

Septembre 2006

Les mesures de contention : de la prévention à leur utilisation exceptionnelle

Guide de l'ergothérapeute



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

GUIDE DE L'ERGOTHERAPEUTE

Table des matières

Introduction	3
Énoncés de principe	4
Cadre légal et clinico-administratif des interventions ergothérapeutiques relatives à la prévention, à la réduction et à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention	5
DÉFINITION	5
LES LOIS ET LES RÈGLEMENTS PERTINENTS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION	5
Les activités réservées	6
Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques	6
Les droits fondamentaux	6
Le consentement	7
LE PROTOCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE	7
La participation de l'ergothérapeute à l'élaboration et à l'évaluation du protocole	8
La participation de l'ergothérapeute à la sélection du matériel et de l'équipement	8
Processus d'intervention ergothérapeutique relatif à la prévention, à la réduction et à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention	9
L'ENGAGEMENT DE L'ERGOTHÉRAPEUTE DANS UN PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES MESURES DE CONTENTION	9
Le volet clinique	10
Le volet éducatif	10
LE PLAN D'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE ET LE PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE	11
Rassembler les informations pertinentes à l'évaluation et procéder à l'évaluation et à l'analyse des résultats	11
Élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention approprié	12
Élaborer et tenir des dossiers professionnels	15

Autres considérations	17
L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTENTION DANS UN MILIEU QUI N'EST PAS SOUMIS À LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	17
LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE	17
LE RÔLE DE CONSULTANT	18
L'ergothérapeute participe à la décision d'utiliser une mesure de contention en collaboration avec l'équipe d'intervenants d'un client	18
L'ergothérapeute donne son avis professionnel sur une mesure de contention dont l'utilisation fut décidée par d'autres professionnels qui y sont habilités par la loi	19
Conclusion	19
Bibliographie	20
Annexe 1 ARTICLES DE LOI PERTINENTS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION	22
Annexe 2 LISTE DES ÉLÉMENTS D'INFORMATION REQUIS PAR LE CURATEUR PUBLIC LORS D'UNE DEMANDE DE CONSENTEMENT À L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTENTION	24

Introduction

Adoptée en 2002 et entrée en vigueur en juin 2003 pour les ergothérapeutes, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* a introduit la notion d'activités réservées aux membres de onze ordres professionnels du secteur de la santé. Parmi les activités réservées aux ergothérapeutes, aux infirmières et infirmiers, aux médecins et aux physiothérapeutes se trouve *Décider de l'utilisation des mesures de contention*¹. En réservant cette activité à un groupe restreint de professionnels, le législateur a ainsi reconnu le haut risque de préjudice que représente une telle prise de décision notamment eu égard à : 1) la susceptibilité de porter atteinte aux droits, aux intérêts, au bien-être ou à l'intégrité de la personne, 2) la complexité liée à la réalisation de l'activité et 3) la formation et la compétence requises pour l'exercice de cette dernière.

Il n'est nullement étonnant que le législateur ait voulu encadrer l'utilisation des mesures de contention. Au cours des dix dernières années, plusieurs décès survenus à la suite de l'usage abusif ou inapproprié de mesures de contention ont mené à des enquêtes du coroner dont les recommandations conclurent à un besoin urgent d'encadrement relatif à une telle intervention. En 1997, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) fut modifiée pour, entre autres, y inclure l'obligation pour tous les établissements soumis à la LSSSS de produire des protocoles précis quant à l'utilisation des mesures de contrôle incluant la contention physique. Puisque cette loi précise que lesdits protocoles doivent tenir compte des orientations ministérielles sur le sujet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) émit en 2002 des *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques* (ci-après appelées *Orientations ministérielles*)². Le but ultime du MSSS est la réduction substantielle voire l'élimination des mesures de contrôle dans les établissements de santé québécois. Les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle majeur dans l'atteinte d'un tel objectif et doivent y contribuer.

Le présent guide constitue un document de référence pour tout ergothérapeute impliqué auprès de personnes présentant des problématiques comportementales mettant en jeu leur intégrité et leur sécurité ou celles d'autrui, et ce, que l'ergothérapeute exerce la profession dans un établissement tel qu'on le définit dans la LSSSS ou dans tout autre lieu d'exercice. L'objectif visé par ce guide est de permettre à l'ergothérapeute de s'acquitter de ses responsabilités selon les normes professionnelles attendues.

En premier lieu, le cadre légal et clinico-administratif des interventions ergothérapeutiques relatives à la prévention, à la réduction et à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention est décrit afin que l'ergothérapeute ait une vision d'ensemble du contexte dans lequel il intervient. Il apparaît essentiel de connaître ces notions qui guident le processus d'intervention de l'ergothérapeute, notamment dans la progression des moyens d'intervention à privilégier.

La deuxième partie du document aborde spécifiquement cette progression. Les responsabilités professionnelles de l'ergothérapeute sont ainsi décrites en fonction du continuum suivant :

- l'engagement dans un programme de prévention et de réduction de l'utilisation des mesures de contention qui s'adresse à l'ensemble de la clientèle qu'il dessert, si cela s'avère pertinent au milieu où il exerce ;
- le développement de plans d'intervention individualisés, seul ou en interdisciplinarité, visant en priorité des mesures préventives et des mesures de remplacement à la contention pour les clients dont les problématiques comportementales persistent malgré les solutions mises en place par un programme de prévention et de réduction de l'utilisation des mesures de contention ;
- l'inclusion, en dernier recours, d'une mesure de contention aux plans d'intervention ergothérapeutique et interdisciplinaire des clients.

Finalement, le document aborde d'autres considérations pertinentes à l'utilisation des mesures de contention dont l'étendue de la responsabilité professionnelle en fonction du rôle et des activités professionnelles réalisées par l'ergothérapeute.

1. La réserve de l'activité *Décider de l'utilisation des mesures de contention* n'est entrée en vigueur qu'en juin 2003, et ce, pour les quatre ordres professionnels dont les membres sont habilités à prendre une telle décision.
2. Bien que les *Orientations ministérielles* concernent l'ensemble des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques), le présent guide n'aborde que les mesures de contention.

Énoncés de principe

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec soutient que l'ergothérapeute est, au sein de l'équipe multidisciplinaire, un acteur clé de la prévention et de la réduction de l'utilisation des mesures de contention ainsi que de l'utilisation exceptionnelle de telles mesures.

Dans ce sens,

L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute fasse preuve de leadership au sein de l'équipe multidisciplinaire, notamment :

- en s'engageant dans l'élaboration et la mise en place d'un programme de prévention et de réduction de l'utilisation des mesures de contention dans le milieu où il exerce ;
- en partageant ses connaissances avec ses pairs et ses collègues ;
- en s'engageant en matière d'éducation et d'information, notamment auprès des clients et de leur entourage.

L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute exerce un rôle de premier plan pour déterminer la nécessité d'utiliser exceptionnellement une mesure de contention et pour élaborer un plan d'intervention individualisé indispensable à une telle utilisation.

L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute assume ses responsabilités professionnelles en encadrant sa pratique relative à la prévention et à la réduction de l'utilisation des mesures de contention ainsi qu'à leur utilisation exceptionnelle :

- par les lois, les règlements, les normes et les obligations pertinents relatifs à l'exercice de la profession d'ergothérapeute ;
- par des structures clinico-administratives et organisationnelles propices à son exercice.

