

<b>Politique et procédure n° : POL-PRO- DSC-232</b>	<b>Date d'émission : 2000-07-19</b>
<b>Titre : Application, réduction et cessation des mesures de contrôle chez le résident</b>	<b>Date de révision : 2022-09-09</b>

**Source** : Directrice des services à la clientèle

**Responsable de l'application** : Gestionnaires de l'hébergement

**Destinataires** : Gestionnaires de l'hébergement  
Tout le personnel des unités  
Professionnels de l'hébergement  
Centre de jour  
Médecins

## 1. Préambule

Cette politique s'inspire de la Loi modifiant le Code des professions, du Code civil du Québec, de la Charte des droits et libertés de la personne (Québec), de la Charte canadienne des droits et libertés et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé et des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.

Selon l'article 118.1 de la LSSSS, « 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.** »

Tout établissement doit donc :

- Élaborer une politique et procédure d'application des mesures de contrôle selon les orientations ministérielles, la réviser périodiquement et la faire approuver par le conseil d'administration;

- Mettre en place un mécanisme de suivi et procéder à une évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle et en faire rapport au conseil d'administration;
- Collaborer à l'actualisation du plan d'action du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en matière de mesure de contrôle et respecter les orientations ministérielles;
- Définir et encadrer les processus d'application, de réduction et de cessation des mesures de contrôle (Annexe 2).

## 2. Objectifs

- Promouvoir la prévention et les mesures alternatives à la mesure de contrôle;
- Définir les modalités d'application qui régissent l'utilisation, la réduction ou la cessation des mesures de contrôle auprès des résidents pour qui d'autres moyens de pallier les risques encourus pour eux-mêmes ou pour autrui ne sont ni possibles ni applicables;
- Réduire la fréquence et la durée des mesures de contrôle;
- Définir les responsabilités des intervenants en matière de mesures de contrôle (Annexe 3).

## 3. Philosophie d'intervention

Elle s'inspire de la mission, des valeurs et de la philosophie prônée à la Résidence Berthiaume-Du Tremblay.

L'application des mesures de contrôle doit donc être influencée par les valeurs suivantes :

- L'approche biopsychosociale et interdisciplinaire;
- L'implication de la personne et de ses proches;
- L'approche basée sur le respect de la personne (dignité, liberté de mouvement et de mobilité);
- L'approche milieu de vie et l'approche optimale.

## 4. Principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle

**Les principes suivants doivent être respectés :**

- Les substances chimiques et la contention utilisées à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent;
- Dans toutes situations, le choix d'utiliser une mesure de contrôle devra faire l'objet d'une réflexion sérieuse favorisant les échanges entre les intervenants, le résident et/ou son représentant légal de façon claire et transparente de sorte à obtenir un consentement libre et éclairé et doit être utilisé **en dernier recours**;

- Avant d'utiliser une mesure de contrôle, l'équipe doit avoir recours aux mesures alternatives. Il faut davantage essayer de prévenir ou neutraliser les comportements ou les éléments de l'environnement à l'origine du problème chez le résident;
- S'il faut avoir recours à une mesure de contrôle, il est nécessaire de choisir la mesure la moins contraignante, causant le moins d'inconfort possible et pour une durée la plus courte possible;
- Avant d'utiliser une mesure de contrôle, on doit toujours tenir compte de l'état physique et mental de la personne;
- Les mesures de contrôle sont toujours soumises préalablement à une évaluation clinique d'une **infirmière** et/ou d'un **ergothérapeute**. Les décisions prises entre plusieurs professionnels sont à privilégier;
- Les mesures de contrôle sont soumises à une ordonnance médicale ou à une décision professionnelle des intervenants suivants : infirmière et/ou ergothérapeute et/ou médecin (au besoin);
- L'application de ces mesures est temporaire et la durée d'application est limitée au temps minimum;
- 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;
- Si une mesure de contrôle est appliquée, les soins requis (hygiène, élimination, alimentation, hydratation et mobilité) doivent être assurés de même qu'une surveillance appropriée;
- Dans toutes les situations, les intervenants doivent respecter de façon stricte le protocole d'application des mesures de contrôle;
- L'utilisation des substances chimiques et de la contention 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.

## 5. But des mesures de contrôle

**« Empêcher le résident de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, lorsque toutes les mesures alternatives tentées ont échoué ».**

- Assurer la sécurité physique des personnes;
- Prévenir les chutes pour les résidents qui présentent des problèmes de tonicité ou des pertes sévères d'équilibre;
- Contrer les oublis et les agitations qui causent des risques pour l'intégrité physique du résident atteint de déficits cognitifs;

- Diminuer ou cesser, chez le résident qui présente des troubles de comportement, une conduite qui met en danger son intégrité physique ou celle des personnes de son entourage (agression physique envers autrui, automutilation, etc.);
- Permettre des périodes de repos au résident qui fait de la déambulation excessive jusqu'à épuisement.

**Aucune mesure de contrôle ne doit être autorisée pour les motifs suivants :**

- Pour substituer à un environnement sécuritaire;
- Pour substituer à des soins appropriés;
- Pour sanctionner ou punir le résident;
- Pour corriger ou contrôler des comportements qui ne mettent pas en danger la personne ou l'entourage;
- Pour sécuriser les proches et/ou le personnel;
- Pour alléger la tâche des intervenants;
- Pour diminuer la surveillance du résident;
- Pour remplacer un personnel insuffisant;
- Pour un résident qui fait de l'errance sans risque d'épuisement;
- Pour un résident à risque de fugue.

## **6. Cadre de référence soutenant le processus décisionnel**

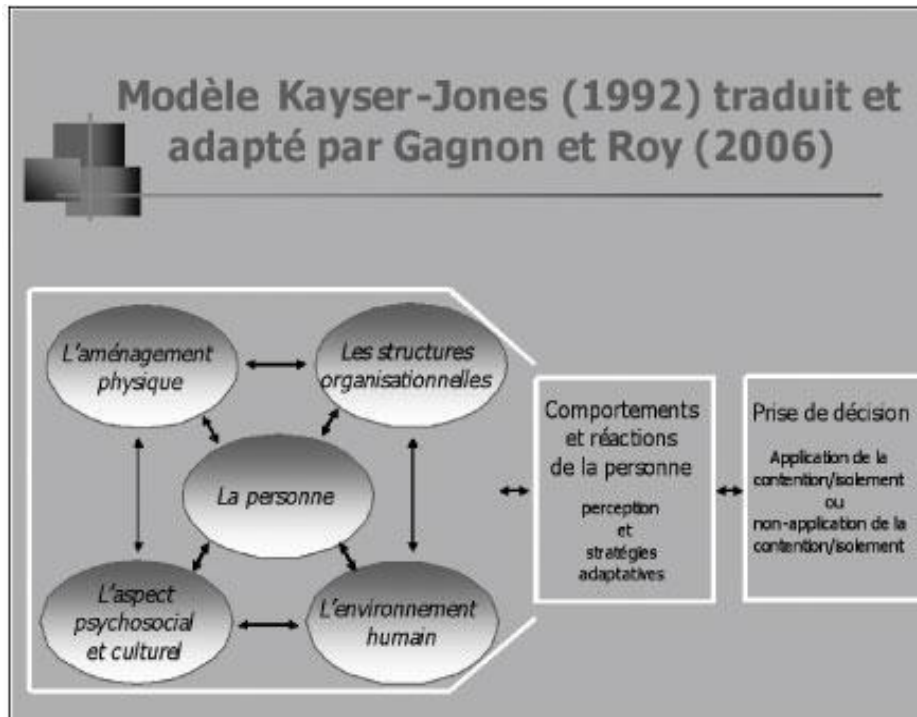
Le modèle développé par Kayser-Jones (1992), traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006), permet d'encadrer le processus de prise de décision quant à l'application d'une mesure de contrôle.

Ce modèle indique les liens qui existent entre la personne et les différentes composantes de son environnement. De ces interactions résultent des comportements et des réactions de la personne qui influencent directement la prise de décision des intervenants concernant le recours aux mesures de contrôle.

Les cinq composantes de ce modèle sont :

- La personne;
- Les structures organisationnelles;
- L'aménagement physique;
- L'aspect psychosocial et culturel;

- L'environnement humain.



## 7. MESURES ALTERNATIVES À L'UTILISATION DES CONTENTIONS PHYSIQUES

Avant de penser à installer une contention physique chez un résident, une réflexion doit être entreprise pour arriver à identifier et mettre en application des mesures alternatives.

Une bonne connaissance des mesures alternatives par le personnel soignant, le personnel d'encadrement et les décideurs contribuera à limiter et diminuer l'utilisation de la contention.

Les mesures alternatives peuvent prévenir, réduire ou éliminer les causes des réactions et comportements du résident qui interfèrent avec sa sécurité et celle d'autrui.

Dans ce contexte, les changements d'attitude face à de nouvelles approches doivent se faire par de l'information, de la formation et un suivi rigoureux de la démarche. Ainsi, la recherche des mesures alternatives doit se faire en équipe par une réflexion, par essai et erreur, en utilisant et suscitant aussi la créativité et l'initiative de chacun pour aider le résident.

Au niveau des alternatives, certaines visent à modifier l'état clinique du résident (par un traitement médical) ou améliorer ses capacités fonctionnelles (par de la réadaptation).

D'autres visent à modifier des équipements pour diminuer les risques de chutes (par des adaptations, des aides techniques).

Enfin, certaines peuvent avoir pour cible l'environnement physique (exemple : éclairage, aménagement de l'espace) ou encore l'organisation des soins (exemple : réorganisation des tâches, horaires, implication des bénévoles et des proches).

Pour aider les intervenants dans leur démarche, voici différents exemples d'alternatives proposées, selon les composantes du modèle de Kayser-Jones.

➤ **Alternatives reliées à la personne**

- Réviser la médication et assurer un suivi médical attentionné;
- Vérifier si le résident a un besoin qui doit être comblé (exemple : faim, soif, culotte souillée, sommeil, froid, etc.) :
  - Instaurer un horaire régulier d'élimination sur le « 24 h »;
  - Offrir une collation;
  - Prévoir des périodes de repos (exemple : sieste au lit, repos au fauteuil);
  - Amener le résident à la toilette;
  - Encourager l'hydratation;
  - Ajouter une couverture ou une veste;
  - Être attentif à l'expression non verbale des besoins (exemple : agitation, errance, gestuelle particulière, faciès crispé, etc.).
- Vérifier si le résident a des problèmes au niveau sensoriel (exemple : vision, audition, etc.) :
  - Encourager le port des lunettes et de l'appareil auditif;
  - Utiliser des aides visuelles (exemple : loupe);
  - S'assurer d'un éclairage adéquat;
  - Valider la compréhension du résident;
  - Utiliser le pocket talker.
- Évaluer et gérer le risque de chute du résident :
  - Mettre en place des programmes d'exercices et d'assistance à la marche pour renforcement;
  - Fournir les aides à la marche adéquate (cane, marchette, etc.);
  - Favoriser la marche au quotidien;
  - Minimiser les éléments limitant la mobilisation (exemple : privilégier le sac à cuisse plutôt que le sac à drainage urinaire, favoriser l'utilisation d'un cathéter intermittent plutôt qu'un soluté, etc.);

- Faire des rappels fréquents et réguliers au résident pour qu'il pense à demander de l'aide avant de se lever et laisser la cloche d'appel à sa portée.
- Agir sur les causes physiologiques potentielles de l'agitation (douleur, inconfort, désorientation, constipation, infection, effets secondaires des médicaments, problèmes aux pieds, etc.) :
  - Soulager la douleur;
  - Revoir le positionnement assis et/ou au lit;
  - Mettre en place le protocole de constipation;
  - Donner des repères temporels, spatiaux et humains (exemple : calendrier, objets familiers, photos, indications pour trouver sa chambre, etc.);
  - Demander une intervention de l'infirmière en soins des pieds.
- Comblent le manque d'activité :
  - Offrir des activités dirigées à caractère répétitif (exemple : plier des serviettes, etc.);
  - Offrir des activités de loisirs (exemple : musicothérapie, zoothérapie, jardinage, etc.);
  - Encourager le résident à participer à ses AVQ.
- Utiliser un modèle de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) incluant le code blanc :
  - Utiliser l'approche optimale et ses concepts;
  - Utiliser la diversion (exemple : télévision, radio, musique, réminiscence, revues, nourriture, chapelet, etc.).

➤ **Alternatives reliées à l'aspect psychosocial et culturel**

- Respecter le plus possible la routine du résident pour tenir compte de ses habitudes de vie antérieure (exemple : sommeil, alimentation, soins d'hygiène, etc.);
- Tenir compte des mécanismes d'adaptation antérieurs (exemple : anxiété, déni, évitement, etc.);
- Tenir compte de la culture d'origine et de ses coutumes;
- Respecter la religion du résident et en faciliter la pratique;
- Développer un lexique pour le personnel en cas de barrière de langue;

- Expliquer les interventions et ajuster notre discours au niveau de connaissances du résident.

➤ **Alternatives reliées à l'aménagement physique**

- Aménager l'environnement pour diminuer le risque de chutes :
  - Installer un moniteur de prévention des chutes;
  - Installer un lit à profil bas et/ou un lit à 4 ridelles;
  - Installer un détecteur de mouvements;
  - Installer un tapis de chute;
  - Installer des bandes antidérapantes;
  - Utiliser du matériel adapté (exemple : matelas à rebords surélevés, ajouts de rouleaux de positionnement de chaque côté de la personne, culotte protectrice de hanches, etc.);
  - Modifier le fauteuil/fauteuil roulant (exemple : appui-pieds, dispositif anti-bascule, hauteur du siège, etc.);
  - Assurer une circulation libre d'obstacles dans les corridors (aires d'errance sécuritaire);
  - Changer la disposition des meubles;
  - Installer des barres d'appui (exemple : toilette, lit, etc.);
  - Rendre accessibles les objets utilitaires (exemple : cloche d'appel, lunettes, verre d'eau, télécommande, papier mouchoir, etc.);
  - S'assurer que les souliers soient sécuritaires : bien ajustés, fermés, talons bas et semelles antidérapantes;
  - S'assurer que les pantalons soient bien ajustés et de longueur adéquate;
  - Utiliser une chaise d'aisance qu'on laisse à la portée du résident;
  - S'assurer que les freins du fauteuil roulant soient fonctionnels pour des transferts sécuritaires.
- Aménager l'environnement pour améliorer la sécurité des résidents agités et/ou à risque de fugues :
  - Verrouillage électronique des portes de l'unité;
  - Dispositif anti-fugue;



- Camoufler les portes, armoires, etc. (exemple : installer un miroir, une affiche, un cadre, etc.);
- Faire un aménagement prothétique rappelant le milieu de vie antérieure;
- Assurer un éclairage adéquat en tout temps (exemple : veilleuse dans les chambres la nuit, emploi du rhéostat à l'heure vespérale, etc.);
- Réduire les stimuli (exemple : lumière, bruit, planchers cirés, couleur, son de la télévision, etc.);
- Aménager des pièces communes favorisant la détente, l'échange;
- Mettre de la musique adaptée à la clientèle.
- Aménager l'environnement pour des résidents désorientés :
  - Utiliser des signaux (exemple : arrêt, soleil, etc.) comme repères;
  - Identifier la chambre par un objet significatif, une image, une photo significative, une décoration, etc.;
  - Utiliser des pictogrammes pour identifier les salles de toilettes, le salon, la salle à manger, etc.;
  - Mettre des affiches dans les corridors pour aider le résident à se diriger vers sa chambre.

