émerger afin d'être exploitées : des stratégies organisationnelles, professionnelles, structurales et d'apprentissage.⁶

Dans un contexte d'intervention planifiée, une évaluation de la situation clinique de la personne amorce le processus pour identifier ses problèmes, les causes de ces derniers et les besoins qui en découlent. C'est au sein de cette évaluation clinique que se situe l'évaluation neuromusculosquelettique du physiothérapeute. Par la suite, la planification d'interventions visant à prévenir ou à éliminer la ou les causes des problèmes est mise en marche. C'est ainsi que des mesures préventives ou de remplacement à la contention peuvent être suggérées afin de minimiser l'utilisation des mesures de contrôle.

Certes, à la lumière des données recueillies par les différents intervenants, il incombe à l'équipe multidisciplinaire de décider d'utiliser ou non une mesure de contrôle pour une personne. Il ne faut jamais oublier que la contention est elle-même une mesure qui comporte des risques et qu'elle demeure une mesure de dernier recours. Toutefois si une contention s'avère essentielle, elle doit être évaluée avec tous les risques qu'elle comporte par rapport à la gravité du problème.

En effet, les chutes sont plus fréquentes chez les personnes contentionnées⁷. De plus, il appert que les blessures provoquées par les chutes sont nettement plus sérieuses chez les personnes contentionnées que chez les personnes non contentionnées.⁸

De plus, en accord avec les trois étapes du processus décisionnel élaboré par l'ancienne Association des hôpitaux du Québec⁹, l'Ordre recommande de faire un suivi postsituationnel auprès de la personne contentionnée ou de son représentant, tel que devrait le prévoir le protocole d'établissement, afin de réévaluer la pertinence de poursuivre la mesure de contrôle choisie.

Il est alors essentiel de planifier ladite analyse postsituationnelle par une réévaluation de la situation afin de procéder à un suivi adéquat des interventions. Il ne faut jamais oublier que l'objectif visé par la loi est la réduction, voire l'élimination des mesures de contrôle.

⁶ ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC (2004), *Cadre de référence Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Édition révisée 2004, P 37-39

⁷ Mion et al, 1989

⁸ Tinetti et al, 1992

⁹ ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC (2004), *Cadre de référence Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Édition révisée 2004, P 30-35

2.2.1 Intervention en physiothérapie

De par l'inclusion des physiothérapeutes comme professionnels habilités à décider de l'utilisation des mesures de contention, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* a reconnu l'apport du champ de la physiothérapie dans la prise de décision d'une contention ainsi que l'importance de considérer l'impact qu'a cette dernière sur le rendement fonctionnel optimal d'une personne.

2.2.1.1 L'évaluation, l'analyse et le diagnostic émis par le physiothérapeute

Tout d'abord, il faut spécifier que la nature de l'intervention faite par un physiothérapeute va de l'évaluation des déficiences et des incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire jusqu'à la réalisation du plan de traitement découlant de cette évaluation. De ce fait et dans le cadre d'une évaluation de la personne dans sa globalité, considérer les risques à l'intégrité des personnes fait aussi partie intégrante de l'évaluation physiothérapique.

En vertu de ce qui précède et dans le cadre de l'évaluation physique de la personne proposé dans le modèle de Kayser-Jones, **l'Ordre considère que l'évaluation neuromusculosquelettique du physiothérapeute et l'émission du diagnostic qui en découle s'avèrent un atout essentiel pour identifier les déficiences et les incapacités à l'origine de la problématique permettant ainsi d'élaborer les mesures alternatives pertinentes pour pallier lesdites déficiences et incapacités ou, exceptionnellement, de décider d'utiliser une contention.**

De plus, l'évaluation du physiothérapeute vise notamment à vérifier les capacités fonctionnelles d'une personne, en tenant compte de son état psychosocial (par exemple, les troubles de comportement, tels l'anxiété et l'automutilation). Elle permettra aussi de déterminer si la cause de la problématique ou son impact pouvant amener une mesure de contrôle relève de notre champ de compétence.