Cadre légal et clinico-administratif des interventions ergothérapeutiques relatives à la prévention, à la réduction et à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention

DÉFINITION

Avant même d'aborder la prévention, la réduction et l'utilisation des mesures de contention, il convient de donner une définition de « mesure de contention ». Le MSSS, dans son document *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, a retenu la définition suivante :

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

Le MSSS³ a cependant apporté la clarification suivante : une mesure empêchant ou limitant la liberté de mouvement, dans des cas particuliers, peut être utilisée à d'autres fins que le contrôle de la personne et entraîner un impact différent de celui d'entraver la réalisation des habitudes de vie. Par exemple, certaines mesures seront privilégiées comme moyens pour favoriser la réduction d'une incapacité ou prévenir son aggravation, pour permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire ou pour favoriser la réalisation d'habitudes de vie. Les moyens d'intervention qui entrent dans cette catégorie sont notamment certaines composantes d'un positionnement au fauteuil roulant, les orthèses, les sangles ou les attaches stabilisant un membre lors d'une activité quotidienne, une table de fauteuil roulant permettant l'utilisation d'un tableau ou d'un appareil de communication. À noter que la précédente clarification s'applique quel que soit le milieu d'exercice de l'ergothérapeute. Par extrapolation, on peut aussi considérer que ce principe s'applique lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée

dans le but de stabiliser le corps d'un enfant, que cela corresponde à la pratique courante en fonction de son âge et de son stade de développement ou qu'il s'agisse d'une mesure de sécurité habituelle.

Il est du ressort de l'ergothérapeute de déterminer si le moyen d'intervention qu'il utilise dans le cadre de son plan d'intervention entrave ou, au contraire, favorise la liberté de mouvement ou l'autonomie de la personne afin de statuer sur le fait qu'il s'agisse ou non d'une mesure de contention. Conséquemment, il devra déterminer la nécessité d'appliquer les *Orientations ministérielles* et le protocole relatifs aux mesures de contrôle de son milieu d'exercice.

LES LOIS ET LES RÈGLEMENTS PERTINENTS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION

Énoncé de principe. « L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute assume ses responsabilités professionnelles en encadrant sa pratique relative à la prévention et à la réduction de l'utilisation des mesures de contention ainsi qu'à leur utilisation exceptionnelle :

- par les lois, les règlements, les normes et les obligations pertinents relatifs à l'exercice de la profession d'ergothérapeute ;
- par des structures clinico-administratives et organisationnelles propices à son exercice. »

De multiples lois et règlements abordent directement ou indirectement le sujet de la contention. Les paragraphes suivants résument les principaux éléments que l'ergothérapeute doit considérer lorsqu'il est impliqué dans le processus décisionnel menant à l'utilisation d'une mesure de contention. Une liste des articles législatifs les plus pertinents se trouve à l'annexe 1.

3. Communication écrite avec l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (21 octobre 2005) et entretien téléphonique avec l'Ordre (26 mai 2006).

Les activités réservées

En février 2004, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec publiait un document intitulé *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé — Guide de l'ergothérapeute*. Ce dernier explicite ladite loi pour l'exercice de l'ergothérapie au Québec, notamment en ce qui a trait aux activités réservées dont fait partie *Décider de l'utilisation d'une mesure de contention*.

Dans ce cas, l'activité est partagée avec les infirmières et les infirmiers, les médecins et les physiothérapeutes. Rappelons toutefois que ce partage ne signifie pas que la réserve de l'activité a la même portée pour chacun des professionnels concernés puisque sa réalisation doit s'effectuer dans le cadre de l'application des champs d'exercice respectifs. Ainsi, même s'ils partagent une activité réservée, les professionnels habilités ne sont pas interchangeables et devraient contribuer distinctement à la réalisation de l'activité réservée.

Il est important de rappeler que seule la prise de décision de l'utilisation d'une mesure de contention fait l'objet de la réserve d'activité. Selon le législateur, cette décision implique que le ou les professionnels habilités à prendre une telle décision ont la responsabilité de déterminer le plan d'intervention relatif à l'utilisation de la mesure de contention incluant le choix de la mesure appropriée. Quant à l'application de la mesure sélectionnée, elle peut être effectuée par tout intervenant professionnel ou non-professionnel conformément au plan d'intervention établi. Finalement, depuis l'introduction de cette disposition législative, l'ordonnance médicale n'est plus requise.⁴

Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques

Diffusées en 2002 par le MSSS, les *Orientations ministérielles* concrétisent l'application de la LSSSS (article 118.1) pour les établissements visés par

la législation⁵. Le document définit, entre autres, la philosophie d'intervention, les règles éthiques et les assises légales sur lesquelles doivent s'appuyer les protocoles d'application de mesures de contrôle qui, tel que la loi l'édicte, doivent être adoptés par tous les établissements. Il est de la responsabilité de chaque ergothérapeute de prendre connaissance de ces *Orientations ministérielles* afin de bien comprendre les principes régissant le protocole d'application des mesures de contrôle de son milieu de pratique⁶. En concordance avec la législation et les effectifs en place, le rôle attribué à l'ergothérapeute par ce protocole pourra varier d'un établissement à l'autre, notamment en fonction de la constitution de l'équipe multidisciplinaire et de l'habilitation de ses membres à décider de l'utilisation d'une mesure de contention. Quelles que soient les responsabilités attribuées à l'ergothérapeute, ce dernier devra intervenir en respectant les principes directeurs énoncés dans les *Orientations ministérielles*⁷.

Les droits fondamentaux

Le respect des droits fondamentaux de chaque individu constitue l'assise de toute législation et réglementation. Ce principe primordial doit être nécessairement retenu lors de l'élaboration des protocoles relatifs à l'utilisation des mesures de contention et lors de la sélection des moyens d'intervention appropriés à la situation d'un client pour lequel est considérée une mesure de contrôle, une mesure préventive ou une mesure de remplacement à la contention. La *Charte canadienne des droits et libertés* et la *Charte des droits et libertés de la personne* définissent ces droits fondamentaux.

Parmi ceux-ci se trouvent les droits à la vie, à la sécurité, à la liberté, à la dignité et à l'intégrité de la personne. Cette simple énumération suffit à démontrer que la décision d'utiliser une mesure de contention ne peut être prise à la légère puisque le risque de porter atteinte à l'un ou l'autre de ces droits est fortement présent lorsqu'une telle mesure est appliquée à une personne. Malgré le caractère

4. Soulignons toutefois que le protocole de l'établissement peut prévoir le maintien d'une telle obligation.
5. Pour les lieux d'exercice qui ne sont pas couverts par la LSSSS, par exemple le domicile du client, un établissement scolaire ou une résidence privée pour personnes âgées, des indications sont données à la section *Autres considérations — L'utilisation d'une mesure de contention dans un milieu qui n'est pas soumis à la Loi sur les services de santé et les services sociaux* (p. 17).
6. Le document peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux à www.msss.gouv.qc.ca, dans la section *documentation*, sous la rubrique *publications*.
7. Pour obtenir les principes directeurs des Orientations ministérielles, référer à l'annexe 1, section E.

inéluçtable du respect des chartes mentionnées précédemment, le législateur a prévu des situations exceptionnelles où il est admissible d'outrepasser ces droits. La LSSSS⁸ précise ces situations en ce qui a trait à l'utilisation des mesures de contrôle. Tout au long de son processus d'intervention pertinent à l'utilisation d'une mesure de contention, l'ergothérapeute devra toujours garder en tête ces droits fondamentaux qui représentent les valeurs de prime importance pour notre société.

Le consentement

Le *Code civil* et, reprenant les mêmes termes, la LSSSS dictent l'obligation d'obtenir le consentement de la personne ou de son représentant légal avant de lui prodiguer des soins, quelle qu'en soit la nature. L'utilisation d'une mesure de contention est considérée comme un soin apporté à la personne. Ainsi, l'obtention du consentement est incontournable sauf lors de situations d'exception prévues par la loi notamment dans un contexte d'intervention non planifiée (voir p. 15). Faire fi d'obtenir le consentement de la personne ou de son représentant légal peut mener non seulement à des plaintes disciplinaires (notamment en contravention du *Code de déontologie des ergothérapeutes*) et des poursuites civiles (par exemple pour des dommages encourus par la personne) mais aussi à des poursuites criminelles (notamment pour avoir commis des voies de fait sur la personne).

