

CHU Sainte-Justine



**Protocole d'application
des mesures de contrôle :**
Contention, isolement
et substances chimiques

**Approuvé par le Conseil d'administration
le 30 janvier 2020**

Protocole d'application des mesures de contrôle : contention et isolement
Version originale 2008

Version 2008 suivie des avis juridiques
Mars 2013

- Obtention du consentement en clinique ambulatoire, lorsque la contention est nécessaire et que l'accompagnateur de l'enfant n'est pas le titulaire de l'autorité parentale
- Responsabilité d'un professionnel de la santé (ergothérapeute ou physiothérapeute) qui travaille dans les écoles de réadaptation, lorsqu'il constate qu'une enseignante a pris l'initiative d'installer une contention à un enfant pendant les cours sans consulter un professionnel de la santé

Février 2014

- Obtention du consentement par les technologues en électro-encéphalographie pour utiliser la planche d'immobilisation de type Papoose^{MD} en dernier recours lors des examens ÉÉG

Juillet 2015

Utilisation des manchettes en période post-opératoire lors d'une correction de fissure labiale ou palatine

Protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques
Version préliminaire novembre 2015 (sous réserve d'approbation)

Version finale novembre 2019

Collaborateurs :

Direction des soins infirmiers (DSI)

Direction exécutive des soins académiques (DESA)

Direction qualité, évaluation, performance et éthique (DQPÉ)

Direction des affaires multidisciplinaires (DAM)

Direction des services professionnels (DSP)

Bureau des affaires juridiques (Direction générale)

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Conseil multidisciplinaire (CM)

Comité des usagers

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	II
1. But du protocole	1
2. Principes directeurs	1
2.1. Principes éthiques	2
2.2. Principes juridiques	3
3. Définitions	7
4. Rôle des professionnels	7
4.1. Les professionnels habilités à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle	7
5. Les contextes d'application	9
5.1. Contexte d'intervention planifiée	9
5.2. Contexte d'intervention non planifiée	11
6. La notion de but visé de l'intervention	12
6.1. Précisions concernant l'immobilisation nécessaire dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen	14
6.2. Précisions concernant le recours aux substances chimiques au CHU Sainte-Justine ...	14
7. Modalités de décision et d'application des mesures de contrôle	16
7.1. Évaluation de la situation clinique	17
7.2. Les mesures préventives et de remplacement	18
7.3. Planification	19
7.4. Consentement	19
8. Mesures de contrôle autorisées au CHU Sainte-Justine	21
8.1. Immobilisation physique restrictive	22
8.2. Isolement	23
9. Modalités de surveillance, de la réévaluation et de l'arrêt de la mesure	25
9.1. Besoins de la personne visée par la mesure de contrôle	25
9.2. Fréquence de surveillance et surveillance effectuée	26
9.3. Exceptions à la surveillance et la supervision	28
9.4. Durée d'application de la mesure	29
9.5. La réévaluation de la pertinence et le suivi de la mesure de contrôle	30
9.6. Les indications d'arrêt de la mesure	31
10. Documentation exigée	31
11. Retour postsituationnel avec la personne et/ou son représentant	32
12. Droit à l'information et mécanismes de plainte	33
13. Formation des professionnels et des intervenants	34
14. Évaluation globale de l'utilisation des mesures de contrôle au CHU Sainte-Justine	35
14.1. Mise à jour du protocole d'application des mesures de contrôle	36
15. Rapport annuel	36
Conclusion	36
Bibliographie	38
Annexe 1 : Législation pertinente	44
Annexe 2 : Formulaire d'évaluation, consentement et suivi aux mesures de contrôle (F-145)	53
Annexe 3 : Situations où le but visé par l'intervention détermine si celle-ci est une mesure de contrôle ou non	55
Annexe 4 : Liste des mesures de remplacement	64
Annexe 5 : Liste des mesures de contrôle autorisées	71
Annexe 6 : Utilisation de la planche d'immobilisation de type « Papoose ^{MD} »	74
Annexe 7: Immobilisation physique ou isolement à l'unité de psychiatrie (F-222)	78
Annexe 8: Modalités spécifiques à la clientèle de réadaptation	80
Annexe 9: Grille de surveillance particulière : contention, isolement et service privé (F-144)	86

Introduction

Ce protocole d'application des mesures de contrôle découle des orientations ministérielles émises en 2002 relativement à l'utilisation de telles mesures dans les établissements de santé. Ces orientations font suite aux modifications apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) (ci-après : «LSSSS»). L'article 118.1 de cette loi énonce en effet le principe selon lequel :

« **118.1.** Tout établissement¹ doit adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. »

Les orientations ministérielles sont accompagnées d'un plan d'action national dont l'objectif principal vise la réduction maximale de l'utilisation des mesures de contrôle, voire l'élimination de leur utilisation. Le Ministère de la santé et des services sociaux (ci-après : «MSSS») a précisé une philosophie d'intervention, certaines règles éthiques et des principes directeurs sur lesquels les établissements doivent s'appuyer au moment de décider d'utiliser des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle. Le présent protocole tient compte du Cadre de référence pour l'application des protocoles de mesures de contrôle du MSSS, mis à jour en mars 2015. Dans ce protocole, le CHU Sainte-Justine inclut le site Sainte-Justine, le Centre de réadaptation Marie-enfant (CRME), les écoles spécialisées affiliées, ainsi que plusieurs ressources intermédiaires.

Ce protocole s'adresse à tous les gestionnaires de même qu'à tous les médecins, professionnels et intervenants qui dispensent des soins aux personnes pouvant nécessiter, par mesure de sécurité, l'évaluation et, lorsque cela est requis en dernier recours, l'application de mesures de contrôle. Toutes ces personnes sont tenues de s'y conformer; elles doivent le connaître et comprendre la portée légale reliée à l'application de telles mesures. De même, les personnes visées par l'utilisation d'une mesure de contrôle, leur représentant et leur famille doivent être informés du contenu du présent protocole. Une mesure de contrôle doit être utilisée de façon exceptionnelle, en dernier recours, après l'application de toutes les mesures de remplacement possibles et seulement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, en tenant compte de l'état physique et mental de la personne, de même que son environnement.

¹ Public, privé conventionné ou privé autofinancé et qui détient un permis d'exploitation émis par le Ministère

Dans cette démarche, les valeurs organisationnelles du CHU Sainte-Justine sont considérées en tout temps : la quête de l'excellence, la bienveillance, le partenariat ainsi que l'engagement individuel et collectif.

1. But du protocole

Le but du présent protocole est d'encadrer l'utilisation des mesures de contrôle pour toutes les clientèles du CHU Sainte-Justine, et ce, dans le respect des lois et des orientations ministérielles. Cette démarche vise à promouvoir la prévention et l'utilisation des mesures de remplacement, réduire le plus possible la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle, de même qu'assurer une vigie basée sur les données recueillies lors de leur application. De plus, les responsabilités des professionnels habilités et des intervenants impliqués dans le processus décisionnel concernant les contentions, l'isolement et les substances chimiques sont spécifiées.

2. Principes directeurs

En 2002, le MSSS a énoncé six principes directeurs qui doivent guider les établissements dans l'élaboration de leur protocole d'application des mesures de contrôle. Ces principes ont donc inspiré l'ensemble du présent protocole et doivent être au cœur de chacune des interventions des professionnels habilités et des intervenants amenés à appliquer une mesure de contrôle auprès de la clientèle du CHU Sainte-Justine. En voici un rappel :

Premier principe

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

Deuxième principe

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

Troisième principe

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

Quatrième principe

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

Cinquième principe

«L'utilisation 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.»

Sixième 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.»

2.1. Principes éthiques

Afin de guider les professionnels dans la prise de décision relativement à l'opportunité de recourir à une mesure de contrôle pour assurer la sécurité de la personne et celle d'autrui, il est essentiel que le protocole balisant l'utilisation exceptionnelle de ces mesures s'appuie sur des principes éthiques. Des règles de conduite précises, applicables selon les lieux et les contextes, doivent guider les gestes et les actions des professionnels et des intervenants dans leurs pratiques. Considérant la mince ligne qui sépare la justification de recourir à des mesures de contrôle et les abus possibles quant à leur utilisation, les professionnels habilités font souvent face à un dilemme au moment de décider de leur application.

En effet, dans leur rôle d'aidant, ceux-ci sont appelés à poser, chaque jour, des gestes et des actions en conformité avec les valeurs, les principes et les normes de pratique en vigueur. En parallèle, ils sont confrontés aux valeurs de la personne et de sa famille et aussi, à leurs propres valeurs. Ces convictions distinctes, toutes aussi valables les unes que les autres, placent les professionnels au cœur d'un processus complexe de prise de décision.

Le présent protocole rappelle notamment que l'utilisation de la contention, de l'isolement et de substances chimiques à titre de mesures de contrôle, même si elle assure la sécurité, entrave la liberté individuelle de la personne qui y est soumise. Par conséquent, le recours premier à diverses mesures de remplacement assurant la sécurité de la personne ou celle d'autrui est obligatoire (comme par exemple le positionnement confortable, avec l'aide du parent, l'utilisation de la distraction, des techniques de relaxation...), de sorte que les mesures de contrôle deviennent exceptionnelles et qu'elles soient utilisées uniquement lorsque tous les autres moyens se sont avérés inefficaces.

En tout temps, les gestionnaires, les professionnels et les intervenants doivent se remémorer que la relation d'aide, qui est à la base de toute intervention, se construit dans le respect, la confiance mutuelle et la reconnaissance des capacités de la personne aidée. Le professionnel ou l'intervenant doit se rappeler que son pouvoir d'agir s'exerce auprès de personnes en situation de vulnérabilité et doit, en tout temps, agir conformément à leurs obligations déontologiques respectives.

2.2. Principes juridiques

L'établissement a la responsabilité et l'obligation de s'assurer de la sécurité des personnes tout en respectant les dispositions légales qui protègent les droits individuels fondamentaux. La présente section du protocole énumère certaines règles ou principes de droit qui régissent ces droits individuels. Les dispositions qui suivent, n'étant pas exhaustives, ont été retenues sur la base de leur lien direct avec la contention, l'isolement ou l'utilisation de substances chimiques comme mesures de contrôle. Afin d'alléger la présente section, les articles de lois pertinents ayant un lien avec l'utilisation des mesures de contrôle se retrouvent à l'annexe 1 : Législation pertinente du présent protocole.

Charte canadienne des droits et libertés²

«**1.** La Charte canadienne des droits et libertés garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la

² *Loi constitutionnelle de 1982* (R-U), constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c 11

justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.»

«**7.** Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.»

«**9.** Chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraire.»

«**12.** Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités.»

Charte des droits et libertés de la personne³

«**1.** Tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.»

«**3.** Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.»

«**4.** Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.»

«**9.1.** Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.»

Loi sur les services de santé et les services sociaux⁴

Plusieurs articles de la LSSSS touchent la question de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques. Or, la disposition la plus pertinente est l'article 118.1, qui se lit comme suit :

«**118.1.** La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue 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.

³ (RLRQ, c. C-12)

⁴ (RLRQ, chapitre S-4.2)

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

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

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux⁵

L'objectif de cette loi, adoptée en 2002, était notamment d'augmenter la sécurité dans la prestation des soins de santé. Elle visait notamment à éviter que l'on ne cache à une personne et/ou son représentant les conséquences d'un accident dans lequel il aurait été impliqué au sein d'un établissement. Depuis l'adoption de cette loi, la LSSSS prévoit notamment, la disposition suivante :

«**8.** Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par:

«accident»: action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.»

«**233.1.** Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au

⁵ (2002, chapitre 71)

directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'usager.

[...]

Ainsi, l'utilisation d'une mesure de contrôle qui aurait pour conséquence d'infliger une blessure à la personne qui en fait l'objet entraînerait l'obligation de déclarer cet accident au président-directeur général ou à toute personne désignée par lui et de divulguer celui-ci à la personne et/ou à sa famille selon le cas. Par exemple, une lésion au poignet consécutive à l'application d'une contention devrait faire l'objet d'une déclaration d'incident/accident et d'une divulgation au sens de ces dispositions, à l'aide du formulaire AH-223-1.

Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines⁶

Depuis que l'ensemble des dispositions de cette loi sont entrées en vigueur, soit le 20 septembre 2012, le Code des professions (RLRQ, c. C-26) prévoit une redéfinition des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines pour les professions notamment de psychologue, de travailleur social, de thérapeute conjugal et familial, de conseiller en orientation et de psychoéducateur. Cette loi a d'ailleurs introduit, entre autres, la prévention du suicide parmi les activités de prévention.

Cette loi a également permis d'établir pour les membres de certains ordres professionnels, une réserve d'exercice pour des activités à risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Suivant cette loi, la décision d'initier une contention fait partie de ces activités réservées de même que la décision d'initier une mesure d'isolement. Les changements découlant de l'application de cette loi pour chacun des groupes de professionnels concernés sont intégrés dans le présent protocole.

⁶ (2009, chapitre 28)

3. Définitions

Les mesures de contrôle

Dans ses orientations ministérielles, le MSSS a défini la contention, l'isolement et les substances chimiques de la façon suivante :

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. »

Isolement :

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

Substances chimiques :

« Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne, en lui administrant un médicament. »

Mesures de remplacement :

Il s'agit de stratégies d'intervention qui permettent d'éviter le recours à une mesure de contrôle. Ces stratégies peuvent viser la personne, ses proches, les intervenants, l'environnement, l'équipement ou l'organisation du travail.

4. Rôle des professionnels

4.1. Les professionnels habilités à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle

Tel que mentionné précédemment, en vertu du Code des professions, « la décision d'utiliser des mesures de contention » est maintenant une activité réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au physiothérapeute en tous lieux, ainsi qu'au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur, lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et ce, en conformité avec leur champ d'exercice respectif.

La décision d'utiliser des mesures d'isolement, quant à elle, est une activité réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur, et ce, en conformité avec leur champ d'exercice respectif lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS.

En ce qui concerne «la décision et la prescription d'utilisation d'une contention chimique», le recours à des médicaments demeure sous la responsabilité du médecin et l'infirmière praticienne spécialisée alors que l'administration et le suivi des substances chimiques sont effectués par les infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, psychoéducateurs et éducateurs spécialisés.

Voici un tableau résumé des activités réservées selon les professionnels concernés :

Professionnels	Contention	Isolement	Substances chimiques
Médecin	OUI*	OUI**	OUI
Infirmière	OUI*	OUI**	NON, sauf les IPS
Ergothérapeute	OUI*	OUI**	NON
Physiothérapeute	OUI*	NON	NON
Travailleur social	OUI**	OUI**	NON
Psychologue	OUI**	OUI**	NON
Psychoéducateur	OUI**	OUI**	NON

* Acte réservé en tous lieux (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2002, chapitre 33)).

** Acte réservé lorsque la décision est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris, et ce, en conformité avec leur champ d'exercice respectif (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2009), chapitre 28)

L'application d'une mesure de contention ou d'isolement n'est pas un acte réservé. Comme l'indique le guide explicatif portant sur l'application des dispositions de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (2009, chapitre 28) : « L'intervention planifiée doit être consignée au plan d'intervention et peut être appliquée par tout

intervenant formé à cette fin. En établissement, ces mesures seront appliquées selon le protocole d'application des mesures de contrôle adopté par le conseil d'administration. »

Concernant la réévaluation de la pertinence de la mesure de contrôle, cette responsabilité revient au professionnel ayant décidé de l'application de la mesure.

5. Les contextes d'application

Les professionnels habilités sont amenés à décider de l'utilisation des mesures de contrôle dans deux contextes différents, soit le contexte d'intervention planifiée, soit le contexte d'intervention non planifiée :

5.1. Contexte d'intervention planifiée

La planification des interventions requises pour résoudre un problème particulier constitue le contexte d'intervention planifiée.

L'intervention planifiée est appropriée lorsque la personne a un comportement susceptible de se répéter et que ce comportement représente un danger réel pour la personne elle-même ou pour autrui. La décision d'utiliser des mesures de contrôle doit être planifiée et résulte d'une démarche interdisciplinaire effectuée à la lumière de l'expertise particulière de chaque professionnel habilité telle que balisée par son champ d'exercice. La préparation d'un plan d'intervention interdisciplinaire comportant différents moyens pour faire face aux situations de danger réel se fait de concert avec la personne ou son représentant et sa famille. Parmi les moyens proposés, l'utilisation d'une mesure de contrôle peut être envisagée en dernier recours, après que les professionnels et les intervenants aient tenté d'appliquer, sans succès, toutes les mesures de remplacement prévues au plan d'intervention. Les mesures de contrôle doivent cesser dès que les motifs d'utilisation justifiant leur utilisation ne sont plus présents.