Une des principales requêtes demandant l'intervention du physiothérapeute dans le processus décisionnel d'une mesure de contrôle émane du risque de chute et des affections physiques qui les causent. En effet, dans la prévention des chutes, la physiothérapie est considérée comme étant un élément essentiel dans l'identification des facteurs de risques et dans l'application des meilleures actions à prendre pour y remédier avec les clientèles âgées, mais aussi en médecine orthopédique et neurologique.¹⁰

¹⁰ Effectiveness of falls prevention and rehabilitation strategies in older people: implications for physiotherapy. Novembre 2001, The Chartered Society of Physiotherapy. (www.csp.org.uk)

En guise d'exemple, l'analyse de certains facteurs problématiques, bien que communs à d'autres évaluations professionnelles, devrait se retrouver au sein d'une évaluation faite par le physiothérapeute notamment :

- les histoires antérieures de chutes ;
- la médication ou la pluri médication ;
- la présence ou non d'étourdissements ;
- les déficits de marche et d'équilibre ;
- les facteurs neuromusculaires notamment, la faiblesse, la sensibilité et la proprioception ;
- la dépendance dans les activités de la vie quotidienne ;
- une faible masse corporelle ;
- les désordres chroniques comme le Parkinson, les accidents vasculaires cérébraux, une densité minérale osseuse basse, l'hypotension posturale, l'arthrite, un problème d'incontinence urinaire, etc. ;
- les déficits visuels ;
- les déficits cognitifs ;
- présence d'activités physiques inhabituelles ;
- la prise ou non d'alcool ;
- les facteurs environnementaux ;
- les problèmes de pieds ou chaussures non adéquates.¹¹

La présence de plus de quatre facteurs problématiques devient un indicateur supplémentaire quant aux risques de chute de la personne.¹²

Plusieurs tests d'évaluation ont été développés pour évaluer chacun de ces facteurs. De plus, en physiothérapie, plusieurs tests validés sont utilisés à ces fins, mais il ressort que les tests d'observations et les tests chronométrés de marche et d'équilibre dynamique sont les plus pertinents.¹³

Finalement, le diagnostic émis par le physiothérapeute permet, en relation avec le contexte environnemental du patient, son comportement et l'évolution de son état ou de son affection, d'identifier la cause ou l'origine neuromusculosquelettique de la problématique qui place le patient dans un contexte de risque de chutes.

¹¹ Effectiveness of falls prevention and rehabilitation strategies in older people: implications for physiotherapy. Novembre 2001, The Chartered Society of Physiotherapy. (www.csp.org.uk)

¹² Tinetti et al, 1988, Nevitt et al, 1989

¹³ Effectiveness of falls prevention and rehabilitation strategies in older people: implications for physiotherapy. Novembre 2001, The Chartered Society of Physiotherapy. (www.csp.org.uk)

2.2.1.2 Application d'une mesure de contention ou d'une mesure alternative

Dans le cadre de la mise en application d'une mesure de contention, elle peut être faite par des intervenants qui ne sont pas légalement autorisés à décider de l'utilisation de cette mesure. L'Ordre recommande que les consignes concernant l'application soient bien transmises et comprises par le personnel qui l'applique. De plus, le matériel de contention doit être utilisé selon les normes édictées par le fabricant.

Considérant que plusieurs incidents ou accidents sont liés à une mauvaise utilisation du matériel de contention, la connaissance du matériel utilisé et son état doivent être minutieusement assurés avant son application. Cette dernière règle prévaut autant pour l'utilisation d'une mesure de contention que pour l'utilisation d'une mesure alternative.

