

Direction des affaires juridiques et corporatives

Québec, le 17 février 2026

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Réponse à votre demande d'accès à des documents
N/dossier : MMT01236

Madame,

Nous donnons suite à votre demande et vos précisions reçues les 19 et 20 janvier 2026 pour l'obtention des documents suivants :

Demande 19 janvier :

« [...] une copie des protocoles d'application des mesures de contrôle à jour mis en place dans chacun des établissements relevant de votre juridiction au Québec.

Plus précisément, nous souhaitons obtenir :

- *Les versions les plus récentes des protocoles d'application des mesures de contrôle;*
- *Tout document annexe ou complémentaire se rapportant à ces protocoles (directives internes, formulaires de suivi, rapports d'évaluation, etc.);*
- *Le cas échéant, une liste des établissements couverts par ces protocoles. »*

Précisions 20 janvier :

« De manière plus claire et concise, nous souhaitons avoir copie du protocole et des procédures d'application utilisés (en vigueur) en contexte psychiatrique - donc relevant de la DIRECTION SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE - pour chacun des établissements et/ou unités pour lesquels ils sont appliqués/utilisés. »

À cet égard, vous trouverez ci-joint tous les documents détenus par le CIUSSS de la Capitale-Nationale répondant à votre demande.

En terminant, si vous êtes insatisfaite de notre réponse, soyez informée qu'en vertu de la LADOP, vous avez des recours. Nous joignons à la présente une note explicative à cet effet intitulée « Avis de recours ».

Nous espérons le tout à votre convenance et vous prions d'agréer, Madame, nos salutations distinguées.

[REDACTED] technicienne juridique

Pour : Stéphanie Savard, avocate

Responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels

Dossiers administratifs et employés

SS/gc

p. j. Avis de recours
Documents (10)

AVIS DE RECOURS EN RÉVISION

À la suite d'une décision rendue en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*

Révision

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

QUÉBEC

Commission d'accès à l'information
Bureau 2.36
525, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5S9

Tél : (418) 528-7741
Télec : (418) 529-3102

MONTRÉAL

Commission d'accès à l'information
Bureau 900
2045, rue Stanley
Montréal (Québec) H3A 2V4

Tél : (514) 873-4196
Télec : (514) 844-6170

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

APPEL DEVANT LA COUR DU QUÉBEC

a) Pouvoir

L'article 147 de la loi stipule qu'une personne directement intéressée peut porter la décision finale de la Commission d'accès à l'information en appel devant un juge de la Cour du Québec sur toute question de droit ou de compétence.

L'appel d'une décision interlocutoire ne peut être interjeté qu'avec la permission d'un juge de la Cour du Québec s'il s'agit d'une décision interlocutoire à laquelle la décision finale ne pourra remédier.

b) Délais

L'article 149 prévoit que l'avis de l'appel d'une décision finale doit être déposé au greffe de la Cour du Québec, dans les 30 jours qui suivent la date de réception de la décision de la Commission par les parties.

c) Procédure

Selon l'article 151 de la loi, l'avis d'appel doit être signifié aux parties et à la Commission dans les dix jours de son dépôt au greffe de la Cour du Québec.

Nom :

N° dossier :

CONDITIONS D'APPLICATION			
1. Décrire les comportements à risque/signes précurseurs et les mesures de remplacement à appliquer			
2. Décrire le moment/comportement où la mesure de contrôle devient nécessaire (faits observables)			
3. Décrire le moment/comportement où la mesure de contrôle peut être retirée (faits observables)			
MODALITES D'APPLICATION			
Fréquence de la surveillance ☐ 15 minutes ☐ 30 minutes ☐ 60 minutes ☐ 120 minutes ☐ _____			
Éléments de surveillance			
CONTRIBUTION A LA DÉCISION			
Nom	Profession	Nom	Profession
CONSENTEMENT (Un consentement doit être obtenu)			
☐ Référer au formulaire « CN00648 Consentement à l'utilisation d'une mesure de contrôle »			
☐ Référer au formulaire de consentement à des mesures de contrôle du Curateur public			
☐ Autorisation judiciaire de soins pour l'utilisation de la mesure de contrôle Date _____			
aaaa/mm/jj			
RÉÉVALUATION			
Date de la première réévaluation prévue _____			
aaaa/mm/jj			
SIGNATURES			
Date _____	Signature _____	Profession _____	
aaaa/mm/jj			
Date _____	Signature _____	Profession _____	
aaaa/mm/jj			
Section réservée pour la signature électronique			

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

SURVEILLANCE DES MESURES DE CONTRÔLE AVEC OBSERVATIONS

[illegible]

Nom :

N° dossier :

[illegible]**Surveillance effectuée par**

Initiales	Signature	Profession	Initiales	Signature	Profession

Validation de la complétion par l'intervenant désigné dans le secteur d'activité (Recommandé)

Date _____ Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj

Date _____ Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj

Section réservée pour la signature électronique

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ DIRECTEUR DES MESURES DE CONTÔLE EN CAS DE DÉROGATION

Direction clinique _____	Programme _____	Site _____
Données clinico- administratives		
Secteur d'activités ☐ Urgence ☐ URCI ☐ RAC ☐ URFI ☐ Soins de longue durée ☐ Foyer de groupe ☐ RI ☐ RTF ☐ Socio-pro ☐ Transport ☐ Centre de réadaptation ☐ Milieu scolaire ☐ Clinique externe ☐ Hôpital de jour ☐ Milieu naturel ☐ Plateau technique ☐ Unité d'hospitalisation (préciser la clientèle) _____ ☐ Autre _____		
Gestionnaires avisés (obligatoire)		
Nom du gestionnaire du secteur où se trouve l'utilisateur _____		
Nom du supérieur immédiat du gestionnaire du secteur (ex. : directeur adjoint) _____		
Identification des intervenants impliqués		
Professionnel/intervenant	Nom	Profession
Professionnel décideur et demandeur		
Deuxième professionnel décideur		
Autres intervenants		
Motif de la demande		
La mesure de contrôle est ☐ Envisagée ☐ Utilisée Motif ☐ La mesure de contrôle n'est pas encadrée par le protocole « R-16 Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » et/ou la procédure en vigueur ☐ La mesure de contrôle diffère du protocole R-16 et/ou de la procédure en vigueur Décrire la mesure de contrôle et expliquer précisément en quoi elle déroge (exemples : mesure proscrite, mesure non prévue, délai de surveillance en dehors des balises) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

N° dossier :

CN00311 (2024-04-16) **DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ DIRECTEUR DES MESURES DE CONTRÔLE EN CAS DE DÉROGATION** Dossier usager
D.I.C.: 3-4-4
Page 2 de 2

CONSENTEMENT À L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

Ce consentement est lié au formulaire « CN00059 Évaluation et décision d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifié » daté du _____
aaaa/mm/jj

Je, _____ reconnais avoir été informé :
Nom de l'utilisateur ou de son représentant

- Des raisons pour lesquelles une mesure de contrôle est envisagée
- Du type de mesure de contrôle prévu
- De quand et comment elle sera appliquée (motifs, mesures de remplacement, durée, surveillance)
- Des risques et conséquences possibles à utiliser ou ne pas utiliser la mesure (pour l'utilisateur et autrui)
- Que le présent consentement soit valide tant qu'il n'y a pas de changement et il peut être retiré en tout temps par un avis écrit ou verbal
- Qu'en situation d'urgence, devant un danger imminent, il est possible qu'une mesure de contrôle soit utilisée sans consentement.
- De la disponibilité d'un feuillet d'information : « Pour une utilisation judicieuse des mesures de contrôle » sur le site internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale à : Services/Information et documentation/Mesures de contrôle (contention et isolement)

Je confirme avoir compris les explications concernant l'utilisation de la mesure de contrôle proposée et je consens à son application.

Date _____ Signature _____ Si représentant, préciser : ☐ Mandataire
aaaa/mm/jj Usager ou son représentant ☐ Tuteur ☐ Autre

☐ Autorisation verbale de l'utilisateur ou de son représentant légal en guise de sa signature Date _____
aaaa/mm/jj

J'ai donné les explications tel qu'indiqué dans ce formulaire et j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées

Date _____ Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj Intervenant qui obtient le consentement

Nom :

N° dossier :

RÉVOCATION DU CONSENTEMENT			
Je, _____ Nom de l'usager ou de son représentant			
- Retire mon consentement à l'utilisation de la mesure de contrôle qui m'avait été proposée - Comprends qu'en situation d'urgence, devant un risque imminent, il est possible qu'une mesure de contrôle soit tout de même utilisée			
Date _____	Signature _____	Si représentant, préciser : ☐ Mandataire ☐ Tuteur ☐ Autre _____	
aaaa/mm/jj		Usager ou son représentant	
☐ Révocation verbale de l'usager ou de son représentant légal en guise de sa signature		Date	_____
		aaaa/mm/jj	
Date _____	Signature _____	Profession	_____
aaaa/mm/jj		Intervenant qui reçoit la révocation	
Section réservée pour la signature électronique			

Note de service

Destinataire : Gestionnaires, professionnel et personnel infirmier utilisant des mesures de contrôle

Expéditeur : Comité directeur sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

Date : 28 octobre 2025

Objet : **Dérogation pour l'utilisation de l'isolement de plus de 7 jours consécutifs**

Le Comité directeur sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle souhaite assurer une vigilance quant à l'utilisation prolongée des mesures d'isolement dans le but d'épauler les équipes lors de situations complexes. Ainsi, toute mesure d'isolement prévue en contexte d'intervention planifié pour une période de plus de 7 jours consécutifs, et ce, peu importe le nombre d'heures d'isolement quotidien, est dorénavant considérée comme une dérogation aux procédures des directions.

Cette directive s'applique dans toutes les directions et à tous les types d'isolement, que ce soit une « salle d'isolement », une « pièce avec porte et accès visuel », une « chambre personnelle sécurisée » ou un « loft ».

Dans ces situations, la [Procédure en cas de dérogation](#) s'applique. Ainsi, le formulaire [CN00059 Évaluation et décision d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifié](#), de même que le formulaire [CN00311 Demande d'avis au Comité directeur des mesures de contrôle en cas de dérogation](#) doivent être complétés et acheminés au comité de dérogation. En plus des informations prévues dans ce dernier formulaire, la demande d'avis doit inclure des informations sur :

- La durée prévisible de l'utilisation de la mesure;
- Les moyens identifiés pour contrer la dangerosité;
- Les moments où l'utilisateur intègre les aires communes;
- La prévision d'une diminution progressive des mesures vers des moyens moins contraignants en fonction de l'évolution de la situation.

Pour ce qui est d'une mesure d'isolement prolongée appliquée dans un contexte d'intervention non planifié, rappelons que celle-ci doit faire l'objet d'une analyse post-situationnelle dans les meilleurs délais afin d'estimer la nécessité de prévoir une intervention en contexte planifié.

Une mise à jour pour inclure cette orientation sera effectuée dans les procédures des directions lors du processus de révision qui est en cours.

Pour toutes questions sur le sujet, veuillez contacter l'équipe de soutien aux mesures de contrôle : mesurescontroledsi.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca.