En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'une personne qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'une personne a un tel comportement, les professionnels habilités et les intervenants doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement. Ils

doivent éviter de conclure d'emblée qu'elles sont identiques à celles qui ont été observées précédemment chez la même personne ou chez d'autres, et qu'il s'agit des mêmes causes qui ont justifié la décision de recourir à la mesure de contrôle. Le jugement clinique de chaque situation par le professionnel habilité est important et doit s'appuyer notamment sur les informations recueillies auprès de l'équipe interdisciplinaire, de la personne et de ses proches.

Ainsi, un même comportement peut découler de différentes causes et nécessiter différentes mesures de remplacement, qu'elles soient de nature préventive, alternative ou en dernier recours, différentes mesures de contrôle. Par exemple, un comportement d'agitation peut survenir en raison d'un malaise physique lié à la douleur, à la soif ou à un besoin d'élimination. Ce comportement pourrait également être lié à l'histoire de vie de la personne, à des valeurs culturelles particulières ou encore être causé par un manque de repères dans l'environnement, ce qui nécessite par conséquent différentes solutions afin de corriger la situation problématique; ces solutions font partie du plan d'intervention de la personne.

Dans le contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal est requis. Toutefois, lorsque la personne retire son consentement au moment où les professionnels ou les intervenants appliquent la mesure de contrôle prévue au plan d'intervention et que son comportement la place dans une situation de danger imminent pour elle-même ou pour autrui, l'équipe peut appliquer la mesure comme s'il s'agissait d'une intervention en contexte d'intervention non planifiée. Dans ce cas, l'analyse postsituationnelle par l'équipe interdisciplinaire, en présence de la personne ou de son représentant légal, est nécessaire pour faire la révision du plan d'intervention.

Chez la clientèle pédiatrique, une intervention peut être planifiée lorsqu'il est possible, voire nécessaire de prévoir l'éventuelle utilisation d'une mesure de contrôle. La personne de 14 ans et plus ou le titulaire de l'autorité parentale doit contribuer à la décision lorsqu'une mesure de contrôle est planifiée. Le contexte d'intervention planifiée peut découler du stade de développement de la personne mineure, de la probabilité qu'il puisse faire entrave aux procédures diagnostiques ou aux traitements, ou d'un risque imminent de blessures ou d'aggravation de son état de santé dû à sa condition physique

ou cognitive (temporaire ou permanente). De plus, l'utilisation récente par l'équipe interdisciplinaire d'une mesure de contrôle envers cette personne à risque de se blesser ou de blesser autrui pourrait aussi mener à l'utilisation d'une mesure de contrôle en contexte planifié.

Même lorsqu'il est possible qu'une mesure de contrôle soit utilisée, une discussion, des explications, et des mesures de remplacement doivent être tentées en premier lieu. Un contexte d'intervention planifiée lors d'un risque d'entrave aux procédures ou aux traitements signifie que l'équipe interdisciplinaire doit évaluer si les besoins et les bénéfices attendus de l'intervention diagnostique ou du traitement surpassent les effets négatifs de la mesure de contrôle. Une mesure de contrôle peut aussi être planifiée lorsque, en raison de l'état cognitif et neurologique de la personne visée (le patient) et de l'expérience antérieure rapportée par la famille en situation similaire, l'absence de mesure de contrôle représente une entrave potentielle à la prise en charge ou est lié à un risque de blessure ou d'aggravation de l'état de santé.

5.2. Contexte d'intervention non planifiée

Le contexte d'intervention non-planifiée ne devrait être invoqué que dans les cas où l'évaluation du comportement d'une personne signale un danger imminent pour elle-même et pour autrui. Si le comportement ne s'est pas manifesté antérieurement, ou si la manifestation est différente des situations vécues antérieurement, c'est donc un comportement inhabituel et par conséquent non prévu. En pareille situation, la décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé.

Lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée dans un contexte d'intervention non planifiée, soit lors d'une situation d'urgence, le consentement de la personne n'est pas obligatoire. Par contre, la collaboration de la personne doit être sollicitée en tout temps.

Ainsi, dans un contexte d'urgence, le professionnel ou l'intervenant peut recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de la personne ou du titulaire de l'autorité parentale. Un contexte d'urgence signifie que la situation revêt un caractère urgent, en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger pour la vie ou l'intégrité de la personne ou d'autrui.

Dans un contexte d'urgence et d'intervention non planifiée, l'évaluation de la cause du comportement problématique se fait en continu, par exemple lorsqu'une situation d'agitation se produit. Si aucune cause non médicale n'est retrouvée pour expliquer l'agitation du patient, que cette agitation entraîne la nécessité d'utiliser du matériel de contention, une immobilisation physique restrictive ou de l'isolement et que cette situation se prolonge, une évaluation par l'équipe de psychiatrie de même qu'une admission temporaire devrait être envisagée, si le patient n'est pas déjà hospitalisé.

À l'urgence du CHU Sainte-Justine, ce processus est balisé par la FOPR 1480 « Urgence - Prise en charge de l'enfant agité » ainsi que le guide clinique CHU Sainte Justine <http://www.urgencehsj.ca/protocoles/agitation-patient-agite-2/>).

Dès que possible, une analyse postsituationnelle en équipe interdisciplinaire doit rapidement être réalisée et le plan d'intervention doit être revu avec la personne ou son représentant légal. Pour les situations futures, cette analyse vise entre autres à planifier toutes les mesures de remplacement possibles et, lorsque celles-ci sont épuisées, en dernier recours, l'utilisation d'une mesure de contrôle. Par ailleurs, le consentement préalable de la personne ou de son représentant légal doit être obtenu dans le cas où des mesures de contrôle doivent, en dernier recours, être de nouveau utilisées.

6. La notion de but visé de l'intervention

Afin de déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le but visé lors de l'application d'une mesure de contrôle plutôt que sur le dispositif ou la mesure elle-même. Par exemple, il arrive qu'un équipement vise plus d'un but.

Lorsque le but visé par l'intervention est de restreindre la capacité de la personne d'exécuter un mouvement préjudiciable (ex.: se mordre, se frapper la tête) ou socialement inacceptable (ex.: attouchement sexuel non sollicité), d'adopter une posture ou une position à risque (ex.: grimper sur le rebord d'une fenêtre), de se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent, on doit considérer l'intervention comme une mesure de contrôle, laquelle doit être déclarée au moyen du formulaire F-145 intitulé : « Évaluation, consentement et suivi des mesures de

contrôle », présenté à l'annexe 2. Ce type d'intervention nécessite un suivi et une évaluation comme le définit le présent protocole.

Par contre, lorsque le but visé par l'intervention est de réduire une incapacité ou de prévenir son aggravation, pour permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire ou pour fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle et ce type d'intervention ne nécessite donc pas d'être déclarée en tant que tel.

Les moyens d'intervention qui entrent dans cette catégorie sont notamment certains dispositifs intégrés au fauteuil roulant, les orthèses, les sangles ou les attaches stabilisant un membre lors d'une activité quotidienne, une table fixée au fauteuil roulant permettant l'utilisation d'un appareil de communication ou la réalisation d'une habitude de vie. Il est du ressort de l'équipe interdisciplinaire, à laquelle doit participer la personne et/ou son représentant et la famille, le cas échéant, de déterminer si l'intervention envisagée a pour but d'entraver ou, au contraire, de favoriser la liberté de mouvement ou l'autonomie de la personne afin d'établir s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle. Les dispositifs utilisés dans le but d'entraver la liberté de mouvement et l'autonomie de la personne doivent être appliqués en dernier recours lorsque la personne fait face à un danger imminent et que toutes les mesures de remplacement possibles ont été tentées et se sont avérées insuffisantes ou inefficaces. Le choix du dispositif à utiliser découle toujours d'une évaluation complète du besoin de la personne par le ou les professionnels habilités. La décision doit tenir compte de la mesure la moins contraignante possible, tout en respectant la dignité de la personne et en assurant sa sécurité.

Pour illustrer ce concept d'analyse en fonction du but visé, des exemples où le but visé par l'intervention détermine si celle-ci est une mesure de contrôle ou non sont disponibles à l'annexe 3 du présent protocole. Ces exemples incluent :

- 1- l'immobilisation temporaire par la force humaine (dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen)
- 2- l'utilisation des côtés de lits (ridelles),
- 3- l'équipement de positionnement,
- 4- l'utilisation des manchettes,

5- l'utilisation des mitaines.

Considérant que l'utilisation des mesures de contrôle dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen comporte des particularités importantes pour la clientèle pédiatrique, ce thème est abordé dans les prochains paragraphes. Il en est de même pour les précisions concernant le recours aux substances chimiques au CHU Sainte-Justine.

6.1. Précisions concernant l'immobilisation nécessaire dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen

Au CHU Sainte-Justine et spécifiquement en raison de sa clientèle pédiatrique et mère-enfant, certains soins nécessitent une immobilisation à l'aide de matériel ou par la force humaine, lorsque les méthodes non pharmacologiques et pharmacologiques de réduction de l'inconfort lié à un examen ou une procédure, ne suffisent pas. Selon le Cadre de référence proposé par le MSSS en 2015, ces immobilisations ne sont pas considérées comme des mesures de contrôle lorsqu'elles sont systématiquement appliquées lors du soin pour une même population. Si tel est le cas, le professionnel qui prodigue le soin doit évaluer rigoureusement le patient, incluant l'option d'utiliser des méthodes pharmacologiques ou non pharmacologiques de soulagement de la douleur et de l'anxiété, pour déterminer s'il fait partie de la population qui justifie l'application de la mesure d'immobilisation systématique. Des exemples sur ce type de situations sont disponibles à l'annexe 3.

6.2. Précisions concernant le recours aux substances chimiques au CHU Sainte-Justine

L'analyse de chaque situation en fonction du but visé permet de déterminer si l'administration d'une substance chimique se fait afin de limiter la capacité de mouvement de la personne ou à des fins thérapeutiques.

Sauf circonstances exceptionnelles, les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées, qui sont les professionnels habilités à décider de l'application d'une mesure de contrôle par substance chimique, doivent exercer leur jugement clinique afin

notamment de bien distinguer l'utilisation d'un médicament à des fins thérapeutiques de l'utilisation d'un médicament à des fins de mesure de contrôle. Dans cette situation, comme pour toutes les mesures de contrôle, les substances chimiques doivent être prescrites dans le but d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, et cela dans un contexte de danger imminent pour elle-même ou pour autrui. La mesure de contrôle doit être utilisée de façon minimale, exceptionnellement, et être la moins contraignante possible pour la personne tout en tenant compte de son état physique et mental comme le stipule l'article 118.1 de la LSSSS.

Au CHU Sainte-Justine, certaines clientèles reçoivent une sédation ou une analgésie profonde pour un examen ou un traitement en clinique ambulatoire, comme par exemple lors d'une ponction lombaire, lors d'une ponction de moelle osseuse ou lors d'un traitement d'hydrothérapie suite à une brûlure. Il est primordial de diminuer l'anxiété et de soulager la douleur lors de telles situations, d'autant plus que certains patients pourront subir plusieurs interventions douloureuses pendant leur séjour ou leur suivi en externe. Il importe de préciser que l'administration d'un ou de plusieurs médicaments pour maximiser le soulagement de la douleur et de la détresse procédurale peuvent également avoir pour effet de limiter la capacité d'action de cette personne, bien que ce ne soit pas le but visé. Cette médication n'est alors pas considérée comme une mesure de contrôle. Elle est utilisée lorsqu'une équipe est en place pour assurer la surveillance des effets secondaires possibles des médicaments et vise à prévenir les conséquences d'une douleur ou d'une anxiété mal soulagée, pouvant mener à des douleurs perçues plus importantes lors de futures procédures, à un syndrome de stress post-traumatique et même jusqu'à l'évitement de certains soins. Ainsi, lorsque les effets d'un soin, d'un traitement ou d'un examen sont importants, voire même intolérables pour la personne visée et que la situation clinique permet l'utilisation de médicaments comme les narcotiques ou les anxiolytiques pour en diminuer les effets, ces substances chimiques ne sont pas considérées comme des mesures de contrôle.

De plus, certaines personnes présentant, par exemple, de l'anxiété, de l'agitation ou des hallucinations, pourraient recevoir à leur demande ou à la suggestion d'un professionnel habilité et après l'obtention du consentement, une médication adaptée à ces symptômes. Cette médication aurait alors pour but de soulager ces symptômes et n'est pas considérée comme une mesure de contrôle.

Également, certaines situations cliniques en soins critiques comme des patients intubés et instables, peuvent nécessiter l'utilisation d'un bloqueur neuromusculaire à des fins thérapeutiques. Par exemple, pour optimiser le contrôle de l'hypertension intracrânienne, limiter la consommation en oxygène chez le patient avec une instabilité hémodynamique résistante au traitement ou en cas d'hypertension artérielle pulmonaire compromettant la circulation. Ces situations exceptionnelles doivent s'accompagner d'une analgésie et sédation profonde pour éviter un état d'éveil et une souffrance qui ne pourrait être communiquée en raison de la paralysie induite. Dans ces situations, l'utilisation d'un bloqueur neuromusculaire n'est pas considérée comme une mesure de contrôle par une substance chimique au sens de l'article 118.1 de la LSSSS puisque l'administration du médicament vise une fin thérapeutique.

7. Modalités de décision et d'application des mesures de contrôle

Lors du processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle, les principes qui guident la décision demeurent les mêmes, que le contexte d'intervention soit planifié ou non. Une évaluation postsituationnelle est requise lorsqu'une mesure de contrôle a été utilisée dans un contexte non planifié afin d'intégrer, le cas échéant, des mesures de remplacement aux mesures de contrôle dans le plan d'intervention de la personne.

L'utilisation d'une mesure de contrôle requiert une évaluation initiale et continue de la situation de santé de la personne et des composantes de son environnement, afin de déterminer la nature du problème et son étiologie, les interventions requises, les mesures de remplacement les plus appropriées et les mesures de contrôle envisagées si elles sont justifiées. Les professionnels habilités procèdent à une évaluation, à une planification de l'intervention et à une réévaluation de la situation.

Le professionnel doit poser un jugement clinique sur l'état de santé de la personne et sur la sévérité du problème. Chaque personne étant unique, il importe avant d'initier une mesure de remplacement ou une mesure de contrôle, de considérer l'âge et le stade de développement de la personne mineure, sa capacité à participer aux soins, la raison incitant le recours à une telle mesure et la durée de la mesure.

Le partenariat avec la personne et/ou son représentant légal est essentiel dans la prise de décision et l'utilisation d'une mesure de contrôle. La personne et/ou son représentant légal doivent donc être impliqués activement dès le début et tout au long du processus.

7.1. Évaluation de la situation clinique

L'évaluation vise à décrire le comportement de la personne et à décrire les causes sous-jacentes à ce comportement. Lors de l'évaluation globale d'une situation, il faut tout d'abord identifier quel est le comportement qui devient un risque imminent pour la personne elle-même ou pour autrui. Cette évaluation devrait se faire en équipe, par plusieurs professionnels de disciplines différentes, avec la participation de la personne ou son représentant légal, en collaboration avec sa famille ou toute autre personne impliquée dans les soins. Une fois le comportement à risque identifié, il faut rechercher les causes possibles sous-jacentes au comportement. Par exemple, les causes peuvent provenir de l'état clinique de la personne, d'un déficit cognitif, de la douleur ou de l'anxiété, d'un besoin de base non satisfait, de même que des composantes de son environnement.

En aucun temps, des mesures de contrôle doivent être utilisées :

- Pour remplacer la surveillance de la personne ou pour pallier à l'absence de surveillance :
- Comme mesure punitive ou mesure disciplinaire;
- Pour éviter de traiter les causes à l'origine du comportement de la personne.

Par exemple, appliquer des manchettes à un enfant pour empêcher le retrait accidentel d'un tube nasogastrique la nuit en l'absence de surveillance du parent d'un enfant n'est pas autorisé. De même, les mesures de contrôle ne peuvent être utilisées pour pallier à la présence d'un service privé auprès d'un patient agité qui nécessite une surveillance constante.

Au CHU Sainte-Justine, les circonstances pouvant mener au recours exceptionnel de mesures de contrôle sont notamment :

- Un comportement agressif pouvant, de façon imminente, être dangereux pour la personne elle-même ou pour autrui;
- Un risque élevé d'accidents ou de détérioration de l'état de santé de la personne relié à sa condition physique ou cognitive (ex. : diminuer le risque de chute d'une personne agitée, confuse ou inapte à maintenir une position sécuritaire);
- Un risque élevé d'interférence aux traitements chez une personne dont le stade de développement ou l'état cognitif la rend inapte à collaborer. Plus précisément :
 - Empêcher la personne de toucher aux divers moyens thérapeutiques requis par sa condition de santé (ex : drain, sonde, traction, cathéter);
 - Empêcher la personne de toucher aux plaies chirurgicales en processus de guérison;
 - Empêcher le retrait ou le déplacement accidentel ou délibéré d'un appareil de survie et les tubes adjacents;
 - Limiter les mouvements de la personne si ces mouvements peuvent conduire à une aggravation d'une blessure ou en induire une autre (ex. : immobiliser une personne ayant une blessure spinale).