De plus, il devient primordial que l'intervenant appliquant une mesure de contention ou une mesure alternative possède toutes les connaissances relatives à son application et aux normes à respecter. Il s'avère important de bien connaître tous les paramètres relatifs à l'application de cette mesure et de référer aux instructions et aux normes du fabricant. De plus, **tel que le prévoit le protocole d'établissement, il est incontournable de bien détailler tous les éléments relatifs à la surveillance et à la supervision de la personne contentionnée, incluant la fréquence des visites et la liste des personnes qui doivent les assumer.**

D'autres facteurs reliés à l'utilisateur doivent aussi être pris en considération lors de l'application d'une mesure de contention ou d'une mesure alternative, notamment son état de santé physique et mental et son confort.

3. ASPECT ÉTHIQUE

Lorsque le physiothérapeute décide de recourir à l'application d'une contention mécanique à l'égard d'une personne, il doit tenir compte des aspects éthiques que cette décision pourra entraîner.

L'Ordre recommande à ses membres, de réfléchir sur la façon d'aborder les problèmes qui se posent dans les milieux de soins et d'innover afin de trouver des solutions de rechange qui permettront aux personnes de conserver toute leur dignité, de maintenir leur qualité de vie sans pour autant rendre le travail des intervenants plus complexe et ardu qu'il ne l'est déjà.

L'utilisation de la contention est une mesure d'exception. Elle ne doit pas être la réponse à une diminution des effectifs ou une mesure de contrôle afin d'éviter les inconvénients reliés à l'errance de la personne. L'utilisation de la contention doit d'abord se faire dans le respect des désirs de la personne. Les personnes peuvent faire part de leurs souhaits au personnel et ce, même s'ils présentent certaines atteintes cognitives.

La décision doit être prise en favorisant la meilleure qualité de vie possible pour les personnes et ce, en acceptant parfois le risque d'une blessure. Les personnes ont droit à la vie, au respect de leur intégrité et à la liberté¹⁴. Le désir de vouloir prévenir toute blessure en utilisant une mesure de contention peut entraîner les professionnels à franchir la mince frontière qui sépare la protection dont les personnes ont besoin et la contrainte abusive.

L'examen des rapports d'enquêtes consécutives aux décès de personnes ayant été contentionnées prouve que la contention n'est pas la réponse miracle à la sécurité de ces personnes. Une mesure de contention mal appliquée et sans surveillance adéquate tue plus sûrement qu'une chute ou l'errance. En effet, le manque de surveillance, causé par une négligence professionnelle ou un nombre restreint du personnel soignant, de même que des contentions mal appliquées ou inappropriées au besoin des personnes ont entraîné plusieurs asphyxies sur lesquelles les coroners ont enquêté au cours des 20 dernières années. De plus, ils ont souvent constaté que la décision d'appliquer ces contentions a souvent été prise en contravention avec les protocoles déjà existants et sans avoir de discussion avec la personne ou son représentant légal. L'absence de révision des mesures de contrôle a aussi été relevée par les coroners. Enfin, comme pour les orientations ministérielles, l'ensemble des coroners recommandent une utilisation restreinte des mesures de contention.

¹⁴ *Charte des droits et liberté de la personne*, article 1 et *Code civil du Québec*, article 3.

4. RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

4.1 Le rôle des membres de l'Ordre

4.1.1 Le rôle du physiothérapeute

L'apport du physiothérapeute dans la prise de décision d'une mesure de contrôle découle de la description de son champ de pratique et de sa spécificité à émettre un diagnostic en physiothérapie pour une personne. En effet, **le diagnostic émis par le physiothérapeute, partie intégrante de l'évaluation neuromusculosquelettique de la personne, s'avère un atout essentiel pour identifier les déficiences et incapacités à l'origine de la problématique, permettant ainsi d'élaborer les mesures alternatives les plus pertinentes pour pallier celles-ci ou, en dernier recours, pour décider d'utiliser une mesure de contention.**