Consentement : décision exprimée par le client à l'effet de consentir ou de refuser des soins ou des services professionnels. Le consentement libre réfère à l'absence de toute contrainte ou influence indue qui pourrait être exercée par le professionnel. Le consentement éclairé réfère aux renseignements que le professionnel doit fournir au client concernant la nature, la gravité et les risques, s'il y a lieu, reliés à l'intervention proposée afin qu'il puisse prendre sa décision en toute connaissance de cause. (Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004b). *Compétences et responsabilités professionnelles — Guide de l'ergothérapeute*).

8. Article 118.1. de la LSSS. Voir le texte correspondant à l'annexe 1, section E.

9. Les informations concernant le Curateur public ont été retranscrites à partir du bulletin *Le point — Orientations*, Vol.4, no 2, novembre 2005. Communication du Curateur public du Québec destinée aux intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

10. Les responsabilités de l'ergothérapeute décrites dans cette section se trouvent sous la thématique « Obligations inhérentes à l'exercice de la profession d'ergothérapeute », pages 22 à 27 du document *Compétences et responsabilités professionnelles — Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004b).

Dans la situation d'un client représenté par le Curateur public⁹, l'obtention du consentement de ce dernier est requise pour toute mesure de contrôle sauf :

- dans un contexte d'urgence ;
- pour l'application de contentions pendant un épisode de soins aigus de quelque nature que ce soit, par exemple, dans une unité de soins intensifs ou en période postopératoire, lorsque cette décision est justifiée par l'état de santé précaire de la personne ;
- pour l'application de mesures de positionnement qui visent le confort et le bien-être de la personne ;
- pour l'utilisation de côtés de lits seulement, bien qu'il s'agisse de moyens qui restreignent la liberté de mouvement d'une personne, ces mesures de protection étant employées dans des situations bien définies et délimitées dans le temps.

Le Curateur public s'attend à ce que toute demande de consentement lui soit acheminée par télécopieur ou par courrier. Les informations requises dans le cas d'une demande de consentement à l'utilisation d'une mesure de contrôle sont listées à l'annexe 2.

LE PROTOCOLE D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE¹⁰

Énoncé de principe. « *L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute assume ses responsabilités professionnelles en encadrant sa pratique relative à la prévention et à la réduction de l'utilisation des mesures de contention ainsi qu'à leur utilisation exceptionnelle :*

- *par les lois, les règlements, les normes et les obligations pertinents relatifs à l'exercice de la profession d'ergothérapeute ;*
- *par des structures clinico-administratives et organisationnelles propices à son exercice. »*

La participation de l'ergothérapeute à l'élaboration et à l'évaluation du protocole

La LSSSS dicte qu'un protocole d'application des mesures de contrôle soit adopté par tous les établissements québécois. La participation de l'ergothérapeute aux discussions menant à l'élaboration dudit protocole apparaît des plus pertinentes en raison, notamment :

- de l'étroite relation du champ d'exercice de l'ergothérapie avec la réalisation de ces activités professionnelles ;
- de la reconnaissance par le législateur de la compétence des ergothérapeutes dans les activités professionnelles relatives aux mesures de contention par l'attribution, en partage, de l'activité réservée « Décider de l'utilisation d'une mesure de contention ».

Par ailleurs, une telle participation permettra à l'ergothérapeute de s'impliquer personnellement dans la définition des rôles et des responsabilités à lui être attribués.

Pour les mêmes raisons, l'Ordre considère judicieux que les ergothérapeutes exerçant la profession ailleurs que dans les établissements de santé et de services sociaux initient les discussions sur l'encadrement des pratiques professionnelles relatives à l'utilisation des mesures de contention, que ce soit en vue du développement d'un protocole spécifique à leur milieu d'exercice ou pour la définition de politiques et de procédures régissant de telles activités professionnelles.

Finalement, rappelons que l'article 118.1 de la LSSSS stipule que « Tout établissement doit adopter un protocole d'application [...] et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. » En fonction des rôles qui lui sont dévolus, l'ergothérapeute participe à cette évaluation annuelle visant à réviser le contenu et les résultats de l'application du protocole relatif à l'usage des mesures de contrôle. Concurrément, les ergothérapeutes d'un même établissement ou d'un même programme

doivent évaluer la qualité de leur pratique professionnelle particulière à l'utilisation des mesures de contention et apporter des changements à leur pratique si ceux-ci s'avéraient nécessaires.

La participation de l'ergothérapeute à la sélection du matériel et de l'équipement

Par ses connaissances dans le domaine des aides techniques, de l'adaptation de l'environnement et de l'analyse d'activités en lien avec les personnes dont les habiletés fonctionnelles sont altérées, l'ergothérapeute est en position privilégiée pour apporter une opinion éclairée sur le choix du matériel et des équipements destinés à être utilisés comme mesures de contention en fonction des besoins de la clientèle et du milieu où il exerce. La participation de l'ergothérapeute aux décisions relatives à cette sélection apparaît des plus pertinentes.

En octobre 2005, le MSSS a publié un document intitulé *Encadrer l'utilisation des mesures de contention — Matériel de contention (Évaluation de produits, Guide pour la conception) — Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement*¹¹. L'ergothérapeute est invité à se référer à ce document lors du processus de sélection du matériel de contention puisqu'on y fait état des résultats d'une étude comparative de produits disponibles commercialement. Le matériel a été évalué en fonction :

- de trois contextes d'intervention : l'interférence aux soins, la protection (risque de chute ou de fugue) et l'agression (envers soi-même, envers les autres) ;
- des sites anatomiques visés : thorax, abdomen, poignets, chevilles, pelvis, mains et ce qui est nommé demi-corps et corps.

De plus, le document permet à l'ergothérapeute de s'appuyer sur des critères spécifiques quant au choix et à la conception de matériel de contention. Les spécifications techniques abordées par le document couvrent les aspects mécaniques, électriques/électromagnétiques, ergonomiques, réglementaires ainsi que les aspects d'étiquetage.

11. Ce document peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du MSSS à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-812-01.pdf>.

Processus d'intervention ergothérapique relatif à la prévention, à la réduction et à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contention

Énoncé de principe. « L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute fasse preuve de leadership au sein de l'équipe multidisciplinaire, notamment :

- en s'engageant dans l'élaboration et la mise en place d'un programme de prévention et de réduction de l'utilisation des mesures de contention dans le milieu où il exerce ;
- en partageant ses connaissances avec ses pairs et ses collègues ;
- en s'engageant en matière d'éducation et d'information, notamment auprès des clients et de leur entourage. »

Énoncé de principe. « L'Ordre s'attend à ce que l'ergothérapeute exerce un rôle de premier plan pour déterminer la nécessité d'utiliser exceptionnellement une mesure de contention et pour élaborer un plan d'intervention individualisé indispensable à une telle utilisation. »

Cette partie du document aborde différents aspects pertinents au processus d'intervention ergothérapique qui guideront l'ergothérapeute dans l'acquiescement de ses responsabilités professionnelles. Ces éléments sont présentés de manière à illustrer la progression des interventions à considérer en présence d'une clientèle démontrant des comportements problématiques. En premier lieu, l'instauration d'un programme de prévention et de réduction des mesures de contention pertinent à l'ensemble de la clientèle puis, par la suite, l'application d'un plan d'intervention ergothérapique et interdisciplinaire visant d'abord l'utilisation de méthodes préventives et de remplacement aux mesures de contention et, en dernier ressort, l'utilisation d'une mesure de contention.