Merci de votre précieuse collaboration.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale 	PROCÉDURE
	Code : PR-R-16-1
	Direction responsable : Direction des soins infirmiers et de la santé physique
	Présentée et adoptée au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle : 22 janvier 2020 Révision : 17 novembre 2021
	Entrée en vigueur le : 5 avril 2022 Cette procédure annule la procédure antérieure traitant du même sujet.
TITRE : Procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle Direction programme Santé mentale et Dépendances (DSMD)	

La présente procédure doit se lire conjointement avec le *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, R-16*. Elle complète ce protocole et précise les balises liées à l'utilisation des mesures de contrôle selon les différents milieux d'application. Afin d'en faciliter la consultation, la présente procédure est divisée par secteur.

CONSULTATIONS	
☒ Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle :	17 novembre 2021
☒ Comité exécutif du conseil multidisciplinaire :	23 janvier 2020
☒ Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :	12 février 2020
☒ Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers :	16 janvier 2020

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIFS.....	2
CHAMPS D'APPLICATION	2
CLIENTÈLE VISÉE	2
DÉFINITIONS.....	3
MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE PSYCHIATRIQUE	7
MARCHE À SUIVRE URGENCES PSYCHIATRIQUES.....	18
MARCHE À SUIVRE SERVICES AMBULATOIRES	27
MARCHE À SUIVRE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI) RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL (RTF)	30
MARCHE À SUIVRE RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC).....	35
MARCHE À SUIVRE RÉSIDENCE PRIVÉE POUR ÂÎNÉS (RPA)	43
MARCHE À SUIVRE MILIEU NATUREL DE L'USAGER	47
RÉFÉRENCES	50
ANNEXES	51
ANNEXE I : Mesures de remplacement	52
ANNEXE II : Utilisation de la chambre personnelle sécurisée	56
ANNEXE III : Niveau de risque des mesures de contrôle	57
ANNEXE IV : Marche à suivre niveau d'alerte	59

OBJECTIFS

Ce document vise à décrire les procédures spécifiques en matière de recours à une mesure de contrôle à la direction du programme Santé mentale et dépendances (DSMD) tout en respectant les balises émises par le *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle de l'établissement, R-16*.

CHAMPS D'APPLICATION

L'ensemble des personnes exerçant une fonction au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et du Jeffery Hale dont notamment les employés, les médecins, les gestionnaires, les stagiaires provenant d'une maison d'enseignement, ainsi qu'à toute personne responsable ou exerçant une fonction dans une ressource intermédiaire (RI), une ressource de type familial (RTF) ou une résidence à assistance continue (RAC) doit respecter la présente procédure.

Elle s'applique à l'égard des usagers, tels que définis dans la présente procédure, à tout moment et en tout lieu si une mesure de contrôle est appliquée par l'une ou l'autre des catégories de personnes mentionnées ci-dessus dans le cadre d'une prestation de soins et de services de l'Établissement.

CLIENTÈLE VISÉE

Cette procédure est applicable à l'égard des usagers recevant des soins et des services des intervenants relevant de la DSMD dans les milieux suivants :

- Les urgences psychiatriques;
- Les unités d'hospitalisation psychiatrique incluant les unités médico-légales;
- L'unité de médecine de l'IUSMQ;
- Les unités de soins de longue durée en psychiatrie;
- Les ressources à assistance continue (RAC);
- Les résidences privées pour aînées;
- Les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF);
- Les services ambulatoires et les cliniques externes;
- Les services offerts dans la communauté, soit dans le milieu naturel de l'utilisateur incluant les usagers qui reçoivent des services des équipes comme du suivi intensif dans le milieu (SIM), du suivi d'intensité variable (SIV) et de traitement intensif bref à domicile (TIBD).

La présente procédure n'inclut pas les usagers recevant des services de santé mentale jeunesse. Ceux-ci sont inclus dans la procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle de la Direction du programme jeunesse et de la Direction de la protection de la jeunesse.

DÉFINITIONS

Analyse postsituationnelle¹	Évaluation et analyse des avantages et des effets indésirables déterminant la pertinence du type de mesure utilisée et de son maintien, menant au réajustement du plan d'intervention au besoin.
Cadre de référence RI-RTF	Le cadre de référence RI-RTF constitue la pièce maîtresse des orientations ministérielles pour l'organisation, la gestion et la prestation de services en RI-RTF au Québec. Il s'inscrit dans le contexte législatif actuel et intègre d'une manière cohérente les orientations du Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial ainsi que celle des ententes collectives et nationales.
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.
Dérogation	Demande qui doit être soumise au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle lorsqu'une mesure envisagée n'est pas encadrée par le protocole ou lorsqu'une autorisation spéciale est nécessaire en situation d'absence de consensus.
Établissement	Regroupement d'établissements publics du même secteur dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec.
Intervenant	Gestionnaire, médecin, dentiste, pharmacien, employé, étudiant, stagiaire, superviseur de stage, contractuel, de même que toute personne occupant une fonction au CIUSSS de la Capitale-Nationale.
Intervenant pivot	Interlocuteur principal qui s'assure que l'utilisateur et ses proches sont accompagnés et soutenus afin d'assurer l'intégration des interventions et des services au sein de son établissement.
Instrument	Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance de l'utilisateur.
Jumelage/pairage	Le jumelage est un processus qui consiste à sélectionner une ressource ayant un portrait qui la rend susceptible de répondre adéquatement aux besoins d'un usager et à jumeler cette ressource avec cet usager. Le pairage fait partie intégrante du processus de jumelage et consiste, quant à lui, à vérifier l'homogénéité ou la compatibilité entre le profil de l'utilisateur visé par le jumelage et le profil des usagers déjà présents dans la ressource.
Mesures autorisées	Mesures permises/légitimées par l'Établissement.
Mesures prescrites	Mesures exclues/prohibées par l'Établissement.
Protocole	Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (Règlement R-16).

¹ Adaptée de la réévaluation postsituationnelle du Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. MSSS (2015) page 27 de 34.

Règlement	Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.
Résidence privée pour aînés	Tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide-domestique, services de sécurité ou services de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant une autre modalité. Article 346.0.1 LSSSS.
Usager	Pour les fins de la présente procédure, il s'agit d'une personne qui reçoit des soins et services de l'Établissement. Le terme « usager » inclut celui de « résident » parfois utilisé dans les ressources d'hébergement.

CONTENTIONS MÉCANIQUES

Attache-poignet/attache-cheville	Moyen physique installé aux poignets ou aux chevilles pour immobiliser, restreindre ou limiter les mouvements d'un ou des membres de l'utilisateur lors d'un traitement.
Casque de protection	Casque avec ou sans visière absorbant les chocs lors d'impact ou limitant l'accès de l'utilisateur à des zones de son crâne ou du visage.
Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul	Toute ceinture au fauteuil que l'utilisateur n'est pas en mesure de détacher seul.
Ceinture abdominale magnétique	Ceinture magnétique qui s'ajuste au niveau de l'abdomen qui limite les mouvements de l'utilisateur ne lui permettant pas de sortir du lit. Toutefois, la latéralisation et les mouvements de haut en bas demeurent possibles. Une bande pelvienne peut être ajoutée pour empêcher le glissement de la ceinture abdominale vers le haut. Des bretelles peuvent être ajoutées pour empêcher le glissement de la ceinture vers le bas.
Combinaison Argentino	Combinaison permettant de maintenir un utilisateur en décubitus dorsal sans limiter l'amplitude de ses mouvements aux membres.
Fauteuil bas et inclinable	Fauteuil dont l'assise est plus près du sol et inclinable vers l'arrière utilisé pour empêcher un utilisateur de se lever seul en considérant ses limitations motrices.
Fauteuil gériatrique sans ceinture	Fauteuil à ajustements variables, utilisé avec une bascule et/ou inclinaison pour empêcher l'utilisateur de se lever.
Freins de fauteuil ou mise en mode manuel	Application des freins sur un fauteuil roulant ou mise en mode manuel d'un fauteuil roulant électrique pour empêcher l'utilisateur de pouvoir se déplacer.
Lit à profil bas	Lit permettant d'être abaissé près du sol qui est utilisé pour limiter la capacité d'un utilisateur de se lever seul.
Masque anti-crachat	Capuchon de tissus qu'on enfle sur le visage, comportant une partie en filet à la hauteur des yeux et une partie filtration recouvrant la bouche juste sous le nez.
Mitaine de protection	Mitaine empêchant l'utilisateur de tirer ou d'agripper des objets, de retirer les dispositifs médicaux en place ou de s'infliger des blessures.
Objets lestés	Les couvertures et les vestes lestées font partie d'un vaste éventail d'outils utilisés dans le but de calmer des personnes ou d'accroître leur niveau d'attention à la tâche.
Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil	La mise hors de portée d'un accessoire de marche nécessaire aux déplacements de l'utilisateur afin de l'empêcher de se déplacer.
Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4)	Deux côtés de lit pleine longueur ou quatre côtés de demi-longueur montés pour empêcher l'utilisateur de sortir.

Système de contention aux quatre membres	Tout système de contention qui immobilise minimalement les quatre membres (poignets et chevilles). L'ajout de la ceinture abdominale est généralement recommandé, par exemple, dans les systèmes Ségufix et Pinel.
Système de transport accompagné sécuritaire (TAS)	Système de bandes velcro utilisées pour attacher les poignets et les chevilles pendant un déplacement.
Tablette au fauteuil	Tablette qu'on fixe au fauteuil pour empêcher l'utilisateur de se lever.
Vêtement de contention de type grenouillère	Combinaison généralement portée sous les vêtements, en tissus (polyester et coton) ou en filet (polyester) pour empêcher l'utilisateur d'avoir accès à son corps.

CONTENTION PAR FORCE HUMAINE

Contrôle articulaire	Technique consistant à amener l'articulation d'une personne au maximum de son amplitude afin de le neutraliser.
-----------------------------	---

ISOLEMENT

Pièce avec demi-porte	Isolement d'un usager dans une pièce fermée par une demi-porte.
Chambre personnelle sécurisée	Chambre comportant une fenêtre dans la porte et dont le choix du mobilier et les effets personnels sont déterminés afin de diminuer les risques liés au comportement de l'utilisateur.
Isolement inversé	Retrait des autres usagers et du personnel du lieu où se trouve un usager considéré comme dangereux pour autrui à un moment précis et non planifié.
Surveillance constante dans un lieu restreint	Cette mesure consiste à accorder une présence continue auprès de l'utilisateur par un membre du personnel et à contraindre ses déplacements dans un lieu restreint. En aucun temps, l'utilisateur ne peut être laissé seul.
Dispositif agissant comme barrière psychologique	Mise en place de stratégies empêchant psychologiquement l'utilisateur à sortir d'une pièce (p. ex. : filet velcro, bande sur le plancher).