Par exemple, il est remarqué qu'un patient glisse de plus en plus de sa chaise lorsqu'il est assis et ce, depuis qu'il est resté alité pendant deux jours suite à une légère montée de fièvre. Une perte de force consécutive à l'alitement pourrait en être la cause. Dans ce cas, un programme de renforcement pourrait ainsi répondre adéquatement à cette problématique. L'évaluation du physiothérapeute pourrait effectivement mettre en évidence une légère perte de force des extenseurs du tronc, mais qui ne serait pas suffisante pour expliquer complètement la problématique. De par son évaluation, le physiothérapeute remarque aussi une perte somesthésique importante au niveau du tronc qui fait que le patient ne sent plus suffisamment son corps dans l'espace pour réagir et l'empêcher de glisser dans sa chaise. Certes, le programme d'exercices peut minimiser la problématique, mais ne parviendra pas à pallier la déficience et l'incapacité découlant de sa perte proprioceptive. Une mesure alternative complémentaire, telle une sonnette qui avertit le patient d'un mauvais positionnement dans sa chaise serait sûrement appropriée et répondrait mieux à la situation qui prévaut.

Il est important de préciser que l'expertise des différents professionnels habilités par la loi à décider d'une mesure de contrôle doit être en lien avec leur champ d'exercice. Toutefois, ces différents professionnels peuvent, comme tout intervenant, participer à tout échange interdisciplinaire où il est question de l'utilisation possible d'une mesure de contrôle. Il est donc primordial que le physiothérapeute prenne connaissance du protocole d'établissement en vigueur dans son milieu et qu'il s'assure que le contenu corresponde à ses interventions.

Il s'avère nécessaire de spécifier qu'il faut éviter que les professionnels habilités par la loi soient confrontés à décider d'une mesure de contrôle seulement dû au fait qu'ils soient explicitement nommés. Il faut donc faire attention à ce que les physiothérapeutes ne soient pas utilisés pour décider d'une contention suite au signalement provenant d'un autre professionnel qui n'est pas habilité à le faire mais qui souhaite contensionner son client. Même si la famille ou toutes autres personnes exigent l'utilisation d'une mesure de contention allant à l'encontre de l'opinion professionnelle du physiothérapeute ou de l'équipe, le ou les professionnels ne sont

pas tenus de décider d'appliquer une modalité d'intervention qui s'oppose à leur jugement professionnel.

4.1.2 Le rôle du thérapeute en réadaptation physique

Le thérapeute en réadaptation physique a besoin de l'évaluation faite par un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte avant de prendre en charge un patient, tel que le prévoit le *Décret concernant l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec* (Décret d'intégration). **Comme il ne peut pas émettre le diagnostic en physiothérapie, élément essentiel à la prise de décision d'une contention, il ne peut pas prendre la décision d'appliquer une contention.**

Par contre, dans le but d'alimenter une équipe multidisciplinaire, **le thérapeute en réadaptation physique peut**, en lien avec l'article 39.4 du *Code des professions*, **procéder à la vérification de la sécurité de la personne par l'exécution de tests standardisés**. Les résultats apportés permettront ainsi à l'équipe de constater si une personne est bel et bien à risque de chute. Dans le cadre d'une vérification du risque de chutes, les tests standardisés permettant une bonne image du risque de chute sont les tests de Berg ou Tinetti et le « Time up and go »¹⁵. Les données objectives recueillies permettent ainsi de vérifier si la personne présente des déséquilibres importants et si elle est dans une situation nécessitant une intervention ou une réflexion quant à une possible utilisation d'une mesure de contrôle.

Si la personne s'avère à risque de chute, l'équipe devra alors s'en remettre au physiothérapeute pour qu'il puisse identifier, si tel est le cas, la cause neuromusculosquelettique à l'origine du déséquilibre ou du problème de marche, ou au médecin. Cette identification permettra ainsi d'interagir avec la cause initiale en compensant, par une mesure alternative spécifique, les déficiences et incapacités ciblées et, si jugé pertinent, maximiser l'intervention auprès de l'usager avec des traitements individuels en physiothérapie.