➤ **Alternatives reliées à l'environnement humain**

- Rencontrer les proches/représentant légal pour discuter de la situation et des risques potentiels;
- Offrir une rencontre avec les proches/représentant légal avec l'intervenante psychosociale lorsque leur relation avec le résident est difficile;
- Intégrer les proches/représentant légal dans les soins, les activités de loisirs et de réadaptation;
- Utiliser une personne bénévole pour surveiller et/ou accompagner un résident;
- Effectuer du 1 pour 1 avec les employés en assignation temporaire en respectant leurs limitations;
- Rencontrer le personnel pour s'entendre sur une attitude commune à adopter avec le résident ou une attitude à éviter avec lui;
- Favoriser les interactions qui augmentent le sentiment de confiance du résident et l'efficacité de communication entre celui-ci et les intervenants;

- Tenter d'initier des contacts entre deux résidents de mêmes intérêts ou de même culture.

➤ **Alternatives reliées aux structures organisationnelles**

- Évaluer la pertinence de relocaliser le résident à l'unité prothétique du 3<sup>e</sup> étage si le résident n'est pas déjà sur cette unité ;
- Réviser et adapter la routine des intervenants en fonction des besoins du résident;
- S'assurer d'une présence optimale d'intervenants sur l'unité en tout temps;
- Partager l'information entre les membres du personnel et avec les proches (exemple : en réunion interdisciplinaire);
- Surveiller, observer davantage le résident (exemple : rapprocher le résident près du poste de l'unité, etc.);
- Faire le suivi du traitement médicamenteux en collaboration avec le médecin et la pharmacienne;
- Faire le suivi des résidents présentant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) incluant le code blanc avec un formateur de l'approche optimale au besoin;
- S'assurer que le plan d'accompagnement est adéquat et respecté;
- Assurer un service continu des intervenants auprès du résident;
- Limiter les interruptions de sommeil;
- Détourner l'attention du résident lors des périodes de pointe (exemple : préparation des repas, changement de quart de travail, etc.).

## **8. Les effets néfastes de la contention**

La décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas banale et entraîne des effets très graves pour la personne qui les « subit ». Il est primordial de renseigner et d'enseigner aux proches et au personnel qui côtoient le résident sur les effets néfastes de la contention. Il faut être en mesure de démontrer hors de tout doute que les avantages surpassent les inconvénients lors de l'évaluation de la prise de décision.

## LES EFFETS NEFASTES DE LA CONTENTION SUR LES PLANS PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

### PRINCIPAUX EFFETS PHYSIQUES

#### Effets de l'immobilité

- Engourdissement
- Courbature
- Diminution de l'amplitude articulaire
- Diminution de la force physique
- Diminution de l'équilibre
- Inconfort
- Douleur
- Ankylose
- Atrophie musculaire
- Réduction de la masse osseuse

#### Effets sur la circulation sanguine

- Augmentation du risque de thrombose veineuse et artérielle
- Hypotension orthostatique
- Œdème

#### Effets sur la peau

- Abrasion
- Lésions traumatiques
- Plaie de pression

#### Effets sur les fonctions primaires

- Constipation
- Incontinence urinaire et/ou fécale
- Perturbation de l'appétit
- Déshydratation
- Rétention urinaire

#### Effets sur le système immunitaire

- Infection
- Infections urinaires
- Complications respiratoires

#### Effets sur la morbidité

- Compression
- Risque aggravé de décès si chute
- Risque de strangulation
- Risque d'asphyxie

### PRINCIPAUX EFFETS PSYCHOLOGIQUES

- Colère
- Sentiments liés au phénomène de victimisation secondaire
- Sentiment d'être à l'écart du monde
- Sentiment d'être abandonné
- Diminution de la dignité
- Anxiété
- Découragement
- Exacerbation de la confusion
- Peur
- Sentiment d'être puni
- Diminution de l'estime de soi
- Désorientation accrue
- Humiliation
- Résignation
- Augmentation de l'agitation

## 9. Les mesures de contrôle

### 9.1 Définition des mesures de contrôle

#### **Contention physique :**

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.

#### **Substances chimiques :**

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

#### **Isolement et utilisation d'une demi-porte dans le but de confiner un résident à sa chambre :**

Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. **(Ces mesures de contrôle ne sont pas utilisées à la Résidence Berthiaume-Du-Tremblay).** Toutefois, il arrive qu'à la demande du résident ou de son représentant, une demi-porte soit installée afin de préserver le sentiment de sécurité du résident. Dans ce contexte, un registre des demi-portes installées est maintenu à jour par la directrice adjointe des services à la clientèle et une révision chaque trois (3) mois est effectuée afin de déterminer de la pertinence de maintenir une demi-porte.

### 9.2 Les types de contentions physiques acceptées et permises

TYPE	LIEU D'APPLICATION	CONTEXTE D'INTERVENTION
Ceinture abdominale magnétique (Type Ségufix)	Lit	Protection Agression (réaction défensive)
Ceinture abdominale magnétique Ségufix-Chair belt	Fauteuil roulant, fauteuil gériatrique et fauteuil régulier	Protection Agression (réaction défensive)
Ceinture de sécurité (sangle de maintien) attachée à l'avant avec ou sans cache-boucle	Fauteuil roulant, fauteuil gériatrique, fauteuil régulier	Protection Agression (réaction défensive) Motif utilitaire
Table de sécurité	Fauteuil roulant, fauteuil gériatrique	Protection Motif utilitaire
Ceinture pelvienne	Fauteuil roulant, fauteuil gériatrique	Motif utilitaire Protection
Mitaine	Lit, fauteuil roulant, fauteuil gériatrique, fauteuil régulier de séjour	Interférence aux soins Protection contre lui-même
Ridelles ou côtés de lit	Lit	Protection Motif utilitaire

**Les équipements et dispositifs de contention de type « maison » ne sont pas autorisés dans l'établissement.**

### **9.3. Mesures de positionnement et autres équipements**

Une mesure de positionnement consiste à utiliser un équipement dans le but de suppléer à une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie du résident dans la réalisation de ses activités quotidiennes ou de favoriser sa capacité à se déplacer. Une mesure de positionnement ne vise pas à contrôler une personne.

Cependant, dans certaines situations, le même équipement de positionnement peut devenir une mesure de contrôle si le but est de restreindre la capacité d'agir du résident; ils doivent alors être considérés comme une mesure de contrôle.

#### **A) Utilisation d'une tablette fixée au fauteuil gériatrique ou au fauteuil roulant**

L'utilisation d'une tablette fixée au fauteuil gériatrique au cours d'un repas, pour des activités ou pour mettre des objets à la demande du résident, répond d'abord à un motif utilitaire. Dans cette situation, le résident n'est pas brimé dans sa liberté de mouvement.

Toutefois, si la tablette n'est pas retirée après le repas, l'activité ou à la demande du résident et que son utilisation est prolongée au-delà de cette période sans autre but fonctionnel, la tablette doit être considérée comme une mesure de contention puisque le résident se trouve limité dans sa liberté d'agir.

Dans ce cas précis, un dispositif limitant le glissement devra être installé et une surveillance étroite initiée afin d'éviter tout risque de strangulation.

En tout temps, une surveillance particulière doit être mise en place pour une mesure de positionnement selon l'évaluation clinique.

#### **B) Utilisation des côtés de lit**

L'utilisation des deux côtés de lit constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre le résident à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever.

L'utilisation des deux côtés de lit constitue également une mesure de contrôle lorsqu'ils sont levés afin d'empêcher le résident de se coucher dans son lit.

Les motifs pour lesquels ils doivent être utilisés sont les suivants :

- Lorsqu'une ceinture au lit est appliquée;
- Lorsque la condition médicale du résident nécessite un positionnement spécifique qui implique la mise en place de côtés de lit pour réduire le risque de chute.

Les côtés de lit ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle lorsque leur utilisation a pour but de fournir des appuis à un résident pour lui permettre de s'y déplacer.

De plus, les côtés de lit ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle lorsqu'ils sont remontés à la demande du résident parce qu'il a peur de tomber. Le résident doit cependant être conscient des risques potentiels, ne pas être susceptible de présenter un état de confusion et être en mesure de demander l'aide d'un intervenant et/ou d'attendre qu'un intervenant baisse le côté de lit pour lui. Lorsque des côtés de lit sont utilisés à titre utilitaire, il faut valider avec le résident s'il désire avoir la surveillance associée aux mesures de contentions et lui faire signer le formulaire à cet effet (Annexe 1.3).

L'application des côtés de lit lors de l'utilisation d'un matelas thérapeutique est soumise à la même évaluation clinique selon la condition du résident.

C) Freins au fauteuil roulant

Si les freins du fauteuil roulant sont appliqués momentanément pour protéger la personne contre un accident potentiel lié à l'environnement, ce n'est pas considéré comme une mesure de contrôle.

Par contre, les freins qui sont appliqués pour une période prolongée dans le but de confiner la personne à un endroit dont elle ne peut s'éloigner librement deviennent alors une mesure de contrôle inappropriée. Cette pratique n'est pas acceptée à la résidence.

D) Demi-portes, demi-portes rétractables et bandes velcro à la porte

Ces moyens ne sont pas des mesures de contrôle puisqu'ils sont utilisés à la demande de la personne dans le but de lui procurer une plus grande intimité et de prévenir l'intrusion d'autres personnes dans son espace personnel. Le résident doit cependant être en mesure de sortir lui-même de ce lieu quand il le désire ou avoir la capacité de demander l'assistance pour en sortir en recourant, par exemple, à la cloche d'appel. Par contre pour les demi-portes, en raison des risques que ce dispositif comporte, son utilisation doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'autres solutions valables et raisonnables.

Lorsqu'un de ces dispositifs est utilisé dans le but de confiner une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement, on doit considérer qu'il s'agit d'une mesure de contrôle. De la même façon, si la personne est soumise à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter l'espace désigné, l'isolement est une mesure de contrôle. Ces mesures ne sont pas acceptées à la résidence.

Par contre, lorsqu'une personne est invitée à se retirer d'un lieu commun afin de lui permettre la distanciation avec un stimulus ou pour l'aider à se calmer et à reprendre contact avec elle-même, et qu'elle peut sortir librement de ce lieu lorsqu'elle le désire, cela ne constitue pas une mesure d'isolement.

E) Bracelets fugueurs

Le bracelet fugueur est une mesure alternative qui permet à la personne qui le porte d'agir, d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie.

F) Camisole d'incontinence (grenouillère)

La camisole d'incontinence est considérée comme une mesure de contrôle étant donné que le résident ne peut accéder à certaines parties de son corps. Son utilisation doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'autres solutions valables et raisonnables.

G) Moniteur de prévention des chutes (MPC)

Le moniteur de prévention des chutes est une alternative à la contention qui peut être utilisée au fauteuil personnel, au fauteuil roulant et au lit. Le MPC émet un son qui avise le personnel infirmier lorsque le résident tente de se lever ou dicte un message qui rappelle au résident de ne pas se lever seul. De plus, il peut être relié à la cloche d'appel afin d'activer cette dernière lorsque le résident se lève. Lorsqu'un moniteur de prévention des chutes est utilisé, l'Annexe 1.14 « Grille de vérification – Fonctionnement du moniteur de prévention des chutes » doit être dûment rempli par les préposés aux bénéficiaires.

#### **9.4 L'intervention physique restrictive (contention physique)**

Une contention physique 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, et ce lorsque le rapport de force est tel que la personne ne peut s'en dégager malgré son opposition et sa résistance.

Dans le cas d'un geste d'accompagnement ou thérapeutique, la personne n'offre pas de résistance. Il s'agit d'avantage d'un geste de rappel ou visant à orienter la personne vers un lieu approprié à ses besoins.

#### **9.5 Isolement en prévention et contrôle des infections**

Ce type d'isolement s'adresse à toutes les personnes présentant des caractéristiques les rendant vulnérables à un agent infectieux ou à l'égard du risque qu'elle puisse transmettre un tel agent à l'entourage. Les balises relatives à cette mesure de contrôle sont inscrites dans le programme de prévention des infections. Cette mesure doit être mise en place avec la collaboration de la personne, si la personne n'est pas en mesure de respecter les consignes, on ne peut isoler le résident contre son gré, cette mesure de contrôle n'est pas acceptée à la résidence. Des mesures alternatives doivent donc être mises en place (lavage de mains fréquent du résident par le personnel soignant, lavage fréquent des surfaces « high touch », faire manger le résident en respectant une certaine distance avec les autres, etc.).

## **9.6 Les substances chimiques**

Les substances chimiques sont prescrites par les médecins, ces derniers 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. 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.

Annuellement ou au besoin, lors de la révision des prescriptions médicales, les médecins en collaboration avec la pharmacienne et les infirmières révisent les contentions chimiques prescrites aux résidents et tentent d'en diminuer ou en limiter l'utilisation. Les médicaments peuvent aussi être révisés lors des rencontres interdisciplinaires. Un suivi est alors, fait par l'infirmière auprès du médecin pour réajuster la médication au besoin.

Il est important de noter que la contention chimique peut augmenter le risque de chute chez le résident âgé, il est impératif d'en tenir compte lors des évaluations subséquentes.

## **10. Modalités d'application des mesures de contention physique**

Les modalités d'application des mesures de contention se divisent en plusieurs parties distinctes. Il s'agit de :

- 10.1 Évaluation clinique préalable à l'application des mesures de contention
- 10.2 Contexte d'application
- 10.3 Consentement et application de la mesure de contention
- 10.4 Le curateur public et l'application de contention
- 10.5 L'installation de la contention
- 10.6 La surveillance de la contention
- 10.7 Plan thérapeutique infirmier (PTI) et notes au dossier pour faire suite à l'application d'une contention
- 10.8 Durée de l'application d'une contention
- 10.9 Révision de la mesure de contention

### **10.1 Évaluation clinique préalable à l'application des mesures de contention**

- La situation de tous les résidents présentant des problèmes susceptibles de nécessiter le port d'une contention physique doit être présentée et gérée par l'infirmière qui amorcera le processus d'évaluation clinique;



- L'évaluation clinique d'une infirmière, et/ou d'un ergothérapeute ou d'un est requise afin de déterminer la nécessité d'appliquer ou non une mesure de contention. L'évaluation est basée sur une approche individualisée du résident et élaborée dans un **contexte interdisciplinaire**. Elle tient compte des cinq composantes du modèle de Kayser-Jones ainsi que de leurs interactions. L'évaluation clinique découle des étapes du processus décisionnel suivant (Schéma page 19) :
  - L'évaluation;
  - L'analyse et l'interprétation des données;
  - La planification des interventions;
  - Le consentement;
  - La révision du processus.
  