MARCHE À SUIVRE
UNITÉS D'HOSPITALISATION
UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE PSYCHIATRIQUE

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section présente la procédure concernant les usagers qui sont admis :

- Sur une unité psychiatrique de soins aigus;
- À l'unité de médecine de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec;
- Dans une unité psychiatrique de soins de longues durées;
- Dans une unité psychiatrique médico-légale.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION DSMD

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Attache-poignet seul; • Casque de protection (avec ou sans grillage ou visière); • Ceinture abdominale magnétique avec sangle pelvienne au lit avec deux ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) montées; • Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher; • Combinaison Argentino; • Fauteuil bas et inclinable; • Lit à profil bas; • Mitaines de protection; • Système de contention aux quatre membres; • Système de transport accompagné sécuritaire (TAS); • Tablette et ceinture au fauteuil; • Vêtement de contention de type grenouillère; vêtement adapté une pièce.	• Alèse ou literie enroulée; • Attache-cheville seule; • Fauteuil gériatrique sans ceinture; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel; • Masque anti-crachat; • Matériel maison ou adaptation de matériel; • Objets lestés; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil; • Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) utilisées sans ceinture abdominale; • Tablette sur un fauteuil qui n'est pas muni d'une ceinture.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

ATTACHE POIGNET

L'utilisation seule d'une ou de deux attache-poignets doit être employée, en dernier recours, pour le maintien de traitement qui serait nécessaire pour la santé physique de la personne, et ce, lorsque le personnel et l'environnement permettent d'assurer une surveillance adéquate.

CONTENTION DANS UN LIT D'HÔPITAL

Lors de l'utilisation d'une attache-poignet ou d'une contention abdominale avec sangle pelvienne, toutes les ridelles de lits doivent être levées. Les ridelles pleines (x2) sont privilégiées. Si les ressources matérielles ne sont pas disponibles, les quatre demi-ridelles (x4) peuvent être levées. Dans cette situation, il est particulièrement important de s'assurer d'un ajustement optimal des courroies autour des matelas, attachées à la base du lit.

Selon la condition et le comportement de l'utilisateur, la bande pelvienne et/ou les bretelles peuvent être ajoutées pour éviter le glissement de la ceinture vers le haut ou vers le bas.

UNITÉS D'HOSPITALISATION ET UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE PSYCHIATRIQUE

RIDELLES DE LIT

Les ridelles ne doivent jamais être levées systématiquement. En effet, l'utilisation des quatre demi-ridelles de lit (x4) ou des deux ridelles pleines (x2) constitue une mesure de contrôle lorsque l'intention est de contraindre l'usager à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever. Ce type de contention n'est pas sécuritaire en raison des risques de piégeage entre les ridelles et le lit si l'usager s'agite pour tenter de sortir et du risque de blessures liées à la hauteur de la chute si l'usager passe par-dessus les ridelles.

Voici des situations où les ridelles de lit ne sont pas considérées comme une mesure de contrôle :

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'usager lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que ce dernier soit en mesure de comprendre les risques éventuels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à un usager des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir ou d'y entrer;
- Lors d'un transport sécuritaire d'un usager;
- Lors d'un épisode aigu de soins physiques ou en réanimation;
- Lors d'exams diagnostiques nécessitant une anesthésie ou une sédation;
- Lorsqu'un usager présente une altération de l'état de conscience (p.ex. : post-anesthésie ou sous sédation);
- Lorsqu'un usager est incapable de se mobiliser (usager grabataire ou fin de vie).

SYSTÈME DE CONTENTION AUX QUATRE MEMBRES ET COMBINAISON ARGENTINO

Le système de contention aux quatre membres et la combinaison Argentino doivent être utilisés sur un lit spécifiquement conçu à cet effet (fixé au sol et sans ridelles) installé dans une salle d'isolement non barrée. Le système de contention aux quatre membres peut exceptionnellement être utilisé pour faciliter un traitement dans un lit d'hôpital. Dans ce cas, toutes les ridelles de lits doivent être levées. Dans ces deux cas, une surveillance constante doit être effectuée.

SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)

Le système TAS est utilisé seulement lors d'un déplacement ou pour la durée d'un soin. Il peut être utilisé uniquement par les intervenants ayant reçu la formation. Son utilisation doit être faite par trois intervenants et nécessite l'application des deux attaches en tout temps.

VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE

Différents modèles sont disponibles à manches courtes ou longues avec jambes longues ou courtes. Elles sont généralement munies d'une fermeture éclair et de fermetures de sécurité au dos. Certains modèles permettent l'accès à des parties du corps, tels que l'entrejambe, pour des soins.

Au sein de l'établissement, les critères suivants ont été retenus pour le choix de grenouillère :

- Le tissu est suffisamment souple pour ne pas restreindre les mouvements;
- Aucun élément rigide ne doit être présent autour du cou;
- L'attache principale est située au dos.

Tous vêtements adaptés ne correspondant pas à ces critères doivent faire l'objet d'une dérogation pour être utilisés.

IMPORTANT

L'utilisation des contentions mécaniques dans les unités de soins aigus en psychiatrie n'est pas recommandée en raison des risques que peuvent représenter les autres usagers en raison de leurs conditions cliniques. Si cette mesure est jugée nécessaire, l'équipe doit évaluer les risques et mettre en place les moyens requis pour assurer la sécurité de la personne.

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
Maintien par la force par le nombre minimal d'intervenants, et ce, selon les techniques de privilégiées par OMÉGA, ITCA ou TPAAS.	- Maintien par contrôle articulaire; - Maintien au sol d'un usager avec compression thoracique.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ
La prescription et l'administration de médicament sont autorisées.

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
- Chambre personnelle sécurisée; - Demi-porte; - Dispositif agissant comme barrière psychologique; - Isolement inversé; - Salle d'isolement; - Surveillance constante dans un lieu restreint.	Pièce fermée sans accès visuel.

2.4.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES**CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE**

Lorsqu'une chambre personnelle sécurisée est envisagée, il est important de réaliser une analyse individuelle de la sécurité en lien avec les caractéristiques propres à l'utilisateur. Son utilisation doit être décidée en équipe interdisciplinaire selon les normes présentées en Annexe II.

DEMI-PORTE

Son utilisation doit se limiter aux situations particulières où il n'y a pas d'autres alternatives valables et raisonnablement accessibles. La hauteur de la demi-porte doit être suffisante pour empêcher l'utilisateur de passer par-dessus et doit permettre d'assurer une surveillance visuelle par l'ensemble des intervenants concernés. Lorsque cette mesure est utilisée, une évaluation rigoureuse doit être faite pour s'assurer que l'utilisateur ne tentera pas de passer par-dessus la demi-porte.

LES DISPOSITIFS AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE

Voici des exemples de dispositifs agissant comme barrière psychologique. L'utilisation de l'un ou l'autre de ces dispositifs constitue une mesure de contrôle (isolement) lorsque ceux-ci s'avèrent efficaces pour empêcher un usager de circuler librement :

- L'utilisation de matériel tel du ruban adhésif coloré au sol;
- L'utilisation d'un filet ou d'une bande fixée par velcro à l'entrée de la chambre;
- Fermer la porte de la chambre de la salle (non barrée);

UNITÉS D'HOSPITALISATION ET UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE PSYCHIATRIQUE

- Mettre un meuble devant la sortie;
- Se placer devant la porte ou à proximité de celle-ci (imposer une présence humaine).

ISOLEMENT INVERSÉ

Dans un contexte d'intervention non planifié seulement, l'isolement inversé pourrait être utilisé lorsque le danger pour autrui est imminent.

SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT

Cette mesure est appliquée lorsque l'état clinique de l'usager le requiert et qu'aucune autre mesure moins contraignante ne permet de diminuer les risques (se référer à la Procédure relative au recours à la surveillance des usagers).

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Comme spécifié au *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*, la décision menant à l'utilisation de mesures de contrôle est une activité réservée. Voici les professionnels autorisés à décider d'une mesure de contrôle dans les secteurs visés par cette section.

Professionnels	Contention mécanique	Isolement	Substance chimique
Criminologue	Oui	Oui	Non
Ergothérapeute	Oui	Oui	Non
Infirmière	Oui	Oui	Non
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui	Oui
Médecin	Oui	Oui	Oui
Physiothérapeute	Oui	Non	Non
Psychoéducateur	Oui	Oui	Non
Psychologue	Oui	Oui	Non
Travailleur social	Oui	Oui	Non

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

L'application d'une mesure de contrôle n'est pas une activité réservée. Tout intervenant formé peut appliquer la mesure de contrôle en respectant les modalités d'application et de surveillance décidées par les professionnels impliqués dans le processus décisionnel.

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1 CONTENTION MÉCANIQUE, FORCE HUMAINE ET ISOLEMENT

Pour les secteurs visés par cette section, la décision d'utiliser une contention mécanique ou l'isolement en contexte d'intervention planifiée doit être prise par au moins **deux (2) professionnels** habilités, de titres d'emplois différents, qui comprennent au moins le médecin ou l'infirmière. Ce sont ces deux mêmes professionnels qui remplissent et signent le formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* contenu au protocole.

3.2.2 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous **prescription** uniquement. Le moment ou le contexte d'administration doit être déterminé par le prescripteur et inscrit sur la prescription pharmacologique.

La prescription comprend :

- Les renseignements relatifs à l'utilisateur :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro de dossier;
 - Numéro de chambre et nom de l'unité de soins.
- La mention mesure de contrôle par substance chimique;
- Le motif justifiant l'utilisation de la médication de façon détaillée, claire et précise;
- La date et l'heure de rédaction de l'ordonnance;
- Le nom générique ou commercial du médicament écrit lisiblement;
- La posologie :
 - Teneur du produit (concentration);
 - Forme pharmaceutique (liquide, comprimé, injectable, etc.);
 - Dosage prescrit de façon précise ne laissant pas place à l'interprétation;
 - Voie d'administration;
 - Fréquence d'administration incluant l'intervalle minimal de temps entre deux doses et le nombre maximal de doses autorisées par période de temps (p. ex. : 2 doses par 24 heures);
 - Durée de validité de l'ordonnance.
- La signature lisible du prescripteur.

Dans cette situation, il est conseillé de s'inspirer du *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* afin de bien documenter cette décision. En fonction de la prescription et de son évaluation de la condition de santé physique et mentale de l'utilisateur, l'infirmière administre la médication ou détermine dans son plan thérapeutique infirmier (PTI) le moment ou contexte d'administration afin que l'infirmière auxiliaire puisse procéder à l'administration comme prévu dans la Règle de soins infirmiers, CIUSSSCN-DSI-RSI-005 : *Partage des rôles entre les infirmières et infirmières auxiliaires dans l'administration de médicaments prescrits au besoin (PRN) selon une ordonnance médicale individuelle ou collective*.

L'infirmière doit exercer une surveillance clinique de la condition de l'utilisateur incluant le monitoring et les ajustements au PTI le cas échéant. Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

4.1 DÉCISION ET APPLICATION

La décision d'appliquer une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. Cependant, la décision revient à l'infirmière ou au médecin lorsqu'ils sont présents sur l'unité. Dans les autres situations, l'intervenant ayant pris la décision d'appliquer la mesure de contrôle doit informer l'infirmière dès que possible.

La décision doit être confirmée par un second professionnel autorisé. L'intervenant remplira le *Formulaire d'application d'une mesure en contexte non planifié* prévu au protocole. Dans l'impossibilité d'avoir l'avis d'un second professionnel habilité, la décision doit être confirmée dès que celui-ci devient disponible (p. ex. : lors du prochain quart de travail).