7.2. Les mesures préventives et de remplacement

Toutes les mesures de remplacement possibles doivent être tentées avant de décider d'initier une mesure de contrôle. Cette solution ultime est utilisée en dernier recours, lors du constat d'échec des mesures de remplacement. Une liste de mesures de remplacement est proposée à l'annexe 4. Cette liste n'est cependant pas exhaustive. Il est nécessaire, dans l'instauration de telles mesures de remplacement, de faire également place à la créativité, en tenant compte de la personne, de sa situation psychosociale et culturelle, de son entourage, de l'environnement physique et humain de même que des structures organisationnelles.

Par exemple, plusieurs moyens peuvent être utilisés en lien avec le stade de développement de l'enfant ou de la probabilité qu'il puisse faire entrave à ses soins. Citons entre autres chez le jeune enfant ou chez l'enfant avec un retard de développement, le positionnement confortable, assis sur ou près de son parent, permettant de rediriger ses mouvements plutôt que de le contenir, l'utilisation de la

distraktion (bulles, vire-vent...), l'utilisation d'anesthésies locales selon l'intervention. Citons chez l'enfant d'âge scolaire, la préparation de l'enfant à l'environnement et au matériel, l'utilisation des techniques de relaxation et de respiration, l'utilisation du discours non procédural ou de l'humour au cours d'un examen ou d'une intervention, l'utilisation de la distraction active ou passive, ciblée sur le désir de l'enfant, ainsi que l'utilisation d'anesthésie locale. Ainsi, lorsque ces techniques sont insuffisantes, en dernier recours, sont envisagés l'utilisation de la contention, de l'isolement ou des substances chimiques.

7.3. Planification

En situation de comportement susceptible de se répéter et présentant un danger réel pour la personne et pour autrui, le ou les professionnels habilités, en collaboration avec la personne elle-même ou ses proches, établissent le plan d'intervention interdisciplinaire, notamment en indiquant les mesures de remplacement à instaurer pour éliminer le comportement à risque ou en diminuer la fréquence. Lorsque le groupe de professionnels habilités inclut une ou des infirmières, le plan thérapeutique infirmier (PTI) doit être utilisé pour décrire le comportement à risque ainsi que les mesures de remplacements prises.

Le succès de l'application du plan d'intervention requiert qu'il soit élaboré avec la personne concernée (ou son représentant légal) et en collaboration avec la famille lorsque possible. Le résultat de cette discussion doit être communiqué clairement à la personne et sa famille, ainsi qu'à tous les intervenants concernés.

7.4. Consentement

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

- « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention », (art. 9 LSSSS et art. 11 et suivants du CcQ).

- Par ailleurs, le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par la personne ou, le cas échéant, son représentant légal ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévue aux articles 10 et suivants du CcQ.

Conformément aux textes de loi, il est impératif d'obtenir le consentement de la personne ou de son représentant légal. Ce qui signifie que le professionnel habilité doit discuter des motifs justifiant l'utilisation, en dernier recours, d'une mesure de contrôle, des risques inhérents ainsi que les modalités de soins et surveillance afin de permettre à la personne ou son représentant légal un choix libre et éclairé. Le consentement libre et éclairé doit être obtenu dans les cas suivants :

- dans un contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal est requis;
- dans un contexte d'intervention non planifiée, après l'analyse postsituationnelle, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal doit être obtenu pour les interventions ultérieures.

Il est possible de recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu un consentement lorsque la situation revêt un caractère urgent, en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger pour la personne ou pour autrui (contexte d'intervention non planifiée).

En cas de refus de la personne ou de son représentant, d'autres recours sont possibles pour assurer la sécurité de la personne ou d'autrui, notamment avec l'autorisation d'un tribunal. Dans ces cas, le bureau des affaires juridiques du CHU Sainte-Justine pourra offrir l'assistance nécessaire.

Dans la situation où le consentement a été préalablement obtenu et qu'il est retiré par la suite, les intervenants peuvent procéder comme s'ils étaient dans un contexte d'intervention non planifiée si, et seulement si, la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Bien entendu, dès que possible, il faut réaliser l'analyse postsituationnelle et tout ce qui s'en suit.

Au CHU Sainte-Justine, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être abordée de la même façon qu'une décision pour un traitement spécifique de soins de santé. L'implication de la personne et de sa famille est incontournable dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle de ces mesures. Ainsi, le consentement pour une personne mineure devra être obtenu conformément à la Politique et procédure sur le consentement aux soins aux mineurs du CHU Sainte-Justine. En contexte d'intervention planifiée, un consentement de la personne visée, si elle est apte et si elle est âgé de 14 ans et plus, ou sinon, du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur selon le cas, doit donc être obtenu, et ce, de façon libre et éclairée. Le professionnel qui obtient ce consentement doit le documenter par écrit dans le dossier de la personne visée à l'aide du formulaire (F-145 : Évaluation, consentement et suivi des mesures de contrôle), disponible en annexe 2. La documentation peut aussi se faire dans l'outil de documentation clinique électronique, selon le secteur de soins.

8. Mesures de contrôle autorisées au CHU Sainte-Justine

La liste des mesures de contrôle permises au CHU Sainte-Justine est disponible en annexe 5 du présent protocole. Lors de l'utilisation de contentions physiques, le matériel doit être utilisé selon les recommandations du fabricant. Des techniques de soins spécifiques aux types de contentions utilisées sont disponibles dans l'intranet (section des techniques de soins infirmiers) comme outil de formation continue selon les besoins des intervenants. Aucun autre dispositif n'est permis, sauf s'il a fait l'objet d'une démarche d'« établissement des besoins et évaluation des fournitures cliniques », en collaboration avec l'équipe des approvisionnements et de la Direction des soins infirmiers (DSI). Lors de l'utilisation du matériel de contention, l'intervenant doit s'assurer qu'il est intact et en bon état avant de l'utiliser.

Le matériel de contention de fabrication « maison » est formellement interdit.

Au CHU Sainte-Justine, l'utilisation de la planche d'immobilisation Papoose^{MD} fait l'objet d'un encadrement particulier qui se trouve en annexe 6 du présent protocole à titre de référence.

Quant à l'utilisation des substances chimiques comme mesures de contrôle, elles doivent être prescrites dans le but d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à

autrui des lésions et cela dans un contexte de risque imminent pour elle-même ou pour autrui.

8.1. Immobilisation physique restrictive

Une contention physique ou intervention physique restrictive (utilisant la force humaine) est considérée comme une mesure de contrôle lorsque le but visé par l'intervention est d'empêcher une personne de bouger ou de limiter sa liberté de mouvement. L'immobilisation physique restrictive se présente par un rapport de force tel que la personne ne peut se dégager, malgré tous les efforts qu'elle déploie, afin de lui éviter de s'infliger des blessures ou d'en infliger à autrui. À titre de comparaison, on peut dire que le niveau de contrôle et de sécurité qu'implique la contention physique ou l'intervention physique restrictive équivaut, toute proportion gardée, au verrouillage d'une porte de chambre lorsqu'une personne est placée en isolement.

On entend donc par contention physique ou intervention physique restrictive:

- toute technique d'intervention impliquant que la personne doit être tenue par deux personnes ou plus;
- toute technique d'intervention impliquant que la personne est tenue par une autre personne, et où le rapport de force est si grand que la première est maîtrisée efficacement et qu'elle ne peut se dégager.

Ainsi, la dimension « restrictive » de l'intervention physique de contention implique l'application de la force avec l'intention d'empêcher les mouvements de la personne, malgré son opposition et sa résistance.

Le degré et la durée de la force déployée dépendent de la résistance offerte par la personne, et doivent toujours être réduits au minimum requis. À l'unité de pédopsychiatrie, l'approche de soin privilégiée se déroule dans un milieu-thérapie et les différentes problématiques de santé mentale rencontrées peuvent provoquer des situations à risque de blessure pour les patients, les familles, les intervenants et les professionnels de l'équipe. La dynamique de groupe fait partie du plan de traitement des patients, ce qui nécessite une évaluation constante de l'équipe qui met en place toutes les mesures possibles pour prévenir des comportements à risque. Pour les clientèles

hospitalisées en pédopsychiatrie ou suivies dans les cliniques ambulatoires, l'utilisation des mesures de ce type (contention physique ou intervention physique restrictive) doit avoir pour seul objectif d'empêcher la personne de se blesser elle-même ou de blesser autrui. Toute contention physique ou intervention physique restrictive à l'unité de pédopsychiatrie et ce, quelle qu'en soit la durée, doit être déclarée sur le formulaire F-222 présenté à l'annexe 7. Il faut en faire le suivi en effectuant une réévaluation post-situationnelle et en identifiant des solutions afin de prévenir le comportement à risque de la personne. Ces solutions doivent être communiquées à l'équipe et documentées au dossier, par exemple via le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou le plan thérapeutique infirmier (PTI). Lors d'une contention physique ou intervention physique restrictive, les techniques d'immobilisation sécuritaire en fonction de l'évaluation clinique unique à chaque patient sont utilisées, et la surveillance effectuée est constante de par la nature de l'immobilisation. Puisque ces immobilisations sont de courte durée (moins d'une heure), la documentation s'effectue une fois l'immobilisation terminée. Cette surveillance est documentée via le formulaire «Grille de surveillance particulière : contention, isolement et service privé» (F-144, annexe 9) ou via l'outil de documentation utilisé à la clinique ambulatoire. Les éléments documentés doivent inclure minimalement le comportement de la personne ayant mené à la contention physique ou intervention physique restrictive, la durée de l'intervention physique restrictive, le comportement de la personne pendant l'immobilisation, les informations transmises, l'évolution du comportement à risque et le retour postsituationnel.

8.2. Isolement

Avant d'aborder l'isolement au sens strict de la mesure de contrôle, il importe de préciser que l'isolement en prévention et contrôle des infections fait l'objet d'un [cadre de référence](#) distinct (MSSS, 2006). Dans le contexte normal du programme de prévention et contrôle des infections, le fait d'isoler une personne dans sa chambre est une mesure de contrôle des infections puisque cet isolement vise à protéger les personnes présentant des caractéristiques les rendant vulnérables face à un agent infectieux (isolement de protection chez les personnes immunosupprimées), ou à l'égard du risque qu'elles puissent transmettre un tel agent à l'entourage.

Cette mesure de contrôle des infections peut s'effectuer selon deux modalités :

- 1) elle peut être mise en place avec la collaboration de la personne et sa famille;
ou
- 2) avec l'ajout de processus pour obtenir la collaboration de l'individu et assurer le respect des mesures de prévention des infections.

Lorsque la personne n'est pas en mesure de respecter les consignes et que l'on doit avoir recours à un moyen supplémentaire, ce dernier est considéré comme une mesure de contrôle au sens de la Loi et son application doit être conforme au présent protocole.

De ce fait, l'isolement à des fins de mesures de contrôle consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. L'utilisation de l'isolement doit avoir pour seul objectif d'empêcher la personne de se blesser elle-même ou de blesser autrui.

À l'unité de pédopsychiatrie, toute situation d'isolement et ce, quelle qu'en soit la durée, doit être déclarée sur le formulaire F-222 présenté à l'annexe 7. Il faut en faire le suivi en effectuant une réévaluation post-situationnelle et en identifiant des solutions afin de prévenir le comportement à risque de la personne. Ces solutions doivent être communiquées à l'équipe et documentées au dossier, par exemple via le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou le plan thérapeutique infirmier (PTI). Lorsqu'une situation d'isolement se produit dans une autre unité de soins, c'est le formulaire F-145 « Évaluation, consentement et suivi des mesures de contrôle » qui doit être utilisé pour déclarer la situation. Tout patient en isolement doit faire l'objet d'une surveillance constante ou d'un service privé. S'il existe un risque de blessure imminent pour la personne qui effectue la surveillance constante, celle-ci peut être effectuée à travers la fenêtre de la porte de chambre. Selon la situation clinique du patient, la surveillance constante peut être effectuée par un préposé aux bénéficiaires, une infirmière, une infirmière auxiliaire, un éducateur spécialisé et dans certains cas exceptionnels, par un agent de sécurité. Cette surveillance est documentée via le formulaire «Grille de surveillance particulière : contention, isolement et service privé» (F-144, annexe 9) ou via l'outil de documentation dans le secteur. Les éléments documentés doivent inclure minimalement le comportement de la personne ayant mené à l'isolement, la durée de

celui-ci, le comportement de la personne pendant l'isolement, les informations transmises, l'évolution du comportement à risque et le retour postsituationnel. Lorsque des substances chimiques sont administrées pendant l'isolement, des éléments de documentation s'ajoutent. Ils sont décrits à la section 9.2.

La durée d'un épisode d'isolement doit être la plus courte possible. Une réévaluation systématique de la pertinence et de la nécessité de cette mesure de contrôle doit être effectuée minimalement à chaque heure pendant la période d'isolement et cette réévaluation doit être documentée au dossier. Dès que la période d'isolement se prolonge au delà d'une heure, une analyse postsituationnelle doit avoir lieu le plus rapidement possible en collaboration avec le patient, si sa situation clinique le permet, ou sa famille. De plus, le chef de soins et services ainsi que la cadre conseil en sciences infirmières du secteur doivent être informées de la situation afin qu'un suivi au comité interdisciplinaire responsable du suivi des mesures de contrôle (ou un de ses membres) soit effectué.

9. Modalités de surveillance, de la réévaluation et de l'arrêt de la mesure

Une fois la décision prise d'initier une mesure de contrôle, le professionnel ou l'intervenant doit l'appliquer en conformité avec les normes de soins et de surveillance précisées dans ce protocole, qui respectent les orientations ministérielles ainsi que les règles de soins applicables à la mesure choisie, s'il y a lieu.

9.1. Besoins de la personne visée par la mesure de contrôle

Une mesure de contrôle ne doit jamais être utilisée de manière à causer un inconfort, une blessure ou de la douleur à la personne. Une approche professionnelle et structurée alliant dialogue et empathie doit accompagner la mesure de contrôle. Les besoins physiques et psychologiques doivent être satisfaits chez la personne sous mesure de contrôle. Des contacts humains doivent être maintenus durant toute la durée de l'utilisation de la mesure. Une relation personnalisée, confidentielle et empathique est attendue.

9.2. Fréquence de surveillance et surveillance effectuée

Surveillance générale

Au CHU Sainte-Justine, la surveillance et la supervision d'une personne sous mesure de contrôle s'effectuent par les infirmières, les infirmières auxiliaires, les psychoéducateurs, les éducateurs spécialisés de même que les préposés aux bénéficiaires. Dans certaines situations, les agents de sécurité contribuent à la surveillance et la supervision des patients sous mesure de contrôle.

La fréquence de la surveillance des personnes visées par une mesure de contrôle doit être déterminée par la condition clinique de la personne visée. Cette fréquence de surveillance est déterminée par les professionnels qui initient les mesures de contrôle.

La surveillance prévoit une observation de la personne dans le but de vérifier son comportement pendant le port de la contention et une intervention en cas d'effets secondaires (ex : augmentation de l'agitation ou de l'agressivité, entrave à la respiration ou à la circulation sanguine). L'intervenant ou le professionnel doit s'assurer que la personne a une respiration calme et réévaluer la mesure de contrôle aussitôt qu'un changement de comportement survient. La surveillance doit également prévoir l'évaluation des besoins de base de la personne qui subi la mesure de contrôle afin de s'assurer d'y répondre. Dans certaines situations comme l'utilisation de la planche Papoose^{MD} ou lors de l'administration d'une substance chimique, d'autres éléments de surveillance s'ajoutent : l'évaluation respiratoire incluant la mesure de la fréquence respiratoire, la prise de la saturation, l'évaluation du pouls et de la tension artérielle de même que l'évaluation des signes neurologiques. Au CHU Sainte-Justine, en raison de la surveillance régulière qui est effectuée à chaque heure, la fréquence de surveillance de la personne sous contention est fixée minimalement à chaque 30 minutes.

Une personne agitée nécessite une surveillance plus étroite puisque le risque de blessures est plus élevé, donc une surveillance à chaque 15 minutes est recommandée jusqu'à ce que la personne se calme. La surveillance peut également s'effectuer en continu selon le jugement clinique du professionnel et si la condition clinique de la personne requiert une présence continue au chevet. Plus précisément, l'utilisation de substances chimiques comme mesure de contrôle prévoit systématiquement la prise

des signes vitaux et des signes neurologiques aux 15 minutes suivant l'administration du médicament, jusqu'à retour à l'état de base. Cette surveillance infirmière est décrite dans la FOPR 1480 – Urgence-Prise en charge de l'enfant agité. À cela s'ajoute l'évaluation de la douleur si un analgésique est administré, avec les paramètres de surveillance et la documentation associée tels que précisés dans le protocole infirmier sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des analgésiques opiacés.