- L'infirmière doit compléter la grille d'évaluation préalable à l'application d'une mesure de contention (Annexe 1.4). Les mesures alternatives essayées pour éviter la mesure de contention ainsi que leur degré d'efficacité doivent être inscrits dans cette même grille.

**Plusieurs mesures alternatives doivent être essayées et documentées avant d'arriver à l'application d'une mesure de contention.**

Voir section 7 du présent document.

- Lorsqu'il y a risque de chute, le programme de prévention des chutes doit être appliqué et l'infirmière en assure le suivi auprès de l'équipe et des divers professionnels;
  
- Lorsqu'il y a présence de SCPD qui met en danger la personne ou l'entourage, l'infirmière complète la grille d'observation du syndrome comportemental et psychologique de la démence qui se trouve à l'annexe 2 de la politique « Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) incluant le code blanc », en fait part à l'équipe et la dépose au dossier du résident. Un formateur de l'approche optimale peut être consulté au besoin pour aider à trouver des stratégies d'intervention alternatives;
  
- Une fois, les diverses évaluations complétées, l'infirmière en collaboration avec l'assistante-infirmière-chef et l'équipe de soins doivent s'entendre afin de trouver une solution qui soit la moins contraignante possible;
- Les notes d'évolution au dossier du résident ainsi que son plan thérapeutique infirmier (PTI) doivent faire état de l'évaluation clinique de l'infirmière, et/ou de l'ergothérapeute;
  
- Un résumé des interventions, des résultats obtenus et de la décision prise par l'équipe doit être rédigé au dossier par l'assistante-infirmière-chef;

- Une mesure de contention peut être appliquée lorsqu'aucune autre solution n'est possible ou qu'aucune mesure alternative tentée n'a fonctionné et que l'équipe appuie cette décision;
- Les proches doivent être impliquées dans le processus décisionnel lors de l'évaluation clinique préalable aux mesures de contention.

## 10.2 Contexte d'application

Lorsque l'éventail des mesures alternatives a été épuisé, le recours à une mesure de contrôle peut être envisagé. Celle-ci peut être appliquée dans deux contextes : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.

### Contexte d'intervention planifiée

La planification de l'ensemble des interventions requises pour résoudre une problématique particulière constitue le contexte d'intervention planifiée.

L'intervention planifiée est appropriée lorsque la personne a un comportement susceptible de se répéter et présentant un danger réel pour elle-même ou pour autrui. De concert avec la personne ou son représentant et ses proches, les intervenants doivent élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire comportant différents moyens pour faire face à ces situations en utilisant la mesure la moins contraignante possible.

### Contexte d'intervention non planifiée

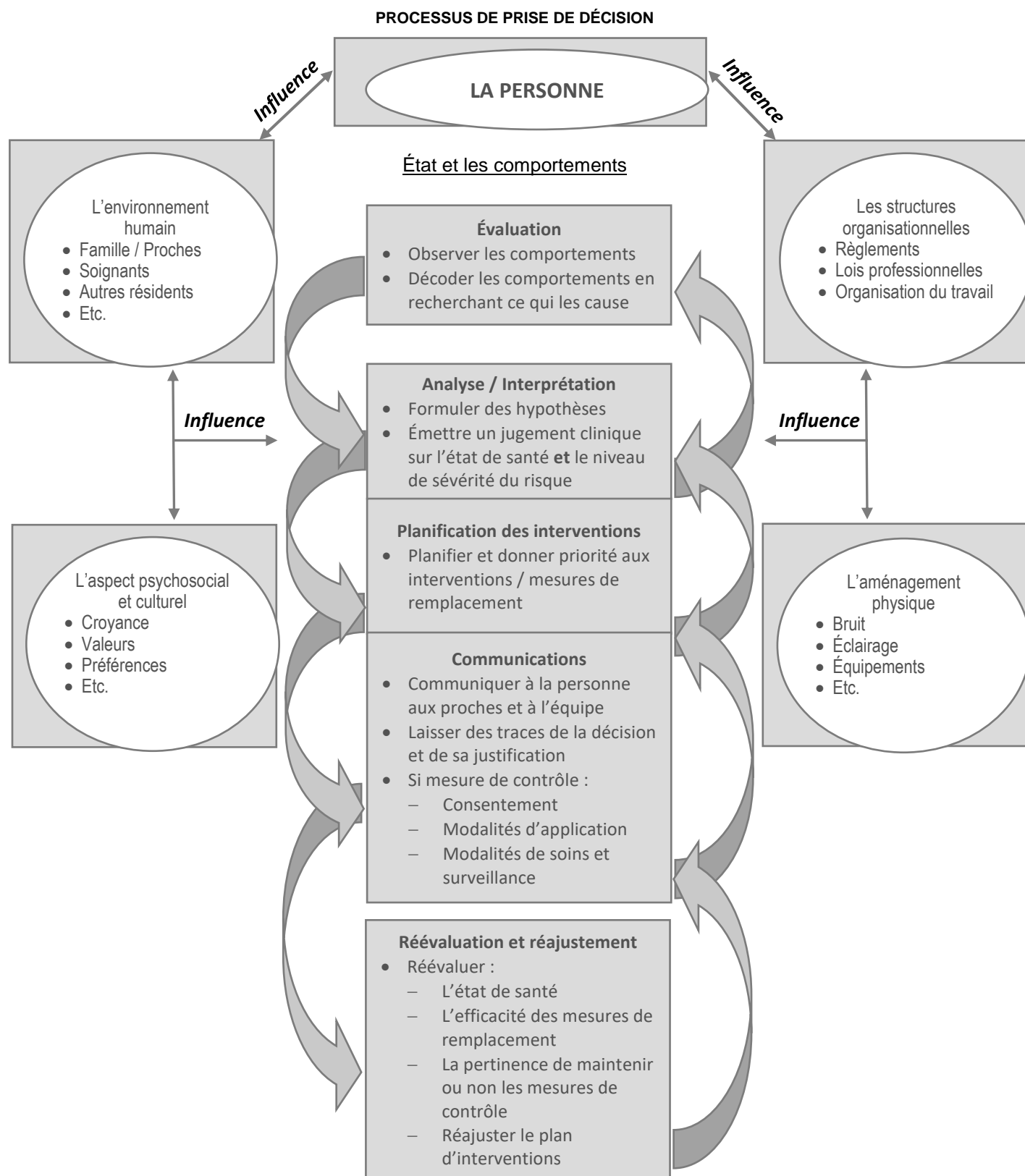
Le contexte d'intervention non planifiée correspond à une situation où l'intervenant est appelé à agir auprès d'une personne qui présente un comportement **inhabituel et imprévu**, susceptible de la mettre en danger ou de mettre autrui en danger de façon imminente.

Une personne présente un comportement **inhabituel** lorsque celui-ci ne s'est jamais présenté auparavant et qu'il se manifeste sans qu'on ait pu s'y attendre. Ce comportement est **imprévu** s'il n'est pas précédé de signes avant-coureurs qui peuvent laisser suspecter sa survenue.

Le contexte d'intervention non planifiée ne devrait être invoqué que dans les cas où le comportement d'une personne constitue un danger imminent pour elle-même ou pour autrui, si ce comportement ne s'est pas manifesté antérieurement, ou si la manifestation est différente des situations vécues antérieurement et donc imprévisible et inhabituelle.

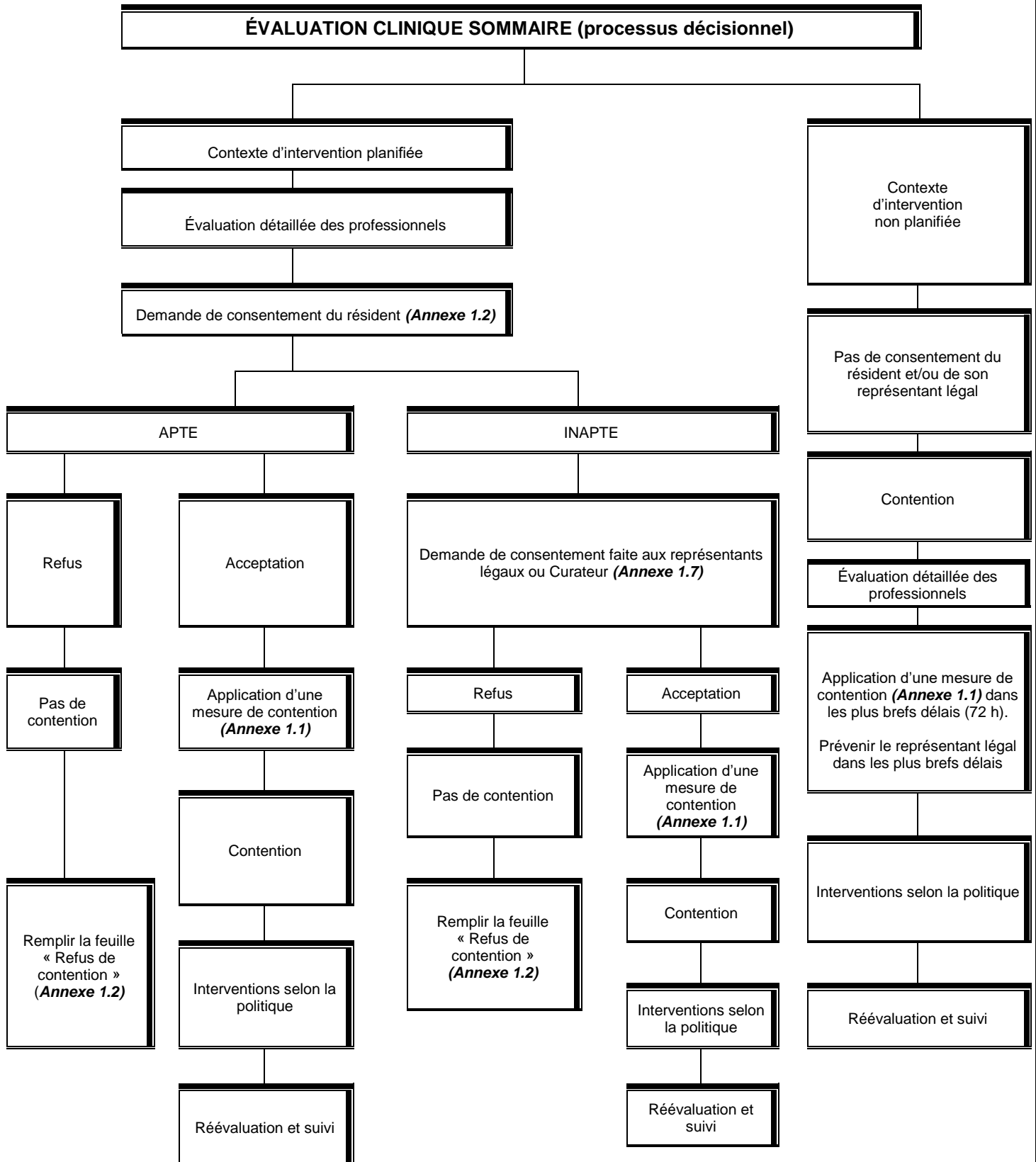
Nous retrouvons aux pages suivantes le schéma décisionnel de l'évaluation clinique sommaire lors du processus de décision (page 20) ainsi que le schéma décisionnel de l'application d'une contention intégrant le contexte d'intervention planifiée et non planifiée (page 21).

## SCHÉMA DÉCISIONNEL DE L'ÉVALUATION CLINIQUE SOMMAIRE



Source : D'après Roy (2005) et Gagnon et Roy (2006)

## SCHEMA DÉCISIONNEL DU CONTEXTE D'APPLICATION D'UNE CONTENTION



### 10.3 Consentement et application de la mesure de contention

- L'application d'une contention doit faire l'objet d'une ordonnance médicale (pour les contentions chimiques) ou d'une décision professionnelle du médecin traitant ou d'une infirmière ou d'un ergothérapeute<sup>1</sup>. L'application est valide pour trois mois, s'il n'y a pas de changement de l'état du résident (Annexe 1.1);
- Lors de l'utilisation d'une contention physique, il est obligatoire d'expliquer au résident ainsi qu'à son représentant les effets néfastes de la contention afin de prendre une décision éclairée. Il faut aussi obtenir une autorisation écrite du résident et/ou de son représentant légal ou du Curateur. Une autorisation verbale est acceptée en attente de l'autorisation écrite par le représentant légal. L'Annexe 1.2 doit être complétée par l'assistante-infirmière-chef ou sa remplaçante, s'il y a lieu;
- Le résident ou son représentant légal peut refuser l'application des mesures de contention. À ce refus s'associe l'obligation pour l'assistante-infirmière-chef d'informer le résident ou son représentant légal des risques encourus. L'Annexe 1.2 doit être dûment complétée et conservée au dossier actif du résident en cas de refus;
- La situation d'urgence (contexte non planifié) est le seul moment où le résident peut être contenu/immobilisé contre son gré et sans autorisation au préalable, mais cette mesure demeure temporaire et exceptionnelle pour un **maximum de 72 heures**. En cas d'urgence, une infirmière au nom de sa profession a un pouvoir décisionnel pour procéder à l'application des mesures de contention physique, mais il importe d'évaluer la situation et de remplir l'Annexe 1.1 dans les plus brefs délais.

### 10.4 Le Curateur public et l'application d'une contention

- Sauf dans un contexte d'urgence, en ce qui a trait aux résidents sous curatelle publique, le consentement écrit du Curateur public est nécessaire;
- Le Curateur public doit recevoir par écrit la feuille d'application d'une mesure de contention comprenant la justification, la description, le contexte d'application, la durée de l'application de l'utilisation de la mesure de contention (copie de l'Annexe 1.1);
- Le Curateur doit signer le formulaire d'autorisation des mesures de contention (Annexe 1.7);
- Les documents (Annexes 1.1, 1.2, 1.4) doivent parvenir par télécopieur au Curateur public à l'Unité des consentements (514) 873-0146;
- Le reste de la démarche est similaire.

---

<sup>1</sup> Les dispositions du projet de Loi 90 qui permettent aux infirmières, à l'ergothérapeute et au physiothérapeute de décider d'une mesure de contention sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003.

## 10.5 Installation de la contention physique

- Seules les personnes habilitées selon leurs fonctions et ayant eu la formation adéquate peuvent procéder à l'application des mesures de contention;
- L'ergothérapeute décide du type de ceinture à utiliser et est la personne autorisée pour procéder à l'installation des différents types de ceintures au fauteuil du résident selon l'évaluation interdisciplinaire;

Lorsqu'une ceinture doit être installée au fauteuil roulant gériatrique ou de séjour en urgence en l'absence de l'ergothérapeute, ou encore qu'une ceinture déjà en place dans ce type de fauteuil est brisée et qu'elle doit être remplacée en l'absence de l'ergothérapeute, la ceinture Ségufix-chair belt est le seul modèle qui doit être utilisé (voir annexe 2.1 suite 5-6). De plus, une demande de consultation doit être acheminée en ergothérapie pour qu'une contention répondant aux besoins du résident soit installée à son retour.