Lors de l'application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée, si les comportements persistent au-delà de 24 heures, une discussion en équipe interprofessionnelle doit être réalisée et une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée doit être envisagée. La discussion en équipe interprofessionnelle est requise dès le prochain jour ouvrable. Une note résumant cette rencontre doit être déposée au dossier de l'utilisateur.

4.2 ANALYSE POST-SITUATIONNELLE

La présente section complète la section 11.2.3 du Protocole.

Chaque mesure appliquée en contexte d'intervention non planifiée nécessite minimalement une analyse post-situationnelle. Selon les circonstances, l'intervenant interpelle les personnes pertinentes à l'analyse de la situation (l'utilisateur, le représentant, son supérieur immédiat, l'ASI sans charge clinique et l'équipe interprofessionnelle). Lorsque l'analyse mène à penser que la situation peut se reproduire, le processus décisionnel du contexte d'intervention planifiée s'applique. Une note d'évolution sur les points discutés lors de l'analyse post-situationnelle et les pistes de solution envisagées doit être déposée au dossier de l'utilisateur.

En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant doit aviser son supérieur immédiat ou le coordonnateur d'activités, et ce, peu importe le quart de travail :

- Pour combinaison Argentino, système de contention aux quatre membres, salle d'isolement et surveillance constante dans un lieu restreint, dès que la mesure est appliquée ou même envisagée.
- Pour les autres contentions mécaniques et d'isolement, le prochain jour ouvrable.

5. INSTALLATION ET SURVEILLANCE

5.1 INSTALLATION

Les professionnels qui décident d'une contention mécanique doivent être en mesure de s'assurer que l'installation a été faite de manière sécuritaire et conforme à la notice du fabricant. Ainsi ils peuvent :

- L'installer eux-mêmes, s'ils en ont la compétence;
- Demander à un intervenant ayant la compétence de faire l'installation.

5.2 SURVEILLANCE

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques. Les professionnels ayant décidé d'utiliser une mesure de contrôle doivent déterminer les modalités de surveillance en tenant compte du contexte d'utilisation, des risques associés à la mesure et de la condition clinique de l'utilisateur. Le lecteur peut se référer à l'Annexe III concernant les risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle.

UNITÉS D'HOSPITALISATION ET UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE PSYCHIATRIQUE

Les professionnels déterminent et inscrivent dans le Formulaire de décision et de révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement) :

- La fréquence des surveillances;
- Les éléments de surveillance spécifiques;
- Le type de formulaire de surveillance à compléter selon les données à recueillir.

L'infirmière responsable de l'usager doit s'assurer que ces modalités sont appliquées et informe son supérieur immédiat si des écarts de surveillance sont constatés. Pour ce faire, elle inscrit au plan thérapeutique infirmier des directives quant à la surveillance requise pour l'usager. Elle détermine ensuite à qui s'adressent ces directives et s'assure que celles-ci se retrouvent sur le plan de travail de l'intervenant. Bien que tous soient responsables collectivement de la sécurité entourant l'application d'une mesure de contrôle, la personne ayant la directive sur son plan de travail est responsable d'assurer d'une manière plus spécifique la surveillance.

5.2.1 SURVEILLANCE INITIALE

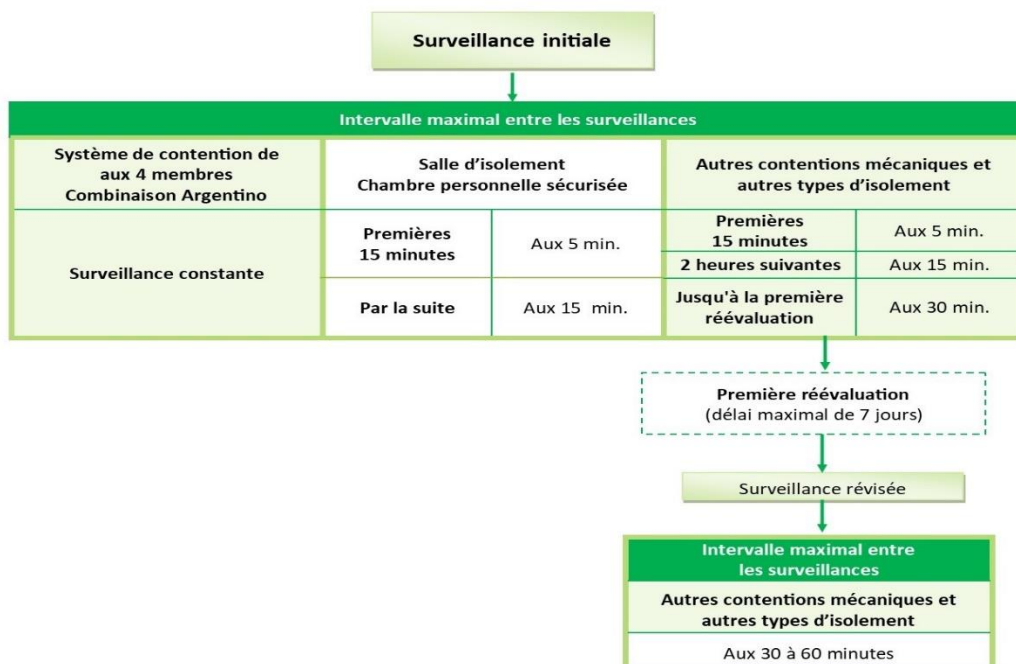
Lors de la mise en place initiale d'une mesure de contrôle, une fréquence de surveillance plus étroite est mise en place et déterminée par les professionnels ayant décidé de la mesure. Toutefois, cette fréquence peut être augmentée selon les observations faites par les intervenants pour assurer la sécurité de l'usager.

5.2.2 SURVEILLANCE RÉVISÉE

Après la première réévaluation, soit au plus tard, sept jours suivant l'application d'une mesure de contrôle, il est possible d'ajuster les modalités de surveillance, sauf pour le système de contention aux quatre membres, la combinaison Argentino et l'isolement en raison des risques associés à ces mesures. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'usager. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies. Ces modalités sont déterminées en tenant compte du risque relié à la mesure, des réactions de l'usager face à cette mesure ainsi que de la condition de ce dernier.

5.2.3 BALISES QUANT À LA SURVEILLANCE DES MESURES DE CONTRÔLE

Le schéma ci-dessous présente les balises générales de surveillance sur lesquelles les professionnels doivent s'appuyer pour déterminer la surveillance à mettre en place.



Selon le type de contention, les éléments de surveillance suivants doivent être planifiés : la contention mécanique et l'isolement.

5.2.4 CONTENTION MÉCANIQUE

- S'assurer que le dispositif de contention peut être retiré rapidement, advenant une situation d'urgence (éviter les nœuds, avoir la clé à proximité);
- Examiner le matériel pour s'assurer qu'il est complet, en bon état et fonctionnel, et s'assurer d'une installation sécuritaire selon la méthode de soins correspondants.

Pour les systèmes de contention aux quatre membres ou la combinaison Argentino :

- Prendre les signes vitaux régulièrement, à une fréquence déterminée par la condition clinique de l'utilisateur.
 - Dans le cas d'une intervention de maîtrise où l'utilisateur manifeste une résistance à l'application de la contention, **la prise des signes vitaux doit se faire immédiatement après et dans les 30 minutes** suivant l'application de la contention;
 - Les signes vitaux doivent être pris **toutes les deux heures**, pour toute la période où l'utilisateur est sous contention.
- Vérifier les paramètres suivants toutes les **15 minutes** :
 - Les signes de compression exercés par la contention : œdème, coloration, chaleur et douleur;
 - Le bon alignement corporel;
 - Le confort de la personne;
 - L'état de contention, ainsi que l'application adéquate et sécuritaire.
- Vérifier l'intégrité de la peau (chaleur, couleur, sensibilité, présence d'œdème ou d'abrasions, protubérances osseuses, etc.) **toutes les deux heures**;
- S'assurer que les besoins physiologiques fondamentaux sont satisfaits tout en préservant l'autonomie :
 - Accompagner l'utilisateur à la toilette minimalement **toutes les deux heures** si son état lui permet de s'y rendre. Le cas échéant, s'assurer de la satisfaction des besoins d'élimination;
 - Offrir à boire (selon la condition clinique de l'utilisateur) minimalement **toutes les deux heures**;
 - Desserrer la contention et favoriser la mobilisation des membres **toutes les deux heures**, un membre à la fois (avec ou sans aide du personnel selon le degré d'autonomie);
 - Alternier la position **toutes les deux heures** ou mobiliser selon la capacité de l'utilisateur et sa collaboration.

Pour les autres contentions mécaniques :

Selon la condition clinique de l'utilisateur et le type de contention, la surveillance est ajustée en tenant compte des balises ci-haut mentionnées et de la méthode de soins.

5.2.5 ISOLEMENT

- S'assurer de la sécurité de l'environnement et de l'absence d'objet dangereux lors d'un isolement;
- Déterminer le type de vêtement de l'utilisateur selon la condition clinique.

Pour la salle d'isolement sécuritaire :

- Vérifier les paramètres cliniques suivants toutes les **15 minutes** :
 - La respiration;
 - Le comportement de la personne;
 - Le confort de la personne;
 - Les réactions psychologiques de la personne.
- Lorsque l'utilisateur manifeste une résistance importante à la mise en isolement, la prise de signes vitaux doit se faire **dans les 30 minutes suivant la mise en isolement dans la mesure du possible**. Par la suite, les signes vitaux seront pris **à chaque quart et plus souvent** selon la condition de l'utilisateur;

UNITÉS D'HOSPITALISATION ET UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE PSYCHIATRIQUE

- **S'assurer d'une visite dans la chambre d'isolement toutes les deux heures obligatoirement** ou plus souvent selon les besoins de l'usager. Cependant, à l'unité médico-légale ou aux soins intensifs psychiatriques, la fréquence des visites pourra être révisée durant la nuit seulement **en présence d'une dangerosité élevée**. Dans cette situation précise, la fréquence des visites sera précisée au Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement);
- S'assurer que les besoins physiologiques fondamentaux sont adéquats tout en préservant l'autonomie et en respectant le sommeil à chaque visite dans la chambre :
 - Accompagner l'usager à la toilette minimalement toutes les deux heures si son état lui permet de s'y rendre. Le cas échéant, s'assurer de la satisfaction des besoins d'élimination;
 - Offrir à boire (selon la condition clinique de l'usager) minimalement toutes les deux heures.

Autres types d'isolement :

Selon la condition clinique de l'usager et le type d'isolement, la surveillance est ajustée en tenant compte des balises ci-haut mentionnées et de la méthode de soins.

5.3 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

Au cours de la surveillance, un rapport incident/accident (formulaire AH-223) doit être rempli si :

- Le personnel juge que l'application de la mesure de contrôle a eu des conséquences (physiques ou psychologiques) sur la personne;
- L'équipement utilisé n'est pas sécuritaire (ajustement inadéquat, bris, absence de la clé, ancrage mal positionné ou mal fixé);
- Une mesure de contrôle en contexte planifié n'est pas appliquée alors qu'elle devrait l'être;
- Une mesure de contrôle est appliquée alors qu'elle ne devrait pas l'être et que la situation n'est pas dans un contexte d'urgence (non planifié).