Peu importe la fréquence de surveillance établie, le matériel de contention doit être retiré minimalement à chaque 2 heures pendant 3 à 5 minutes afin de permettre la mobilisation du membre, activer la circulation sanguine, dégager la cage thoracique si applicable et vérifier les points de pression. Selon la condition clinique de la personne, il est possible de retirer les contentions en alternance lorsque le comportement à risque ne permet pas de les retirer simultanément de façon sécuritaire, et ce, pour la personne elle-même ou pour autrui.

Les modalités spécifiques aux soins et à la surveillance des clientèles de l'unité d'hébergement, des ressources intermédiaires et autres milieux de réadaptation affiliés sont résumées dans le tableau présenté à l'annexe 9, avec les rôles des différents professionnels ou intervenants qui assurent les soins et la surveillance de cette clientèle.

Le matériel de contention doit être utilisé selon les recommandations du fabricant, entre autres, il doit être :

- Vérifié avant et après chaque utilisation;
- Sécuritaire, solide et résistant;
- Adapté à la taille de la personne;
- Remplacé immédiatement et réparé dans les plus courts délais s'il est défectueux;
- Nettoyé ou changé dès qu'il est souillé;
- Rangé à un endroit désigné;
- Facile d'accès et disponible en tout temps.

Surveillance en situation d'isolement

Quant à la fréquence de surveillance d'une personne en isolement, une surveillance constante d'un intervenant est requise pour toute la durée de la période où elle doit demeurer en isolement. S'il est contre-indiqué cliniquement que l'intervenant soit physiquement dans la même pièce en raison du comportement à risque de la personne, l'intervenant exerce sa surveillance par la fenêtre en étant de l'autre côté de la porte.

Au CHU Sainte-Justine, l'isolement à des fins de mesure de contrôle peut être utilisé pour une personne agressive qui présente un risque imminent pour elle-même ou pour autrui. De ce fait, une salle d'isolement doit être aménagée selon les normes de sécurité prévues dans le guide du MSSS « Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle - Matériel de contention - Évaluation de produits - Guide pour la conception - Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement » Selon ce document, les salles d'isolement doivent :

- Ne contenir qu'un matelas ou un sommier fixé au plancher;
- Être munies de fenêtres qui ne peuvent s'ouvrir;
- Être dépourvues d'objets potentiellement dangereux par leur utilisation, leur manque de résistance ou leur inflammabilité;
- Être dotées d'une porte sécuritaire;
- Être munies de lumières encastrées ou dont les ampoules sont inaccessibles;
- Permettre de satisfaire les besoins de bases et assurer le confort de la personne en ayant une température ambiante, un éclairage et une aération adéquats;
- Être rapidement nettoyées si souillées pendant leur utilisation;
- Être réparées dans les plus courts délais de tout bris constaté.

9.3. Exceptions à la surveillance et la supervision

La surveillance reliée à l'utilisation des manchettes est différente de celle recommandée pour l'ensemble des mesures de contrôle du CHU Sainte-Justine. En raison du risque très faible de détresse respiratoire et de plaie de pression qui pourrait survenir avec les

manchettes qui a été confirmé par le portrait des données établi depuis 2008, il est plutôt convenu d'effectuer :

- Vérification de la respiration, vérification des signes neurovasculaires pour évaluer l'œdème des membres supérieurs et vérification du comportement de la personne minimalement à chaque 2 heures dans les premières 24h puis 4 à 6 fois par jour par la suite, compte-tenu que le port des manchettes se fait à domicile pour les patients ayant eu une chirurgie de staphylographie ou lors d'une pH métrie.
- Surveillance des signes neurovasculaires, de l'absence d'œdème ou de rougeur aux extrémités de la manchette à chaque 2 heures et ce, sans retirer les manchettes, sauf lorsque souillées ou lors des soins d'hygiène. S'il faut retirer les manchettes, le faire sous surveillance directe d'une infirmière, d'une infirmière auxiliaire ou du parent si l'enfant est à domicile. À l'hôpital, cette surveillance est documentée sur la grille de surveillance particulière F-144 disponible en annexe 9 ou sur l'outil de documentation disponible dans le secteur.
- Il existe un dépliant destiné à la clientèle sur l'utilisation des manchettes en pédiatrie, qui mentionne le mode d'emploi pour les parents et les éléments de surveillance à effectuer à domicile. Ce dépliant est disponible sur le site web du CHUSJ à l'hyperlien suivant : [Utilisation des manchettes en pédiatrie](#).

Quant à la surveillance des patients qui sont dans un lit avec dôme, elle s'effectue à chaque heure pour valider que l'enfant est calme et pour être à l'affut de tout changement de comportement. Cette surveillance est documentée sur la grille de surveillance particulière F-144 disponible en annexe 9 ou sur l'outil de documentation disponible dans le secteur.

9.4. Durée d'application de la mesure

Toute mesure de contrôle doit être temporaire et d'une durée d'application limitée au temps minimal requis, que ce soit lors de l'utilisation d'une contention, de l'isolement ou d'une substance chimique. Tel que précisé dans les recommandations de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, la durée d'utilisation maximale de l'isolement est d'une (1) heure. Une réévaluation systématique de la nécessité de poursuivre la mesure par un professionnel habilité doit être planifiée dès la mise en place de la mesure. La fréquence de cette réévaluation systématique est précisée dans

le paragraphe qui suit. Les mesures de contrôle ne doivent en aucun cas être prescrites au besoin (PRN).

9.5. La réévaluation de la pertinence et le suivi de la mesure de contrôle

Selon le Cadre de référence du MSSS (2015), la réévaluation est primordiale. Elle s'effectue avec la personne ou son représentant légal en collaboration avec l'équipe soignante. Elle porte sur l'évolution de l'état de santé de la personne, sur l'efficacité des mesures (de remplacement et de contrôle) inscrites au plan d'intervention établi et, le cas échéant, sur la révision de la décision relative à l'utilisation d'une mesure de contrôle et sur les ajustements requis.

La réévaluation de la pertinence de maintenir la mesure de contrôle doit être basée sur les mêmes principes qui déterminent la pertinence de l'initier. La pertinence de poursuivre la mesure de contrôle doit être réévaluée de façon continue. La fréquence de révision dépend de l'état clinique de la personne, du type de mesure et du plan d'intervention planifié.

Lors d'une hospitalisation, au CHU Sainte Justine ou à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du CRME, l'équipe de soins doit évaluer de façon minimale, aux 8 heures, la faisabilité de réduire ou d'enlever la mesure de contrôle. À l'unité d'hébergement du centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME), considérant la condition chronique de cette clientèle hébergée dans un milieu de vie, la réévaluation doit se faire minimalement aux 72 heures. Les précisions relatives à la clientèle de réadaptation et des écoles spécialisées sont disponibles à l'annexe 8 du présent document. Dans les écoles spécialisées affiliées au CHU Sainte-Justine, la réévaluation de la pertinence se fait minimalement 2 fois par année, soit au début de l'année scolaire et au mois de janvier. Quant à la réévaluation de la pertinence d'un isolement, elle doit se faire minimalement à chaque heure.

Les professionnels et les intervenants doivent constamment demeurer alertes à la possibilité que la personne puisse être rétablie de la condition clinique nécessitant une mesure de contrôle. Ils doivent évaluer, de façon continue, la possibilité d'appliquer une mesure de remplacement permettant de cesser la mesure de contrôle ou la possibilité

d'utiliser un dispositif moins limitatif. La pertinence de poursuivre un traitement qui entraîne l'application d'une mesure de contrôle doit faire partie de l'évaluation continue.

9.6. Les indications d'arrêt de la mesure

Les professionnels ou les intervenants doivent arrêter une mesure de contrôle :

- Dès qu'il n'y a plus de risque d'entrave au traitement;
- Dès qu'une intervention nécessitant une mesure de contrôle est terminée;
- Dès qu'un parent, un intervenant ou autre personne significative peut assurer une surveillance personnellement et empêcher le comportement à risque;
- Dès qu'une complication liée à l'utilisation d'un dispositif de contention est constatée (perturbation des signes neurovasculaires d'un membre, détresse respiratoire, augmentation de l'agitation, etc.);
- Dès que la personne se rétablit de la condition clinique qui le mettait en danger d'accidents ou de détérioration de son état de santé;
- Dès que la personne a repris le contrôle sur elle-même;
- Dès que la personne décide de collaborer;
- Pour toutes autres raisons rendant la mesure de contrôle injustifiée.

10. Documentation exigée

Lors de l'initiation d'une mesure de contrôle, une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils sont utilisés, une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure, une documentation de l'obtention du consentement de même qu'une description des mesures de remplacement tentées afin d'éviter le recours à la mesure de contrôle doivent être consignées au dossier médical de la personne visée au moyen du formulaire prévu à cet effet, intitulé « Formulaire de consentement, d'évaluation et de suivi pour l'application d'une mesure de contrôle » (F-145, voir annexe 2. La fréquence de surveillance au moment de l'initiation de la mesure de contrôle est également précisée sur ce même formulaire. En ce qui concerne la réévaluation de la pertinence de la mesure, celle-ci est documentée par le professionnel habilité au bilan de soins des 24 heures ou dans l'outil de documentation disponible

dans le secteur. Selon le secteur de soins, il est possible que la documentation se fasse via l'outil de documentation clinique informatisé. La norme de documentation par exception prévoit qu'un crochet atteste que la situation clinique de la personne sous mesure de contrôle est la même que lors du moment où la décision de l'initier a été prise, ce qui justifie de poursuivre la mesure.

De plus, la surveillance durant l'application de la mesure doit faire l'objet de notes précises au dossier. La documentation de la surveillance doit se faire minimalement aux 30 minutes. Ces notes doivent confirmer que le matériel a été installé et utilisé selon les recommandations du fabricant. Le formulaire F-144, disponible en annexe 9, intitulé : « Grille de surveillance particulière : contention, isolement ou service privé » est l'outil de documentation à privilégier à cette fin puisque le préposé aux bénéficiaires, qui n'a pas accès au dossier médical de la personne, peut y inscrire les éléments de surveillance. De plus, les outils de documentation en place dans les différentes unités de soins ou cliniques externes ne permettent pas la documentation du comportement de la personne toutes les 15 ou 30 minutes. Ces notes sont ensuite versées au dossier médical de la personne.

Lors d'une surveillance constante, où un intervenant ou un professionnel est au chevet de la personne en tout temps, la documentation de la surveillance s'effectue minimalement aux heures. La documentation des mesures de contrôle pour les clientèles de l'unité d'hébergement, des ressources intermédiaires et autres milieux de réadaptation affiliés est résumée à l'annexe 8.

Il importe de préciser que la documentation relativement aux immobilisations effectuées lors d'un examen ou un traitement en imagerie médicale, qu'elles soient considérées comme des mesures de contrôle ou non, se fait à l'aide du logiciel Radimage.

11. Retour postsituationnel avec la personne et/ou son représentant

Une analyse des résultats obtenus au terme de l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être effectuée. Les membres de l'équipe traitante doivent identifier une solution au problème ayant nécessité l'utilisation de la mesure de contrôle en collaboration avec la personne et/ou son représentant légal. Des stratégies destinées à résoudre, sinon à

réduire les difficultés vécues par la personne sont à définir avec la personne et/ou son représentant.

Selon le Cadre de référence du MSSS (2015), les étapes de la réévaluation postsituationnelle devraient inclure :

- l'implication de la personne visée dans la révision de la décision et de son plan d'intervention;
- la validation de l'efficacité des mesures de remplacement tentées;
- l'analyse de la pertinence d'appliquer une mesure de contrôle (en cas d'échec des mesures de remplacement);
- l'analyse des avantages et des effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure de contrôle;
- l'évaluation du choix de la mesure de contrôle appropriée à la situation;
- l'évaluation de la pertinence du type de mesure utilisée et de son maintien;
- le réajustement du plan d'intervention, au besoin;
- la détermination du délai maximal avant d'effectuer une réévaluation et analyse des distinctions selon les caractéristiques des clientèles lorsque cela est requis;
- l'évaluation du milieu de vie afin de vérifier s'il convient bien à la personne.

12. Droit à l'information et mécanismes de plainte

Le CHU Sainte-Justine a créé plusieurs dépliants d'informations destinées à la clientèle qui présentent des informations en lien avec les motifs d'utilisation des mesures de contrôle de même que les risques présents lors de leur utilisation, particulièrement dans les cliniques ambulatoires où les mesures de contrôle sont utilisées. De plus, le présent protocole est disponible sur le site web du CHU Sainte-Justine (www.chusj.org) et disponible sur demande en version papier ou électronique.

Comme mentionné précédemment, l'utilisation des mesures de contrôle est une entrave exceptionnelle au droit à l'intégrité et à l'inviolabilité de l'individu, donc doit faire l'objet

d'une surveillance étroite. Différents mécanismes de plainte ou de soutien sont prévus à cet effet. D'ailleurs, les personnes ou les familles qui souhaitent recourir au mécanisme de plainte prévu par la LSSSS peuvent s'adresser au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine, et ce de plusieurs façons : par courrier, en personne ou par téléphone. Une fiche de satisfaction et plainte est disponible dans toutes les unités de soins ou cliniques ambulatoires, de même qu'en version électronique sur le site web du CHU Sainte-Justine (www.chusj.org). Les familles peuvent aussi s'adresser au comité des usagers du CHU Sainte-Justine pour poser des questions et émettre des préoccupations. Des regroupements comme l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) sont également des ressources pertinentes pour certaines clientèles qui souhaitent obtenir de l'information.

13. Formation des professionnels et des intervenants

L'utilisation des mesures de contrôle exige un personnel compétent et habilité. Tous les professionnels et intervenants concernés par l'utilisation des mesures de contrôle sont formés systématiquement dès leur embauche durant les premières journées d'intégration au CHU Sainte-Justine. Les infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires ont une plage réservée à cet effet prévue à leur horaire de formation initiale.

De plus, une formation continue est prévue à plusieurs moments de l'année dans l'offre de développement professionnel continu proposé par la Direction des soins infirmiers (disponible dans l'intranet). Cette formation prévoit entre autres des activités sur les techniques d'installation du matériel et l'utilisation judicieuse des mesures de contrôle. De plus, le Formulaire F-145 intitulé «Évaluation, consentement et suivi pour l'application des mesure de contrôle» (annexe 2) est présenté aux professionnels autorisés à prendre la décision. La grille F-144 «Grille de surveillance particulière : contentions, isolement ou service privé» (annexe 9), est présentée à tous les intervenants qui pratiqueront la surveillance des personnes pour lesquels une mesure de contrôle est utilisée. Le tout est mis en pratique lors d'une mise en situation clinique. Cette formation proposée par la DSI s'adresse également aux ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychoéducateurs et éducateurs spécialisés. Dans ce contexte, une

lettre d'invitation à la formation leur est adressée lors de leur journée d'accueil et chaque personne doit se présenter à l'une des plages de formation offertes.

D'autres activités de formation sur l'utilisation des mesures de prévention et de gestion des comportements d'agressivité ou d'agitation, sur l'usage approprié des mesures de contrôle, sur les impacts physiques et psychologiques, sur le développement de la personne, sur les dangers de l'utilisation de mesures de contrôle et sur les mesures de remplacement à la contention et à l'isolement sont réalisées périodiquement et selon les besoins de l'ensemble des professionnels et intervenants œuvrant dans l'établissement. Des actions sont mises en place pour intégrer les agents de sécurité à ces activités.

Les cadres conseil en sciences infirmières, conseillères en soins infirmiers ainsi que des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des psychoéducateurs sont ciblés pour déployer la formation, en collaboration avec chefs professionnels (ex; ergothérapie, physiothérapie, psychoéducation) et les médecins. D'autres intervenants qui appliquent les mesures de contention et en exercent la surveillance sont également formés, ce qui inclut par exemple les technologues en radiologie, les techniciens(nes) de laboratoire, les assistantes dentaires et l'hygiéniste dentaire.

14. Évaluation globale de l'utilisation des mesures de contrôle au CHU Sainte-Justine

Une évaluation de l'application du présent protocole est effectuée de façon périodique par des audits qualité et ce, afin d'assurer le respect du protocole. Ces audits sont effectués par l'équipe d'auditeurs du CHU Sainte Justine, coordonnée par l'équipe de la Direction qualité-performance. Les grilles d'audits sont développées par les experts de contenu de ce protocole et les auditeurs reçoivent une formation de standardisation avant de procéder aux observations sur le terrain.