- Une description des techniques d'installation des contentions doit être à la disposition du personnel habilité (Annexe 2);
- La contention doit être fixée de manière à ce qu'elle soit sécuritaire et efficace tout en créant le moins d'inconfort possible;
- La position du résident doit être changée régulièrement, « minimalement » aux deux heures. Des exercices passifs ou actifs doivent être exécutés chez le résident pour prévenir l'ankylose;
- Des périodes de non-contention doivent être prévues tous les jours. Les périodes de non-contention sont inscrites sur les grilles de surveillance des mesures de contention;
- La contention doit être retirée dès que la situation le permet, comme lors d'une surveillance constante par un membre du personnel ou d'un proche;
- Des approches alternatives doivent être mises en place parallèlement à l'application de mesures de contention;
- La manipulation des contentions doit se faire selon les recommandations du fabricant;
- Les nœuds et boucles inutiles sont à proscrire afin d'éviter les pertes de temps lors du retrait de la contention, en cas d'urgence;
- Les résidents porteurs de contention (Ségufix et ceinture) sont suivis idéalement par le service de physiothérapie, qui offre des séances d'exercice de groupe ou en individuel selon l'intérêt et les besoins des résidents.

## 10.6 La surveillance de la contention

Lors de l'installation des mesures de contention, les paramètres à surveiller sont :

- Le matériel est en bon état et conforme aux normes du fabricant;
- La tension et l'ajustement de la contention;
- Les attaches sont adéquatement nouées;
- Un bon alignement corporel est respecté;
- L'intégrité, la coloration et la température de la peau du ou des membres sous contention;
- Le confort du résident;
- Les réactions physiques et psychiques du résident à l'égard de la contention et lors des périodes de retrait;
- La cloche d'appel est à la portée du résident;
- La porte de la chambre demeure ouverte.

La surveillance visuelle est assurée par les préposés aux bénéficiaires qui complètent les grilles de surveillance :

- Aux heures lors du premier 24 heures de la première installation (Annexe 1.11);
- Aux 2 heures lors de l'application long terme d'une mesure de contention (Port quotidien) (Annexe 1.12);
- Aux 15 minutes lors d'un cas d'urgence ou d'agitation d'un résident. En cas d'agitation, une surveillance constante peut être requise (Annexe 1.13).

## 10.7 Le PTI et les notes au dossier du résident

- Les notes au dossier du résident
  - Les notes au dossier du résident doivent faire état de l'évaluation clinique de l'infirmière, l'ergothérapeute. Un résumé des interventions, des résultats obtenus et de la décision prise par l'équipe doit aussi être rédigé au dossier du résident;
  - La liste des mesures alternatives essayées ainsi que leur degré d'efficacité doivent apparaître au dossier du résident;
  - Un résumé des communications avec les résidents ou leurs proches doit se retrouver au dossier;

- Les réactions observées à chaque quart de travail pour le premier 24 heures. Après 24 heures, les moyens de surveillance se référant au port quotidien de contention s'appliquent;
- L'assistante-infirmière-chef doit spécifier dans les notes d'observation au dossier du résident le motif de contention, la date, l'heure, le lieu, la durée, les réactions verbales et non verbales du résident lors de la première installation;
- Lors de la réévaluation ou la réduction/cessation des contentions, les notes d'observation de l'infirmière sont consignées au dossier via l'Annexe 1.6 « Note d'observation – Réévaluation des contentions »;
- L'infirmière et/ou l'infirmière auxiliaire vérifieront et noteront au dossier tout changement physique (exemple : rougeur, plaie, etc.) et psychologique (changement de comportement ou d'humeur du résident, etc.);
- Les mesures de contention utilisées pour un résident doivent être inscrites au plan thérapeutique infirmier et au plan de travail des préposés aux bénéficiaires.

➤ Le logiciel SICHELD

- L'assistante-infirmière-chef saisit les données des mesures de contrôles sélectionnées, le contexte d'application et la surveillance associée ainsi que la date de la prochaine révision de ces mesures dans l'onglet « Info-soins » du logiciel informatisé SICHELD;
- L'infirmière ou l'assistante-infirmière-chef, selon le cas, doit entrer les informations concernant les contentions dans le profil du logiciel SICHELD (éviter les dangers).

➤ Le plan thérapeutique infirmier (PTI)

Le PTI doit inclure :

**Section constat de l'évaluation**

- Le comportement nécessitant l'application d'une mesure de contention;
- Les changements significatifs au besoin;
- La résolution du problème, le cas échéant.

**Section directives infirmières**

- La mesure de contention utilisée;
- Le moment et les circonstances de l'utilisation de la mesure de contention;



- La fréquence de surveillance requise ou référer à une politique;
- La fréquence ou le moment de réévaluation de l'application de la mesure de contention ou référer à une politique;
- Les ajustements apportés aux directives (ajout – retrait) en fonction de l'évolution du comportement du résident, le cas échéant;
- Le mode de transmission des directives (verbal ou écrit);
- La date de la prochaine révision des mesures de contention.

#### **10.8 Durée de l'application d'une contention**

Aucune contention ne doit être permanente. Des moments sans contention doivent être prévus au cours de la journée et documentés au plan d'intervention ainsi qu'aux plans de travail des préposés aux bénéficiaires. La durée du port de la contention doit être la plus courte possible.

#### **10.9 Révision de la mesure de contention**

- La mesure de contention doit être révisée au besoin et obligatoirement aux trois mois par l'assistante-infirmière-chef de jour en collaboration avec l'infirmière, l'ergothérapeute et en impliquant l'équipe de soins. Elles doivent faire une révision sommaire de l'évaluation clinique initiale incluant l'évaluation du risque de chute selon le cas et faire une note reflétant l'analyse et les interventions à l'Annexe 1.6. De plus, elles doivent compléter l'Annexe 1.5 selon le résultat de leur analyse;
- Toute contention appliquée d'urgence doit être réévaluée dans des délais de 72 heures maximum.

### **11. Modalités de réduction ou de cessation des mesures de contention physique**

Ces modalités ont pour objectif d'encadrer la réduction ou la cessation des mesures de contention physique chez un résident qui les utilise depuis plus d'une semaine. Les modalités se divisent en quatre parties distinctes :

- Identification d'un résident;
- Évaluation du potentiel;
- Décision et intervention;
- Résultat.

### 11.1. Identification du résident

Le résident pouvant bénéficier d'une réduction ou d'une cessation de l'utilisation d'une mesure de contention physique est identifié par l'équipe soignante suite aux motifs suivants :

- L'amélioration de l'état d'un résident;
- La révision du plan d'intervention ou du plan interdisciplinaire;
- La suggestion du résident, de ses proches ou d'un membre du personnel;
- Disparition du risque initial pour lequel la contention avait été installée.

La situation est alors portée à l'attention de l'assistante-infirmière-chef qui en assure le suivi auprès du chef d'unité à des fins de statistiques trimestrielles, de portrait de la clientèle et d'interventions proactives.

### 11.2. Évaluation du potentiel

Pour amorcer le processus de diminution ou de cessation de la contention physique, l'assistante-infirmière-chef doit :

- Informer l'ensemble du personnel;
- Informer le résident et/ou ses proches;
- Faire évaluer le résident par les intervenants suivants :
  - L'infirmière : Procède à l'évaluation du risque de chute, au besoin (Programme de prévention des chutes) et/ou la grille des comportements perturbateurs à l'annexe 2 de (POL-PRO-DSC-226 « Politique et procédure de gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) incluant le code blanc » et les compare à l'évaluation clinique initiale;
  - L'ergothérapeute : Complète au besoin, une évaluation de l'autonomie fonctionnelle, du positionnement, de l'environnement physique et des fonctions mentales;
  - La technologue en physiothérapie : Contribue à l'évaluation des capacités physiques générales et de l'équilibre du résident mobile en collaboration avec l'ergothérapeute. Elle procède aussi à une collecte de données évaluative pour sécuriser les transferts et la marche.

### **11.3 Décision et intervention**

Lorsque toutes les évaluations sont concluantes et que le résident et/ou ses proches sont informés et sont d'accord, la réduction d'une contention est amorcée pour en arriver ultimement à la cessation définitive de la contention physique. La décision doit être expliquée et documentée à l'Annexe 1.6 du résident et le PTI doit être ajusté.

L'assistante-infirmière-chef doit alors :

- Mettre en circulation la grille de suivi de la réduction/cessation de l'utilisation des mesures de contention (Annexe 1.10) afin que le personnel infirmier la complète pendant la période de réduction/cessation de contention;
- Informer le résident et ses proches du début de l'essai et des risques possibles;
- Inscrire au plan d'intervention et au plan de travail des préposés aux bénéficiaires les mesures de réduction/cessation à suivre;
- Informer le personnel sur les mesures de réduction/cessation à suivre afin d'assurer une surveillance adéquate.

### **11.4. Résultat**

Après deux semaines de suivi de réduction de contention, l'infirmière évalue la pertinence de cesser la contention ou de poursuivre le suivi auprès de l'équipe.

Après une cessation d'une mesure de contention, les documents pertinents et reliés à cette mesure doivent être révisés (dossier du résident, plan thérapeutique, plan de travail, etc.) et les proches doivent être avisés.

## **12. Registre des contentions et des mesures alternatives**

L'ergothérapeute tient un registre des contentions utilisées dans l'établissement et est responsable de la mise à jour annuelle de celui-ci.

La technologue en physiothérapie et les chefs d'unité tiennent un registre sur les principales mesures alternatives utilisées à la Résidence.

## **13. Rapport statistique sur l'utilisation des mesures de contention**

- Chaque trimestre, un rapport détaillé d'utilisateur de contention par étage ou unité est généré par l'adjointe administrative à la direction des services à la clientèle via le logiciel Sicheld et remis à la direction des services à la clientèle;
- Une copie des statistiques est envoyée par l'adjointe administrative au service de physiothérapie pour faciliter la constitution des groupes d'exercice.

#### **14. Gestion de la qualité de l'application des mesures de contention**

- Un programme de gestion de la qualité est intégré dans la démarche d'application des mesures de contention;
- Une grille de gestion de la qualité de l'application des mesures de contention sera complétée par le chef d'unité à la fin du processus d'application ou de révision de la mesure de contrôle (Annexe 1.9). Le chef d'unité s'assure que les éléments non conformes sont corrigés par l'assistante-infirmière-chef dans les 7 jours suivants;
- La gestion de la qualité de l'application des mesures de contention fait partie intégrale du programme de gestion de la qualité de la direction des services à la clientèle ainsi que du programme de gestion des risques et de la qualité de l'établissement;
- Tout incident ou accident survenant à la suite de l'application d'une mesure de contrôle doit faire l'objet d'une analyse et de recommandations du comité de gestion des risques au Conseil d'administration de l'établissement et doit être déclaré sur le formulaire AH-223-1 selon la « Politique et procédure de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents »;
- Des indicateurs de surveillance et de performance sont inscrits au tableau de bord de l'établissement.

#### **15. L'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle**

Chaque année, le conseil d'administration de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay recevra un rapport d'évaluation de la situation par le biais du tableau de bord de gestion.

#### **16. Mécanisme de plainte**

Si un résident ou son représentant exprime le souhait de formuler une plainte sur l'utilisation d'une mesure de contrôle. Il doit s'adresser au chef d'unité qui verra à effectuer le suivi nécessaire. Le résident ou son représentant peut également contacter la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal ou l'agente à la bientraitance et à la qualité du service, conformément à la politique sur la gestion proactive des insatisfactions (POL-PRO-DG-105).

#### **17. Plan de formation**

Selon les orientations ministérielles du Ministère de la Santé et des Services sociaux, il revient à chaque établissement de tout mettre en œuvre pour qu'une formation adaptée à sa clientèle et destinée à ses intervenants et ses gestionnaires soit offerte à l'intérieur de l'échéancier prévu dans le plan régional du MSSS.

La Résidence Berthiaume-Du Tremblay a déjà rédigé son plan de formation (voir Annexe 4) et en effectue annuellement le suivi.

## 18. Diffusion aux résidents et/ou à leurs proches

Afin d'informer adéquatement les résidents et leurs proches sur les mesures de contrôle, les activités suivantes seront mises sur pied :

- Rédaction et publication d'un dépliant sur l'application des mesures de contrôle. Ce feuillet est disponible dans les présentoirs de toutes les unités ainsi qu'au Centre de jour (Annexe 5);
- Dépôt de la politique sur le site internet de la résidence;
- Information sommaire disponible dans le guide d'accueil du résident.

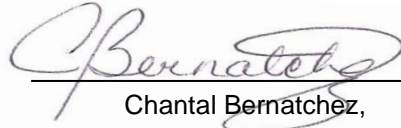
## 19. Utilisation des mesures de contrôle au Centre de jour Berthiaume-Du Tremblay

La présente politique s'applique également à la clientèle du Centre de jour Berthiaume-Du Tremblay. Présentement, aucun aîné du Centre de jour n'est porteur d'une mesure de contrôle. S'il s'avérait nécessaire d'utiliser une mesure de contrôle, les intervenants du Centre de jour appliqueraient la présente politique. Selon le besoin, les membres du personnel du Centre de jour recevront une formation initiale et une formation de mise à jour conformément au plan de formation de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay sur les mesures de contrôle.

Signé le 9 septembre 2022  
Date

par   
Karine Veillette,  
Directrice des services à la clientèle

Adopté par le 20 septembre 2022  
conseil d'administration Date

par   
Chantal Bernatchez,  
Directrice générale

N° de résolution : CA.22.98

Approuvé par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux le : 23 juin 2004

## APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTENTION PHYSIQUE

### *Justification de l'application de la mesure de contention*

- Motifs qui justifient l'application d'une mesure de contention :

- Assurer la sécurité physique des résidents
- Prévenir les chutes pour les résidents qui présentent des problèmes de tonicité ou des pertes sévères d'équilibres
- Contrer les oublis et les agitations qui causent des risques pour l'intégrité physique du résident atteint de déficits cognitifs
- Permettre une période de repos (déambulation excessive)

- Durée de l'application : \_\_\_\_\_

- Quelles sont les attentes du résident ou de son représentant : \_\_\_\_\_

- Membres du personnel impliqués dans la prise de décision : \_\_\_\_\_

- Consentement du Curateur :  OUI

Date : \_\_\_\_\_

TYPE DE CONTENTION	ENDROIT DE L'APPLICATION												CESSATION	
	Fauteuil Roulant			Fauteuil gériatrique			Lit			Fauteuil régulier				
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S		
Ceinture abdominale de type « Ségufix »														Date :
Ceinture de sécurité attachée à l'avant														Date :
Ceinture de sécurité attachée à l'avant avec cache-boucle														Date :
Ceinture de sécurité attachée à l'arrière														Date :
Ceinture pelvienne														Date :
Mitaines														Date :
Table de sécurité														Date :
Ridelles ou côtés de lit														Date :
Camisole d'incontinence														Date :

**SIGNATURE DES PROFESSIONNELS CONCERNÉS  
DANS LA PRISE DE DÉCISION**

→ Entrée en vigueur (faire le PTI)

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT OU DE REFUS DE L'APPLICATION DE MESURES DE CONTENTION

### CONSENTEMENT OU AUTORISATION À L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTENTION

Après avoir été informé (e) des conditions susceptibles de mettre en danger ma sécurité ou la sécurité de la personne hébergée ou celle d'autrui, des différentes options qui s'offrent pour prévenir de telles blessures, ainsi que les effets néfastes de l'application d'une mesure de contention de même que des risques ou des conséquences associés à chacune de ces options incluant l'application ou non d'une mesure de contention recommandée.