5.4 RÉÉVALUATION DE LA DÉCISION D'APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

Si l'application de la mesure de contrôle se poursuit, la réévaluation doit se faire régulièrement en fonction de la condition de la personne et au minimum :

- Lors de tout changement de la condition de la personne;
- Aux 24 heures pour un système de contention aux quatre membres, une combinaison Argentino ou une nouvelle surveillance constante dans un lieu restreint;
- Aux 7 jours de l'isolement;
- Pour les autres mesures de contrôle :
 - Aux 7 jours si la personne a une condition évolutive;
 - Aux trois mois dans un contexte de soins non évolutif.

La date de la première réévaluation doit être indiquée au Formulaire de décision et de révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement).

5.5 LIMITE D'UTILISATION ET ALERTE

En raison des risques de préjudice associé à l'utilisation des mesures de contrôle, une limite d'utilisation et un système d'alerte sont en vigueur. Les détails se retrouvent en Annexe IV.

5.6 DÉPLACEMENT DE L'USAGER

Lors de situation exceptionnelle, si un usager nécessite une mesure de contrôle lors d'un déplacement entre deux services, la mesure de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation spécifique et le processus décisionnel doit être documenté au dossier. Celle-ci doit être la moins contraignante possible. Une surveillance adéquate doit être également planifiée lors du déplacement par un intervenant ou des intervenants formés à l'utilisation de ladite mesure de contrôle.

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

8. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

8.1 ENTREPOSAGE

La direction est responsable pour ses secteurs d'activité :

- De constituer un inventaire de matériel réservé uniquement à la contention;
- D'avoir un lieu pour entreposer le matériel;
- De s'assurer que les membres du personnel connaissent ce lien d'entreposage.

8.2 ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

- Le matériel doit être lavé selon les directives du fabricant;
- L'intervenant doit s'assurer de l'intégrité de l'équipement avant son utilisation;
- Tout équipement présentant un bris doit être réparé et seuls le fabricant ou une entreprise autorisée par ce dernier peuvent procéder à cette réparation.

MARCHE À SUIVRE
URGENCES PSYCHIATRIQUES

URGENCES PSYCHIATRIQUES

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section présente la procédure qui vise les usagers qui sont inscrits à l'urgence psychiatrique.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION DSMD

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Attache-poignet seul; • Ceinture abdominale magnétique avec sangle pelvienne au lit avec deux ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) montées; • Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher ; • Combinaison Argentino; • Mitaine de protection; • Système de contention aux quatre membres; • Système de transport accompagné sécuritaire (TAS); • Isolement inversé.	• Alèse ou literie enroulée; • Attache-cheville seule; • Fauteuil gériatrique sans ceinture; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel; • Masque anti-crachat; • Matériel maison ou adaptation de matériel; • Objets lestés; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil; • Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) utilisées sans ceinture; • Tablette sur un fauteuil qui n'est pas muni d'une ceinture.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

ATTACHE-POIGNET

L'utilisation seule d'une ou de deux attache-poignets doit être employée, en dernier recours, pour le maintien de traitement qui est nécessaire pour la santé physique de la personne, et ce, lorsque le personnel et l'environnement permettent d'assurer une surveillance adéquate.

CONTENTION SUR UNE CIVIÈRE

Lors de l'utilisation d'une attache-poignet ou d'une contention abdominale avec sangle pelvienne, toutes les ridelles doivent être levées.

MESURES DE CONTRÔLE UTILISÉES PRÉALABLEMENT À L'INSCRIPTION À L'URGENCE

Si l'utilisateur se présente à l'urgence avec les mesures de contrôles mentionnés ci-dessous, celles-ci peuvent se poursuivre jusqu'au transfert ou départ, ou selon l'évaluation du professionnel :

- Casque de protection (avec ou sans grillage/visière) ;
- Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce.

Ces mesures doivent être documentées au dossier de l'utilisateur.

RIDELLES DE LIT

Les ridelles ne doivent jamais être levées systématiquement. En effet, l'utilisation des quatre demi-ridelles de lit (4/4) ou des deux ridelles complètes (2/2) constitue une mesure de contrôle lorsque l'intention est de contraindre l'utilisateur à demeurer sur sa civière alors qu'il souhaite se lever.

URGENCES PSYCHIATRIQUES

Voici les situations où les ridelles de civière ne sont pas considérées comme une mesure de contrôle :

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'usager lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que ce dernier soit en mesure de comprendre les risques éventuels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à un usager des appuis lui permettant de se déplacer dans la civière, d'en sortir ou d'y entrer;
- Lors d'un transport sécuritaire d'un usager;
- Lors d'un épisode aigu de soins physiques ou en réanimation;
- Lors d'exams diagnostiques nécessitant une anesthésie ou une sédation;
- Lorsqu'un usager présente une altération de l'état de conscience (p.ex. : post-anesthésie ou sous sédation);
- Lorsqu'un usager est incapable de se mobiliser (usager grabataire ou fin de vie).

SYSTÈME DE CONTENTION AUX QUATRE MEMBRES (p. ex. : SYSTÈME PINEL) ET COMBINAISON ARGENTINO

Le système de contention magnétique aux quatre membres et la combinaison Argentino doivent être utilisés sur un lit spécifiquement conçu à cet effet (fixé au sol et sans ridelles) installé dans une salle d'isolement non barrée. Dans cette situation, une surveillance constante doit être effectuée.

SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)

Le système TAS est utilisé seulement lors d'un déplacement ou pour la durée d'un soin. Il peut être utilisé uniquement par les intervenants ayant reçu la formation. Son utilisation doit être faite par trois intervenants et nécessite l'application des deux attaches en tout temps.

IMPORTANT

L'utilisation des contentions mécaniques dans les unités de soins aigus en psychiatrie n'est pas recommandée en raison des risques que peuvent représenter les autres usagers en raison de leurs conditions cliniques. Si cette mesure est jugée nécessaire, l'équipe doit évaluer les risques et mettre en place les moyens requis pour assurer la sécurité de la personne.

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉE	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Maintien par la force par le nombre minimal d'intervenants, et ce, selon les techniques privilégiées par OMÉGA ou TPAAS.	• Contrôle articulaire; • Maintien au sol d'un usager avec compression thoracique.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉE
La prescription et l'administration de médicament sont autorisées.

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Salle d'isolement; • Surveillance constante dans un lieu restreint.	• Pièce fermée sans accès visuel; • Chambre personnelle sécurisée.

2.4.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT

Cette mesure est appliquée lorsque l'état clinique de l'usager le requiert et qu'aucune autre mesure moins contraignante ne permet de diminuer les risques².

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Comme spécifié au *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*, la décision menant à l'utilisation de mesures de contrôle est une activité réservée. Voici les professionnels autorisés à décider d'une mesure de contrôle dans les secteurs visés par cette section.

Professionnels	Contention mécanique	Isolement	Substance chimique
Infirmière	Oui	Oui	Non
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui	Oui
Médecin	Oui	Oui	Oui
Travailleur social	Oui	Oui	Non

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

L'application d'une mesure de contrôle n'est pas une activité réservée. Tout intervenant formé peut appliquer la mesure de contrôle en respectant les modalités d'application et de surveillance décidées par les professionnels impliqués dans le processus décisionnel.

² Se référer à la *Procédure relative au recours à la surveillance constante*.

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL EN CONTEXTE PLANIFIÉ

3.2.1 CONTENTION MÉCANIQUE, FORCE HUMAINE ET ISOLEMENT

Pour les secteurs visés par cette section, la décision d'utiliser une contention mécanique ou l'isolement en contexte d'intervention planifiée doit être prise par au moins **deux (2) professionnels habilités**, de titres d'emplois différents, qui comprennent au moins le médecin ou l'infirmière. Ce sont ces deux mêmes professionnels qui remplissent et signent le *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle* (contention et isolement) contenu au protocole.

3.2.2 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous **prescription uniquement**. Le moment où le contexte d'administration doit être déterminé par les prescripteurs et inscrit sur la prescription pharmacologique.

La prescription comprend :

- Les renseignements relatifs à l'utilisateur :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro de dossier;
 - Numéro de chambre et nom de l'unité de soins.
- La mention mesure de contrôle par substance chimique ;
- Le motif justifiant l'utilisation de la médication de façon détaillée, claire et précise;
- La date et l'heure de rédaction de l'ordonnance;
- Le nom générique ou commercial du médicament écrit lisiblement;
- La posologie :
 - Teneur de produits (concentration)
 - Forme pharmaceutique (liquide, comprimé, injectable, etc.);
 - Dosage prescrit de façon précise ne laissant pas place à l'interprétation;
 - Voie d'administration;
 - Fréquence d'administration incluant l'intervalle minimal de temps entre deux doses et le nombre maximal de doses autorisées par période de temps (p. ex. : 2 doses par 24 heures);
 - Durée de validité de l'ordonnance.
- La signature lisible du prescripteur.

Dans cette situation, il est conseillé de s'inspirer du *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* afin de bien documenter cette décision. En fonction de la prescription et de son évaluation de la condition de santé physique et mentale de l'utilisateur, l'infirmière administre la médication ou détermine dans son plan thérapeutique infirmier (PTI) le moment ou contexte d'administration afin que l'infirmière auxiliaire puisse procéder à l'administration comme prévu dans la règle de soins infirmiers CIUSSCN-DSI-RSI-005 : *Partage des rôles entre les infirmières et infirmières auxiliaires dans l'administration de médicaments prescrits au besoin (PRN) selon une ordonnance médicale individuelle ou collective*.

L'infirmière doit exercer une surveillance clinique de la condition de l'utilisateur incluant le monitoring et les ajustements au PTI le cas échéant. Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

4.1 DÉCISION ET APPLICATION

La décision d'appliquer une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. Cependant, compte tenu des particularités de la clientèle, la décision à l'urgence psychiatrique revient au médecin ou à l'infirmière.

La décision doit être confirmée par un second professionnel autorisé. L'intervenant remplira le *Formulaire d'application d'une mesure en contexte non planifié* prévu au protocole.

Lors de l'application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée, si les comportements persistent au-delà de 24 heures, une discussion en équipe interprofessionnelle doit être réalisée et une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée doit être envisagée. La discussion en équipe interprofessionnelle est requise dès le prochain jour ouvrable.

4.2 ANALYSE POST-SITUATIONNELLE

La présente section complète la section 11.2.3 du Protocole.

Chaque mesure appliquée en contexte d'intervention non planifiée nécessite minimalement une analyse post-situationnelle. Selon les circonstances, l'intervenant interpelle les personnes pertinentes à l'analyse de la situation (l'utilisateur, le représentant, son supérieur immédiat, l'ASI sans charge clinique et l'équipe interprofessionnelle). Lorsque l'analyse mène à penser que la situation peut se reproduire, le processus décisionnel du contexte d'intervention planifiée s'applique. Une note d'évolution sur les points discutés lors de l'analyse post-situationnelle et les pistes de solution envisagées doit être déposée au dossier de l'utilisateur.