L'ENGAGEMENT DE L'ERGOTHÉRAPEUTE DANS UN PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE RÉDUCTION DES MESURES DE CONTENTION

Sa formation de base lui inculquant les connaissances et les habiletés nécessaires pour analyser les liens entre l'environnement physique et humain d'une personne et ses habiletés fonctionnelles¹², l'ergothérapeute est un acteur clé au sein de l'équipe d'intervenants pour identifier des moyens de maintenir la sécurité et l'intégrité des clients tout en favorisant leur autonomie optimale. En plus de ces éléments, rappelons que le champ d'exercice¹³ de l'ergothérapie inclut un volet spécifique à la prévention et à la promotion de la santé. Ce volet est d'ailleurs partie prenante des compétences et responsabilités professionnelles de l'ergothérapeute (OEQ, 2004b). L'Ordre s'attend donc à ce que les ergothérapeutes s'engagent activement dans de telles actions.

Compétences et responsabilités professionnelles — Guide de l'ergothérapeute (OEQ, 2004b)

Thématique : *Obligations inhérentes à l'exercice de la profession d'ergothérapeute*

Compétence : *Administrer sa pratique professionnelle*

Responsabilité : *S'engager en matière de prévention et de promotion de la santé*

Indicateur : *Participe à la promotion de la santé, de manière générale, et à des programmes particuliers de prévention auprès des clientèles qu'il dessert*

12. Par « habiletés fonctionnelles », on entend la manière dont une personne réalise ses habitudes de vie compte tenu de son état de santé, de ses capacités, de l'environnement dans lequel elle évolue, ainsi que de ses rôles sociaux, de ses valeurs et de ses intérêts (OEQ, 2004a)

13. Pour obtenir la définition du champ d'exercice de l'ergothérapie, référer à l'annexe 1, section C.

Ainsi, en conformité avec les *Orientations ministérielles* dont l'objectif ultime est de réduire substantiellement voire d'éliminer l'utilisation des mesures de contrôle, l'ergothérapeute peut être un agent de changement privilégié en s'impliquant activement dans son milieu de pratique dans un programme de prévention et de réduction de l'utilisation des contentions.

Au cours des dernières années, certains établissements québécois ont réussi à implanter avec succès des programmes de réduction des mesures de contention. Les principes sous-jacents à l'élaboration de ces programmes sont similaires pour tous ces établissements et se divisent en deux grands volets pour lesquels diverses stratégies ont été élaborées : un volet clinique et un volet éducatif.

Le volet clinique

Bien qu'une approche individualisée soit essentielle, certaines stratégies préventives s'appliquant à l'ensemble de la clientèle d'un établissement, d'une installation ou d'un milieu de vie peuvent être adoptées dans le but de favoriser une autonomie optimale des personnes tout en assurant leur sécurité et leur intégrité. Les milieux ayant mené avec succès une telle démarche soulignent la nécessité de l'adoption d'une philosophie d'intervention commune à toutes les personnes impliquées, de la direction aux intervenants de même qu'au client et son entourage. Ici encore, au cours des discussions interdisciplinaires pertinentes à l'élaboration d'une stratégie de prévention et de réduction des mesures de contrôle pour l'ensemble de la clientèle, l'ergothérapeute peut amener de nombreuses suggestions relevant de ses compétences particulières dont voici quelques exemples basés sur les éléments définissant le champ d'exercice de l'ergothérapie (liste non exhaustive) :

Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne

- Mise en place de procédures d'évaluation en ergothérapie qui permettront de dépister les clients qui pourraient bénéficier des stratégies prévues au programme de prévention et de réduction des mesures de contention ;

Développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités et diminuer les situations de handicap

- Collaboration à la mise sur pied des horaires de soins et de services en fonction de l'analyse des besoins occupationnels des clients ;
- Planification de séances d'activités de groupe en fonction des besoins de la clientèle ;
- Implantation d'un programme de prévention des chutes (en institution ou à domicile) ;
- Participation à un programme de promotion des saines habitudes de vie ;
- Participation à un programme de gestion des comportements problématiques.

Adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale

- Participation au choix du matériel thérapeutique, des aides techniques ou de l'ameublement ;
- Proposition d'adaptations universelles qui favorisent la sécurité de l'ensemble des clients ;
- Aménagement de l'espace pour qu'il se rapproche le plus possible d'un milieu de vie naturel.

Le volet éducatif

Un des aspects primordiaux du succès d'un programme de prévention et de réduction des mesures de contention est le partage des connaissances avec les pairs, les collègues, les clients et leur entourage. Il est essentiel que tous les acteurs impliqués dans un tel programme soient au fait des informations les plus à jour sur le sujet, que ce soit sur le plan scientifique, clinique ou légal, notamment eu égard aux avantages mais aussi aux risques d'utiliser des mesures de contention. Une compréhension claire des concepts sous-jacents au programme ainsi que des divers enjeux en cause permettront à l'ensemble des personnes impliquées de travailler harmonieusement vers l'atteinte d'un objectif commun : assurer la sécurité et l'intégrité de la personne et de son entourage tout en maintenant un niveau d'autonomie optimal.

La prévention des chutes¹⁴

En ce qui a trait à la mise en place d'un programme de prévention des chutes, l'ergothérapeute peut tirer profit des nombreuses expériences pancanadiennes sur le sujet en se référant aux documents suivants qui le guideront dans le choix du programme le plus approprié à sa clientèle ainsi qu'à son milieu d'exercice. Bien que ces documents ne concernent que les aînés vivant dans la communauté, ils peuvent tout de même inspirer l'ergothérapeute dans sa recherche de stratégies applicables à un milieu de type institutionnel :

- A) Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (2001).
- B) Répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté. Division du vieillissement et des aînés. Agence de santé publique du Canada (2001).
- C) La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique. (2004)

Aussi, par ses interventions dirigées vers la réalisation des habitudes de vie du client, souvent accomplies dans le milieu de vie même du client, l'ergothérapeute se retrouve en position privilégiée pour lui transmettre ainsi qu'à son entourage les informations pertinentes sur la prévention de l'utilisation des mesures de contention d'une manière adaptée à leur contexte de vie. Ainsi, il apparaît des plus pertinents que l'ergothérapeute s'implique dans la production de matériel éducatif destiné aux clients, à leurs familles ainsi qu'aux intervenants œuvrant auprès d'eux.

En assumant pleinement les responsabilités professionnelles décrites précédemment, l'ergothérapeute sera en position privilégiée pour assurer un leadership au sein de l'équipe multidisciplinaire en ce qui concerne le volet éducatif d'un programme de prévention et de réduction des mesures de contention.

LE PLAN D'INTERVENTION ERGOTHÉRAPIQUE¹⁵ ET LE PLAN D'INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE

Rassembler les informations pertinentes à l'évaluation et procéder à l'évaluation et à l'analyse des résultats

L'ergothérapeute doit procéder à une évaluation approfondie de la personne qui présente des problématiques mettant en jeu son intégrité et sa sécurité ainsi que celles d'autrui s'il y a lieu. Une évaluation judicieuse conduite efficacement permettra de mettre en lumière non seulement les incapacités de la personne mais, plus importantes encore, les forces sur lesquelles miser dans la recherche de solutions adaptées à la situation du client et de son entourage.

14. Les documents cités dans l'encadré sont accessibles à partir des adresses électroniques suivantes :

- A) http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/best_practices/pdf/BestPractice_Falls_f.pdf
- B) http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/fall_prevention_initiatives/pdf/fall_prevention_initiatives_f.pdf
- C) <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>

15. Les responsabilités de l'ergothérapeute décrites dans cette section se trouvent sous la thématique « Approche systématique de l'exercice de la profession d'ergothérapeute », pages 20 et 21 du document *Compétences et responsabilités professionnelles — Guide de l'ergothérapeute* (OEQ, 2004b).