Je, soussigné (e), **CONSENS** ou **AUTORISE** l'application de la mesure de contention recommandée suivante :

TYPE DE CONTENTION	ENDROIT DE L'APPLICATION											
	Fauteuil roulant			Fauteuil gériatrique			Lit			Fauteuil régulier		
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Ceinture abdominale de type « Ségufix »												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant avec cache-boucle												
Ceinture de sécurité attachée à l'arrière												
Ceinture pelvienne												
Mitaines												
Table de sécurité												
Ridelles ou côtés de lit												
Camisole d'incontinence												

.....  
Résident ou son représentant légal

.....  
Date

.....  
Témoin à la signature

.....  
Date

### REFUS DE CONSENTIR OU D'AUTORISER L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTENTION

Après avoir été informé(e) des conditions susceptibles de mettre en danger ma sécurité ou la sécurité de la personne hébergée ou celle d'autrui, des différentes options qui s'offrent pour prévenir de telles blessures, ainsi que les effets néfastes de l'application d'une mesure de contention de même que des risques ou des conséquences associées à chacune de ces options incluant l'application ou non d'une mesure de contention recommandée.

Je, soussigné(e), **REFUSE** de consentir ou d'autoriser l'application de la mesure de contention recommandée suivante :

TYPE DE CONTENTION	ENDROIT DE L'APPLICATION											
	Fauteuil roulant			Fauteuil gériatrique			Lit			Fauteuil régulier		
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Ceinture abdominale de type « Ségufix »												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant avec cache-boucle												
Ceinture de sécurité attachée à l'arrière												
Ceinture pelvienne												
Mitaines												
Table de sécurité												
Ridelles ou côtés de lit												
Camisole d'incontinence												

.....  
Résident ou son représentant légal

.....  
Date

.....  
Témoin à la signature

.....  
Date

**RIDELLES UTILITAIRES**

Formulaire de consentement ou de refus à la surveillance lors de l'utilisation des ridelles de lit en mesure utilitaire.

Les ridelles ne sont pas considérées comme une mesure de contrôle (contention) lorsque leur utilisation a pour but de fournir des appuis à un résident pour lui permettre de se déplacer dans son lit ou lorsqu'elles sont remontées à la demande du résident parce qu'il a peur de tomber. Le résident doit cependant être conscient des risques potentiels, ne pas être susceptible de présenter un état de confusion et être en mesure de demander l'aide d'un intervenant et/ou d'attendre qu'un intervenant baisse la ridelle pour lui.

Les ridelles, même à la demande d'un résident, restreignent ce dernier à se lever seul de son lit; une surveillance applicable aux mesures de contentions peut être mise en place si le résident le désire.

- Je souhaite que le personnel assure une surveillance aux deux (2) heures lorsque les ridelles de lit sont appliquées en mesure utilitaire et que cette information soit consignée à mon dossier.
- Je souhaite que le personnel assure une surveillance usuelle lorsque les ridelles de lit sont appliquées en mesure utilitaire sans toutefois consigner cette information à mon dossier.

---

Signature du résident

---

Date

---

Signature du témoin

---

Date

En situation particulière, une discussion entre les professionnels concernés doit être entreprise afin de décider de la surveillance adéquate à mettre en place et une note au dossier doit être rédigée.



### GRILLE D'ÉVALUATION PRÉALABLE À L'APPLICATION D'UNE MESURE DE CONTENTION

Selon les composantes du modèle de Kayser-Jones

√ Compléter la grille pour identifier la nécessité d'appliquer une mesure de contention

	CRITÈRES D'ÉVALUATION	PRÉSENCE	ABSENCE	COMPORTEMENTS OU FAITS OBSERVÉS	ALTERNATIVES À LA CONTENTION MISES À L'ESSAI	REACTIONS AUX MESURES ALTERNATIVES ESSAYÉES
Personne	Comportement agressif envers lui-même					
	Comportement agressif envers autrui					
	Automutilation					
	Risque de chute (Suivant la grille, niveau élevé à très élevé)					
	Agitation motrice / déambulation excessive					
	Déshydratation					
	Médication (Neuroleptique, anxiolytique, antidépresseur)					
	Hallucinations					
	Désorientation dans le temps					
	Désorientation dans l'espace					
	Désorientation avec les personnes					
	Incontinence					
	Constipation					
	Expression non verbale des besoins					
	Altération de la vision					
	Altération de l'audition					
	Douleur/Inconfort					
	Atteinte à l'intégrité de la peau					
	Posture inadéquate					
	Difficulté de sommeil					
Anxiété/Peurs diverses						
Témérité/Manque d'autocritique						
Autres						

	CRITÈRES D'ÉVALUATION	PRÉSENCE	ABSENCE	COMPORTEMENTS OU FAITS OBSERVÉS	ALTERNATIFS À LA CONTENTION MISE À L'ESSAI	REACTIONS AUX MESURES ALTERNATIVES ESSAYÉES
Aspect psychosocial et	Valeurs culturelles différentes					
	Croyances religieuses différentes					
	Habitudes de vie antérieure non respectées					
	Barrière de langue					
	Méconnaissance (fonctionnement du milieu de soins, mots techniques, etc.)					
	Autres					
Aménagement physique	Environnement non sécuritaire					
	Environnement bruyant					
	Luminosité excessive					
	Vêtements inadéquats					
	Adaptation à la mobilité non adéquate					
	Autres					
Environnement humain	Support social/familial inapproprié					
	Absence ou manque de support social/familial					
	Comportement du personnel qui exacerbe la situation					
	Manque de stimulation					
	Autres					

**Constat infirmière :** Résident non à risque   
 Résident présente un risque pour lui-même (faire un PTI)   
 Résident présente un risque pour autrui (faire un PTI)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'infirmière

\_\_\_\_\_  
Date

### RÉÉVALUATION D'UNE MESURE DE CONTENTION PHYSIQUE

Date : \_\_\_\_\_

TYPE DE CONTENTION	ENDROIT DE L'APPLICATION											
	Fauteuil Roulant			Fauteuil gériatrique			Lit			Fauteuil régulier		
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Ceinture abdominale de type « Ségufix »												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant avec cache-boucle												
Ceinture de sécurité attachée à l'arrière												
Ceinture pelvienne												
Mitaines												
Table de sécurité												
Ridelles ou côtés de lit												
Camisole d'incontinence												

 Réduction / Cessation Maintien

Signature des professionnels concernés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

TYPE DE CONTENTION	ENDROIT DE L'APPLICATION											
	Fauteuil Roulant			Fauteuil gériatrique			Lit			Fauteuil régulier		
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Ceinture abdominale de type « Ségufix »												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant avec cache-boucle												
Ceinture de sécurité attachée à l'arrière												
Ceinture pelvienne												
Mitaines												
Table de sécurité												
Ridelles ou côtés de lit												
Camisole d'incontinence												

 Réduction / Cessation Maintien

Signature des professionnels concernés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE :** Si le type et l'endroit de contention changent lors de la réévaluation de la contention, il faut rédiger une nouvelle feuille d'application d'une mesure de contention. Justifier la prise de décision à l'Annexe 1.6 Notes d'observation – Réévaluation des contenions.

### RÉÉVALUATION D'UNE MESURE DE CONTENTION PHYSIQUE

Date : \_\_\_\_\_

TYPE DE CONTENTION	ENDROIT DE L'APPLICATION											
	Fauteuil Roulant			Fauteuil gériatrique			Lit			Fauteuil régulier		
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Ceinture abdominale de type « Ségufix »												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant avec cache-boucle												
Ceinture de sécurité attachée à l'arrière												
Ceinture pelvienne												
Mitaines												
Table de sécurité												
Ridelles ou côtés de lit												
Camisole d'incontinence												

 Réduction / Cessation Maintien

Signature des professionnels concernés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

TYPE DE CONTENTION	ENDROIT DE L'APPLICATION											
	Fauteuil Roulant			Fauteuil gériatrique			Lit			Fauteuil régulier		
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Ceinture abdominale de type « Ségufix »												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant												
Ceinture de sécurité attachée à l'avant avec cache-boucle												
Ceinture de sécurité attachée à l'arrière												
Ceinture pelvienne												
Mitaines												
Table de sécurité												
Ridelles ou côtés de lit												
Camisole d'incontinence												

 Réduction / Cessation Maintien

Signature des professionnels concernés : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTE** : Si le type et l'endroit de contention changent lors de la réévaluation de la contention, il faut rédiger une nouvelle feuille d'application d'une mesure de contention. Justifier la prise de décision à l'Annexe 1.6 Notes d'observation – Réévaluation des contenions.

## NOTE D'OBSERVATION RÉÉVALUATION DES CONTENTIONS

Date de la révision : \_\_\_\_\_

<b>CONTENTION 1</b>	Type :					Endroit :					
	Statut :	Maintien	<input type="checkbox"/>	Cessation	<input type="checkbox"/>	Cessation à venir	<input type="checkbox"/>				
	Analyse – Interventions / Recommandations										
<b>Contention 2</b>	Type :					Endroit :					
	Statut :	Maintien	<input type="checkbox"/>	Cessation	<input type="checkbox"/>	Cessation à venir	<input type="checkbox"/>				
	Analyse – Interventions / Recommandations										
<b>Contention 3</b>	Type :					Endroit :					
	Statut :	Maintien	<input type="checkbox"/>	Cessation	<input type="checkbox"/>	Cessation à venir	<input type="checkbox"/>				
	Analyse – Interventions / Recommandations										

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

P.-S. – Cette Annexe remplace la note au dossier de l'infirmière et doit être insérer à l'onglet « Contentions » du dossier du résident concerné.

## NOTE D'OBSERVATION RÉÉVALUATION DES CONTENTIONS

Date de la révision : \_\_\_\_\_

<b>CONTENTION 1</b>	Type :					Endroit :					
	Statut :	Maintien	<input type="checkbox"/>	Cessation	<input type="checkbox"/>	Cessation à venir	<input type="checkbox"/>				
	Analyse – Interventions / Recommandations										

<b>Contention 2</b>	Type :					Endroit :					
	Statut :	Maintien	<input type="checkbox"/>	Cessation	<input type="checkbox"/>	Cessation à venir	<input type="checkbox"/>				
	Analyse – Interventions / Recommandations										

<b>Contention 3</b>	Type :					Endroit :					
	Statut :	Maintien	<input type="checkbox"/>	Cessation	<input type="checkbox"/>	Cessation à venir	<input type="checkbox"/>				
	Analyse – Interventions / Recommandations										

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Signature

P.-S. – Cette Annexe représente la note au dossier de l'infirmière et doit être insérée à l'onglet « Contentions » du dossier physique du résident concerné.

## Demande de consentement à des mesures de contrôle

### Renseignements généraux

#### Personne concernée

Nom	Prénom
Date de naissance aaaa-mm-jj	N° de dossier au Curateur public (si connu)

#### Intervenant qui fait la demande

Nom	Prénom	Fonction
N° de téléphone	Poste	Nom de l'établissement
		Date de la demande aaaa-mm-jj

#### Intervenant à qui retourner le consentement

Nom	Prénom	Fonction
Nom de l'établissement		N° de télécopieur

### Aptitude de la personne concernée à consentir aux mesures de contrôle proposées

Important : Le fait que la personne soit sous régime de protection ne l'empêche pas de consentir à ses soins. Le professionnel qui propose les mesures de contrôle doit vérifier si la personne peut elle-même donner un consentement éclairé à ces mesures. Si elle est apte à le faire, c'est seulement elle qui consent et non le Curateur public.

La personne est :  **apte** à consentir (Si le professionnel juge la personne apte à consentir, vous n'avez pas de demande à faire, mais nous désirons en être informés si la personne est sous régime public. Contactez la Direction médicale et du consentement aux soins au 514 873-5228.)

**inapte** à consentir

Nom du professionnel qui propose les mesures de contrôle	Prénom	Fonction
Mesures de contrôle proposées		

### Opinion de la personne concernée

La personne accepte-t-elle les mesures de contrôle proposées?

- Accepte, mais compréhension limitée  
  Indifférente  
  Refuse catégoriquement (Un consentement substitué ne peut être demandé. Veuillez nous contacter.)  
 N'a pas été informée (précisez la raison) :  
 Incapable de comprendre  
  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### Description clinique

#### Comportements ou problématiques motivant le choix de ces mesures de contrôle


## Demande de consentement à des mesures de contrôle

### Mesures alternatives tentées


### Modalités d'application (Joignez le plan d'intervention.)


### Fréquence d'utilisation s'il s'agit d'un renouvellement


## Profil général

### Capacité d'expression des besoins, jugement et cognition


### Mobilité


### Continence


### Autonomie pour s'alimenter, se laver et s'habiller


### Activités


### Collaboration aux soins


## Opinion d'un proche

Un proche a été informé. (Précisez) :

Nom du proche	Prénom
Lien	
Opinion du proche	

Aucun proche de la personne n'est connu.