En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant doit aviser son supérieur immédiat ou le coordonnateur d'activités, et ce, peu importe le quart de travail :

- Pour combinaison Argentino, système de contention aux quatre membres, salle d'isolement et surveillance constante dans un lieu restreint, dès que la mesure est appliquée ou même envisagée;
- Pour les autres contentions mécaniques et d'isolement, le prochain jour ouvrable.

5. INSTALLATION ET SURVEILLANCE

5.1 INSTALLATION

Les professionnels qui décident d'une contention mécanique doivent être en mesure d'assurer que l'installation a été faite de manière sécuritaire et conforme à l'abrégé du fabricant. Ainsi ils peuvent :

- L'installer eux-mêmes s'ils en ont la compétence;
- Demander à un intervenant ayant la compétence de faire l'installation.

5.2 SURVEILLANCE

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques. Les professionnels ayant décidé d'utiliser une mesure de contrôle doivent déterminer les modalités de surveillance en tenant compte du contexte d'utilisation, des risques associés à la mesure et de la condition clinique de l'utilisateur. Le lecteur peut se référer à l'Annexe III concernant les risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle.

Les professionnels déterminent et inscrivent dans le *Formulaire de décision et de révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* :

- La fréquence des surveillances;
- Les éléments de surveillance spécifiques;

URGENCES PSYCHIATRIQUES

- Le type de formulaire de surveillance à compléter selon les données à recueillir.

L'infirmière responsable de l'usager doit s'assurer que ces modalités sont appliquées et informe son supérieur immédiat si des écarts de surveillance sont constatés. Pour ce faire, elle inscrit au plan thérapeutique infirmier ces directives quant à la surveillance requise pour l'usager. Elle détermine ensuite à qui s'adressent ces directives et s'assure que celle-ci se retrouve sur le plan de travail de l'intervenant. Bien que tous soient responsables collectivement de la sécurité entourant l'application d'une mesure de contrôle, la personne ayant la directive sur son plan de travail est responsable d'assurer d'une manière plus précise la surveillance.

5.2.1 BALISES QUANT À LA SURVEILLANCE DES MESURES DE CONTRÔLE

Le schéma ci-dessous présente les balises générales de surveillance sur lesquelles les professionnels doivent s'appuyer pour déterminer la surveillance à mettre en place.

Surveillance			
Intervalle maximal entre les services			
Syst. de contention aux 4 membres Combinaison Argentino	Isolement dans une salle d'isolement		Autres contentions mécaniques
Surveillance constante	Premières 15 minutes	Aux 5 min.	Aux 15 minutes
	Par la suite	Aux 15 min.	

Selon le type de contention, les éléments de surveillance suivants doivent être planifiés.

5.2.2 CONTENTION MÉCANIQUE

S'assurer que le dispositif de contention peut être retiré rapidement, advenant une situation d'urgence (éviter les nœuds, clé à proximité).

Examiner le matériel pour s'assurer qu'il est complet, en bon état, fonctionnel et s'assure d'une installation sécuritaire selon la méthode de soins correspondante.

Pour le système de contention aux quatre membres ou la combinaison Argentino :

- Prendre les signes vitaux régulièrement, à une fréquence déterminée par la condition clinique de l'usager.
 - Dans le cas d'une intervention de maîtrise où l'usager manifeste une résistance à l'application de la contention, la prise des signes vitaux doit se **faire immédiatement après et dans les 30 minutes** suivant l'application de la contention ;
 - Les signes vitaux doivent être pris **toutes les deux heures**, pour toute la période où l'usager est sous contention.
- Vérifier les paramètres suivants **toutes les 15 minutes** :
 - Les signes de compression exercés par la contention : œdème, coloration, chaleur et douleur;
 - Le bon alignement corporel;
 - Le confort de la personne;
 - L'état de la contention, ainsi que l'application adéquate et sécuritaire.
- Vérifier l'intégrité de la peau (chaleur, couleur, sensibilité, présence d'œdème ou d'abrasions, protubérances osseuses, etc.) **toutes les deux heures**.

URGENCES PSYCHIATRIQUES

- S'assurer que les besoins physiologiques fondamentaux sont satisfaisants tout en préservant l'autonomie :
 - Accompagner l'utilisateur à la toilette minimalement **toutes les deux heures** si son état lui permet de s'y rendre. Le cas échéant, s'assurer de la satisfaction des besoins d'élimination;
 - Offrir à boire (selon la condition clinique de l'utilisateur) minimalement **toutes les deux heures**;
 - Desserrer la contention et favoriser la mobilisation des membres **toutes les deux heures**, un membre à la fois (avec ou sans aide du personnel selon le degré d'autonomie);
 - Alternier la position **toutes les deux heures** ou mobiliser selon la capacité de l'utilisateur et sa collaboration.

Pour les autres contentions mécaniques :

Selon la condition clinique de l'utilisateur et le type de contention, la surveillance est ajustée en tenant compte des balises ci-dessus mentionnées et de la méthode de soins.

Pour la salle d'isolement sécuritaire :

- Vérifier les paramètres cliniques suivants **toutes les 15 minutes** :
 - La respiration;
 - Le comportement de la personne;
 - Le confort de la personne;
 - Les réactions psychologiques de la personne.
- Lorsque l'utilisateur manifeste une résistance importante à la mise en isolement, la prise des signes vitaux doit se faire **dans les 30 minutes suivant la mise en isolement dans la mesure du possible**. Par la suite, les signes vitaux seront pris **à chaque quart et plus souvent** selon la condition clinique de l'utilisateur.
- **S'assurer d'une visite dans la salle d'isolement toutes les deux heures obligatoirement** ou plus souvent selon les besoins de l'utilisateur.
- S'assurer que les besoins physiologiques fondamentaux sont satisfaisants tout en préservant l'autonomie et en respectant le sommeil **à chaque visite dans la salle** :
 - Accompagner l'utilisateur à la toilette minimalement **toutes les deux heures** si son état lui permet de s'y rendre. Le cas échéant, s'assurer de la satisfaction des besoins d'élimination;
 - Offrir à boire (selon la condition clinique de l'utilisateur) minimalement **toutes les deux heures**.

Autres types d'isolement :

Selon la condition clinique de l'utilisateur et le type d'isolement, la surveillance est ajustée en tenant compte des balises ci-dessus mentionnées et de la méthode de soins.

5.3 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

Au cours de la surveillance, un rapport incident/accident (formulaire AH-223) doit être rempli si :

- L'intervenant juge que l'application de la mesure de contrôle a eu des conséquences (physiques ou psychologiques) sur la personne;
- L'équipement utilisé n'est pas sécuritaire (ajustement inadéquat, bris, absence de la clé, ancrage mal positionné ou mal fixé);
- Une mesure de contrôle n'est pas appliquée alors qu'elle devrait l'être;
- Une mesure de contrôle est appliquée alors qu'elle ne devrait pas l'être.

5.4 RÉÉVALUATION DE LA DÉCISION D'APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

Si l'application de la mesure de contrôle se poursuit, la réévaluation doit se faire régulièrement en fonction de la condition de la personne au minimum :

- Lors de tout changement de la condition de la personne;
- Aux 24 heures pour toutes les mesures de contrôle.

La date de la première réévaluation doit être indiquée au *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle* (contention et isolement).

5.5 LIMITE D'UTILISATION ET ALERTE

En raison des risques de préjudice associés à l'utilisation des mesures de contrôle, une limite d'utilisation et un système d'alerte sont en vigueur. Les détails se retrouvent à l'Annexe IV.

5.6 DÉPLACEMENT DE L'USAGER

Lors de situation exceptionnelle, si un usager nécessite une mesure de contrôle lors d'un déplacement entre deux services, la mesure de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation spécifique et le processus décisionnel doit être documenté au dossier. Celle-ci doit être la moins contraignante possible. Une surveillance adéquate doit être également planifiée lors de déplacement par un intervenant ou des intervenants formés à l'utilisation de ladite mesure de contrôle.

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

8. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

8.1 ENTREPOSAGE

La direction est responsable pour ses secteurs d'activité :

- De constituer un inventaire de matériel réservé uniquement à la contention;
- D'avoir un lieu pour entreposer le matériel;
- De s'assurer que les membres du personnel connaissent ce lieu d'entreposage.

8.2 ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

- Le matériel doit être lavé selon les directives du fabricant ;
- Le membre du personnel du CIUSSS qui applique la mesure doit s'assurer de l'intégrité de l'équipement avant son utilisation;
- Tout équipement présentant un bris doit être réparé et seuls le fabricant ou une entreprise autorisée par ce dernier peuvent procéder à cette réparation.

MARCHE À SUIVRE
SERVICES AMBULATOIRES

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette procédure vise la clientèle adulte recevant des services de santé mentale notamment en hôpital de jour et en clinique externe, lorsque celle-ci présente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui.

2. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION DE PROGRAMME EN CONTEXTE PLANIFIÉ

Aucune mesure de contrôle n'est autorisée en contexte planifié.

3. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION DE PROGRAMME EN CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

Une mesure de contrôle est autorisée en contexte non planifié lorsqu'un usager adopte un comportement inhabituel ou imprévu et qu'il présente un risque imminent de s'infliger des lésions ou d'en infliger à autrui.

4. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES

En ambulatoire, les mesures de contrôle autorisées sont : le TAS, la contention par la force humaine et l'isolement.

4.1 CONTENTION MÉCANIQUE

Le système de transport accompagné sécuritaire (TAS).

IMPORTANT

Le système TAS est utilisé seulement lors d'un déplacement ou pour la durée d'un soin. Il peut être utilisé uniquement par les intervenants ayant reçu la formation. Son utilisation doit être faite par trois intervenants et nécessite l'application des deux attaches en tout temps.

4.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

Le maintien par la force, par le nombre minimal d'intervenants, et ce, selon les techniques privilégiées par OMÉGA.

4.3 ISOLEMENT

La surveillance constante dans un lieu restreint.

5. PROCESSUS DÉCISIONNEL

En contexte ambulatoire, l'intervenant n'a pas à remplir le *Formulaire d'application d'une mesure de contrôle en contexte planifié*. Il doit cependant rédiger une note au dossier incluant :

- Le motif de l'utilisation : description des comportements observés, élément déclencheur, contexte;
- Les mesures de remplacement essayées et leur efficacité;
- La mesure de contrôle identifiée;
- Les conditions d'application : moment d'application et moment du retrait;
- Les modalités de surveillance : éléments de surveillance et fréquence;
- Les personnes informées.

5.1 INTERVENANTS AUTORISÉS À DÉCIDER DE LA MESURE DE CONTRÔLE

La décision d'appliquer une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. Cependant, un professionnel habilité à décider d'une mesure de contrôle doit être interpellé dans les plus brefs délais.

5.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER LA MESURE DE CONTRÔLE

L'application d'une mesure de contrôle n'est pas une activité réservée. Tout intervenant formé peut appliquer la mesure de contrôle en respectant les modalités d'application et de surveillance décidées par les professionnels impliqués dans le processus décisionnel.