Afin d'obtenir un portrait global de la situation au CHU Sainte-Justine, la raison d'utilisation de la mesure de contrôle, le type de mesure, la fréquence d'utilisation de la mesure de contrôle et la durée de l'utilisation sont compilées dans une base de données. C'est à l'aide du formulaire «Évaluation, consentement et suivi» pour l'application des mesures de contrôle» (F-145, disponible à l'annexe 2) que ces informations sont recueillies. Si des complications relatives aux mesures de contrôle surviennent, elles

doivent être déclarées comme incident/accident via le formulaire AH-223. Ensuite, l'ensemble des données sont analysées dans le but d'établir un plan d'action visant la réduction maximale de l'utilisation des mesures de contrôle ainsi que l'application du présent protocole. Les résultats de cette analyse sont transmis aux gestionnaires, aux professionnels et aux intervenants 3 à 4 fois par année.

De plus, tous les incidents ou accidents liés à l'utilisation de mesures de contrôle doivent être déclarés sur le formulaire de déclaration d'incidents/accidents (AH 223-1).

14.1. Mise à jour du protocole d'application des mesures de contrôle

Le présent protocole doit faire l'objet d'une mise à jour à tous les cinq ans, ou plus fréquemment si des modifications sont exigées par la législation et la réglementation applicable ou par les besoins de l'établissement.

15. Rapport annuel

C'est dans le rapport annuel du comité de gestion des risques que le suivi annuel des mesures de contrôle est documenté au CHU Sainte-Justine. On y retrouve entre autres le matériel de contention le plus utilisé et les clientèles touchées dans chaque secteur de soins, le portrait des mesures de remplacement utilisées, les statistiques de formation des professionnels et des intervenants, ainsi que les résultats des audits effectués en vertu du présent protocole.

Conclusion

Le présent protocole, adopté conformément à l'article 118.1 de la LSSSS, est fondé sur le Cadre de référence proposé par le MSSS en mars 2015 et tient compte des particularités inhérentes à la clientèle du CHU Sainte-Justine. Il rappelle que la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement de santé, que pour empêcher cette personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. Une attention particulière doit être portée sur le but visé par la mesure afin de déterminer si elle constitue ou non une mesure de contrôle. Ce protocole vise donc à aider les professionnels à faire cette détermination et à encadrer l'utilisation

des mesures de contrôle pour toutes les clientèles du CHU Sainte-Justine, et ce, dans le respect des lois et des orientations ministérielles.

Plus spécifiquement, le présent protocole précise quels sont les professionnels habilités à prendre la décision d'initier les mesures de contrôle ainsi que les autres intervenants pouvant être impliqués dans l'application de ces mesures. Il précise également les rôles de ces professionnels et intervenants dans le processus. De plus, la démarche attendue des professionnels du CHU Sainte-Justine pour la prise de décision relativement à l'utilisation d'une mesure de contrôle, allant de l'évaluation de la situation jusqu'au suivi de l'application de la mesure et ce, pendant l'application jusqu'à ce que celle-ci soit cessée, y est décrite. Par le présent protocole, les professionnels et les intervenants sont informés des documents à utiliser pour documenter l'évaluation, le consentement, le suivi et la surveillance d'une mesure de contrôle lors de son utilisation. La formation offerte aux professionnels et aux intervenants concernés y est également présentée.

L'encadrement offert par ce protocole d'application des mesures de contrôle et les balises du Cadre de référence du MSSS (2015), adaptées aux situations spécifiques du CHU Sainte-Justine, permettent de fournir des soins et des services de qualité et sécuritaires. Finalement, tous les actes posés dans le cadre de l'application du protocole doivent être en conformité avec le respect des valeurs organisationnelles du CHU Sainte-Justine, soit la quête de l'excellence, la bienveillance, le partenariat ainsi que l'engagement individuel et collectif.

Bibliographie

- AACAP Council. (2000). Policy statement on the prevention and management of aggressive behavior in psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint.
- American College of Critical Care Medicine. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit : Use of restraining therapies, *Critical Care Medecine*, 31(11), 2665-2676.
- ASTASS. (1999). *Formation Omega. Cahier du participant*. Montréal.
- ASTASS. (1998). *Pacification des états de crise aiguë. Cahier du participant*. Montréal.
- BC Children's Hospital. (2009). *Caring for Your Child after Cleft Lip Surgery*. Cleft Palate Program. Dépliant destiné à la clientèle, repéré le 26 juillet 2019 au lien suivant : [Caring for Child after Cleft Lip Surgery](#).
- Berrios, C.D., Jacobowitz, W. (1998). Therapeutic holding : outcomes of a pilot study. *Journal of psychosocial Nursing*, 36(8), 14-17.
- Birnie, K.A., Noel, M., Chambers, C.T., Uman, L.S., Parker, J.A. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10, CD005179.
- Boston Children's Hospital. (2015) *Treatments for Cleft lip and cleft palate in Children*. Repéré à www.bostonchildrens.org. (Repéré le 15 septembre 2015)
- Brown, R. L., Genel, M. & Riggs, J. A. (2000). Use of seclusion and restraint in children and adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(7), 653-656.
- CAPHC. (2017). Distraction Toolkit. Repéré le 18 octobre 2018 à <https://ken.caphc.org/xwiki/bin/view/Paediatic+Pain/Distractio+Toolkit>.
- Cincinnati Children's. (2014). *Cleft Palate Surgical Repair*. Repéré à www.cincinnatichildrens.org/health/c/cleft-palate-repair/. Site web consulté le 15 septembre 2015.
- Chambers, C.T., Taddio, A., Uman, L.S., McMurtry, C.M., HELPinKIDS Team. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: A systematic review. *Clinical Therapeutics* ;31 Suppl 2, S77-S103.
- Children's Mercy Kansas City Child Life. (2017). Comfort Positions. Repéré le 18 octobre 2018 à : https://www.childrensmercy.org/Patients_and_Families/Support_and_Services/Child_Life/Comfort_Positions/.
- Collège des médecins du Québec (1999). *Lignes directrices. Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement*. Montréal : Collège des médecins du Qc.

- Collins, P. (1999). Restraining children for painful procedure. *Paediatric Nursing*, 11(3), 14-16.
- Cornwell, C., Tabone, H. French, C. (1998). Interdisciplinary order for seclusion or restraint : a new tool to enhance compliance with joint commission standards. *Journal of nursing care quality*, 12(4), 4-8.
- Delaney, K.R., (2001). Developing a restraint-reduction program for child and adolescent inpatient treatment. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 14(3), 128-140.
- Duval, S., (2009). L'utilisation des mesures de contrôle à l'urgence : observent-on les mêmes pratiques en pédiatrie? *Première ligne*, 23(3), 26-29.
- Equipe analgésie à l'urgence, CHU Sainte-Justine. (2016). Procédures mineures sans blessure: Eau. Repéré le 18 octobre 2018 à www.urgencehsj.ca/protocoles/analgesie-procedures-mineures/
- Fassler, D. & Cotton, N. (1992). A national survey on the use of seclusion in the psychiatric treatment of children. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(4), 370-374.
- Finke, L. (2001). The use of seclusion is not evidence-based practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(4), 186-190.
- Folkes, K. (2005). Is restraint a form of abuse. *Paediatric nursing*, 17(6), 41-44.
- Foster, J.P., Taylor, C., Spence, K. (2017). Topical anaesthesia for needle-related pain in newborn infants. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD010331.
- Horsburg, D. (2004). Review. How and when, can I restrain a patient. *Postgraduate medical journal*, 80, 7-12.
- Jefery, K. (2002). Therapeutic restraint of children: it must always be justified. *Paediatric Nursing*, 14(9), 20-22.
- Klassen, J.A., Liang, Y., Tjosvold, L., Klassen, T.P., Hartling, L. (2008) Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: A systematic review of randomized controlled trials. *Ambulatory Pediatrics*, 8(2), 117-28.
- Koller, D., Goldman, R.D. (2012). Distraction techniques for children undergoing procedures: A critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(6), 652-81.
- Krauss, B.S., Krauss, B.A., Green, S.M. (2016). Videos in clinical medicine. Managing procedural anxiety in children. *The New England Journal of Medicine*, 374(16), e19, Repéré le 18 octobre 2018 à <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm1411127>.

- Lacey, C.M., Finkelstein, M., Thygeson, M.V. (2008). The impact of positioning on fear during immunizations: Supine versus sitting up. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 195-200.
- Lambrenos, K. & McArthur, E. (2003). Introducing a clinical holding policy. *Paediatric Nursing*, 15(4), 30-33.
- LeBel, J. et al. (2004). Child and adolescent inpatient restraint reduction : a state initiative to promote strength-based care. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 43,137-45.
- Martin, B. (2002). Restraint use in Acute and Critical Care Settings : Changing Practice. *AACN Clinical Issues*, 13(2), 294-306.
- Michelotti, B., Long, RE., Leber, D. Samson, T., & Mackay, D. (2012). Should surgeons use arm restraints after cleft surgery? *Annals of Plastic Surgery*, 69(4), 387-8.
- Ménard, G. et Grenier, R. (2004). *Contention et isolement : Normes et critères de la qualité des soins et services*. Décarie éd.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2016). *Cadre de référence. Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*. Gouvernement du Canada. Québec: Canada. Repéré le 25 juillet 2019 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000168/>.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. Direction des communications du MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections, 2006-2009*. Direction des communications du MSSS. 58 pages. Repéré le 16 septembre 2019 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-209-01.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle - Matériel de contention - Évaluation de produits - Guide pour la conception - Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement*. Direction des communications du MSSS.
- 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*. Direction des communications du MSSS.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). Plan d'action. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*.
- Mohr, W.K. (2001). Faulty assumptions associated with the use of restraints with children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(3), 141-151.

- Noël, V. & Papillon, S. (2017). Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions de réadaptation jeunesse des CISSS et des CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Québec. 57p. Repéré le 25 juillet 2019 : http://www.cdpdj.qc.ca/Publications/Etude_isolement_contention.pdf.
- Office des professions (2013). Le projet de Loi 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif. Gouvernement du Québec. Repéré à www.opq.gouv.qc.ca.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2004). *La Contention, norme d'exercice*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal.
- Pearch, J. (2005). Restraining children for clinical procedures. *Paediatric Nursing*, 17(9), 36-38.
- Pillai Riddell, R.R., Racine, N.M., Gennis, H.G., et al. (2015). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database Systematic Review*, 12, CD006275.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006275.pub3/abstract>
- Projet de loi 21.(2009). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Repéré le 12 octobre 2015 à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/>.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Robitaille, M.J., ASSTSAS. (2009). *Oméga: apprendre à gérer les crises de violence. Objectif prévention*, 32(1), 30-31.
- Royal College of Nursing (2010). Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people. Guidance for nursing staff. London, UK. Repéré le 13 novembre 2015 à https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0016/312613/003573.pdf.
- Selekman, J. & Snyder, B. (1996). Uses of and alternatives to restraints in pediatric settings. *Clinical issues. Advanced practice in acute critical care*, 7(4), 603-610.
- Selekman, J. & Snyder, B. (1995). Nursing perceptions of using physical restraints on hospitalized children. *Pediatric Nursing*, 21(5), 460-464.

- Sinha, M., Christopher, N.C., Fenn, R., Reeves, L. (2006). Evaluation of nonpharmacologic methods of pain and anxiety management for laceration repair in the pediatric emergency department. *Pediatrics*, 117(4), 1162-8.
- Sickkids Hospital. (2011). Cleft Palate Repair. Informations destinés à la clientèle, document consulté le 26 juillet 2019 à <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/Article?contentid=34&language=French> <https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=34&language=English>
- Sourander, A., Ellila, H., Valimaki, M., Piha, J. (2002). Use of holding, restraints, seclusion and time out up child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *European child and adolescent psychiatry*, 11, 162-167.
- Snyder, B. (2004). Preventing treatment interference: nurse's and parent's intervention strategies. *Pediatric Nursing*, 30(1), 31-40.
- Sparks, L.A., Setlik, J., Luhman J. (2007). Parental holding and positioning to decrease IV distress in young children: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6),440-7.
- Taddio, A., Shah, V., McMurtry, C.M., et al; HelpinKids&Adults Team. (2015). Procedural and physical interventions for vaccine injections: Systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *The Clinical Journal of Pain*, 31(10 Suppl), S20-37.
- Tomlinson, D. (2004). Physical restraint during procedures : issues and implication for practice. *Journal of pediatric oncology nursing*, 21(5), 258-263.
- Uman, L.S., Birnie, K.A., Noel, M., et al. (2013). Psychological interventions for needle related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*, 10, CD005179.
- Vance, D.L. (2003). Effect of a treatment Interference Protocol on Critical Decision Making for Restraint Use in the Intensive Care Unit – A pilot Study. *AACN Clinical Issues*, 14(1), 82-91.
- Wente, S.J. (2013). Nonpharmacologic pediatric pain management in emergency departments: A systematic review of the literature. *Journal of Emergency Nursing*, 39(2):140-50.
- Yinger, O.S., Gooding, L.F. (2015). A systematic review of music-based interventions for procedural support. *Journal of Music Therapy*, 52(1), 1-77.

Annexe 1
Législation pertinente

Charte canadienne des droits et libertés⁷

Article 1

La Charte canadienne des droits et libertés garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.

Article 7

Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Article 9

Chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraire.

Article 12

Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités.

Charte des droits et libertés de la personne, (RLRQ, chapitre S-4.2)

Article 1

Tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Article 3

Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

Article 4

Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

Article 9.1

Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.

⁷ *Loi constitutionnelle de 1982* (R-U), constituant l'annexe B de la [Loi de 1982 sur le Canada \(R-U\), 1982, c 11](#)

Code civil du Québec

Article 10

Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité, sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Article 11

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

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Article 13

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

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

Article 14

Dans le cas d'un mineur de moins de 14 ans

« Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur (...) ».

Dans le cas d'un mineur de 14 à 18 ans

Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins requis par son état de santé. Toutefois, si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit en être informé.

Article 16

L'autorisation du tribunal est nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, c. S-4.2)

Article 3

Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

- La raison d'être des services est la personne qui les requiert;
- Le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
- L'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;
- L'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
- L'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

Article 5

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.

Article 8

Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par:

«accident»: action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.»

Article 9

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

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil (Lois du Québec, 1991, chapitre 64).

Article 10

Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Article 118.1

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

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

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

Article 172

Le conseil d'administration doit, en outre, pour tout établissement qu'il administre, s'assurer :

1. De la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés;
2. Du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes;
3. De l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières;
4. De la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Article 233

Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y

compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers.

L'établissement doit remettre un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande.

Article 233.1

Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'utilisateur.

Le directeur général de l'établissement ou, à défaut, la personne qu'il désigne rapporte, sous forme non nominative, à l'agence, selon une fréquence convenue ou lorsque celle-ci le requiert, les incidents ou accidents déclarés.

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (RLRQ, c. P-31.1)

Article 7

Le Protecteur des usagers veille, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus au titre II de la partie 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et par toute autre loi.

Il a pour principale fonction d'examiner la plainte formulée par un usager.

Il peut, en outre, effectuer une intervention particulière auprès de toute instance concernée dans les cas prévus à l'article 20.

Code des professions (RLRQ, c. C-26)

Article 37.1

Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, qui lui sont réservées dans le cadre des activités que l'article 37 lui permet d'exercer:

[...]

1.1° l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec:

1.1.1° pour l'exercice de la profession de travailleur social:

[...]

i) décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);

j) décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

[...]

1.2° l'Ordre professionnel des psychologues du Québec:

[...]

i) décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

j) décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

[...]

1.3.2° pour l'exercice de la profession de psychoéducateur:

[...]

g) décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

h) décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

3° l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec:

[...]

g) décider de l'utilisation des mesures de contention;

4° l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec:

[...]

d) décider de l'utilisation des mesures de contention;

e) décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris;

[...]

Loi médicale (RLRQ, c.M-9)

Article 31

L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.