Aucun proche connu n'a pu être joint. (Précisez la raison) :





**GRILLE DE GESTION DE LA QUALITÉ DE L'APPLICATION  
DES MESURES DE CONTRÔLE ET DES RIDELLES UTILITAIRES**

ÉLÉMENTS D'OBSERVATION	C	N-C	N/A	REMARQUES
L'ordonnance professionnelle est complétée (Annexe 1.1)				
Le consentement est signé (Annexe 1.2)				
La grille d'évaluation préalable à l'application d'une mesure de contention (Annexe 1.4)				
L'évaluation du risque de chute a été faite au besoin (Annexe 4.1 Programme de l'examen clinique de l'aîné symptomatique)				
La grille de réévaluation d'une mesure de contention physique ( Annexe 1.5)				
Note d'observation réévaluation des contentions ( Annexe 1.6)				
La demande de consentement à des mesures de contrôle-curateur public (Annexe 1.7)				
La grille de surveillance pour le 1 <sup>er</sup> 24 heures d'utilisation d'une mesure de contention ( Annexe 1.11)				
La grille de surveillance de l'utilisation long terme d'une mesure de contention ( Annexe 1.12)				
La grille de surveillance du résident agité sous mesure de contention ( Annexe 1.13)				
L'information dans Sichel est conforme aux mesures mises en place				
Le PTI est complété				
La mesure de contention apparaît au plan de travail du PAB				
Le consentement pour les ridelles utilitaires est signé (Annexe 1.3) si requis				

**LÉGENDE**

**C : Conforme à la procédure d'application des mesures de contention.**

**N-C : Non conforme à la procédure d'application des mesures de contention**

**(Le chef d'unité s'assure que les éléments non conformes sont corrigés par l'assistante-infirmière-chef dans les 7 jours suivants).**

**C : Conforme à la procédure d'application des mesures de contention.**

**N/A : Non applicable**

Date de l'évaluation initiale : \_\_\_\_\_ Signature du chef d'unité : \_\_\_\_\_

Date correction : \_\_\_\_\_ Signature du chef d'unité : \_\_\_\_\_

**GRILLE DE SUIVI DE LA RÉDUCTION / CESSATION  
DE L'UTILISATION DES CONTENTIONS PHYSIQUES**

Date d'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_ Type de contention à réduire : \_\_\_\_\_

Date	Hre / Contention enlevée		Réactions physiques et psychiques du résident	Interventions	Initiales
	De	À			
Jour 1					
Jour 2					
Jour 3					
Jour 4					
Jour 5					
Jour 6					
Jour 7					
Jour 8					
Jour 9					
Jour 10					
Jour 11					
Jour 12					
Jour 13					
Jour 14					

\_\_\_\_\_

Date de cessation

\_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière





## GRILLE DE SURVEILLANCE DE L'UTILISATION LONG TERME D'UNE MESURE DE CONTENTION

Type de contention: \_\_\_\_\_

Période de non-contention planifiée: \_\_\_\_\_

Mois: \_\_\_\_\_

**Procédure d'utilisation :****Début de la contention** Mettre un D dans la case correspondant à l'heure la plus près et vos initiales dans la case en dessous**Fin de la contention:** Mettre un F dans la case correspondant à l'heure la plus près et vos initiales dans la case en dessous**Vérification obligatoire** Mettre vos initiales dans les cases ombragés

Vos initiales indiquent que vous avez vérifié que la contention est en bon état, bien installée et bien ajustée, que le résident est en bonne posture, que la peau est saine.

(si agitation verbale ou motrice, tente de se détacher, somnolent ou autre comportement anormal aviser l'infirmière)

## Surveillance requise aux deux heures

Heure	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
00:00																															
00:20																															
00:40																															
01:00																															
01:20																															
01:40																															
02:00																															
02:20																															
02:40																															
03:00																															
03:20																															
03:40																															
04:00																															
04:20																															
04:40																															
05:00																															
05:20																															
05:40																															
06:00																															
06:20																															
06:40																															
07:00																															
07:20																															
07:40																															
08:00																															
08:20																															
08:40																															
09:00																															
09:20																															
09:40																															
10:00																															
10:20																															
10:40																															
11:00																															
11:20																															
11:40																															

Vos initiales indiquent que vous avez vérifié que la contention est en bon état, bien installée et bien ajustée, que le résident est en bonne posture, que la peau est saine.

(si agitation verbale ou motrice, tente de se détacher, somnolent ou autre comportement anormal aviser l'infirmière)

Surveillance requise aux deux heures

Heure	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
12:00																																
12:20																																
12:40																																
13:00																																
13:20																																
13:40																																
14:00																																
14:20																																
14:40																																
15:00																																
15:20																																
15:40																																
16:00																																
16:20																																
16:40																																
17:00																																
17:20																																
17:40																																
18:00																																
18:20																																
18:40																																
19:00																																
19:20																																
19:40																																
20:00																																
20:20																																
20:40																																
21:00																																
21:20																																
21:40																																
22:00																																
22:20																																
22:40																																
23:00																																
23:20																																
23:40																																

init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____
init: _____	Signature: _____	init: _____	Signature: _____







**GRILLE DE SURVEILLANCE DU RÉSIDENT AGITÉ SOUS MESURE DE CONTENTION**

(Surveillance chaque 15 minutes requises)

Type de contention No. 1 : \_\_\_\_\_ Période de non-contention planifiée No. 1 : \_\_\_\_\_

Type de contention No. 2 : \_\_\_\_\_ Période de non-contention planifiée No. 2 : \_\_\_\_\_

Date :																									
Heures :																									
Contention No.	Installation																								
	Retrait																								
	En bon état																								
	Bien installée / ajustée																								
	Bonne posture																								
Comportement	Agitation motrice																								
	Agitation verbale																								
	Tentative de se détacher																								
	Calme																								
	Somnolent																								
	Autre																								
Intégrité de la peau	Peau intacte	OUI																							
		NON																							
Initiales des PAB																									

Date :																									
Heures :																									
Contention No.	Installation																								
	Retrait																								
	En bon état																								
	Bien installée / ajustée																								
	Bonne posture																								
Comportement	Agitation motrice																								
	Agitation verbale																								
	Tentative de se détacher																								
	Calme																								
	Somnolent																								
	Autre																								
Intégrité de la peau	Peau intacte	OUI																							
		NON																							
Initiales des PAB																									

Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_      Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_      Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
 Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_      Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_      Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
 Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_      Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_      Init. : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

✓ = En accord avec l'énoncé      \* Non-conforme, suivi fait

**Les PAB doivent aviser l'infirmière dans les plus brefs délais en cas de non-conformité ou de problématique.**



### Grille de vérification - Fonctionnement du moniteur de prévention des chutes

**Note : Pour s'assurer du fonctionnement, la lumière verte doit clignoter.**

NOM : \_\_\_\_\_ # CH. : \_\_\_\_\_ MOIS : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Localisation : \_\_\_\_\_ Nombre de MPC en place : \_\_\_\_\_

Date	JOUR				SOIR				NUIT			
	Début quart	Init.	Fin quart	Init.	Début quart	Init.	Fin quart	Init.	Début quart	Init.	Fin quart	Init.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

Init. _____	Signature _____	Init. _____	Signature _____	Init. _____	Signature _____
Init. _____	Signature _____	Init. _____	Signature _____	Init. _____	Signature _____
Init. _____	Signature _____	Init. _____	Signature _____	Init. _____	Signature _____

**P.-S. À la fin du mois, déposer le formulaire au dossier du résident à la section « Contention »**

## CEINTURE ABDOMINALE MAGNÉTIQUE DE TYPE « SÉGUFIX »

**Buts** : Éviter qu'un résident ne se relève seul et contrer l'agitation du résident au lit ou au fauteuil.

Le résident qui a un besoin important de bouger au lit.

**Contre-indications** : -Résident dont la condition médicale ne permet pas d'avoir une pression abdominale;  
-Stimulateur cardiaque.

Aucune autre contre-indication si cette contention est appliquée de façon sécuritaire, en respectant l'installation préconisée, soit : résident sur le dos pour l'ajustement initial.

### **NOTE :**

1. Pour un résident qui tente de sortir de la contention en allant vers le pied du lit : une partie pelvienne peut être ajoutée à ce type de contention.
2. Pour un résident qui tente de sortir de la contention en remontant, des bretelles peuvent être ajoutées.
3. Pour un résident dont la condition de peau ou la présence de plaies nécessiterait un dégagement de pression plus complet, des courroies supplémentaires peuvent être ajoutées pour immobiliser le résident sur le côté.
4. La Ségufix au fauteuil est utilisée en situation d'urgence seulement et doit être remplacée par une ceinture de sécurité, attache avant ou arrière, le plus rapidement possible.

### **INSTALLATION :**

La procédure d'installation se retrouve aux pages suivantes.

## INSTALLATION DE LA CEINTURE ABDOMINALE DE TYPE « SÉGUFIX »



Triangle aimanté

Poser le triangle aimanté sur la porte de la chambre du résident afin d'aviser le personnel infirmier que ce résident utilise la ceinture SÉGUFIX et qu'une surveillance étroite doit être effectuée.



Clé magnétique

Toujours disposer l'aimant dans un endroit facile d'accès et connu du personnel infirmier. Par exemple, on peut garder une clé magnétique dans un endroit facilement accessible (comme au pied du lit) et hors de la portée du résident.

## MISE EN GARDE



Toujours remonter les côtés de lit lorsqu'on utilise SÉGUFIX;



La clé magnétique peut interférer avec le fonctionnement d'un stimulateur cardiaque. Le dispositif doit être maintenu à une distance de 10 cm à cause d'un risque de tachycardie.



Ne pas immerger les boutons magnétiques dans l'eau, ce qui pourrait endommager le mécanisme.



Les boutons se retirent plus facilement lorsqu'on relâche la pression.



En cas d'urgence, si les clés magnétiques sont introuvables, on peut dégager le résident en écrasant la tête noire du bouton à l'aide d'une paire de pinces.



Les résidents utilisant la ceinture SÉGUFIX doivent se trouver sous la responsabilité de professionnels compétents.



Bouton breveté

## INSTALLATION DE LA CONTENTION SÉGUFIX STANDARD

### Fonctions

- Positionnement de résidents agités.

### Avertissement

L'utilisation incorrecte du système de contention SEGUFIX Standard peut causer des blessures sérieuses ou l'étranglement du résident.

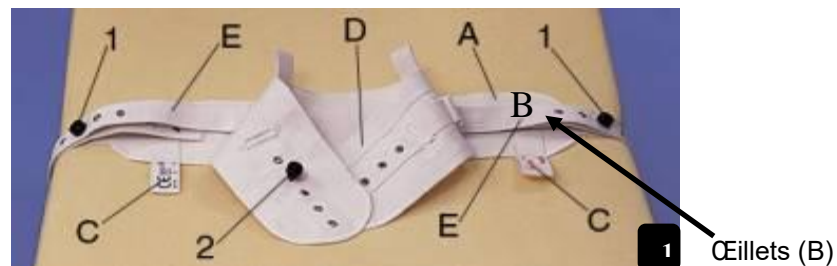
- **Le système de contention SEGUFIX standard doit toujours être utilisé avec les fixations latérales. Sans l'utilisation de ces fixations, le résident pourrait se retourner et s'étrangler;**
- Les côtés de lit doivent être levés;
- La ceinture de lit doit être ajustée fermement à la base du lit.

### À noter :

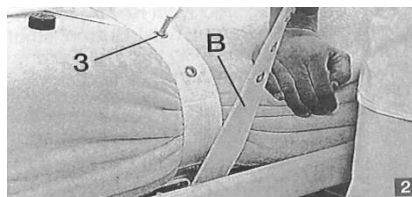
Les fixations latérales n'empêchent pas le résident de s'asseoir dans le lit.

- Fixation de la contention SEGUFIX Standard avec la serrure magnétique brevetée au lit :

1. Placer la ceinture plus large (A) et les courroies avec œillets (B) sur le lit à la hauteur de la taille du résident. L'étiquette « SEGUFIX Hamburg » (C) devrait pointer vers le pied du lit.



2. Insérer les courroies à œillets (B) de chaque côté du lit entre le matelas et la base du lit ou dans la partie pliante de la base de lit (voir image 2). Tirer la courroie fermement vers le bas et ensuite autour de la base du lit. S'assurer que la courroie à œillet n'entrave pas le mécanisme du lit. Tirer la courroie fermement et placer un œillet par-dessus la tige de laiton (3) de la serrure brevetée (1).
3. Placer le bouton magnétique sur la tige de laiton et verrouiller. La ceinture doit être bien ajustée au lit avant l'utilisation.

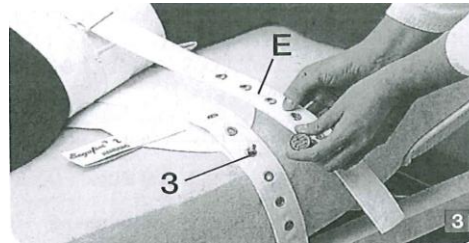


4. Vous devriez maintenant tester l'ajustement. Vous ne devriez pas être en mesure de séparer le bouton de la tige.

I

## ➤ Apposer la ceinture de taille au résident :

1. Coucher le résident sur la ceinture de taille dépliée (D) de manière à ce que la ceinture soit à la hauteur de la taille du résident (et non pas à la hauteur de bassin ou de la poitrine).
2. À l'intérieur de la ceinture, il y a une housse qui sert à tenir la tige de laiton de la serrure en place. Sélectionner l'œillet qui positionne la serrure au centre de la ceinture lorsqu'elle est en place.
3. Envelopper la ceinture autour de la taille du résident et la verrouiller avec la serrure. Les nombreux œillets permettent un meilleur ajustement.
4. Les ceintures doivent être ajustées sans entraver la respiration. Vous devriez pouvoir passer votre main à plat entre le résident et la ceinture.
5. Placer la tige en laiton de la ceinture dans l'œillet de la bretelle de fixation latérale.



Placer le bouton magnétique au-dessus de la tige en laiton.

6. Les nombreux œillets permettent les mouvements latéraux du résident et doivent être placés selon les consignes du professionnel.
7. **Ne jamais enlever les fixations latérales. Sans l'utilisation de ces fixations, le résident pourrait se retourner et s'étrangler.**
8. Vous devriez maintenant tester l'ajustement. Vous ne devriez pas être en mesure de séparer le bouton de la tige.

## INSTALLATION DE LA CONTENTION SEGUFIX – CHAIR BELT

### Application

Support et positionnement du résident au fauteuil.

### À noter :

- Pour assurer la sécurité de la ceinture SEGUFIX-CHAIR BELT, un minimum de 30 cm de courroie devrait se chevaucher quand elle est attachée.
- La ceinture de chaise (CHAIR BELT) de SEGUFIX n'empêche pas la chaise de renverser.

### Comment attacher la ceinture SEGUFIX – CHAIR BELT au fauteuil :

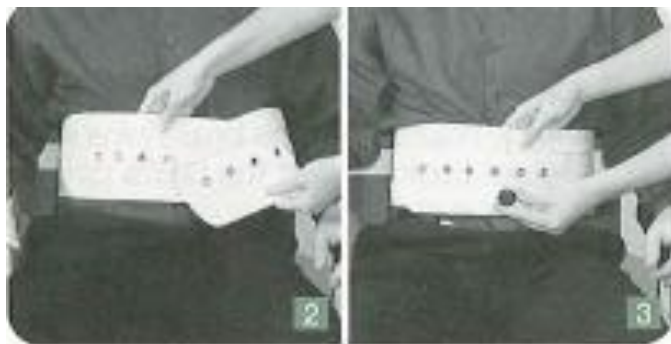
- Mettre les deux ceintures d'attachement autour du dossier et sécurisez-les avec l'attache (image 1).
- La ceinture d'attachement doit être passée dans la boucle de l'attache comme indiqué dans l'image 1 pour empêcher qu'elle se desserre.



### Comment attacher la ceinture SEGUFIX-CHAIR BELT au résident :

- À l'intérieur de la ceinture de taille, il y a une fente qui retient la tige de laiton (image 2) en place. Choisissez l'œillet qui place la serrure (2) au milieu de la ceinture de taille.
- Les nombreux œillets permettent à la ceinture d'être ajustée convenablement autour de la taille du résident.
- Envelopper la ceinture de taille sur l'estomac du résident (voir l'image 3) et sécurisez-la avec la serrure (voir l'image 3).