Comme tout autre intervenant oeuvrant dans le milieu de vie d'un usager, le thérapeute en réadaptation physique peut faire part de ses observations pour alimenter l'équipe et aider ainsi les intervenants nommés pour la prise de décision d'une contention à faire un choix plus éclairé. Lors des réunions d'équipe, concernant un usager déjà pris en charge en physiothérapie par un thérapeute en réadaptation physique, ce dernier peut y apporter les informations concernant la condition de la personne en fournissant des éléments qu'il met à jour grâce à ses collectes de données évaluatives découlant de ses interventions comme, par exemple, la douleur, la souplesse, la force musculaire,

¹⁵ *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence.* Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Novembre 2004.

l'enseignement de déplacements sécuritaires, et ce, en fonction du diagnostic de référence et du dossier qui documentait l'atteinte initialement.

Toutefois, si la condition change et nécessite une évaluation pour déterminer le nouveau diagnostic ou s'il faut apporter une nouvelle impression clinique en relation avec le risque de chute, le thérapeute en réadaptation physique doit obligatoirement en référer au médecin ou au physiothérapeute pour que l'un ou l'autre de ces derniers le détermine. Après, le thérapeute en réadaptation physique pourra suggérer des mesures alternatives en fonction de la nouvelle déficience ou incapacité ciblée par le physiothérapeute ou le médecin.

Il est important de distinguer la prise de décision d'utiliser une mesure de contention, de l'application de cette dernière. Suite à une décision de contention ou d'une mesure alternative, tous les intervenants, y compris les thérapeutes en réadaptation physique, peuvent appliquer la modalité choisie. Il est donc de leur devoir de bien connaître le moyen de contention ou la mesure alternative choisie pour qu'ils puissent l'appliquer adéquatement.

4.2 Protocoles d'établissements

L'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit que **tous les établissements publics de la province doivent établir un protocole d'application des mesures concernant la contention** conforme aux orientations établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans le cas des établissements privés conventionnés ou autofinancés, l'article 11 du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées* énonce que l'exploitant ne peut recourir à aucune mesure de contrôle d'un résident. Toutefois, il est écrit qu'il peut, en situation d'urgence, pour protéger la personne ou autrui, de manière temporaire exceptionnelle, après avoir écarté toutes les autres possibilités, recourir à ces moyens, à l'exception d'une substance chimique. L'exploitant doit alors aviser, sans délai, le Centre de santé et de services sociaux du territoire où est située sa résidence pour que l'on procède à l'évaluation de la condition du résident et que l'on détermine les mesures à prendre, le cas échéant. Finalement, l'article 16 du même Règlement prévoit que l'exploitant doit appliquer les guides d'intervention fournis par l'agence de son territoire pour l'application de mesures de contention en situation d'urgence et doit s'assurer que ces guides sont connus des membres de son personnel.

L'Ordre entérine la recommandation du ministère à l'effet que la prise de décision d'utiliser ou non la contention pour une personne soit une responsabilité d'équipe et qu'elle assure le respect du processus décisionnel prescrit par les orientations ministérielles. Toutefois, il revient préalablement à l'établissement d'élaborer un protocole qui guidera ses intervenants à prendre une décision sans

équivoque et conforme aux règles légales et éthiques. Ce guide indique aussi toutes les conditions d'application et exigences opérationnelles découlant de la prise de décision d'une mesure de contrôle notamment l'inscription au dossier de la mesure de contention qui doit être documentée précisément sous tous ses aspects. L'adoption d'un protocole d'application des mesures de contention sous-entend sa diffusion auprès des usagers et une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

Certes, il est question d'organisation du travail, et tous les professionnels concernés doivent s'y conformer. Il ne revient donc pas aux différents intervenants habilités par la loi de décider seuls d'utiliser ou non une mesure de contrôle, mais plutôt de suivre le protocole établi par l'établissement. Toutefois, ce protocole peut aller jusqu'à prévoir qu'il n'y ait qu'un seul signataire de la décision.