Dans le cadre de l'exercice de la médecine, les activités réservées au médecin sont les suivantes:

- 1° diagnostiquer les maladies;
- 2° prescrire les examens diagnostiques;
- 3° utiliser les techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 4° déterminer le traitement médical;
- 5° prescrire les médicaments et les autres substances;
- 6° prescrire les traitements;
- 7° utiliser les techniques ou appliquer les traitements, invasifs ou présentant des risques de préjudice, incluant les interventions esthétiques;
- 8° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques;
- 9° effectuer le suivi de la grossesse et pratiquer les accouchements;
- 10° décider de l'utilisation des mesures de contention;
- 11° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, c. I-8)

Article 36

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier:

- 1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;

- 2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- 3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- 4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
- 5° effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
- 6° effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- 7° déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
- 8° appliquer des techniques invasives;
- 9° contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
- 10° effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- 11° administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- 12° procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
- 13° mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
- 14° décider de l'utilisation des mesures de contention;
- 15° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5);
- 16° évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14;
- 17° évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Annexe 2

**Formulaire d'évaluation, consentement et suivi aux mesures de
contrôle (F-145)**

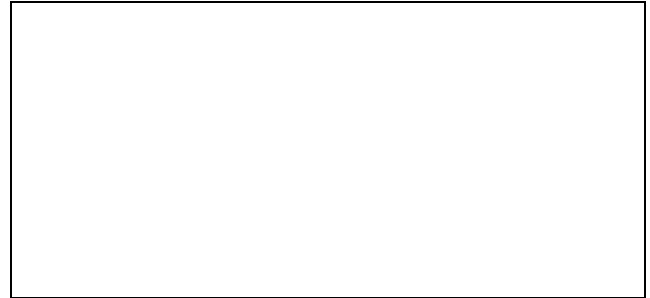


CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université
de Montréal



HSJ-0039



ÉVALUATION, CONSENTEMENT ET SUIVI POUR L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Raison _____ Date : _____ Heure : _____
Description des faits : _____

Motif probable (ex. : comp. Agressif, interférence aux traitements, risque d'accident) :

Mesures de remplacement tentées :

Type de contrôle :

<input type="checkbox"/> Contention de poignets	<input type="checkbox"/> Lit avec dôme
<input type="checkbox"/> Contention de poignets et de chevilles	<input type="checkbox"/> Salle d'isolement
<input type="checkbox"/> Mitaines	<input type="checkbox"/> Ceinture abdominale avec clé (ex. : Segufix ^{MD})
<input type="checkbox"/> Manchettes	<input type="checkbox"/> Planche d'immobilisation « Papoose ^{MD} »
Autre : _____	<input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG

Surveillance et suivi :

Surveillance requise : Continue q 15 min. q 30 min.
Réévaluation prévue : q 8 hres ou PRN q _____ (spécifiez si moins fréquent)
Utilisation Permanente Intermittente
Début de la mesure : Date : _____ Heure : _____ Signature : _____
Arrêt de la mesure : Date : _____ Heure : _____ Signature : _____
Justification :

Consentement

Je, _____, consens à titre de _____ à la mise en place de mesure(s) de contrôle de type _____ et je confirme avoir reçu l'information concernant la nature de cette mesure de contrôle, les risques et bénéfices inhérents à ce traitement, les effets ainsi que l'utilisation qui en sera faite.

Signature (patient ou parent, tuteur) : _____ Date : _____
Témoïn : _____ Date et heure : _____
OU Consentement verbal obtenu auprès de : _____
Signature de l'intervenant _____ Date et heure : _____

Lorsque la présence d'équipements ou de traitements dont l'auto-retrait est une menace imminente pour la vie du patient : ventilation mécanique invasive et non-invasive, cathéter artériel, cathéter central, monitoring de PIC, drain, stimulateur cardiaque temporaire, ECMO, assistance ventriculaire, épuration extra-rénale (hémodialyse, hémofiltration et dialyse péritonéale) le consentement écrit à une mesure de contrôle n'est pas requis (liste exhaustive). Le devoir d'information et la surveillance demeurent.

Signature, titre	Initiales	Signature, titre	Initiales	Signature, titre	Initiales

Annexe 3

Situations où le but visé par l'intervention détermine si celle-ci est une mesure de contrôle ou non

SITUATIONS OÙ LE BUT VISÉ PAR L'INTERVENTION DÉTERMINE SI CELLE-CI EST UNE MESURE DE CONTRÔLE OU NON

a) **L'immobilisation temporaire dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen**

Tel qu'expliqué dans le Cadre de référence du MSSS (2015) :

«Dans certaines situations, la procédure de soins ou d'examen qui s'applique à la population en général exige d'immobiliser la personne ou une partie de son corps afin de réaliser l'examen ou les soins de façon optimale et sécuritaire. L'utilisation d'une mesure de contention ne constitue pas, dans ces cas, une mesure de contrôle.

Cependant, le recours à une contention durant un examen ou quand il s'agit de donner des soins constitue une mesure de contrôle lorsque la contention n'est pas utilisée systématiquement auprès de la population, mais plutôt en réponse à un comportement ou à un manque de collaboration de la personne, ou en raison des réactions anticipées de sa part qui pourraient nuire au succès de l'examen ou à la sécurité de la personne ou de l'entourage. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.»

Suivant ce principe, il est nécessaire d'émettre une distinction entre la mesure de contention physique considérée comme une mesure de contrôle et l'immobilisation temporaire inhérente à un traitement utilisée systématiquement auprès d'une population spécifique.

Au CHU Sainte-Justine, une mesure de contention physique sera considérée comme une mesure d'immobilisation temporaire inhérente à un traitement lorsqu'elle est utilisée systématiquement auprès d'une population. La situation typique visée est celle où un enfant, en raison de son âge ou de son niveau de développement, est incapable de collaborer à un examen ou une procédure malgré l'utilisation de méthodes non pharmacologiques et pharmacologiques de réduction de l'inconfort. Cette situation s'applique aussi si l'enfant est incapable physiquement de maintenir la position requise. En plus d'être utilisée systématiquement pour cette population, l'immobilisation temporaire inhérente au traitement doit être d'une durée de 20 minutes ou moins⁸.

⁸ * Ce délai de 20 minutes fut statué en 2008 avant la sortie du premier Protocole d'application des mesures de contrôle du CHU Sainte-Justine. Considérant les risques physiques et psychologiques reliés à une immobilisation par la force

Toutefois, lorsque l'immobilisation temporaire inhérente au traitement se prolonge au-delà du délai de 20 minutes, elle devient une mesure de contrôle et doit être déclarée sur le formulaire F-145 disponible en annexe 2, ou autre outil de documentation clinique informatisé selon le secteur de soins.

Par exemple, dans le cas où un enfant de 3 ans, chez qui des méthodes non pharmacologiques (préparation, positionnement adéquat et confortable, contact parental, distraction...) et pharmacologiques (tel usage de maxilène^{MD}) de réduction de l'inconfort lié aux prélèvements sanguins ne suffisent pas à réduire ses mouvements liés à son anxiété, et que l'enfant doit être immobilisé dans le cadre de ce prélèvement sanguin puisqu'il ne peut pas comprendre qu'il doit laisser les professionnels procéder en raison de son âge et de son niveau développement, l'immobilisation n'est alors pas considérée comme une mesure de contrôle au sens de la LSSSS et n'a pas à être déclarée comme telle.

Lors de l'utilisation d'une mesure d'immobilisation temporaire inhérente au traitement, le consentement libre et éclairé de la personne visée ou du titulaire de l'autorité parentale doit être recherché et il le sera généralement de façon concomitante à l'obtention du consentement pour le traitement envisagé. Un professionnel ou un autre intervenant doit être présent de façon continue pour assurer une surveillance de la personne et s'assurer notamment qu'il n'y a pas d'entrave à sa respiration ou à sa circulation sanguine.

Lorsque la force musculaire est utilisée, il est entendu qu'elle est dosée selon la situation et le jugement clinique du professionnel ou de l'intervenant présent. Lors de l'immobilisation temporaire inhérente au traitement systématique pour une population visée, il est entendu que c'est seulement la partie du corps nécessitant le traitement qui est maintenue, minimisant ainsi le risque de blessures. Le contact parental, un positionnement confortable sur ou près du parent peut minimiser la nécessité de contention plus importante par une tierce personne, en visant à calmer la personne, plutôt qu'à la contenir Voir : <http://www.urgencehsj.ca/savoirs/piques-sans-blessure/> et <https://promotionsante.chusj.org/fr/Boite-a-outils/Capsules/Des-soins-en-douceur/Le-reconfort>.

humaine tels que décrits dans ce protocole, ce délai fut établi par le consensus de professionnels qui ont mené la démarche de réalisation du protocole, en collaboration avec le comité des usagers du CHU Sainte-Justine.

Dans toutes les situations, l'approche privilégiée au CHU Sainte-Justine est de rechercher la collaboration de la personne mineure et de sa famille pour que l'immobilisation soit la moins contraignante possible (ex. : distraction par le jeu, approche délicate, rassurance par un objet familier).

b) Utilisation des côtés de lits (ridelles)

Au CHU Sainte-Justine, certains grands lits utilisés dans les unités de soins présentent deux (2) côtés de lits de pleine longueur. Les enfants de 3 ans et moins sont installés dans des bassinettes tel que mentionné dans le Programme de prévention des chutes. L'utilisation des deux côtés de lit, sauf lorsqu'il s'agit d'un dispositif inhérent au groupe d'âge ou au niveau de développement de l'enfant, constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre la personne à demeurer dans son lit alors qu'elle souhaite se lever. Dans cette situation, il est nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique. Cette mesure exige une évaluation rigoureuse et une surveillance adéquate minimale à chaque 30 minutes et cette surveillance est documentée dans le dossier médical de la personne visée à l'aide du formulaire F-144 disponible en annexe 9.

Au CHU Sainte-Justine, l'utilisation des côtés de lit se fait surtout en contexte de prévention des chutes (inhérent au groupe d'âge ou au stade de développement de la personne), ou pour assurer la sécurité dans un contexte de surveillance suite à l'administration d'opiacés ou à une anesthésie (autant pour la clientèle pédiatrique que les adultes). Dans ces situations, le but visé par l'utilisation des côtés de lits n'est pas de confiner la personne à demeurer dans son lit mais de prévenir les chutes et d'assurer sa sécurité. Elle n'est donc n'est pas considérée comme une mesure de contrôle et n'est pas déclarée. Toutefois, les professionnels et/ou intervenants assurent une surveillance régulière à chaque heure lorsqu'ils sont utilisés et réévaluent minimalement à chaque quart de travail la pertinence de leur utilisation.

Selon le cadre de référence du MSSS (2015), les côtés de lit, qu'ils soient pleine grandeur ou demi-ridelle, ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle

lorsque leur utilisation a pour but de fournir des appuis à une personne pour lui permettre de sortir du lit, d'entrer dans le lit ou de se déplacer dans le lit.

De plus, les côtés de lit ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle lorsqu'ils sont remontés à la demande de la personne elle-même parce qu'elle a peur de tomber à la condition que cette dernière soit consciente des risques potentiels, ne présente pas un état de confusion et soit en mesure d'abaisser la ou les ridelles lorsqu'elle le désire ou d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'elle le désire. Chez la clientèle adulte du secteur mère-enfant, l'utilisation des côtés de lits de pleine longueur peut devenir une mesure de contrôle s'ils sont montés systématiquement. Il est primordial de s'interroger sur le but visé par leur utilisation et de prioriser l'utilisation de demi-ridelles lorsqu'il est nécessaire de les monter.

Dans toutes ces situations, on doit cependant toujours privilégier l'utilisation des équipements de remplacement moins contraignants et plus sécuritaires.

c) Équipement de positionnement

Une mesure de positionnement consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer par elle-même. Une mesure de positionnement ne doit viser d'aucune manière à contrôler la personne. Par exemple, certaines personnes nécessitent l'utilisation d'une ceinture adaptée ou d'un plastron lorsqu'elles se déplacent en fauteuil adapté en raison de leur tonus musculaire insuffisant pour maintenir une position sécuritaire dans leur fauteuil. De même, certaines personnes qui présentent des difficultés à communiquer auront besoin d'un tableau de communication situé sur la tablette de leur fauteuil roulant afin de maintenir leur autonomie. Ces deux situations visent à suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, donc ne constituent pas des mesures de contrôle au sens de la LSSSS et ne sont pas déclarées. Toutefois, il importe de surveiller l'installation de ces dispositifs afin de prévenir des complications comme une plaie de pression liée une mauvaise installation ou à la croissance de la personne, particularité propre à la clientèle pédiatrique.

Bien qu'une mesure de positionnement ne constitue pas une mesure de contrôle, il est

indispensable que son utilisation soit précédée d'une évaluation réalisée par un professionnel ayant compétence en la matière. Les mesures de positionnement doivent respecter les principes biomécaniques de confort postural, de niveau fonctionnel, d'ergonomie et d'esthétique, et doivent être le moins contraignantes possible.

Dans certaines situations, une aide à la mobilité (ex. : fauteuil gériatrique, fauteuil roulant) ou un dispositif employé pour maintenir une personne dans une certaine position ou pour l'aider à accomplir des actions particulières (ex. : matériel de positionnement, ceinture pelvienne, tablette, plastron) peuvent être utilisés dans le but de restreindre la capacité d'agir de la personne et ils doivent alors être considérés comme une mesure de contrôle.

Par exemple, l'utilisation de la tablette fixée au fauteuil adapté au cours d'un repas répond d'abord à un motif utilitaire, c'est-à-dire pour permettre la réalisation d'une habitude de vie. Dans cette situation, c'est-à-dire pendant le repas, la personne n'est pas brimée dans sa liberté de mouvement. Toutefois, si cette tablette n'est pas retirée après le repas et que son utilisation est prolongée au-delà de cette période sans autre but fonctionnel ou thérapeutique, nous pouvons alors considérer la tablette comme une mesure de contrôle, puisque la personne se trouve limitée dans sa liberté d'agir. La même analyse devrait être faite lorsqu'on utilise les freins du fauteuil roulant. Par exemple, s'il s'agit de protéger momentanément la personne contre un accident potentiel lié à l'environnement, ce n'est pas une situation de mesure de contrôle. Par contre, si les freins du fauteuil sont appliqués pendant une certaine période dans le but d'exercer une surveillance et de confiner la personne à un endroit dont elle ne peut s'éloigner librement, il s'agit d'une mesure de contrôle. De même, le fait de retirer à une personne l'accès à un équipement nécessaire à son autonomie dans ses déplacements (ex. : marchette ou déambulateur) doit être considéré comme une mesure de contrôle.

Dans ces cas, il est donc nécessaire de déclarer l'utilisation de ces mesures et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

d) Utilisation des manchettes

La manchette est une attelle qui empêche la liberté de mouvement par le blocage de l'articulation au niveau du coude, faisant en sorte que la personne ne peut pas plier ses bras pour porter ses mains à sa bouche, mais elle conserve l'utilisation de ses mains.

Au CHU Sainte-Justine, les manchettes sont parfois utilisées systématiquement auprès d'une population spécifique dans des contextes différents. Dans ces cas, l'utilisation des manchettes n'est pas une mesure de contrôle mais une immobilisation temporaire inhérente à un traitement et l'encadrement décrit à la section 9.3 «Exception à la surveillance et à la supervision» du présent protocole doit s'appliquer. En effet, les manchettes sont utilisées systématiquement auprès des enfants en bas âge, soit généralement 12 mois ou moins, pendant les trois (3) semaines qui suivent une chirurgie pour correction de fissure labiale ou palatine. Dans ce contexte, la liberté de mouvement de l'enfant est limitée par le port des manchettes dans le but d'optimiser le résultat de la chirurgie et de réduire le risque d'infection ou d'hémorragie qui pourrait survenir au contact des mains avec la bouche. Dans le même ordre d'idées, les manchettes sont utilisées systématiquement auprès des enfants de 0 à 3 ans pour une période de 12h à 24h lors d'une pH-métrie en clinique ambulatoire.

Bien que les manchettes soient utilisées systématiquement auprès d'une population spécifique dans les deux précédentes situations, il a été décidé au CHU Sainte-Justine que leur utilisation devrait néanmoins être déclarée sur le formulaire F-145 présenté à l'annexe 2. Il est également nécessaire d'en faire la surveillance et le suivi en effectuant une réévaluation périodique, comme si elles étaient des mesures de contrôle. La surveillance et la documentation de cette surveillance pendant l'hospitalisation des enfants doit être effectuée minimalement aux deux heures, que les manchettes soient considérées comme mesures de contrôle ou non. La documentation de la surveillance effectuée à chaque heure doit se faire à l'aide de la « Grille de surveillance particulière : contention, isolement ou service privé (F-144) » présentée en annexe 9.

De plus, les manchettes peuvent également être utilisées en derniers recours pour prévenir le risque d'interférence à certains traitements, tel que le retrait accidentel d'un tube nasogastrique ou d'un drain thoracique. Lorsqu'elles sont utilisées dans ces

circonstances, les manchettes sont considérées comme des mesures de contrôle, et doivent être déclarées sur le formulaire F-145 présenté à l'annexe 2. Pour assurer l'utilisation sécuritaire des manchettes, un suivi et une surveillance pendant l'hospitalisation des enfants doivent être effectués minimalement aux deux heures avec une réévaluation systématique. La fréquence de surveillance demeure la même que les manchettes soient considérées comme des mesures de contrôle ou non. La documentation de la surveillance effectuée à chaque heure doit se faire à l'aide de la « Grille de surveillance particulière : contention, isolement ou service privé (F-144) » présentée en annexe 9.