5.3 ANALYSE POST-SITUATIONNELLE

Chaque mesure appliquée en contexte d'intervention non planifiée nécessite minimalement une analyse post-situationnelle. Selon les circonstances, l'intervenant interpelle les personnes pertinentes à l'analyse de la situation (l'utilisateur, le représentant de l'utilisateur, son supérieur immédiat, l'équipe interprofessionnelle). Lorsque la situation est récurrente, une réévaluation des besoins doit être faite pour déterminer si le service actuel demeure adéquat.

IMPORTANT

En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant doit aviser son supérieur immédiat dans les meilleurs délais.

6. SURVEILLANCE

Une surveillance constante doit être maintenue tout le temps de la mesure de contrôle en secteur ambulatoire. Selon la situation clinique, le personnel doit interpellé du personnel supplémentaire, la sécurité doit lancer le « code blanc » ou appeler les services d'urgence en composant le 911.

7. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

8. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

MARCHE À SUIVRE
RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI)
RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL (RTF)

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette procédure vise la clientèle adulte recevant des services de santé mentale en RI ou en RTF.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION DE PROGRAMME SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ
- Aucune contention mécanique n'est autorisée. - Si une contention mécanique est envisagée, une dérogation doit être demandée.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

RIDELLES DE LIT

Les ridelles ne doivent jamais être levées systématiquement. En effet, l'utilisation des quatre demi-ridelles (x4) de lit ou de deux ridelles pleines (x2) constitue une mesure de contrôle lorsque l'intention est de contraindre l'usager à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever. L'utilisation d'une à trois demi-ridelles de lit ou d'une ridelle complète doit donc être privilégiée.

Voici les situations où les ridelles de lit ne sont pas considérées comme une mesure de contrôle :

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'usager lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que ce dernier soit en mesure de comprendre les risques éventuels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à un usager des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir et d'y entrer.

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Le maintien par la force par une ou plusieurs personnes est proscrit.	
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
Maintien par la force par une ou plusieurs personnes (maximum 3 intervenants) selon les techniques de restriction gestuelle.	- Maintien par contrôle articulaire. - Maintien au sol d'un usager avec compression thoracique.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ
La prescription et l'administration de médicament sont autorisées.
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ
Non applicable

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ
Toutes formes d'isolement sont proscrites.
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ
Dans un contexte de danger imminent où l'isolement est la seule mesure possible, il faut sécuriser l'environnement autant que possible et assurer une surveillance continue auprès de l'utilisateur dans l'attente du soutien requis (9-1-1).

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Comme spécifié au *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*, la décision menant à l'utilisation de mesures de contrôle est une activité réservée. Voici les professionnels autorisés à décider d'une mesure de contrôle dans les secteurs visés par cette section.

Professionnels	Substance chimique
Infirmière praticienne spécialisée	Oui
Médecin	Oui

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE EN CONTEXTE PLANIFIÉ

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous prescription uniquement. Le moment ou le contexte d'administration doit être déterminé par le prescripteur lors de la rédaction de la prescription pharmacologique.

La prescription comprend :

- Les renseignements relatifs à l'utilisateur :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro de dossier;
 - Numéro de chambre et nom de l'unité de soins.
- La mention mesure de contrôle par substance chimique;
- Le motif justifiant l'utilisation de la médication de façon détaillée, claire et précise;
- La date et l'heure de rédaction de l'ordonnance;
- Le nom générique ou commercial du médicament écrit lisiblement;
- La posologie :
 - Teneur du produit (concentration);
 - Forme pharmaceutique (liquide, comprimé, injectable, etc.);
 - Dosage prescrit de façon précise ne laissant pas place à l'interprétation;
 - Voie d'administration;
 - Fréquence d'administration incluant l'intervalle minimal de temps entre deux doses et le nombre maximal de doses autorisées par période de temps (p. ex. : 2 doses par 24 heures);
 - Durée de validité de l'ordonnance.
- La signature lisible du prescripteur.

RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI) ET RESSOURCE DE TYPE FAMILIALE (RTF)

Il est conseillé de s'inspirer du *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* afin de bien documenter le moment ou le contexte approprié pour l'administration de la médication (signes précurseurs). En fonction de la prescription et de son évaluation de la condition de santé physique et mentale de l'usager, l'infirmière responsable de l'usager peut administrer elle-même la médication ou confier l'administration de la médication comme prévu dans la Règle de soins CIUSSSCN-DSI-RSI-001 : *Encadrement clinique des aides-soignants*. Finalement, elle doit mettre en place les différents moyens afin d'assurer le suivi et la surveillance requise dans ce contexte et assumer pleinement son rôle et ses responsabilités comme prévu dans la Règle de soins, CIUSSSCN-DSI-RSI-001.

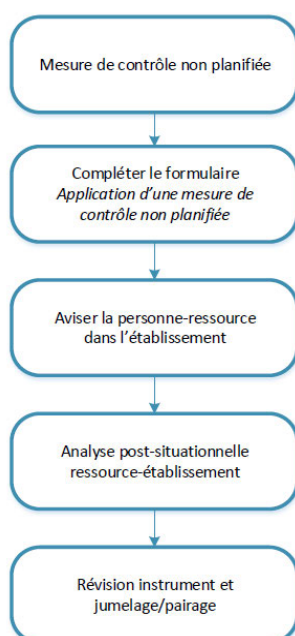
Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

Comme mentionné dans le *Cadre de référence, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial* (2016) du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans un contexte d'urgence concernant un usager et lorsqu'il n'y a pas de mesure de contrôle de planifiée pour cette situation, la RI ou la RTF doit recourir à des interventions ou à des mesures de remplacement visant la sécurité des autres usagers, de l'usager lui-même et de l'environnement en attendant l'aide requise. Cependant, il est possible que le comportement de l'usager signale un danger immédiat pour lui ou pour autrui et qu'une intervention non planifiée soit nécessaire. Dans ce contexte, la décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé et le consentement de l'usager n'est pas obligatoire même si sa collaboration est souhaitée en tout temps. Par ailleurs, l'application d'une mesure de contrôle n'est également pas une activité réservée ; tout intervenant formé pouvant appliquer la mesure de contrôle.

À la suite de cet événement, une analyse post-situationnelle avec l'établissement et la ressource doit rapidement être réalisée. De plus, il est important d'évaluer si le jumelage/pairage est toujours adéquat et de réviser l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance en fonction des changements apportés au plan d'intervention de l'usager.

Lorsque cette situation se présente, la ressource doit remplir le *Formulaire d'application d'une mesure en contexte d'intervention non planifiée* et doit communiquer avec l'intervenant au suivi de l'usager de l'établissement dans les meilleurs délais.



4.1 ANALYSE POSTSITUATIONNELLE

Chaque mesure appliquée en contexte d'intervention non planifiée nécessite minimalement de procéder à une analyse post-situationnelle et d'évaluer si l'orientation et le jumelage/pairage de cet usager sont encore adéquats dans le cas de RI-RTF. L'intervenant pivot est responsable de la réalisation de l'analyse post-situationnelle. Selon les circonstances, il interpelle les personnes pertinentes à la situation (l'usager, le représentant, le cas échéant, son supérieur immédiat, l'équipe interprofessionnelle). Les éléments pertinents à considérer pour analyser la situation se trouvent à la section 11.2.3 du Protocole.

Lorsque l'analyse amène à penser que la situation peut se reproduire, le processus décisionnel du contexte d'intervention planifiée s'applique.

IMPORTANT

En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant doit aviser son supérieur immédiat dans les meilleurs délais.

5. SURVEILLANCE

Lorsqu'un maintien par la force ou une mesure d'isolement est appliqué en contexte non planifié, une surveillance constante de l'usager doit être maintenue jusqu'à l'arrivée du soutien nécessaire.

5.1 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

Au cours de la surveillance, un rapport incident/accident (formulaire AH-223) doit être rempli si :

- Le personnel juge que l'application de la mesure de contrôle a eu des conséquences (physiques ou psychologiques) sur la personne;
- L'équipement utilisé n'est pas sécuritaire (ajustement inadéquat, bris, absence de la clé, ancrage mal positionné ou mal fixé);
- Une mesure de contrôle en contexte planifié n'est pas appliquée alors qu'elle devrait l'être;
- Une mesure de contrôle est appliquée alors qu'elle ne devrait pas l'être et que la situation n'est pas dans un contexte d'urgence (non planifié).

6. TENUE DE DOSSIER

Lorsqu'un intervenant est impliqué dans l'application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée ou qu'il est informé qu'une mesure de contrôle non planifiée a été utilisée par un ou des membres du personnel de la ressource, il doit documenter la situation de façon détaillée au dossier de l'usager et indiquer toutes les démarches et personnes informées dans le processus d'intervention. La section 14 du Protocole s'applique.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

MARCHE À SUIVRE
RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC)

RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC)

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette procédure vise la clientèle adulte recevant des services de santé mentale en ressource à assistance continue (RAC).

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION DSMD

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Système de transport accompagné sécuritaire (TAS).	• Alèse enroulée; • Attache-poignet/attache-cheville; • Casque de protection (avec ou sans grillage/visière); • Ceinture de pantalon avec bouton magnétique; • Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul; • Ceinture bodypoint au fauteuil; • Contention abdominale magnétique au lit; • Combinaison Argentino; • Fauteuil gériatrique sans ceinture; • Fauteuil bas et inclinable; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel; • Lit à profil bas; • Matériel artisanal; • Masque anti-crachat; • Mitaines de protection; • Objets lestés; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil; • Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4); • Système de contention magnétique au lit (Pinel/Segufix) avec 2 ridelles pleine longueur (x2); • Tablette au fauteuil avec ou sans ceinture; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

LE SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)

Le système TAS est utilisé seulement lors d'un déplacement ou pour la durée d'un soin. Il peut être utilisé uniquement par les intervenants ayant reçu la formation. Son utilisation doit être faite par trois intervenants et nécessite l'application des deux attaches en tout temps.

LES RIDELLES DE LIT

Les ridelles ne doivent jamais être levées systématiquement. En effet, l'utilisation des quatre demi-ridelles de lit (x4) ou des deux ridelles pleines (x2) constitue une mesure de contrôle lorsque l'intention est de contraindre l'utilisateur à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever. L'utilisation d'une à trois demi-ridelles de lit ou d'une ridelle complète est donc privilégiée.

RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC)

Voici des situations où les ridelles de lit ne sont pas considérées comme une mesure de contrôle :

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'utilisateur lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que cette dernière soit en mesure de comprendre les risques éventuels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'elle le désire ;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à une personne des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir et d'y entrer.

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Maintien par la force par une ou plusieurs personnes selon les techniques privilégiées par OMÉGA et ITCA.	• Contrôle articulaire. • Maintien au sol avec compression thoracique.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ
La prescription et l'administration de médicaments sont autorisées.

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Chambre personnelle sécurisée; • Isolement inversé; • Salle d'isolement; • Surveillance constante dans un lieu restreint.	• Pièce fermée sans accès visuel; • Demi-porte.

2.4.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE

Lorsqu'une chambre personnelle sécurisée est envisagée, il est important de réaliser une analyse individuelle de la sécurité en lien avec les caractéristiques propres à l'utilisateur. Son utilisation doit être décidée en équipe interdisciplinaire selon les normes présentées à l'annexe II.