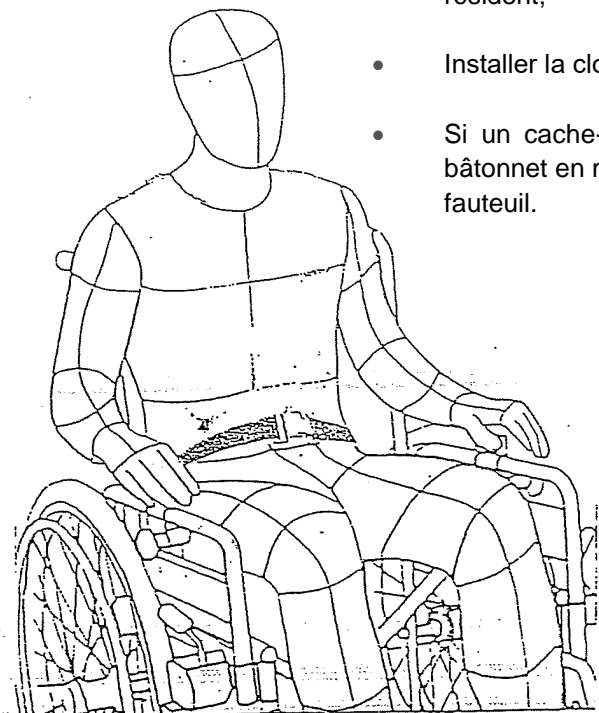
- S'assurer que la ceinture est confortable, mais pas trop serrée. La respiration du résident ne doit pas être difficile. Vous devriez être capable de faire glisser votre main à plat entre la ceinture et le résident.
- Tester la serrure afin de vous assurer qu'elle tienne. Vous ne devriez pas être capable de séparer le bouton de la tige de laiton.





**CEINTURE DE SÉCURITÉ ATTACHÉE À L'AVANT AVANT OU SANS CACHE-BOUCLE**

- Buts** :
- Éviter qu'un résident à risque imminent de chute ne se lève seul.
- Clientèle** :
- Le résident téméraire ou non conscient des dangers avec une diminution de force ou de mise en charge aux membres inférieurs ou présentant des troubles d'équilibre.
- Contre-indications** :
- Résident dont la condition médicale ne permet pas d'avoir une pression abdominale.
- Installation** :
- S'assurer de la collaboration du résident;
  - Expliquer les manœuvres au résident lors de l'installation de la ceinture de sécurité;
  - Installer la ceinture (fermeture à boucle) au niveau des hanches du résident par-dessus les vêtements : Cette ceinture est fixée à l'assise du fauteuil de manière à obtenir un angle de 45 degrés au niveau des hanches de l'individu pour assurer un bon alignement;
  - S'assurer que la ceinture est confortable, mais pas trop serrée. La respiration du résident ne doit pas être entravée. Vous devriez être capable de faire glisser votre main à plat entre la ceinture et le résident;
  - Installer la cloche d'appel à la portée, selon le cas;
  - Si un cache-boucle est installé, il doit être détaché à l'aide du bâtonnet en métal prévu à cet effet et qui est préalablement fixé au fauteuil.



## CEINTURE PELVIENNE

- Buts** :
- Contrer le glissement.
- Clientèle** :
- Le résident qui présente un problème de glissement et qui ne peut se lever seul sans risque de chute.
- Contre-indications** :
- Résident qui présente des irritations cutanées particulièrement aux aines;
  - Résident ayant une condition médicale qui empêche une pression au niveau abdominal.
- Installation** :
- S'assurer de la collaboration du résident;
  - Expliquer les manœuvres au résident lors de l'installation de la ceinture pelvienne;
  - Appliquer les freins sur le fauteuil pendant l'installation;
  - Placer la plus petite partie de la ceinture pelvienne sur le fauteuil de l'usager, faire passer les attaches à l'arrière du fauteuil du résident, enclencher la boucle et serrer;
  - Laisser la plus grande partie de la ceinture pelvienne à plat sur le siège du fauteuil du résident;
  - Asseoir le résident et ramener la plus grande partie du triangle de la ceinture entre ses cuisses; la partie du triangle de la ceinture s'appuie sur l'abdomen du résident;
  - Passer les attaches vers l'arrière du fauteuil par-dessus les bras du fauteuil, enclencher la boucle derrière le dossier et serrer;
  - S'assurer que la ceinture est confortable, mais pas trop serrée. La respiration du résident ne doit pas être entravée. Vous devriez être capable de faire glisser votre main à plat entre la ceinture et le résident;
  - Installer la cloche d'appel à la portée, selon le cas.



## MITAINES

- Buts** :
- Éviter qu'un résident s'automutile, se blesse ou blesse les intervenants ;
  - Limiter les mouvements lors d'un traitement important (I/V, plaie) afin d'accélérer le processus de guérison.
- Clientèle** :
- Le résident non collaborant aux traitements.
- Contre-indications** :
- Résident qui présente des irritations cutanées.
- Installation** :
- Consulter les instructions du fabricant, certaines particularités peuvent s'appliquer selon les modèles;
  - Expliquer les manœuvres au résident lors de l'installation des mitaines;
  - Installer la cloche d'appel adaptée, disponible au service d'ergothérapie à la portée, selon le cas;
  - S'assurer lors de chaque visite que les mitaines sont bien ajustées et qu'elles ne blessent pas le résident.



## TABLE DE SÉCURITÉ

- Buts** :
- Offrir un rappel à la personne qui ne peut se lever seule par manque de force ou diminution de la mise en charge aux membres inférieurs ou présentant des troubles d'équilibre;
  - Contrer les oublis et favoriser une demande d'aide pour se lever;
  - Offrir une possibilité d'appui aux membres supérieurs en améliorant le confort et le positionnement;
  - Favoriser l'installation de matériel utilitaire ou de loisir devant le résident.
- Clientèle** :
- Le résident qui a tendance à surestimer ses capacités;
  - Le résident avec déficits cognitifs qui ne peut se lever seul sans risque de chutes;
  - Le résident avec problème de force ou de mise en charge aux membres inférieurs ou présentant des troubles d'équilibre.
- Contre-indications** :
- Cet outil n'est pas conçu pour prévenir ou contrer le glissement.
- Installation** :
- S'assurer de la collaboration du résident;
  - Expliquer les manœuvres au résident lors de l'installation au fauteuil gériatrique, au fauteuil roulant ou à la base roulante;
  - Installer le résident confortablement selon la sorte de fauteuil utilisé, pour les fauteuils de type Optimum un pictogramme à l'arrière du dossier indique le mode d'utilisation;
  - Enclencher la tablette, ajuster en plaçant une main entre l'abdomen du résident et la tablette;
  - Pour les résidents en fauteuil roulant ou en base roulante, la table est fixée par une ceinture qui s'attache derrière le dossier;
  - Installer au besoin la cloche d'appel à la portée, selon le cas;
  - Installer un dispositif limitant les glissements.



## RIDELLES OU CÔTÉS DE LIT

### Buts :

- Éviter les chutes du lit;
- Contrer les oublis et favoriser une demande d'aide pour se lever.

### Clientèle :

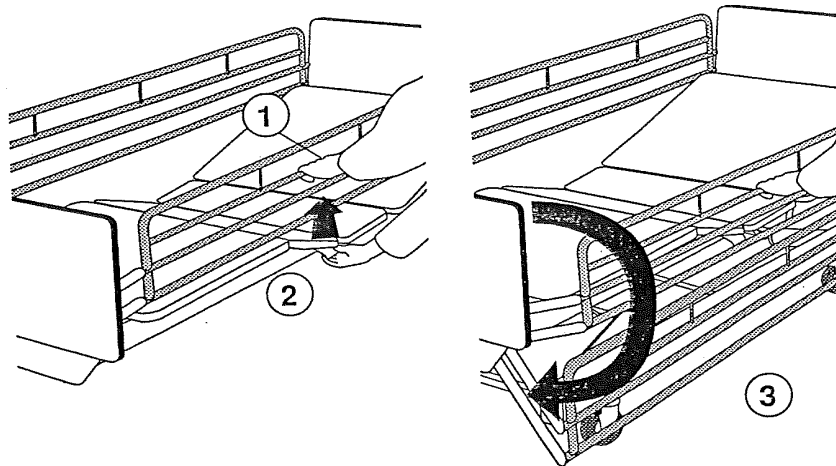
- Le résident qui ne peut se lever seul sans risque de chute;
- Le résident à risque de chute du lit;
- Le résident qui porte une ceinture abdominale au lit;
- Le résident qui en fait la demande.

### Contre-indication :

- Résident agité qui tenterait de passer par-dessus les ridelles ou le pied du lit.

### Installation pour lit régulier à 2 ridelles :

- S'assurer de la collaboration du résident;
- Expliquer les manœuvres au résident lors de l'installation des côtés;
- Placer la cloche d'appel à la portée de la main du résident;
- Pour abaisser le côté de sûreté :
  1. Saisir la membrure médiane du côté de sûreté en son centre;
  2. De l'autre main, lever le levier de déblocage. Soulever légèrement le côté pour dégager le mécanisme de verrouillage;



3. Faire pivoter la barrière jusqu'à sa position basse. Le côté se rangera automatiquement sous le sommier.
  - Pour ramener le côté en position haute :
  - Saisir la membrure médiane du côté de sûreté en son centre, puis faire pivoter le côté en le levant jusqu'à l'enclenchement du mécanisme de blocage;
  - Expliquer au résident, si sa condition le permet, qu'il doit appeler pour se lever du lit;
  - Vérifier si les côtés sont solidement enclenchés lors de chaque visite à la chambre;
  - Aviser l'infirmière auxiliaire si le résident ne désire plus de ridelles de lit ou s'il s'y oppose.

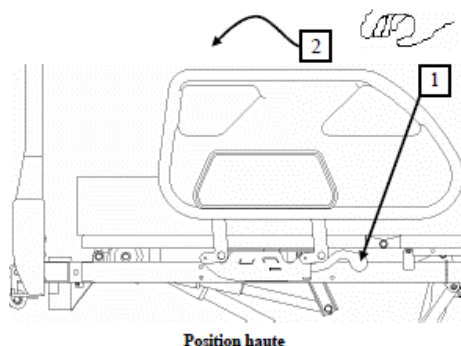
**Installation pour lit à 4 ridelles :**

- Pour **baisser un côté de lit de tête**, saisissez le côté indiqué, activez le levier de déverrouillage et pivotez le côté vers le bas en direction de la tête du lit jusqu'à ce qu'il soit complètement descendu;
- Pour **baisser un côté de lit de pied**, la même procédure que pour le côté de tête s'applique, sauf que le côté pivotera vers le pied du lit en descendant;
- Pour **relever un côté de lit de tête**, saisissez le côté à l'endroit indiqué et pivotez le côté vers le haut en direction de la tête du lit jusqu'à ce qu'il se verrouille automatiquement en position haute;
- Pour **relever un côté de lit de pied**, la même procédure que pour le côté de tête s'applique, sauf que le côté pivotera vers le pied du lit en montant.

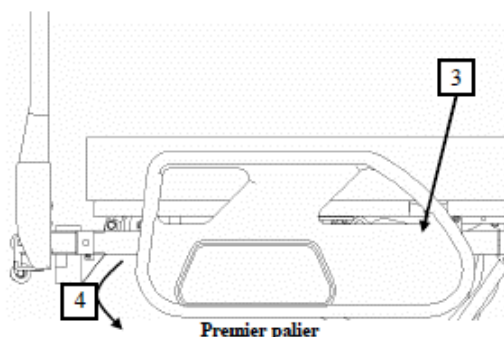


**Installation pour lit à profil bas à 4 ridelles :**

1. Pousser le levier situé en dessous du côté de lit, et le maintenir.
2. Déplacer le côté de lit vers le bas avec un mouvement de rotation. Pour accroître la sécurité, le côté se bloque peu après l'avoir actionné. Appuyer de nouveau sur le levier et déplacer le côté jusqu'à ce qu'il s'arrête au premier palier.

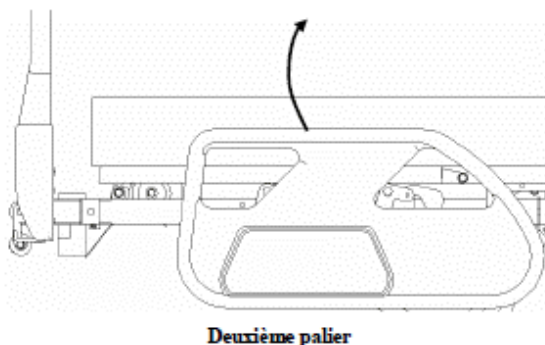


3. Pousser et maintenir le levier à nouveau.
4. Déplacer le côté vers le bas avec un mouvement de rotation jusqu'au deuxième palier.



Pour remettre en position haute :

5. Tirer vers le haut avec un mouvement de rotation pour le remonter;
6. S'assurer que le côté est bien verrouillé en tentant de le déplacer longitudinalement.



**Attention !** Veiller à ce que rien ne puisse entraver le mouvement des côtés de lit (couvertures, membres du résident, etc.) avant de les actionner.

## RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS

### ➤ **Directrice des services à la clientèle**

- Est responsable de l'application de cette présente politique;
- Révise la politique aux 3 ans;
- Amorce l'exercice du contrôle de la qualité annuellement;
- Analyse les statistiques trimestrielles.

### ➤ **Directrice adjointe des à la clientèle**

- Agit comme personne-ressource s'il y a lieu;
- Effectue des recherches et achats nécessaires de produits reliés aux mesures de contention susceptibles de répondre aux besoins du résident.

### ➤ **Médecin traitant**

- Est consulté au besoin pour s'assurer qu'il n'y a aucune contre-indication médicale au port d'une contention physique;
- Peut décider d'une mesure de contention en collaboration avec l'équipe;
- Participe au besoin, aux réévaluations périodiques ou lors d'un changement de l'état du résident;
- Doit prescrire et réévaluer annuellement ou au besoin les contentions chimiques, en collaboration avec l'équipe soignante et la pharmacienne.

### ➤ **Chef d'unité**

- S'assure que la politique sur l'application des contentions est respectée;
- S'assure que les intervenants connaissent la politique et soient formés pour l'appliquer;
- Remplit les formulaires de contrôle de la qualité du processus d'application des mesures de contrôle lors de l'application et la révision d'une mesure de contention et lors de l'exercice de contrôle de la qualité annuel.

### ➤ **Chef d'activités**

- Est responsable d'amorcer la démarche et de faire respecter l'application de la politique en l'absence du chef d'unité;
- Décide d'une mesure de contention en collaboration avec l'équipe;
- Participe aux évaluations périodiques au besoin;
- Doit informer le chef d'unité de toute modification survenue en son absence.