L'utilisation des manchettes comporte des risques si elles sont mal installées, comme un risque d'entrave à la circulation sanguine. Si elles sont trop longues, les extrémités sous l'aisselle peuvent également entraîner des plaies de pression. Certains enfants peuvent même présenter de l'agitation ou de l'agressivité avec le port des manchettes. Considérant l'âge des enfants sur qui les manchettes sont utilisées, certains d'entre eux pourraient ne pas pouvoir communiquer leur douleur ou inconfort.

En tout temps durant l'hospitalisation, la présence d'un comportement inhabituel ou des blessures physiques reliées à l'utilisation des manchettes (ou tout autre type de matériel de contention) doit mener à une réévaluation de la situation en équipe interdisciplinaire et à une déclaration d'incident.

e) Utilisation des mitaines

À l'unité néonatale et dans les pouponnières du CHU Sainte-Justine, les mesures de contrôle utilisées sont principalement les mitaines. Les mitaines visent à prévenir l'interférence aux traitements. Les situations courantes pour lesquelles elles sont utilisées sont notamment les suivantes :

- Prévenir le retrait du tube nasogastrique;
- Prévenir le retrait du tube endotrachéal;
- Préserver l'intégrité de la peau du visage.

Dans ces situations, le but visé par l'utilisation des mitaines est d'assurer la sécurité de la personne dans un contexte de risque imminent pour elle-même. Comme chaque situation est unique, l'utilisation des mitaines n'est pas systématique auprès d'une

population spécifique. Dans ces circonstances, l'utilisation des mitaines doit être déclarée via le formulaire F-145 « Évaluation consentement et suivi pour l'application des mesures de contrôle » disponible à l'annexe 2 (ou dans l'outil de documentation clinique informatisé) et doit faire l'objet d'une surveillance à chaque 2 heures et d'une réévaluation périodique. La documentation de cette surveillance doit se faire à l'aide de l'outil de documentation clinique disponible dans le secteur concerné.

Annexe 4

Liste des mesures de remplacement

Mesures de remplacement possibles au CHU Sainte-Justine (liste non-exhaustive)

S'il s'agit d'un comportement agressif :

- Organiser et planifier le travail de manière à assurer une présence optimale d'intervenants dans l'unité de soins;
- Appliquer le niveau de surveillance requis;
- Favoriser la présence d'un membre de la famille auprès de la personne;
- Assurer un traitement pharmacologique adéquat de la psychopathologie sous-jacente, le cas échéant;
- Éviter toute situation pouvant stimuler l'émergence des comportements agressifs;
- Éliminer les traitements ou soins non essentiels;
- Accompagner la personne dans sa crise en adoptant une écoute empathique;
- Procurer un exutoire pour les comportements anxieux;
- Permettre la verbalisation des sentiments de colère, de crainte et de frustration;
- Établir un contrat ou un compromis avec la personne;
- Tenter d'amener la personne à identifier la source de son anxiété ou de son agressivité;
- Explorer avec la personne les moyens autres que la violence physique pour exprimer son anxiété ou son agressivité;
- Éviter de raisonner la personne ou de discuter avec celle-ci en s'obstinant;
- Fixer des limites aux menaces verbales ou physiques;
- Utiliser une méthode de pacification;
- Etc.

S'il y a un risque d'accidents, de détérioration de l'état de santé ou d'entrave au traitement :

- Augmenter la surveillance de la personne;
- Favoriser la présence des parents ou avoir recours à un service privé selon la démarche prévue au CHU Sainte-Justine ;
- Assurer une réponse prompte aux demandes d'aide;
- Identifier et corriger tout problème sous-jacent pouvant causer le comportement à risque :
 - Utiliser des agents pharmacologiques (analgésique, sédatif, neuroleptique, etc.) pour traiter la douleur, l'anxiété, l'agitation, le délire ou autre;
 - Remédier à tous facteurs pouvant causer de l'inconfort à la personne ou de l'agitation :
 - Douleur;
 - Mauvaise position d'un dispositif tels un tube endotrachéal, masque de ventilation, etc.;
 - Hypoxie, hypercapnie ou déséquilibre électrolytique;
 - Constipation, rétention urinaire, infections causant de l'inconfort tel otite, pharyngite, abcès dentaire, méningite, encéphalite, infection de plaies, infection urinaire...
 - Effets secondaires des médicaments tel prurit, rétention urinaire;
 - Mauvais fonctionnement d'un appareil ou d'un dispositif, tels une sonde urinaire, plâtre, un cathéter péridural, une perfusion intraveineuse, un tube nasogastrique, etc.;
 - Position inconfortable;
 - Literie mouillée, température ambiante inadéquate, etc.

- Aux soins intensifs, évaluer fréquemment la possibilité de retirer le tube endotrachéal d'une personne. Une extubation au moment opportun évite le prolongement inutile d'une intubation et peut réduire le recours à des mesures de contention en éliminant la cause de l'agitation de la personne

- Utiliser des activités de diversion telles :
 - Favoriser les divertissements (jeux, musique, télévision, relaxation, visualisation, etc.);
 - Favoriser la présence des parents ou de personnes significatives;
 - Réorienter fréquemment la personne dans l'espace, dans le temps et par rapport aux personnes;
 - Attirer l'attention de la personne ailleurs que sur le dispositif causant l'inconfort;
 - Etc.

- Intervenir dans l'environnement de la personne afin de diminuer les stimuli pouvant exacerber l'agitation :
 - Diminuer les stimuli sensoriels (lumière, bruits d'appareils ou autres, couleurs, etc.);
 - Favoriser le repos;
 - Couvrir de pansement les sites de cathéters pour en limiter l'accès;
 - Mettre hors de vue les tubes ou circuits;
 - Utiliser des méthodes efficaces de fixation de tube endotrachéal;
 - Etc.

- Adapter la routine selon les besoins individualisés de la personne;

- Être à l'écoute de la personne valider ses besoins;
- Permettre à la personne de toucher, sentir, se gratter;
- Utiliser une approche calme, procurer un sentiment de sécurité;
- Réorienter la personne, donner des instructions simples;
- Encourager et réassurer souvent la personne;
- Impliquer la personne lors d'une intervention, donner l'information et la préparer convenablement (adapter l'approche selon l'âge et le niveau de développement, montrer le matériel de soins);
- Installer des dispositifs d'alarme de positionnement, etc;
- Améliorer un dispositif de stabilisation (ex; pour fixer un tube nasogastrique, un drain thoracique, un accès vasculaire périphérique ou un accès vasculaire central);
- Remédier à tous les facteurs pouvant causer un inconfort.

S'il y a une difficulté à collaborer à une intervention :

- Impliquer la personne et/ou son représentant dans la prise de décision;
- Préparer la personne en s'adaptant à son âge et son niveau de développement (ex; l'enfant de plus de 4 ans bénéficiera d'une certaine préparation simple) et/ou son représentant avant l'intervention et à un moment approprié en le familiarisant avec l'environnement, le matériel;
- Adapter les environnements procéduraux afin de réduire l'anxiété des jeunes patients et afin de favoriser la distraction
- Donner toute l'information requise et discuter avec la personne et/ou son représentant d'une méthode acceptable pour procéder, tenter un positionnement confortable en impliquant le parent ou l'accompagnant;
- Assurer le confort ainsi que le soulagement de la douleur et de l'anxiété par des moyens pharmacologiques (tels que la crème anesthésiante type "maxilène", gel topique "LET" dans lacération, sucrose chez le nourrisson) ou non

pharmacologiques (positionnement confortable, méthode kangourou, allaitement et/ou emmaillotage chez le nourrisson, distraction, technique de respiration, auto-hypnose...),. Rendre l'intervention la plus confortable possible. Utiliser au besoin des agents pharmacologiques pour traiter la douleur, l'anxiété ou l'agitation (ex; protoxyde d'azote, analgésiques/sédatifs (utiliser toutes les voies d'administration possibles; PO/IN/IV), anesthésiants locaux tel blocs, etc.);

- Laisser un certain contrôle à l'enfant plus âgé, lui donner un choix (offrir un objet de confort, lui faire choisir sa méthode de distraction);
- Laisser la personne exprimer ses sentiments;
- Distraindre la personne (ex; bulles, vire-vent, jeu "cherche et trouve", musique, jeux vidéo, lecture, etc.);
- Favoriser la présence des parents;
- Encourager et réassurer souvent la personne. Éviter un vocabulaire portant à confusion tel que "c'est presque fini" : la procédure sera terminée pour l'enfant lorsque vous le laisserez aller; "ça ne fait pas mal" : vous ne pouvez prédire ce que l'enfant ressentira est lors de la procédure inconfortable, la douleur est personnelle au patient et varie selon ses expériences antérieures : "je m'excuse" : cela laisse sous entendre que vous faites quelque chose de mal;
- Mettre des limites;
- Favoriser un jeu thérapeutique ou l'imagerie mentale pour réduire la détresse de la personne face à certains traitements (ex; injection, ponction);
- Etc.

Mesures de remplacement à envisager avant de décider d'utiliser une contention sur l'unité de néonatalogie et les pouponnières

- Modifier le positionnement de l'enfant;
- Impliquer les membres de la famille;
- Assurer le confort en répondant aux besoins de base;

- Intervenir dans l'environnement afin de diminuer les stimuli;
- Adapter la routine;
- Évaluer fréquemment la possibilité de retirer le tube nasogastrique ou endotrachéal.

Mesures de remplacement à envisager avant de décider d'utiliser une contention sur l'unité de néonatalogie et les pouponnières

- Modifier le positionnement de l'enfant;
- Impliquer les membres de la famille;
- Assurer le confort en répondant aux besoins de base;
- Intervenir dans l'environnement afin de diminuer les stimuli;
- Adapter la routine;
- Évaluer fréquemment la possibilité de retirer le tube nasogastrique ou endotrachéal.

Annexe 5

Liste des mesures de contrôle autorisées

Liste des mesures de contrôle permises au CHU Sainte-Justine

Psychiatrie

Isolement
Intervention physique restrictive
Contention de poignets/chevilles Formedica^{MD} et ceinture abdominale (seulement en situation de code blanc : présence d'une personne violente)
Substances chimiques
Civière avec contentions intégrées

Unités de soins

Manchettes
Mitaines pour bébé et jeune enfant
Ceinture abdominale Segufix^{MD} ou Pinel^{MD} avec clé magnétique
Lit avec dôme
Alèse dans fauteuil roulant
Contentions de poignets/chevilles Formedica^{MD}
Chaise gériatrique
Emmaitotement complet
Substances chimiques

Centre de réadaptation Marie-Enfant

Ceinture abdominale SEGUFIX^{MD} ou PINEL^{MD} avec clé magnétique
Lits avec dôme
Tablette de fauteuil adapté
Contentions de poignets/chevilles Formedica^{MD}
Substances chimiques

Urgence

Planche d'immobilisation de type «Papoose^{MD}»
Contentions de poignets/chevilles Formedica^{MD}
Ceinture abdominale
Isolement
Substances chimiques

Cliniques ambulatoires et radiologie

Tables d'examen adaptées avec sangles munies de Velcro^{MD} Planche d'immobilisation de type «Papoose^{MD}»
Planche de *plexiglas* attachée avec ruban adhésif
Cordons rembourrés pour immobilisation des membres supérieurs et inférieurs
Bande avec velcro pour genoux
Serre-tête
Momie
Substances chimiques

Chirurgie mineure

Planche d'immobilisation de type «Papoose^{MD}»(petit)

Laboratoire d'ÉEG

Planche d'immobilisation de type «Papoose^{MD}»

Indications de l'utilisation du lit avec dôme

Au CHU Sainte-Justine, l'utilisation d'un lit de type bassinette munie d'un dôme en plastique souple et transparent, qui empêche l'enfant d'en sortir est parfois requis. En 2015, le nombre de lits avec dôme disponibles est de deux (2) au CHU Sainte-Justine et d'un seul au CRME, la quantité disponible n'en permet donc pas une utilisation systématique pour une population donnée.

Le lit avec dôme est utilisé :

- Pour prévenir les chutes d'un enfant selon son âge et son niveau de développement, lorsqu'il franchit l'étape du transfert dans un lit à la maison très tôt en raison de son développement moteur avancé. Tel que mentionné dans le Programme de prévention des chutes du CHU Sainte-Justine, tous les enfants de 3 ans et moins doivent séjourner dans un lit de type bassinette, ce qui peut devenir un risque pour un enfant capable d'en sortir qui dort dans un grand lit à la maison. Le lit avec dôme est donc utilisé pour prévenir les chutes d'un enfant qui serait en mesure de passer par-dessus le côté de la bassinette.
- Pour assurer la sécurité d'un enfant, et ce uniquement en dernier recours, lorsqu'il est impossible de le laisser circuler dans sa chambre en raison de son état de santé, de son stade de développement et que l'application de contention matérielle ou physique est impossible ou jugée plus contraignante que l'utilisation de ce type de lit.

Annexe 6

Utilisation de la planche d'immobilisation de type « Papoose^{MD} »

Utilisation de la planche d'immobilisation de type « Papoose^{MD} »

Description

La planche d'immobilisation de type Papoose^{MD} est une planche rigide munie de trois séries de canevas de tissus avec velcro qui se chevauchent pour immobiliser complètement la personne mineure. Un immobilisateur de tête et un immobilisateur de bras peuvent être ajoutés au premier dispositif. On la retrouve en 4 grandeurs différentes.



Conditions d'utilisation

Selon les normes et standards de pratiques décrits dans le Protocole d'application des mesures de contrôle du CHU Sainte-Justine, la planche d'immobilisation Papoose^{MD} doit être utilisée :

- Pour des situations urgentes ou essentielles limitées dans le temps

Et

- Lorsque **aucun** autre moyen alternatif de stratégies non pharmacologique et pharmacologiques, moins restrictif ne peut l'être pour procéder à l'examen ou au traitement.

L'objectif doit toujours être de protéger la personne ou le personnel de blessures afin de permettre d'exécuter de façon sécuritaire un examen ou un traitement essentiel ou urgent. Une évaluation des risques et de la condition physique de la personne est requise à chaque utilisation.

ATTENTION : une surveillance clinique constante des signes de difficultés respiratoires ou d'altération de la circulation sanguine est requise soit : fréquence respiratoire, dyspnée, fréquence cardiaque (coloration, altération de l'état de conscience, tirage. L'utilisation d'un saturomètre en continu pendant l'utilisation du Papoose^{MD} est obligatoire.

La documentation du consentement par le titulaire de l'autorité parentale ou du mineur apte de 14 ans et plus par écrit est requis. Les risques inhérents à l'utilisation de ce type d'immobilisation doivent être transmis avant l'obtention du consentement. En plus du consentement, une note doit être versée au dossier de la personne.

Cette note doit comprendre :

- L'évaluation de la situation et l'indication d'utilisation;
- Le type d'immobilisation (grandeur);
- La durée d'application;
- La fréquence d'évaluation de la sécurité de la personne;
- Le comportement de la personne durant l'immobilisation.

L'immobilisation doit être urgente, essentielle, de courte durée et **ne pas excéder 20 minutes**.

Contre-indications

- Condition médicale ou physique à une immobilisation sécuritaire (condition cardiaque, anomalie de coagulation, fragilité osseuse, etc.);
- Les personnes qui ne peuvent être immobilisées de façon sécuritaire en raison d'une condition médicale ou physique (condition cardiaque, anomalie de coagulation, fragilité osseuse, etc.);
- Une personne qui a subi un traumatisme physique ou psychologique suite à une immobilisation;
- Une personne dont l'examen ou le traitement n'est pas urgent ou qui requiert un temps d'intervention de plus de 20 minutes.

Précautions

- L'ajustement des bandes de canevas doit être évaluée régulièrement, surtout si la personne est agitée;
- L'immobilisation autour des extrémités et du thorax ne doit pas entraver la circulation ou la respiration;
- L'immobilisation doit être immédiatement cessée si la personne manifeste des symptômes de stress intense ou de l'hystérie afin de prévenir d'éventuels traumatismes physiques ou psychologiques.

Alerte

Les larges bandes de canevas rendent difficile l'évaluation de la respiration. Une surveillance constante de la condition respiratoire doit être faite et l'utilisation du saturomètre est obligatoire.

Références :

American academy of pediatric dentistry (2005). *Clinical guideline on behavior guidance for pediatric dental patient.* www.aapd.org/media/policies.asp

American academy of pediatric dentistry (2004). *Guideline on management of persons with special health care needs.* www.aapd.org/media/policies.asp

Southern association of institutional dentists (1992). *Managing Maladaptive behaviors*, self study course, module 6.