Quoiqu'il en soit, il est grandement suggéré aux physiothérapeutes de s'impliquer et de participer à l'élaboration des protocoles d'établissement afin que l'expertise de la physiothérapie soit considérée dans tous les cas et non seulement pour les clients qui sont en cours de traitement.

4.3 Consentement libre et éclairé

Lorsque les membres d'une équipe multidisciplinaire évaluent la possibilité de recourir à la contention, ils doivent donner à la personne ou à son représentant légal toutes les informations nécessaires afin d'obtenir son consentement.

Pour obtenir un consentement éclairé, les informations transmises doivent notamment comprendre les éléments suivants :

- L'indication ou la justification de la mesure ;
- Le type de contention recommandé et son contexte d'application ;
- La durée d'utilisation de la mesure recommandée et la fréquence de révision périodique de la décision ;
- Les effets positifs de l'utilisation de la contention ;
- Les risques encourus à défaut de cette mesure ;
- Les risques inhérents au port même de la contention et les mécanismes de contrôle pris par l'établissement pour les éviter ;
- Les solutions de remplacement à la contention.¹⁶

¹⁶ ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC (2004), *Cadre de référence Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Édition révisée 2004, P 46

Le consentement ne peut pas être obtenu en dissimulant une partie de l'information ou en faisant pression ou menace sur la personne ou son représentant légal.

L'article 17 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* prévoit que le membre doit obtenir de son client un consentement libre et éclairé. De plus, l'article 10 du *Code civil du Québec* ainsi que l'article 8 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoient aussi l'obligation d'obtenir le consentement de l'utilisateur avant de lui prodiguer des soins ou traitements médicaux.

La personne ou son représentant légal peut retirer son consentement en tout temps. Le consentement n'a pas nécessairement à être consigné par écrit. Toutefois, même si l'absence d'un écrit n'invalide pas le consentement, il est préférable d'obtenir un consentement écrit puisqu'il s'avère une preuve documentaire fort utile.¹⁷

S'il y a refus, malgré la nécessité d'appliquer cette mesure de contrôle, le milieu pourra demander aux tribunaux d'en ordonner l'utilisation. L'article 16 du *Code civil du Québec* vient préciser que le tribunal devra autoriser l'utilisation de la contention lorsqu'on ne peut obtenir le consentement de la personne ou de son représentant légal, lorsque le refus est injustifié ou encore lorsque la personne inapte refuse catégoriquement sauf lorsqu'il nous faut agir en urgence.

Les droits et libertés des personnes sont protégés par la *Charte des droits et libertés de la personne*, la *Charte canadienne des droits et libertés*, la *Loi sur la santé et les services sociaux*, la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux* et le *Code civil du Québec*.

Un manquement à l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé pourrait entraîner la responsabilité des professionnels impliqués, tant au niveau civil, pénal qu'administratif.

4.4 Responsabilité lors de décisions interdisciplinaires

La responsabilité des membres d'une équipe interdisciplinaire est conjointe.¹⁸ **Tous les membres de l'équipe sont donc responsables de la décision prise.** Toutefois, il ne faut pas oublier qu'ils ne seront reconnus responsables devant un tribunal que dans la mesure où ils auront commis une faute et qu'il sera prouvé que cette faute a entraîné le dommage reproché. Le tribunal évalue les gestes posés par chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire et établit, selon la preuve présentée, la part de responsabilité qui revient à chacun des membres de l'équipe interdisciplinaire.