Au sein de l'équipe multidisciplinaire, l'ergothérapeute contribuera de manière significative à la collecte de données qui guidera la prise de décision quant aux moyens d'intervention à privilégier par l'usage de méthodes et d'instruments d'évaluation propres à la profession et dont il fait déjà usage dans sa pratique quotidienne. Parmi les méthodes d'évaluation pertinentes, mentionnons :

- les mises en situation ;
- l'observation structurée de la personne et de son environnement physique et humain (ex. : grille d'observation des problématiques à évaluer, observations répétées afin d'apprécier le plus justement possible les causes et la nature des comportements problématiques) ;
- les questionnaires relatifs à la réalisation des habitudes de vie passées ou présentes, aux préférences, aux objectifs d'autonomie et à la qualité de vie du client et de son entourage ;
- l'analyse de l'horaire occupationnel du client en fonction de l'occurrence et de la fréquence des problématiques observées.

L'ergothérapeute peut aussi procéder à l'évaluation spécifique d'aptitudes motrices, sensorielles, cognitives et comportementales qui permettront d'apprécier les causes sous-jacentes aux comportements problématiques observés. Il est de la responsabilité de chaque ergothérapeute de sélectionner les instruments de mesure les plus pertinents aux méthodes d'évaluation choisies.

Une fois son évaluation complétée, l'ergothérapeute procédera à l'analyse des résultats obtenus. Cette analyse devrait lui permettre de statuer sur les éléments suivants afin de guider son plan d'intervention ergothérapeutique et de contribuer au plan d'intervention interdisciplinaire (liste non exhaustive) :

- l'impact des comportements problématiques sur les habitudes de vie, l'intégrité et la sécurité de la personne et de son entourage ;
- l'impact de l'environnement physique et humain sur le comportement, l'intégrité, la sécurité et les habitudes de vie de la personne ;

- les impacts potentiels des méthodes préventives, de remplacement et des mesures de contention envisagées sur l'autonomie dans les habitudes de vie de la personne, son comportement, son positionnement (ex. : au lit, au fauteuil roulant), son intégrité physique (ex. : risque de développer des plaies de pression) et sa sécurité.

Élaborer et mettre en œuvre un plan d'intervention approprié

L'application de mesures préventives ou de remplacement à l'utilisation des mesures de contention

Lorsqu'est venu le temps de procéder à la mise en place d'un plan d'intervention ergothérapeutique et interdisciplinaire, en conformité avec les principes directeurs des *Orientations ministérielles*¹⁶, l'ergothérapeute doit considérer avant toute chose des mesures préventives ou de remplacement à la contention. À cette fin, il est essentiel d'impliquer le client et son entourage dans la recherche de telles alternatives. Comme pour toute autre intervention, l'obtention du consentement du client ou de son représentant légal est essentielle.

Au cours des discussions pertinentes à l'élaboration du plan d'intervention individualisée, l'ergothérapeute peut proposer des stratégies préventives ou de remplacement dont voici quelques exemples basés sur les éléments définissant le champ d'exercice de l'ergothérapie (liste non exhaustive) :

Développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités et diminuer les situations de handicap :

- moyens efficaces de communiquer avec le client,
- approche à privilégier pour ne pas susciter de réactions liées à l'hypersensibilité tactile,
- utilisation d'activités significatives et agréables pour le client,
- incitation du client à participer à ses soins plutôt que de lui imposer une méthode ou de limiter son autonomie,

16. Ces principes directeurs sont inclus à l'annexe 1, section E.

- aménagement de l'horaire de soins ou de repas du client ;
- établissement d'un horaire de marche pour le client.

Adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale

Environnement physique :

- abaissement du lit au plus bas et utilisation d'un matelas au sol pour prévenir les blessures ;
- réaménagement de l'ameublement du milieu de vie, de la chambre ;
- utilisation d'aides techniques aux transferts autonomes (ex. : poignée de lit) ;
- sécurisation des entrées et des sorties pour permettre l'errance dans une aire de déplacement définie ;
- camouflage des objets dangereux, aménagement du milieu de vie avec des objets familiers à la personne ;
- utilisation de dispositifs de sécurité et d'alarme.

Environnement humain :

- stabilité du personnel impliqué lors de la prestation des soins d'hygiène ;
- présence d'un bénévole pour accompagner le client lors des activités de groupe ;
- transmission claire des informations à l'ensemble des intervenants et de l'entourage impliqués auprès du client (objectifs et moyens d'intervention) ;
- ajout de mesures de soutien aux proches-aidants (ex. : gardiennage, centre de jour).

Il est important de noter que la sélection d'une mesure préventive ou de remplacement donnant les résultats escomptés peut demander plusieurs essais malgré une évaluation appropriée. L'ergothérapeute doit donc prévoir diverses mesures dont le potentiel préventif est jugé intéressant afin d'avoir plusieurs alternatives qui pourront être expérimentées par le client, son entourage et l'équipe d'intervenants. L'échec d'une première mesure préventive ne doit pas mener systématiquement à l'utilisation d'une mesure de contention.

L'utilisation d'une mesure de contention

Comme cela fut mentionné précédemment à la section portant sur la prévention, l'ergothérapeute est un acteur clé au sein de l'équipe d'intervenants pour identifier des moyens de maintenir la sécurité et l'intégrité des clients tout en favorisant leur autonomie optimale. Ainsi, par ses connaissances approfondies quant à l'analyse des aides techniques et de leur impact sur la personne (aptitudes, environnement et habitudes de vie), la contribution de l'ergothérapeute apparaît des plus importantes quant vient le moment de sélectionner une mesure de contention appropriée.

Les *Orientations ministérielles* ont décrit deux contextes d'intervention où l'ergothérapeute pourrait être appelé à décider de l'utilisation d'une mesure de contention : les contextes planifié et non planifié. La présente section aborde d'abord le contexte planifié où l'utilisation d'une mesure de contention est prévue et s'inscrit dans la continuité d'un plan d'intervention axé sur les mesures préventives ou de remplacement lorsque ce dernier n'a pu donner les résultats escomptés quant à la gestion des comportements problématiques d'une personne. Le contexte non planifié, c'est-à-dire celui où l'intervention est réalisée en réponse à un comportement inhabituel qui fait en sorte de mettre en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui, conclut cette section.

Le contexte planifié

La reconnaissance des préoccupations et des attentes du client

Tel que le dictent les principes directeurs émis par le MSSS, l'utilisation d'une mesure de contention doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité de la personne. L'ergothérapeute doit donc être particulièrement attentif aux commentaires exprimés et aux expériences antérieures de la personne et de son entourage afin de s'y adapter et de personnaliser son approche auprès d'eux. En ce sens, une attention toute particulière devra être portée aux clients dont les capacités langagières ou cognitives sont réduites.

Il est primordial pour l'ergothérapeute d'informer adéquatement son client et son entourage (famille, personnel soignant, autre) quant aux impacts de l'utilisation d'une mesure de contention ainsi qu'en

regard des fausses croyances associées à celle-ci (par exemple, il est faux de croire que les mesures de contention sont efficaces pour prévenir les chutes¹⁷). Il faut donc reconnaître l'ensemble de ces préoccupations afin d'inclure toutes les personnes concernées au processus décisionnel en vue de déterminer la stratégie la plus appropriée à la situation vécue.