Annexe 7

Immobilisation physique ou isolement à l'unité de psychiatrie (F-222)

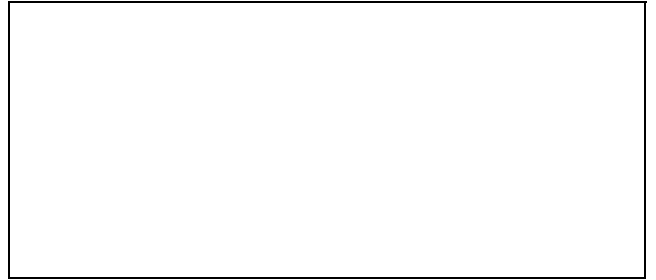


CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université
de Montréal



HSJ-0272



ÉVALUATION ET DOCUMENTATION

IMMOBILISATION PHYSIQUE OU ISOLEMENT À L'UNITÉ DE PSYCHIATRIE

Type de mesures de contrôle

Immobilisation physique

Date/heure de début : _____

Date/heure de fin : _____

Isolement

Date/heure de début : _____

Date/heure de fin : _____

Comportement justifiant l'immobilisation physique ou l'isolement

Menaces verbales avec risque immédiat pour autrui

Agression physique avec risque immédiat pour autrui

Comportement destructif envers les objets

Risque immédiat pour le patient (lui-même)

Autres : _____

Mesures de remplacement tentées avant la mesure de contrôle

Établissement d'un lien de confiance

Diminution des stimuli

Établissement de limites

Implication de la famille aux soins

Administration d'un médicament

Soulagement de la douleur

Distractions

Autres : _____

Informations supplémentaires

Consentement

Informations transmises au patient concernant les raisons qui justifient l'immobilisation ou l'isolement.

Informations transmises au parent ou tuteur concernant les raisons qui justifient l'immobilisation physique ou l'isolement.

Par : _____ date et heure : _____

Situation de risque imminente / urgence (consentement non requis) médecin avisé.

Consentement verbal obtenu par professionnel

Professionnel ayant obtenu consentement : _____

Signature de l'intervenant responsable de l'application et de la surveillance liée à la mesure de contrôle

Date : _____ Heure : _____ Signature : _____

ORIGINAL/BLANC : Dossier de l'utilisateur COPIE JAUNE : Dossier gestion des risques

Annexe 8

Modalités spécifiques à la clientèle de réadaptation

Précisions sur les soins, la surveillance et la documentation des mesures de contrôle en lien avec la clientèle de réadaptation

Dans les milieux de réadaptation affiliés, l'intervenant-usager et l'intervenant-qualité représentent deux types d'intervenants responsables du suivi et de la qualité des soins et services d'une personne dans une ressource intermédiaire ou familiale. Actuellement, le *Cadre de référence du MSSS publié en 2014- Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial intermédiaires*, ne propose pas de définition claire et concrète de ces deux types d'intervenants. Toutefois, selon les données fournies, nous pouvons l'expliquer ainsi:

- **Intervenant-Usager:** Responsable du suivi professionnel de la personne en collaboration avec l'établissement. Conformément aux articles 100, 104 et 106 de la LSSSS, l'établissement a comme responsabilités à l'égard de la personne confiée à une ressource d'assurer le suivi professionnel.

Ce faisant, l'établissement doit dispenser à la personne ou s'assurer que soient dispensées à cette personne des services de qualités qui soient accessibles, continus, sécuritaires, efficaces, respectueux de ses droits et requis par sa condition.

- **Intervenant-Qualité:** Responsable du processus de contrôle de la qualité et des services rendus à la personne dans les ressources de l'établissement. L'établissement est responsable d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité. Cette responsabilité prévue dans la LSSSS, s'applique à tous les services de l'établissement, c'est-à-dire tant ceux qu'il offre directement, que ceux offerts par un tiers, dont une ressource à qui il confie une personne. L'intervenant-qualité a donc pour but de s'assurer que la qualité des services rendus à la personne par l'établissement et par la ressource corresponde aux exigences.

Les soins, la surveillance et la documentation des mesures de contrôle dans les milieux de réadaptation sont donc résumés dans le tableau suivant :

RÉPIT/ CRME		
Décision/ consentement	Soins et surveillance	Suivi
<p>La décision d'initier une mesure de contrôle peut être prise pendant ou avant le séjour de la personne mineure au répit par un professionnel habilité à le faire.</p> <p>* Si la mesure de contrôle est initiée pendant le séjour, le présent protocole s'applique intégralement.</p> <p>* Si la mesure de contrôle est initiée avant le séjour de répit, les professionnels doivent obtenir le consentement et le documenter sur le formulaire F-145 disponible en annexe 2. le consentement du CHUSJ autorisant les professionnels ou les intervenants à appliquer la dite contention pendant le répit.</p>	<p>- Minimalelement chaque 30 minutes.</p> <p>- Chaque 15 minutes si comportement d'agitation.</p> <p>- En continu selon le jugement clinique.</p> <p>se référer à la surveillance habituelle selon type de mesure de contrôle</p>	<p>Lorsque la mesure est initiée avant l'admission au répit, les infirmières doivent valider l'utilisation de la contention et la documenter sur le formulaire d'évaluation, consentement et suivi pour l'application des mesures de contrôle de consentement et le documenter au dossier.</p> <p>Annuellement, un nouveau formulaire doit être complété et signé.</p> <p>La responsabilité de la réévaluation de la pertinence de la mesure de contrôle appartient à la personne responsable de son suivi, donc de l'établissement de référence.</p>

CLINIQUES AMBULATOIRES		
<u>Décision/ consentement</u>	<u>Soins et surveillance</u>	<u>Suivi</u>
<p>Le professionnel qui initie la mesure de contrôle doit s'assurer d'obtenir le consentement auprès du titulaire de l'autorité parentale ou de l'enfant apte de 14 ans et plus et de le documenter sur le formulaire.</p>	<p>- La surveillance est assurée à la maison par les parents, la famille ou le tuteur légal. Le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit recevoir toute l'information nécessaire à l'obtention du consentement libre et éclairé ainsi que sur la surveillance à effectuer.</p> <p>Le contenu de cet enseignement doit être documenté au dossier.</p>	<p>- Si la personne est prise en charge au CRME, une réévaluation par le professionnel ayant initié la contention doit être faite selon le jugement clinique du professionnel. Le délai maximal de réévaluation est de 3 mois. Cette réévaluation de la pertinence se fait chaque 3 mois ou aussitôt que la situation clinique de la personne évolue.</p> <p>- S'il y a une fin de prise en charge ou lors d'une consultation pour un service surspécialisé donné au réseau par le CRME, le professionnel doit transmettre le suivi de la mesure de contrôle au centre de soins recevant ou au partenaire (ex : CISSS/CIUSSS).</p>
ÉCOLES		
<u>Décision/ consentement</u>	<u>Soins et surveillance</u>	<u>Suivi</u>
<p>La décision d'initier une mesure de contrôle revient à un professionnel habilité à le faire peu importe l'établissement de référence.</p> <p>* Si la mesure de contrôle est initiée avant la fréquentation scolaire, les professionnels doivent obtenir le consentement et le documenter sur le formulaire F-145 disponible en annexe 2. Le consentement du CHUSJ autorisant les professionnels ou les intervenants à appliquer la dite contention pendant le moment où l'enfant se retrouve en milieu scolaire.</p>	<p>Les soins et la surveillance sont partagés entre l'équipe du CRME, les intervenants en milieu scolaire et les intervenants du transport adaptés.</p> <p>Prenant pour acquis que l'élève est dans un milieu scolaire adapté et structuré permettant une surveillance en fonction de son besoin et que la condition de santé de l'élève est considérée comme étant stable, aucune documentation de la surveillance n'est exigée. Par contre, si l'élève présente un comportement inhabituel, est agité ou désorganisé, une surveillance doit être plus fréquente et documentée au dossier.</p>	<p>Lorsque la mesure est initiée avant la fréquentation scolaire, l'utilisation de la contention doit être validée et documentée sur le formulaire et la documenter sur le formulaire d'évaluation, consentement et suivi pour l'application des mesures de contrôle de consentement et le documenter au dossier.</p> <p>Annuellement, un nouveau formulaire doit être complété et signé de nouveau.</p> <p>* Le professionnel du CRME qui initie la contention doit transmettre au besoin toute l'information jugée essentielle aux autres professionnels du CRME, aux intervenants scolaires ou aux intervenants du transport adapté. Il revient de sa responsabilité de fournir un enseignement adapté à celui qui effectuera le suivi et la surveillance et de le documenter au dossier.</p> <p>- Si la personne est prise en charge au CRME, une</p>

		<p>réévaluation par le professionnel ayant initié la contention doit être faite selon le jugement clinique du professionnel. Le délai maximal de réévaluation est de 3 mois. Cette réévaluation de la pertinence se fait chaque 3 mois ou aussitôt que la situation clinique de la personne évolue.</p> <p>- S'il y a une fin de prise en charge par le CRME, le professionnel doit transmettre le suivi de la mesure de contrôle au centre de recevant ou un partenaire (ex : CISSS/CIUSSS).</p> <p>-</p>
--	--	--

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES DE TYPE DE GROUPE

Décision/ consentement	Soins et surveillance	Suivi
<p>La décision ne peut pas provenir d'un intervenant de la ressource.</p> <p>La décision d'initier une contention revient à un professionnel habilité à le faire peu importe l'établissement de référence.</p> <p>Il revient à ce professionnel qui initie la mesure de contrôle d'obtenir le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou de l'enfant apte de 14 ans et plus.</p>	<p>Les intervenants (non-professionnels) de la ressource doivent effectuer une surveillance, telle que décrite dans la section «Fréquence de surveillance et surveillance effectuée du présent protocole»</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimale chaque 30 minutes. - Chaque 15 minutes si comportement d'agitation. - En continu selon le jugement clinique. <p>Ou selon protocole de soin spécifique à la condition de santé de la personne fournie par l'établissement de référence. Ce protocole doit contenir minimalement les exigences citées plus haut.</p>	<p>Les responsables de la ressource doivent aviser l'intervenant qualité et l'intervenant-usager de la mise en place d'une mesure de contrôle.</p> <p>L'intervenant-usager et l'intervenant-qualité doivent obtenir une copie du consentement signé aussitôt que possible.</p> <p>Une réévaluation de la nécessité de la mesure de contrôle doit être effectuée minimalement tous les six (6) mois par le professionnel ayant initié la contention en collaboration avec l'intervenant-usager.</p> <p>Il revient à l'intervenant-usager de s'assurer que cette réévaluation est effectuée.</p> <p>Il revient à l'intervenant-qualité de s'assurer auprès de chaque intervenant-usager si la contention est encore présente et pertinente et ce, annuellement.</p>

RESSOURCE INTERMÉDIAIRE DE TYPE RÉSIDENCE DE GROUPE /RÉPIT (ex; Papillon, Notre-Dame de Fatima)

Décisions/ consentement	Soins et surveillance	Suivi
<p>La décision ne peut pas provenir d'un intervenant de la ressource.</p> <p>La décision d'initier une</p>	<p>Les intervenants (non-professionnels) de la ressource doivent effectuer une surveillance (tel que décrit</p>	<p>Les responsables de la ressource, à l'admission de la personne, doivent obtenir trois copies du consentement de la</p>

<p>mesure de contrôle revient à un professionnel habilité à le faire peu importe l'établissement de référence. Il revient à ce professionnel qui initie la mesure de contrôle de faire signer le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou de l'enfant apte de 14 ans et plus.</p>	<p>dans la section «Fréquence de surveillance et surveillance effectuée» du présent protocole</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minimalement chaque 30 minutes. - Chaque 15 minutes si comportement d'agitation. - En continu selon le jugement clinique. <p>Ou selon protocole spécifique à la condition de santé de la personne fournie par l'établissement de référence. Ce protocole doit contenir minimalement les exigences citées plus haut.</p>	<p>mesure de contrôle. Une copie doit être conservée dans leur dossier, une autre envoyée à l'intervenant-usager et la dernière à l'intervenant-qualité.</p> <p>À la première admission de la personne, les responsables de la ressource doivent compléter le formulaire d'Évaluation, de consentement et suivi aux mesures de contrôle autorisant les intervenants de la ressource à appliquer cette dernière durant le séjour au répit. Le formulaire F-145 disponible en annexe 2 doit être validé et signé à chaque séjour de la personne. Une copie doit être conservée dans leur dossier, une autre envoyée à l'intervenant-usager et la dernière à l'intervenant-qualité.</p> <p>Annuellement, le processus décrit plus haut doit être repris. L'intervenant-qualité doit s'assurer de son application et tenir un registre des mesures de contrôles utilisées.</p>
---	---	--

RESSOURCE INTERMÉDIAIRE DE TYPE FAMILIALE (RI/RTF)		
Décisions/ consentement	Soins et surveillance	Suivi
<p>La décision ne peut pas provenir d'un intervenant de la ressource.</p> <p>La décision d'initier une mesure de contrôle revient à un professionnel habilité à le faire peu importe l'établissement de référence. Il revient à ce professionnel d'obtenir le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou de l'enfant apte de 14 ans et plus.</p>	<p>Prenant pour acquis que la personne en famille d'accueil est dans un milieu de vie stable et structuré permettant une surveillance constante et que la condition de santé de cette personne est considérée comme étant stable.</p> <p>Les personnes qui nécessitent une mesure de contrôle ne peuvent séjourner dans une RTF si cette dernière n'est pas en mesure d'assurer la surveillance requise aux heures.</p> <p>Aucune documentation n'est exigée sauf si la personne présente une agitation, une désorganisation ou un comportement inhabituel.</p> <p>* Les lits dômes et les tentes de lit nsont considérés comme une exception dans les RI de</p>	<p>Les responsables de la ressource doivent aviser l'intervenant-qualité et l'intervenant-usager de la mise en place d'une mesure de contrôle.</p> <p>L'intervenant-usager et l'intervenant-qualité doivent obtenir une copie du formulaire d'évaluation, consentement et suivi aux mesures de contrôle complété aussitôt que possible.</p> <p>Une réévaluation de la pertinence de la mesure de contrôle doit être effectuée minimalement tous les trois (3) mois par le professionnel ayant initié la mesure, en collaboration avec l'intervenant-usager.</p> <p>Il revient à l'intervenant-usager de s'assurer que cette</p>

	type familiale puisqu'il s'agit d'un type de contention peu contraignant pour la personne pour lequel le risque de blessure est faible.	réévaluation soit effectuée. Il revient à l'intervenant-qualité de s'assurer auprès des intervenant-usager si la contention est encore présente et pertinente et ce, annuellement.
--	---	--

Annexe 9

Grille de surveillance particulière : contention, isolement et service privé (F-144)



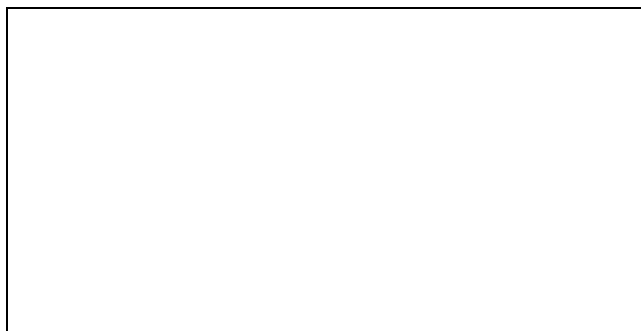
CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal



HSJ-0050



SURVEILLANCE PARTICULIÈRE

contentions isolement service privé

Date	Heure	Vérification de l'installation et du matériel (si présence de contentions) ou <input type="checkbox"/> immobilisation physique	Comportement calme (C) ou agité (A)	État de la peau aux sites sans particularité (si présence de contentions)		DOCUMENTATION ET COMMENTAIRES		Initiales
						Ex : Activité ou soin, niveau de collaboration, éléments à surveiller, objets sous supervision Fréquence des annotations: <input type="checkbox"/> q 15 min <input type="checkbox"/> q 30 min <input type="checkbox"/> q 1 h <input type="checkbox"/> objets sous supervision PARTICULARITÉS :		

Signature, titre	Init.	Signature, titre	Init.	Signature, titre	Init.



HSJ-0050

Nom, prénom: _____

Dossier: _____

contentions isolement service privé

Date	Heure	Vérification de l'installation et du matériel (si présence de contentions) ou <input type="checkbox"/> immobilisation physique	Comportement calme (C) ou agité (A)	<i>État de la peau aux sites sans particularité</i> (si présence de contentions)	<p><u>DOCUMENTATION ET COMMENTAIRES</u></p> <p>Ex : Activité ou soin, niveau de collaboration, éléments à surveiller, objets sous supervision</p> <p>Fréquence des annotations: <input type="checkbox"/> q 15 min <input type="checkbox"/> q 30 min <input type="checkbox"/> q 1 h <input type="checkbox"/> objets sous supervision</p> <p>PARTICULARITÉS :</p>	<i>Initiales</i>

Signature, titre	Init.	Signature, titre	Init.	Signature, titre	Init.