¹⁷ ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC (2004), *Cadre de référence Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Édition révisée 2004, P 50

¹⁸ *Code civil du Québec*, article 1478

4.5 Prescription médicale

Chaque établissement peut établir son propre protocole en matière de contention et il peut même prévoir qu'il n'y ait qu'un seul signataire de la décision, soit le médecin. En effet, bien que les principes directeurs cités dans les orientations ministérielles favorisent une décision interdisciplinaire face à l'utilisation d'une contention, certains établissements peuvent toujours exiger la prescription médicale. Dans ce cas, les intervenants doivent alors respecter les instructions données par le médecin prescripteur à moins qu'elles n'aillent à l'encontre de la personne. Les intervenants devront toujours en référer au médecin.

4.6 Tenue de dossiers

Dans le cas d'une tenue de dossiers conjointe, tous les intervenants qui ont décidé de l'utilisation ou non d'une mesure de contrôle signent le dossier ou nomment un représentant qui devient signataire, au nom de tous, du rapport expliquant la décision prise par l'équipe. Toutefois, **l'Ordre recommande à ses membres d'inscrire au dossier principal, les notes démontrant leur action ou leur analyse**. Ces notes doivent être ajoutées au dossier si des informations concernant ledit processus de réflexion ou si des données évaluatives justifiant son intervention ne sont pas incluses dans le rapport interdisciplinaire. Cela constitue en fait la justification des moyens pris par le professionnel.

L'Ordre recommande que les notes devant se retrouver au dossier de la personne contiennent toutes les informations pertinentes relatives à l'utilisation des mesures de contention, notamment :

- le processus décisionnel aboutissant à une prise de décision en faveur ou non de l'utilisation d'une contention ;
- la liste des mesures alternatives préalablement essayées ;
- la description du matériel ou de l'outil choisi ;
- la période d'application des mesures de contention ;
- les éléments et paramètres de surveillance ;
- et les mesures prises pour assurer le suivi postsituationnel.

Pour le physiothérapeute, il est essentiel de retrouver l'évaluation neuromusculosquelettique du patient qui détermine, s'il y a lieu, la cause physique provoquant le risque de chute. La présence de l'évaluation au dossier est la preuve de l'utilisation optimale des moyens pris par le physiothérapeute

pour en venir à décider d'utiliser ou non une mesure de contrôle. Si, pour des raisons bien spécifiques, le physiothérapeute n'est pas d'accord avec la décision prise par l'équipe et que ledit physiothérapeute l'avait préalablement exprimé aux autres membres lors de la discussion de la prise de décision, il devra suivre les démarches administratives effectives dans le milieu pour faire valoir sa dissidence ou du moins, inscrire son désaccord et les raisons qui le justifient dans ses notes personnelles au dossier de l'utilisateur.

Pour le thérapeute en réadaptation physique, la présence dans le dossier des tests standardisés s'avère essentielle si ces derniers ont été apportés à la réunion interdisciplinaire et ont servi à alimenter la discussion entre les professionnels habilités par la loi à prendre la décision.

4.7 Gestion du matériel

L'établissement, de par son protocole, doit non seulement s'assurer du bon état de ses équipements, mais il doit également faire en sorte que les personnes qui les utilisent ou les installent aient les connaissances et la formation appropriées à leur bon fonctionnement.

Il s'avère primordial de dissocier la prise de décision d'une contention de son application. Les orientations ministérielles suggèrent que le professionnel ne devrait nullement décider seul d'appliquer une contention qui n'a pas été préalablement recommandée par l'équipe interdisciplinaire et ce, même s'il est le professionnel gérant l'équipement sur l'unité de soins. L'Ordre suggère à ses membres de rester vigilants lors de la réquisition d'une contention si le professionnel ignore l'usage qui en sera fait.

4.8 Aides techniques et positionnement

Il est stipulé par le ministère de la Santé et des Services sociaux que l'utilisation d'éléments de positionnement, tels des unités de posture prescrite, des courroies, des appuie-tête et des tablettes, servant à compenser une faiblesse musculaire ou une forte spasticité chez une personne, ne sont pas considérés comme des mesures de contrôle s'ils sont utilisés comme moyens thérapeutiques pour améliorer la condition physique et la qualité de vie, et favoriser les apprentissages intellectuels.