La prise de décision par le ou les professionnels habilités

Selon le protocole adopté par le milieu dans lequel il exerce, l'ergothérapeute peut décider seul ou conjointement avec d'autres professionnels habilités par la loi de l'utilisation d'une mesure de contention et du plan d'intervention afférent. Un tel processus décisionnel peut toutefois amener des confrontations de valeurs entre l'équipe d'intervenants, le client et l'entourage de ce dernier et parfois même entre les membres de l'équipe d'intervenants, en raison notamment de l'opposition entre les besoins de sécurité et de liberté. Rappelons qu'en toutes circonstances les lois et les *Orientations ministérielles* prévalent et que tous les intervenants doivent y souscrire. Cependant, dans certaines situations particulières, le recours à des ressources externes tel un comité d'éthique ou un expert reconnu peut faciliter la prise de décision. L'ergothérapeute ne doit pas hésiter à se référer à de telles ressources lorsque cela est justifié.

La sélection de la mesure de contention

Lors du processus de sélection du matériel et des équipements utilisés comme mesure de contention, l'ergothérapeute doit privilégier les produits de vente commerciale et n'utiliser qu'exceptionnellement des équipements de fabrication « maison ». Pour certains produits commerciaux, un manuel de l'utilisateur spécifiant les conditions d'utilisation et les consignes d'installation est disponible. Bien que ces éléments n'éliminent pas entièrement les risques liés à l'utilisation de tels équipements, ces caractéristiques accentuent l'uniformité de l'utilisation et la sécurité d'une mesure de contention. Pour un produit de fabrication « maison¹⁸ », une part de risque importante existe et ne peut être réduite que par une surveillance accrue et l'adhésion stricte aux consignes d'installation et de retrait de la mesure sélectionnée. Dans un cas comme dans l'autre, ces consignes doivent être diffusées à l'ensemble des intervenants œuvrant auprès de la personne de même qu'à son entourage et être consignées au dossier du client.

Rappelons que l'ergothérapeute peut se référer au document préparé par le MSSS, *Encadrer l'utilisation des mesures de contention — Matériel de contention (Évaluation de produits, Guide pour la conception) — Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement*, lorsque vient le temps de sélectionner ou de concevoir une mesure de contention. Voici, en résumé, les principaux éléments retenus par le MSSS qui doivent guider le choix ou la conception d'une mesure de contention :

■ l'objectif visé par la mesure de contention (ex. : éviter les fugues, empêcher les agressions ou l'automutilation).

À ce sujet, l'ergothérapeute doit se rappeler qu'une mesure de contention est une modalité d'intervention parmi d'autres qui permettent au client d'atteindre un ou des objectifs du plan d'intervention. Une mesure de contention : 1) n'est pas un objectif en soi, 2) ne doit pas être une mesure punitive et 3) ne doit pas servir de mesure administrative visant à pallier un manque de personnel¹⁹.

- l'ajustement de la mesure de contention à la personne et au mobilier (la mesure sélectionnée doit...) :
- éviter d'entraver les fonctions vitales ;
 - respecter l'intégrité de la peau ;
 - permettre de conserver une position anatomique normale.

17. Association des hôpitaux du Québec (2004). *Cadre de référence — Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, page 28.

18. L'ergothérapeute qui opte pour un tel équipement doit s'assurer que ces mesures sont permises par l'établissement (directives de la direction, politiques et procédures ou mention spécifique dans le protocole portant sur les mesures de contrôle).

19. Association des hôpitaux du Québec (2004). *Cadre de référence — Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, p. 19.

- la simplicité et la rapidité d'installation et de retrait.
- les caractéristiques des matériaux, par exemple :
 - aptes à être désinfectés et lavés à répétition ;
 - robustes ;
 - résistants aux taches ;
 - ininflammables ;
 - aptes à préserver l'intégrité de la peau.

Toujours dans l'objectif de préserver la sécurité et l'intégrité de ses clients, l'ergothérapeute qui recommande une mesure de contention doit s'assurer du bon état de l'équipement sélectionné. Dans le même ordre d'idées, le milieu d'exercice devra prévoir une procédure de surveillance de l'état des équipements et du matériel utilisés comme mesure de contention.

La réévaluation et le suivi du plan d'intervention

Périodiquement, l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité des mesures de contention devra être réalisée afin d'ajuster le plan d'intervention à la situation du client. Une mesure de contention ne doit jamais être considérée comme étant une solution définitive à une problématique. Un suivi régulier et rigoureux de la situation du client est primordial, et ce, quel que soit son milieu de vie.

Le contexte non planifié

Lorsque l'ergothérapeute fait face à une personne nécessitant une action prompte puisqu'un risque imminent pour sa sécurité ou pour celle d'autrui se présente, il s'agit alors d'un contexte non planifié. L'évaluation et l'analyse de la situation problématique doivent être rapides mais rigoureuses et le choix d'une mesure de contention doit s'appuyer sur l'ensemble des informations que l'ergothérapeute possède sur son client et non seulement sur la situation en cours. De plus, même dans un tel contexte, le travail interdisciplinaire est souhaitable. Rappelons que dans une telle situation, l'obtention du consentement du client ou de son représentant légal n'est pas requise.

Une fois le risque pour la sécurité écarté, l'ergothérapeute doit s'assurer qu'une analyse post-situationnelle est effectuée afin d'évaluer la pertinence du maintien immédiat de la mesure de contention et du choix de la mesure appliquée. Il doit aussi juger du besoin d'inclure au plan d'intervention du client l'application planifiée d'une mesure de contention en cas de résurgence de la problématique.

Élaborer et tenir des dossiers professionnels

L'ergothérapeute devra élaborer et tenir des dossiers professionnels selon la législation en vigueur, notamment le *Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation d'un membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec*, et les normes émises par l'Ordre²⁰. En se conformant à celles-ci, l'ergothérapeute respecte d'emblée la LSSSS (article 118.1) qui stipule que : « *Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne (c'est-à-dire une mesure de contrôle)²¹, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.* »

Aussi, en plus des éléments habituellement attendus, l'Ordre recommande d'inscrire au dossier en ergothérapie les éléments spécifiques à l'utilisation d'une mesure de contention si celle-ci fait partie intégrante du plan d'intervention ergothérapique :

- la demande de services justifiant l'intervention de l'ergothérapeute et toute précision obtenue quant à cette demande ;
- l'analyse des résultats de l'évaluation motivant l'intervention notamment l'analyse des comportements problématiques ;
- un résumé des mesures préventives et de remplacement essayées sans résultats probants ;
- la justification de l'application ou du maintien d'une mesure de contention ;
- le consentement du client ou de son représentant légal ;

20. *Cadres légal et normatif de la tenue des dossiers en ergothérapie*, Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004).

21. Le texte entre parenthèses est le nôtre.

- la description de la mesure utilisée ;
- les éléments à surveiller et les restrictions d'utilisation ;
- la fréquence de supervision requise ;
- la période d'application de la mesure de contention ;
- la formation donnée (famille, entourage, personnel, etc.) ;
- les mesures de suivi (évolution des éléments du plan d'intervention, échéance de réévaluation, etc.).

Il n'est pas nécessaire pour l'ergothérapeute de répéter les éléments précédemment énumérés qui se trouvent déjà dans d'autres documents, notamment les autres sections du dossier du client ainsi que les politiques, les procédures et le protocole adoptés par l'établissement. Dans une telle situation, l'ergothérapeute doit écrire une mention à son dossier référant le lecteur au document pertinent.