➤ **L'assistante-infirmière-chef**

- Coordonne toute la démarche de l'équipe et rédige la feuille d'application de la mesure de contention (Annexe 1.1);
- Implique les proches dans la décision de l'équipe;
- Obtient du résident ou de son représentant légal, un consentement libre, éclairé et continu (Annexe 1.2);
- S'assure que le choix, l'application et la surveillance de la contention se font de façon adéquate;
- S'assure de la révision du processus de contention tous les trois (3) mois ou au besoin lors d'un changement de l'état du résident (Annexe 1.5) et complète l'Annexe 1.6 « Note d'observation – Réévaluation » prévu à cet effet;
- S'assure que les données statistiques Sichel sont à jour afin que l'agente administrative à la direction des services à la clientèle génère les statistiques de mesures de contention des unités chaque trimestre;
- Fait la mise à jour des plans de travail en matière de contention;
- Corrige les éléments non conformes suite aux contrôles de la qualité.

➤ **Infirmière**

- Effectue les évaluations cliniques préalables à l'application des mesures de contention;
- Met en œuvre tous les moyens susceptibles d'éviter la contention en collaboration avec l'ergothérapeute;
- S'assure que les formulaires d'évaluation clinique préalable à l'application des mesures de contention soient complétés;
- S'assure que le choix du résident et/ou de son représentant légal ou du curateur soit respecté;
- Décide d'une mesure de contention en collaboration avec l'équipe;
- Applique la contention selon les balises déterminées concernant le type de contention, le moment, le lieu, la durée et la fréquence;
- Participe au respect des modalités sur l'application des contentions;
- Effectue ou supervise la surveillance des porteurs de contention;
- Surveille les réactions du résident;
- S'assure auprès du personnel que l'application de la contention se fait de façon adéquate;
- Participe aux révisions périodiques des contentions selon les besoins des résidents sous sa responsabilité;
- Inscrit les notes au dossier du résident et au plan thérapeutique infirmier. Pour tout problème, en fait part à l'assistante-infirmière-chef.

**PS : La candidate à la profession infirmière (CEPI) ne peut décider de l'utilisation de mesures de contention.**

➤ **Ergothérapeute**

- Tient à jour le registre des contentions de l'établissement;
- Doit évaluer les situations;
- Décide d'une mesure de contention en collaboration avec l'équipe;

- Propose certaines des mesures alternatives spécifiques et les applique;
- Recommande le type de contention selon l'état et le besoin de chacun des résidents;
- Participe à la réévaluation des contentions;
- Peut-être formateur pour les intervenants au niveau des mesures alternatives spécifiques, d'outils particuliers et des contentions utilisées;
- Participe aux discussions d'équipe;
- Décide du type de ceinture à utiliser pour un résident et est la personne autorisée par l'établissement pour procéder à l'installation de celle-ci au fauteuil du résident.

➤ **Technologue en physiothérapie**

- Participe à l'évaluation de la condition neuro-musculo-squelettique du résident en collaboration avec l'ergothérapeute au besoin;
- Procure les aides techniques appropriées afin de faciliter et sécuriser les transferts et la marche;
- Installe et ajuste les contentions au fauteuil roulant (ceinture cache-boucle) à la demande de l'AIC suite à l'évaluation de l'équipe multidisciplinaire;
- Enseigne les méthodes de transferts et de marche au besoin;
- Effectue les séances d'exercices individuelles ou de groupe;
- Propose certaines mesures alternatives en collaboration avec l'équipe;
- Participe à la réévaluation des contentions;
- Participe aux discussions d'équipe au besoin.

➤ **Intervenante psychosociale**

- Agit comme consultante s'il y a un problème de perception du résident ou des proches quant à l'application de la contention;
- Offre du soutien ou de l'information au résident et ses proches.

➤ **Infirmière auxiliaire**

- Participe à la démarche établie et aux discussions d'équipe;
- Participe au respect des modalités sur l'application des contentions;
- Aide à trouver des moyens alternatifs pour éviter la contention;
- Applique la contention selon les balises déterminées concernant le type de contention, le moment, le lieu, la durée et la fréquence;
- Vérifie l'état physique et psychologique du résident (exemple : rougeur, plaie, humeur, changement de comportement, etc.). Pour tout problème, en fait part à l'infirmière;
- S'assure que la surveillance des porteurs de contentions est effectuée par les préposés aux bénéficiaires et collabore à la surveillance;
- Participe aux révisions périodiques ou selon les besoins des résidents;
- Inscrit les notes au dossier du résident et respecte les consignes du plan thérapeutique infirmier.

➤ **Préposé(e) aux bénéficiaires**

- Participe à la démarche établie et aux discussions d'équipe;
- Participe au respect des modalités sur l'application des contentions;
- Aide à trouver des moyens alternatifs pour éviter la contention;
- Utilise les moyens alternatifs sélectionnés;
- Applique la contention de façon adéquate selon le protocole établi et selon le type de contention, le moment, le lieu, la durée et la fréquence;
- Vérifie l'état physique et psychologique du résident (exemple : rougeur, plaie, humeur, changement de comportement, etc.). Pour tout problème, en fait part à l'infirmière ou à l'infirmière auxiliaire;
- Assure la surveillance des porteurs de contentions et complète les grilles de surveillance requises;
- Participe aux révisions périodiques ou selon les besoins;

➤ **Conseillère en soins infirmiers**

- Participe à la rédaction et l'application du plan de formation sur les mesures de contrôle;
- Agit comme personne-ressource s'il y a lieu;
- Dispense des activités de formation et de mise à jour aux intervenants et aux gestionnaires de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay ainsi que du Centre de jour;
- Tient à jour la liste des personnes qui ont reçu des activités de formation et de mise à jour sur les mesures de contrôle;
- Effectue des recherches et achats nécessaires de produits reliés aux mesures de contention susceptibles de répondre aux besoins du résident;
- Participe aux activités de contrôle de la qualité du processus d'application des contentions.

## PLAN DE FORMATION

Le plan de formation de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay se divise en quatre parties distinctes. Il s'agit de :

1. La diffusion de la politique révisée ainsi que la formation de tous les intervenants actuels de la Résidence Berthiaume-Du Tremblay et du Centre de jour face à l'application des mesures de contrôle.
2. La formation de mise à jour face à l'application des mesures de contrôle.
3. La formation des nouveaux employés et des stagiaires.
4. La diffusion de la politique aux résidents et/ou à leurs proches.

Le plan de formation s'adresse aux intervenants suivants :

➤ **À la Résidence Berthiaume-Du Tremblay**

- Les médecins;
- Les chefs d'unité;
- Les chefs d'activités;
- Le personnel infirmier;
- La conseillère en gestion des risques et de la qualité;
- La commissaire à la qualité des services;
- Les préposées aux bénéficiaires;
- Les intervenantes psychosociales;
- La technologue en physiothérapie;
- La pharmacienne;
- Le personnel régulier d'agence;
- Les stagiaires.

La formation est dispensée par la conseillère en soins infirmiers.

➤ **Au Centre de jour**

- La chef du Centre de jour;
- L'infirmière;
- La préposée aux bénéficiaires;
- La technologue en physiothérapie;
- Les assistants en réadaptation;
- Les éducateurs;
- La travailleuse sociale;
- Le chauffeur du minibus adapté.

PS : Tout personnel d'agence qui travaille plus d'une fois par semaine à la Résidence Berthiaume–Du Tremblay est considéré personnel régulier d'agence.

**1. Première diffusion et formation des intervenants actuels**

Afin de s'assurer que tous les intervenants concernés comprennent et appliquent bien la politique révisée, les interventions suivantes seront mises en place :

- Diffusion de la politique révisée sur toutes les unités, au Centre de jour ainsi que dans les réunions de service;
- Séances de formation de groupe (60 minutes) offertes à l'ensemble des intervenants actuels;
- Le personnel d'agence régulier sera convoqué aux séances de formation de groupe en même temps que le personnel actuel;
- La politique révisée sera envoyée aux directions des agences de soins ayant une entente de service avec la Résidence Berthiaume-Du Tremblay afin de les informer adéquatement de notre politique;
- Des capsules de formation sont également disponibles au répertoire suivant :
  - COMMUN;
  - Formation;
  - Mesures de contrôle.

**2. Formation de mise à jour**

Afin de s'assurer que tous les intervenants maintiennent à jour leurs compétences sur l'application des mesures de contrôle, les interventions suivantes seront mises en place :

- Aux deux ans, les intervenants recevront une formation de mise à jour d'une durée approximative de 60 minutes. Cette formation sera intégrée à la formation PDSB déjà en place dans l'établissement. Une partie théorique ainsi qu'une révision des techniques d'installation des mesures de contention seront insérées à cette formation;

- Des personnes ressources sont formées par la conseillère en soins infirmiers afin d'assurer de la formation continue ainsi que le mentorat auprès de ses pairs. Cette dernière tient un registre à jour afin d'effectuer une rotation des personnes ressources.

### **3. Formation aux nouveaux employés et aux stagiaires**

Afin de s'assurer que tous les nouveaux employés et les stagiaires concernés soient informés de la politique sur les mesures de contrôle, les mesures suivantes seront instaurées :

- Intégration et explication de la politique sur les mesures de contrôle au programme d'orientation des nouveaux employés et au programme d'accueil des stagiaires.

### **4. Diffusion de la politique aux résidents et/ou à leurs proches**

Afin d'informer adéquatement les résidents et leurs proches sur les mesures de contrôle, les activités suivantes seront mises sur pied :

- Rédaction et publication d'un dépliant sur l'application des mesures de contrôle. Ce feuillet est disponible dans les présentoirs de toutes les unités ainsi qu'au Centre de jour (Annexe 5);
- Dépôt de la politique sur le site internet de la résidence;
- Information sommaire disponible dans le guide d'accueil du résident.

### Conditions d'applications de la contention orientées par les principes directeurs

- Les contentions utilisées le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de **risque imminent**;
- Les substances chimiques et la contention ne doivent être envisagées qu'en **dernier recours**;
- Lors de l'utilisation d'une mesure de contention, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la **moins contraignante** pour la personne;
- L'application d'une mesure de contention 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**;
- La décision d'appliquer une mesure de contention faisant suite à une évaluation, se décide dans un **contexte interdisciplinaire** (personnel infirmier, ergothérapeute et/ou physiothérapeute) et **avec l'autorisation et la collaboration du résident ou de ses proches**.

### Consentement

Lorsque la décision d'utiliser la contention a été prise, il est obligatoire d'obtenir l'autorisation écrite du résident ou de son représentant légal. La situation d'urgence est le seul moment où le résident peut être contentonné contre son gré et sans autorisation préalable, mais cette mesure demeure temporaire et exceptionnelle.

### Réduction ou cessation d'une mesure de contention

Les mesures de contrôle sont réévaluées minimalement tous les trois mois ou lors de tout changement dans l'état d'un résident. Une nouvelle évaluation de la situation actuelle est nécessaire afin de bien cibler les problématiques ainsi que la meilleure conduite à tenir. Ce processus continu de réévaluation permet au résident d'obtenir en tout temps les soins qui sont le mieux adaptés à sa situation actuelle, et ce, tout en assurant son bien-être physique et psychologique. Lorsque la situation actuelle permet la réduction ou la cessation d'une mesure de contrôle, la décision est prise en interdisciplinarité avec la collaboration du résident et/ou ses proches.

### En conclusion :

Ce qu'il est important de retenir, c'est que la mise en place d'une contention n'est pas un geste anodin. Il arrive parfois que les impacts négatifs de la contention surpassent ses bienfaits et que les conséquences d'une contention puissent être importantes, voire dangereuses. Par exemple, un résident qui chute en passant par-dessus ses ridelles risque de se blesser plus gravement que s'il chute de son lit au plus bas avec un tapis de chute installé au sol. « C'est un pensez-y-bien » !

## L'utilisation des mesures de contrôle



### RÉSIDENCE BERTHIAUME-DU TREMBLAY

1635, boulevard Gouin Est  
Montréal (Québec) H2C 1C2

Téléphone : (514) 381-1841

Site internet : <http://residence-berthiaume-du-tremblay.com>

Septembre 2022

## Préambule

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

À la résidence Berthiaume-Du-Tremblay, les mesures de contrôles ne sont pas des moyens pris à la légère. En plus de respecter les orientations ministérielles, la résidence met en évidence les effets néfastes à l'utilisation des contentions et prône l'utilisation des mesures alternatives plutôt que l'utilisation des mesures de contrôle.

### Qu'est-ce qu'une contention ?

C'est une 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 (MSSS 2002).

Les côtés de lit (ridelles), les ceintures de sécurité au fauteuil, les tablettes fixées au fauteuil, les mitaines sont des exemples de contentions que l'on peut retrouver à la Résidence Berthiaume-Du-Tremblay.

Lorsqu'un résident peut décider de retirer lui-même une mesure de contrôle, cette mesure n'est plus considérée comme une contention.

Certains médicaments (substance chimique) peuvent limiter la capacité d'action d'une personne, ils sont donc considérés eux aussi comme une mesure de contrôle.

### Quels sont les effets néfastes ?

La décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas banale et entraîne des effets très graves pour la personne qui les « subit », ces effets néfastes doivent être pris en considération avant de décider de mettre en place une mesure de contrôle.

#### Quelques exemples des effets néfastes

- Diminution de la force musculaire;
- Douleur;
- Complication respiratoire;
- Plaie de pression;
- Constipation;
- Déshydratation;
- Risque de strangulation qui peut causer un décès;
- Humiliation;
- Sentiment d'être puni;
- Diminution de l'estime de soi et de la dignité;
- Augmentation de l'agitation;
- Etc.

### Quelles mesures peuvent être utilisées afin d'éviter les mesures de contrôle ?

Avant de penser à installer une contention physique chez un résident, une réflexion profonde doit être entreprise pour arriver à identifier et mettre en applications des mesures alternatives.

#### Quelques exemples de mesures alternatives

- Instaurer un horaire régulier d'élimination;
- Prévoir des périodes de repos;
- S'assurer d'un éclairage adéquat;
- Favoriser des périodes de marche au quotidien;
- Offrir des activités dirigées à caractère répétitif (ex. : plier des serviettes);
- Port d'une culotte protectrice de hanche;
- Aménager l'environnement pour diminuer les risques de chutes (tapis de chute, moniteur de prévention des chutes, changer la position des meubles, etc.);
- Aménager l'environnement pour améliorer la sécurité des résidents agités et/ou à risques de fugues (bracelet anti-fugue, décorer la chambre du résident, réduire les stimuli, mettre les effets personnels à la portée);
- Etc.

Lorsque l'éventail des mesures alternatives a été tenté et ne suffit plus, la contention est envisagée en dernier recours pour :

- Assurer la sécurité physique des personnes;
- Prévenir les chutes pour les résidents qui présentent des problèmes de tonicité ou des pertes sévères d'équilibre;
- Contrer les oublis et les agitations qui causent des risques pour l'intégrité physique du résident atteint de déficits cognitifs;
- Diminuer ou cesser, chez le résident qui présente des troubles de comportement, une conduite qui met en danger son intégrité physique ou celle des personnes de son entourage (agression physique envers autrui, automutilation, etc.)