Dans le programme de formation du ministère de la Santé et des Services sociaux¹⁹, **il est stipulé qu'un positionnement n'est pas considéré comme une contention en autant qu'il soit inclus dans un plan de traitement.** Ainsi, il devient important de préciser que ces moyens doivent s'inscrire dans un plan

¹⁹ Gouvernement du Québec, *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (2006).

de traitement professionnel bien défini qui inclut des périodes de liberté à respecter et surtout une surveillance appropriée. (Notre souligné)

En raison de la similitude entre la contention et certains positionnements, l'Ordre recommande tout de même de rester prudent et de s'assurer que tous les risques inhérents à l'utilisation d'une aide technique ou d'un positionnement limitant les mouvements d'une personne aient tous les suivis appropriés.

Il serait aussi opportun que l'établissement, par l'entremise de son protocole, porte une attention particulière à cette similitude et convienne d'une règle claire au sein de son milieu.

4.9 Fabrication de matériel

L'utilisation de matériel fabriqué par des fournisseurs reconnus est préconisée, sinon il importe de respecter les règles de conception généralement reconnues. Le document *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*²⁰ dresse un tableau partiel de certains produits évalués ainsi qu'un guide pour la conception et le choix du matériel de contention.

Dans le cas de matériel fabriqué de façon artisanale, il est essentiel que ledit matériel soit conforme aux normes de conception, qu'il soit approuvé par le comité administratif de l'établissement, que les procédures d'utilisation soient bien documentées et qu'un enseignement complet pour le personnel utilisateur soit donné. De plus, étant imputable de sa conception, il est recommandé que le matériel fabriqué de façon artisanale soit assuré d'un suivi pour vérifier si la confection est toujours adéquate et si ledit matériel est conforme à l'utilisation prévue initialement.

4.10 Domicile

Dans le cadre des interventions faites à domicile, il est certain que l'expertise du physiothérapeute s'inscrit aussi dans l'évaluation des capacités physiques relatives à la mobilité de la personne, mais il se peut qu'une mesure de contrôle soit demandée par la famille ou jugée nécessaire.

L'Ordre préconise l'application des principes de base définis dans les Orientations ministérielles, notamment le fait qu'une mesure de contention ne doit être utilisée qu'en dernier recours après que des mesures préventives ou de remplacement aient été mises à l'essai.

²⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*, Gouvernement du Québec, (www.msss.gouv.qc.ca)

Dans le cas d'une intervention demandée à un consultant privé, il est recommandé à ce dernier de discuter de la question de la contention avec le médecin traitant afin d'éviter que le professionnel ait à prendre seul la décision d'utiliser ou non ladite contention.

Lorsque le consultant décide d'une mesure de contention pour une personne vivant à domicile, il doit s'assurer que l'information et la formation sont données aux personnes qui appliqueront la mesure de remplacement ou de contention notamment l'enseignement de son volet technique et l'exigence de la surveillance à y apporter. Le physiothérapeute doit s'assurer que les personnes sont en mesure d'utiliser les mesures choisies de manière sécuritaire. **Le physiothérapeute doit assurer un suivi régulier tant et aussi longtemps que l'utilisation de la mesure est maintenue, car l'emploi d'une mesure de contention n'est jamais définitif.**

4.11 Formation à un tiers

Le membre de l'Ordre doit enseigner au personnel de l'établissement ou encore aux membres de la famille le protocole d'utilisation de la contention choisie. Il doit s'assurer que cette formation a été comprise, que le matériel utilisé est en bon état et que les personnes désignées pour appliquer cette contention en sont capables.

Si des préjudices surviennent des suites d'une faute lors de l'application de la contention, la responsabilité sera imputée à la personne qui aura appliqué la contention si l'enseignement reçu était adéquat. Dans le cas contraire, la responsabilité pourrait relever de l'intervenant qui a enseigné l'application.