Autres considérations

L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTENTION DANS UN MILIEU QUI N'EST PAS SOUMIS À LA LSSSS

Au moment de produire ce document, aucune disposition législative spécifique n'encadrerait l'utilisation des mesures de contrôle dans les milieux qui ne sont pas soumis à la LSSSS, notamment le domicile du client, les établissements scolaires et les résidences privées. Bien qu'il n'y ait pas d'obligation pour ces milieux de produire un protocole d'utilisation des mesures de contention, l'Ordre recommande aux ergothérapeutes de discuter avec les gestionnaires de leur milieu de pratique de la pertinence et de la nécessité d'élaborer un tel protocole. Ainsi, même dans ces milieux, l'Ordre préconise l'application des principes de base définis dans les *Orientations ministérielles*, notamment le fait qu'une mesure de contention ne doit être utilisée qu'en dernier recours après que des mesures préventives et de remplacement aient été mises à l'essai. De plus, l'ergothérapeute doit être extrêmement vigilant et s'assurer qu'une information et une formation appropriées sont données aux personnes (famille, personnel, etc.) qui appliqueront le plan d'intervention déterminé — mesure préventive, de remplacement ou de contention — puisqu'il sera beaucoup plus difficile d'en vérifier l'adhésion. Avant de permettre à ces personnes d'appliquer ce plan en toute autonomie, l'ergothérapeute doit s'assurer qu'elles sont effectivement en mesure d'utiliser les mesures sélectionnées de manière sécuritaire. Lorsque l'ergothérapeute est responsable du plan d'intervention relatif à l'utilisation d'une mesure de contention, un suivi régulier doit être effectué tant et aussi longtemps que l'utilisation de la mesure est maintenue car l'emploi d'une mesure de contention ne doit jamais être définitif et sa pertinence et son efficacité doivent régulièrement être remises en question.

LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Le protocole d'application des mesures de contrôle déterminé par l'établissement attribuera un rôle spécifique à l'ergothérapeute qui influencera sa responsabilité professionnelle. Les quatre situations décrites ci-après concernent l'étendue de la responsabilité professionnelle de l'ergothérapeute dans la prise de décision d'utiliser une mesure de contention et dans l'élaboration du plan d'intervention afférent. Pour ce qui est de l'application du plan d'intervention interdisciplinaire découlant de la décision d'utiliser une mesure de contention, l'ergothérapeute assumera la responsabilité professionnelle de l'application des parties du plan sous sa gouverne. Celles-ci devront par ailleurs se retrouver au plan d'intervention ergothérapeutique du client.

Quatre situations distinctes reliées à la prise de décision d'utiliser une mesure de contention et à l'élaboration du plan d'intervention peuvent se présenter :

1. Le protocole désigne l'ergothérapeute comme étant l'unique professionnel qui prend la décision d'utiliser une mesure de contention et qui détermine le plan d'intervention afférent. L'ergothérapeute est le seul professionnel responsable de ces éléments.
2. Le protocole désigne plusieurs professionnels habilités par la loi à décider en interdisciplinarité de l'utilisation d'une mesure de contention et de la détermination du plan d'intervention afférent. Ces professionnels engagent de manière égale leur responsabilité professionnelle.
3. Le protocole désigne plusieurs professionnels habilités à décider seuls ou en interdisciplinarité de l'utilisation d'une mesure de contention et de la détermination du plan d'intervention afférent. Selon la situation, l'ergothérapeute engagera seul sa responsabilité professionnelle envers ces deux éléments ou également avec les autres professionnels « décideurs ».

4. Le protocole ne désigne pas l'ergothérapeute comme étant un professionnel prenant la décision d'utiliser une mesure de contention et de déterminer le plan d'intervention afférent.

Quelle que soit la situation, il est recommandé que tous les professionnels « décideurs » signent le document faisant foi de cette décision, qu'il s'agisse d'une note, d'un rapport ou de tout autre type d'écrit déterminé par le protocole et qui sera placé par la suite au dossier du client.

Dans l'éventualité où une personne (famille, entourage, personnel, aidant) divergeait intentionnellement du plan d'intervention déterminé par l'équipe ou l'ergothérapeute, un tel contexte porte à croire que l'ergothérapeute ne serait pas tenu responsable d'un incident qui en découlerait en autant que cette personne a reçu l'information suffisante et la formation adéquate pour lui permettre d'appliquer le plan d'intervention. Si l'ergothérapeute devient informé d'une telle divergence au plan d'intervention, il doit la noter au dossier en respectant les règles usuelles de confidentialité. L'information doit être rapportée à l'équipe interdisciplinaire ou à toute autre personne ou instance prévue au protocole d'application. Des actions thérapeutiques, administratives ou juridiques pourront alors être entreprises par les intervenants ou le milieu.

Enfin, si l'entourage exige l'utilisation d'une mesure de contention allant à l'encontre de l'opinion professionnelle de l'ergothérapeute ou de l'équipe, le ou les professionnels concernés ne sont pas tenus d'appliquer une modalité d'intervention qui s'oppose à leur jugement professionnel. Dans cette situation ou lorsqu'une mesure de contention est utilisée par la famille ou l'entourage d'une personne vivant à domicile malgré l'opinion contraire des intervenants impliqués, ces derniers doivent expliquer les conséquences (actuelles et potentielles) d'une telle action et le noter au dossier du client. La responsabilité de retirer et de remettre en place la mesure de contention lors des interventions à domicile revient à la famille ou à l'entourage²².

LE RÔLE DE CONSULTANT

L'ergothérapeute peut parfois être appelé à jouer un rôle de consultant pour la recommandation d'une mesure de contention. Ce rôle peut s'actualiser de deux façons : 1) l'ergothérapeute participe à la décision d'utiliser une mesure de contention en collaboration avec l'équipe d'intervenants d'un client, 2) l'ergothérapeute donne son avis professionnel sur une mesure de contention dont l'utilisation fut décidée par d'autres professionnels qui y sont habilités par la loi. Les prochains paragraphes illustrent les responsabilités inhérentes à chacun de ses rôles.

L'ergothérapeute participe à la décision d'utiliser une mesure de contention en collaboration avec l'équipe d'intervenants d'un client

Une équipe d'intervenants peut consulter un ergothérapeute en vue d'évaluer la nécessité d'utiliser une mesure de contention soit pour obtenir la contribution spécifique de l'ergothérapeute, soit pour prendre la décision d'utiliser une mesure de contention car aucun membre de l'équipe n'y est habilité par la loi. Par exemple, une équipe d'intervenants d'un milieu de type résidentiel pourrait faire appel à un ergothérapeute d'un CLSC ou en pratique privée pour contribuer à une telle prise de décision.

L'ergothérapeute consultant qui évalue le client doit agir en conformité avec le protocole du milieu encadrant l'usage des mesures de contention, si un tel protocole existe et qu'il respecte les normes professionnelles en ergothérapie et la législation en vigueur. Il serait d'ailleurs préférable que le rôle et les responsabilités du consultant soient prévus dans ce protocole. Les mécanismes de réévaluation et de suivi devront être clairement établis au plan d'intervention surtout si l'ergothérapeute consultant n'exerce pas dans le milieu qui a demandé ses services. Selon la situation, l'ergothérapeute engagera seul sa responsabilité professionnelle ou également avec les autres professionnels « décideurs ». Cette fois encore, chaque intervenant sera responsable de l'application du plan d'intervention, en tout ou en partie, en fonction des rôles qui lui sont dévolus.

22. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. *Élimination des contentions physiques dans le cadre des services de soutien à domicile*. Conférence donnée dans le cadre du Colloque sur les contentions et l'isolement en contexte gériatrique. Sherbrooke, mai 2005.

L'ergothérapeute donne son avis professionnel sur une mesure de contention dont l'utilisation fut décidée par d'autres professionnels qui y sont habilités par la loi

Une équipe d'intervenants ou un ergothérapeute peut consulter un autre ergothérapeute dans le but de sélectionner le moyen de contention le plus approprié notamment en raison des connaissances techniques plus approfondies détenues par le consultant. Une telle situation peut se présenter aux ergothérapeutes qui exercent dans les services d'aides techniques (SAT) des centres de réadaptation en déficience physique. On pourrait, par exemple, leur demander de recommander le type de ceinture optimal en fonction du modèle de fauteuil roulant du client pour qui est recommandée la mesure de contention.

Dans un tel cas, l'ergothérapeute consultant n'est pas le décideur, il donne son opinion professionnelle sur une recommandation déterminée par un autre professionnel ou une équipe d'intervenants qui y sont habilités par la loi. L'ergothérapeute consultant peut avoir une opinion contraire aux décideurs et il se doit de l'exprimer. Cela peut amener à une modification des recommandations basée sur les justifications professionnelles du consultant. Il peut aussi refuser d'intervenir si la recommandation initiale était maintenue par les décideurs et que cela allait à l'encontre de son opinion professionnelle. De plus, comme tout ergothérapeute a la responsabilité d'« encadrer sa pratique professionnelle par les lois, les règlements, les normes et les obligations pertinents relatifs à l'exercice de la profession d'ergothérapeute », le consultant ne devrait agir que si la décision d'utiliser une mesure de contention a été prise par un ou des professionnels qui y sont habilités par la loi. S'il avait connaissance que la loi ou la réglementation professionnelle n'avait pas été respectée, il devrait le signifier à l'équipe d'intervenants du client afin que la prise de décision soit conforme aux règles établies et le noter au dossier.

Dans ses recommandations, le consultant devra spécifier tous les aspects qui devront faire l'objet d'un suivi par l'équipe d'intervenants, le client et son entourage, par exemple :

- les consignes de mise en place et de retrait sécuritaire de la mesure de contention ;
- les éléments à surveiller et les restrictions d'utilisation ;
- les consignes d'entretien de l'équipement.

Dans certaines situations, il pourrait s'avérer pertinent d'offrir de la formation aux personnes concernées par l'application de la mesure de contention sélectionnée.

Conclusion

Bien que le présent document destiné aux ergothérapeutes n'aborde que les mesures de contention, rappelons que les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques* émises par le MSSS visent l'ensemble des mesures de contrôle. Le rôle et les responsabilités de l'ergothérapeute face à l'isolement n'ont pas été décrits puisqu'ils sont en voie d'être définis, notamment par une nouvelle étape des travaux de modernisation du système professionnel pour les professions de la santé mentale et des relations humaines. Parmi ces travaux, on note le projet d'étendre la réserve de l'activité de décider du recours à l'isolement ainsi que celle de décider de l'utilisation des mesures de contention à plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux. Les ergothérapeutes peuvent donc s'attendre à recevoir des informations complémentaires dans un proche avenir afin de les guider dans l'accomplissement de toute nouvelle responsabilité professionnelle que la loi leur conférerait.

Bibliographie

Agence de santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés (2001). Répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté.

Association des hôpitaux du Québec (2004). *Cadre de référence — Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement.*

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2005). *Élimination des contentions physiques dans le cadre des services de soutien à domicile.* Conférence donnée lors du Colloque sur les contentions et l'isolement en contexte gériatrique. Sherbrooke, mai 2005.

Bureau du coroner (2003). *Rapport d'enquête de Me Luc Malouin, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de Marie-Louise Brunard survenu à Québec le 26 juin 2001 (dossier 111262).*

Bureau du coroner (2003). *Rapport d'enquête du coroner Michel Ferland sur les causes et les circonstances du décès de Jonathan Dubé survenu au Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle à l'Annonciation le 23 janvier 2000.*

Code criminel (L.R.C., 1985, c. C-46)

Code civil (L.Q., 1991, c. 64)

Code de déontologie des ergothérapeutes (Code des professions, L.R.Q., c. C-26, a. 87)

Code des professions (L.R.Q., c. C-26)

Collège des médecins du Québec (1999). *Lignes directrices — Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement.*

Curateur public du Québec (2003). *Le Curateur public et les mesures de contention et d'isolement. Avis soumis au Curateur public par le Comité de protection et de représentation des personnes incapables ou protégées.*

Curateur public du Québec (2005) Communication du Curateur public du Québec destinée aux intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, *Le point — Orientations*, Vol.4, no 2, novembre 2005.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). Éditeur officiel du Québec, 2005.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002a). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.* Éditeur : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002b). *Plan d'action — Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.* Éditeur : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD — Orientations ministérielles.* Éditeur : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile.* Éditeur : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Encadrer l'utilisation des mesures de contention — Matériel de contention (évaluation de produits, guide pour la conception), Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement.* Éditeur : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada (2001). *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté.*

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004a). *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé — Guide de l'ergothérapeute.*

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004b). *Compétences et responsabilités professionnelles — Guide de l'ergothérapeute.*

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004c). *Cadres légal et normatif de la tenue des dossiers en ergothérapie.*

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2005). *Cahier du participant de l'activité de formation continue « Gestion des mesures de contention : rôle de l'ergothérapeute » (2^e édition).*

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.*

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (2004). *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé pour les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.*

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (2005). *Documents du participant au colloque « La contention : une décision en interdisciplinarité ».* Montréal, juin 2005.

Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation d'un membre de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec (*Code des professions*, L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. c) et d)). *Gazette officielle du Québec*, 1993.

Annexe 1

ARTICLES DE LOI PERTINENTS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTENTION

A. Le respect des droits fondamentaux

La Charte canadienne des droits et libertés

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

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

La Charte des droits et libertés de la personne

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

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

«Art. 10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondées sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.²³

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit. »

B. Le consentement

Le Code civil du Québec

« Art. 10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »

«Art. 11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle que soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toutes autres interventions. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. »

Le Code criminel

« Art. 265. Commet des voies de fait [...] qui-conque [...] d'une manière intentionnelle, emploie la force directement ou indirectement contre une autre personne sans son consentement. »

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

« Art. 9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, qu'elle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de tout autre intervention.

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

23. Le soulignement est le nôtre.

Le Code de déontologie des ergothérapeutes

« Art. 3.02.03. L'ergothérapeute doit, dès que possible, informer son client de la nature et des modalités du traitement que ce dernier requiert et il doit, le cas échéant, obtenir son accord à ce sujet. »

C. Le champ d'exercice de l'ergothérapie

Le Code des professions

« Art. 37 o) : évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale ; »

« Art. 39.4. L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

D. Les activités réservées aux membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec

Le Code des professions

« Art. 37.1. Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, qui lui sont réservées dans le cadre des activités que l'article 37 lui permet d'exercer :

4° l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec :

- a) procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi ;
- b) évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique ;
- c) prodiguer des traitements reliés aux plaies ;
- d) décider de l'utilisation des mesures de contention²⁴. »

E. Les mesures de contrôle

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

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

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

24. Le soulignement est le nôtre.

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

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

Principes directeurs

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

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

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

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

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

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

Annexe 2.

LISTE DES ÉLÉMENTS D'INFORMATION REQUIS PAR LE CURATEUR PUBLIC LORS D'UNE DEMANDE DE CONSENTEMENT À L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTENTION. (CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, 2005)

- Nom, prénom, date de naissance et numéro du Curateur public de la personne concernée ;
- l'aptitude à consentir ;
- la justification de la mesure ;
- la description des mesures utilisées et le contexte d'application ;
- les mesures alternatives préalablement utilisées ;
- la durée d'application de la mesure utilisée ;
- le plan d'intervention ;
- la révision périodique de l'utilisation de la mesure ;
- l'opinion d'un proche (si possible) ;
- l'identification du professionnel qui a décidé de l'application de la mesure à utiliser (en lettres moulées).



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

OEQ

2021, av. Union, bureau 920
Montréal, Québec H3A 2S9
Téléphone : (514) 844-5778 ou 1 800 265-5778
Télécopieur : (514) 844-0478

www.oeq.org