ISOLEMENT INVERSÉ

Dans un contexte d'intervention non planifiée, l'isolement inversé pourrait être utilisé lorsque le danger pour autrui est imminent.

SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT

Cette mesure est appliquée lorsque l'état clinique de l'utilisateur le requiert et qu'aucune autre mesure ne permet de diminuer les risques (se référer au *Protocole relatif au recours à la surveillance des usagers*).

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Comme spécifié au *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*, la décision menant à l'utilisation de mesures de contrôle est une activité réservée. Voici les professionnels autorisés à décider d'une mesure de contrôle dans les secteurs visés par cette section.

Professionnels	Contention mécanique	Isolement	Substance chimique
Criminologue	Oui	Oui	Non
Ergothérapeute	Oui	Oui	Non
Infirmière	Oui	Oui	Non
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui	Oui
Médecin	Oui	Oui	Oui
Physiothérapeute	Oui	Non	Non
Psychoéducateur	Oui	Oui	Non
Psychologue	Oui	Oui	Non
Travailleur social	Oui	Oui	Non

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

L'application d'une mesure de contrôle n'est pas une activité réservée. Tout intervenant formé peut appliquer la mesure de contrôle en respectant les modalités d'application et de surveillance décidées par les professionnels impliqués dans le processus décisionnel.

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1 CONTENTION MÉCANIQUE ET ISOLEMENT

Pour les secteurs visés par cette section, la décision d'utiliser une contention mécanique ou l'isolement en contexte d'intervention planifiée doit être prise par au moins deux (2) professionnels habilités. Ce sont ces deux mêmes professionnels qui remplissent et signent le *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle* (contention et isolement).

3.2.2 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous prescription uniquement. Le moment ou le contexte d'administration doit être déterminé par les prescripteurs lors de la rédaction de la prescription pharmacologique.

RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC)

La prescription comprend :

- Les renseignements relatifs à l'utilisateur :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro de dossier;
 - Numéro de chambre et nom de l'unité de soins.
- La mention mesure de contrôle par substance chimique;
- Le motif justifiant l'utilisation de la médication de façon détaillée, claire et précise;
- La date et l'heure de rédaction de l'ordonnance;
- Le nom générique ou commercial du médicament écrit lisiblement;
- La posologie :
 - Teneur du produit (concentration);
 - Forme pharmaceutique (liquide, comprimé, injectable, etc.);
 - Dosage prescrit de façon précise ne laissant pas place à l'interprétation;
 - Voies d'administration;
 - Fréquence d'administration incluant l'intervalle minimal de temps entre deux doses et le nombre maximal de doses autorisées par période de temps (p. ex. : 2 doses par 24 heures);
 - Durée de validité de l'ordonnance;
- La signature lisible du prescripteur.

Il est conseillé de s'inspirer du *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* afin de bien documenter cette décision. En fonction de la prescription et de son évaluation de la condition de santé physique et mentale de l'utilisateur, l'infirmière responsable de l'utilisateur peut administrer elle-même la médication ou confier l'administration de la médication comme prévu dans la Règle de soins RSI-001 *Encadrement clinique des aides-soignants*. Finalement, elle doit mettre en place les différents moyens afin d'assurer le suivi et la surveillance requise dans ce contexte et assumer pleinement son rôle et ses responsabilités comme prévu dans la Règle de soins RSI-001. Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉ

4.1 DÉCISION ET APPLICATION

La décision d'appliquer une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. Au CIUSSS de la Capitale-Nationale, une telle décision peut être prise par tous les professionnels ayant l'activité réservée. Pour les autres intervenants, le seul motif justifiant l'utilisation d'une mesure de contrôle en contexte non planifié est le risque imminent d'agression pour l'utilisateur ou pour autrui. L'intervenant doit le plus rapidement possible informer l'infirmière. L'intervenant remplira le *Formulaire d'application d'une mesure en contexte non planifié* prévu au protocole.

Lors de l'application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée, si les comportements persistent au-delà de 24 heures, une discussion en équipe interprofessionnelle doit être réalisée et une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée doit être envisagée. La discussion en équipe interprofessionnelle est requise dès le prochain jour ouvrable.

4.2 ANALYSE POST-SITUATIONNELLE

Chaque mesure appliquée en contexte d'intervention non planifiée nécessite minimalement une analyse post-situationnelle. Selon les circonstances, l'intervenant interpelle les personnes pertinentes à l'analyse de la situation (l'utilisateur, le représentant, son supérieur immédiat, l'ASI sans charge clinique et l'équipe interprofessionnelle). Lorsque l'analyse amène à penser que la situation peut se reproduire, le processus

RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC)

décisionnel du contexte d'intervention planifiée s'applique. Une note d'évolution sur les points discutés lors de l'analyse post-situationnelle et les pistes de solution envisagées doit être déposée au dossier de l'utilisateur.

IMPORTANT

En contexte d'intervention **non planifiée**, l'intervenant doit aviser de la mesure appliquée son supérieur immédiat ou le coordonnateur d'activités, et ce, peu importe le quart de travail.

5. SURVEILLANCE

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques. Les professionnels ayant décidé d'utiliser une mesure de contrôle doivent déterminer les modalités de surveillance en tenant compte du contexte d'utilisation, des risques associés à la mesure et de la condition clinique de l'utilisateur. Le lecteur peut se référer à l'annexe III concernant les risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle.

Les professionnels déterminent et inscrivent dans le *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* :

- La fréquence des surveillances;
- Les éléments de surveillance spécifiques;
- Le type de formulaire de surveillance à compléter selon les données à recueillir.

L'infirmière responsable de l'utilisateur doit s'assurer que ces modalités sont appliquées et informe son supérieur immédiat si des écarts de surveillance sont constatés. Pour ce faire, elle inscrit au plan thérapeutique infirmier les directives quant à la surveillance requise pour l'utilisateur. Elle détermine ensuite à qui s'adressent ces directives et s'assure que celle-ci se retrouve sur le plan de travail de l'intervenant. Bien que tous soient responsables collectivement de la sécurité entourant l'application d'une mesure de contrôle, la personne ayant la directive sur son plan de travail est responsable d'assurer d'une manière plus spécifique la surveillance.

5.1 BALISES QUANT À LA SURVEILLANCE DES MESURES DE CONTRÔLE

Selon le type de mesure de contrôle, les éléments de surveillance suivants doivent être planifiés :

Surveillance initiale		
Intervalle maximal entre les surveillances		
Isolement		Système TAS
Premières 15 minutes	Aux 5 minutes	Constante
Heures suivantes	Aux 15 minutes	

5.2 ISOLEMENT

- S'assurer de la sécurité de l'environnement et de l'absence d'objet dangereux lors d'un isolement;
- Déterminer le type de vêtements de l'utilisateur selon la condition clinique.

Pour la salle d'isolement :

- Planifier une surveillance toutes les 5 minutes pour 15 minutes, puis toutes les 15 minutes par la suite;
- Vérifier les paramètres cliniques suivants toutes les 15 minutes :
 - La respiration;
 - Le comportement de la personne;
 - Le confort de la personne;
 - Les réactions psychologiques de la personne.

RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC)

- Lorsque l'usager manifeste une résistance importante à la mise en isolement, la prise des signes vitaux doit se faire **dans les 30 minutes suivant la mise en isolement dans la mesure du possible**. Par la suite, les signes vitaux seront pris **à chaque quart et plus souvent** selon la condition clinique de l'usager;
- S'assurer d'une visite dans la chambre d'isolement toutes les deux heures obligatoirement ou plus souvent selon les besoins de l'usager;
- S'assurer que les besoins physiologiques fondamentaux sont satisfaisants tout en préservant l'autonomie et en respectant le sommeil **à chaque visite dans la chambre** :
 - Accompagner l'usager à la toilette **minimalement toutes les deux heures** si son état lui permet de s'y rendre. Le cas échéant, s'assurer de la satisfaction des besoins d'élimination;
 - Offrir à boire **minimalement toutes les deux heures**, selon la condition de l'usager.

Autres types d'isolement :

Selon la condition clinique de l'usager et le type d'isolement, la surveillance est ajustée en tenant compte des balises ci-dessus mentionnées et de la méthode de soins.

5.3 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

Au cours de la surveillance, un rapport incident/accident (formulaire AH-223) doit être rempli si :

- L'intervenant juge que l'application de la mesure de contrôle a eu des conséquences (physiques ou psychologiques) sur la personne;
- L'équipement utilisé n'est pas sécuritaire (ajustement inadéquat, bris, absence de la clé, ancrage mal positionné ou mal fixé);
- Une mesure de contrôle n'est pas appliquée alors qu'elle devrait l'être;
- Une mesure de contrôle est appliquée alors qu'elle ne devrait pas l'être.

5.4 RÉÉVALUATION DE LA DÉCISION D'APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

Si l'application de la mesure de contrôle se poursuit, la réévaluation doit se faire régulièrement en fonction de la condition de la personne et au minimum :

- Lors de tout changement de la condition de la personne;
- Aux 7 jours pour la contention mécanique et l'isolement.

La date de la première réévaluation doit être indiquée au *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle* (contention et isolement).

5.5 LIMITE D'UTILISATION ET ALERTE

En raison des risques de préjudice associés à l'utilisation des mesures de contrôle, une limite d'utilisation et un système d'alerte sont en vigueur. Les détails se retrouvent à l'annexe IV.

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

8. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

8.1 ENTREPOSAGE

La direction est responsable pour ses secteurs d'activité :

- De constituer un inventaire de matériel réservé uniquement à la contention;
- D'avoir un lieu pour entreposer le matériel;
- De s'assurer que les membres du personnel connaissent ce lieu d'entreposage.

8.2 ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

- Le matériel doit être lavé selon les directives du fabricant.
- L'intervenant doit s'assurer de l'intégrité de l'équipement avec son utilisation.
- Tout équipement présentant un bris doit être réparé et seuls le fabricant ou une entreprise autorisée par ce dernier peuvent procéder à cette réparation.

MARCHE À SUIVRE
RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS (RPA)

RÉSIDENTE PRIVÉE POUR ÂÎNÉS (RPA)

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section présente la procédure concernant les usagers qui résident dans une RPA.

2. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES

Aucune mesure de contrôle n'est autorisée en RPA dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes (catégories 1 et 2) selon les articles 54 et 55 du Règlement.

Toutefois, cet article stipule qu'en contexte d'intervention non planifiée, une RPA dont les services sont destinés à des usagers semi-autonomes (catégories 3 et 4) peut utiliser des mesures de contrôle lorsqu'une situation d'urgence survient, que des mesures de remplacement se sont avérées inefficaces pour réduire le danger ou ne peuvent être appliquées en temps utile et qu'il est impératif de protéger l'utilisateur ou l'autrui, d'un danger grave et imminent de blessures.

Dans un tel cas, la RPA doit appliquer les mesures de contrôle de manière temporaire et exceptionnelle, et de la façon la moins contraignante possible. La RPA doit également consigner au dossier de l'utilisateur les raisons pour lesquelles les mesures de remplacement se sont avérées inefficaces ou ne pouvaient être appliquées en temps utile.

La RPA ne peut employer aucune substance chimique comme mesure de contrôle.

3. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

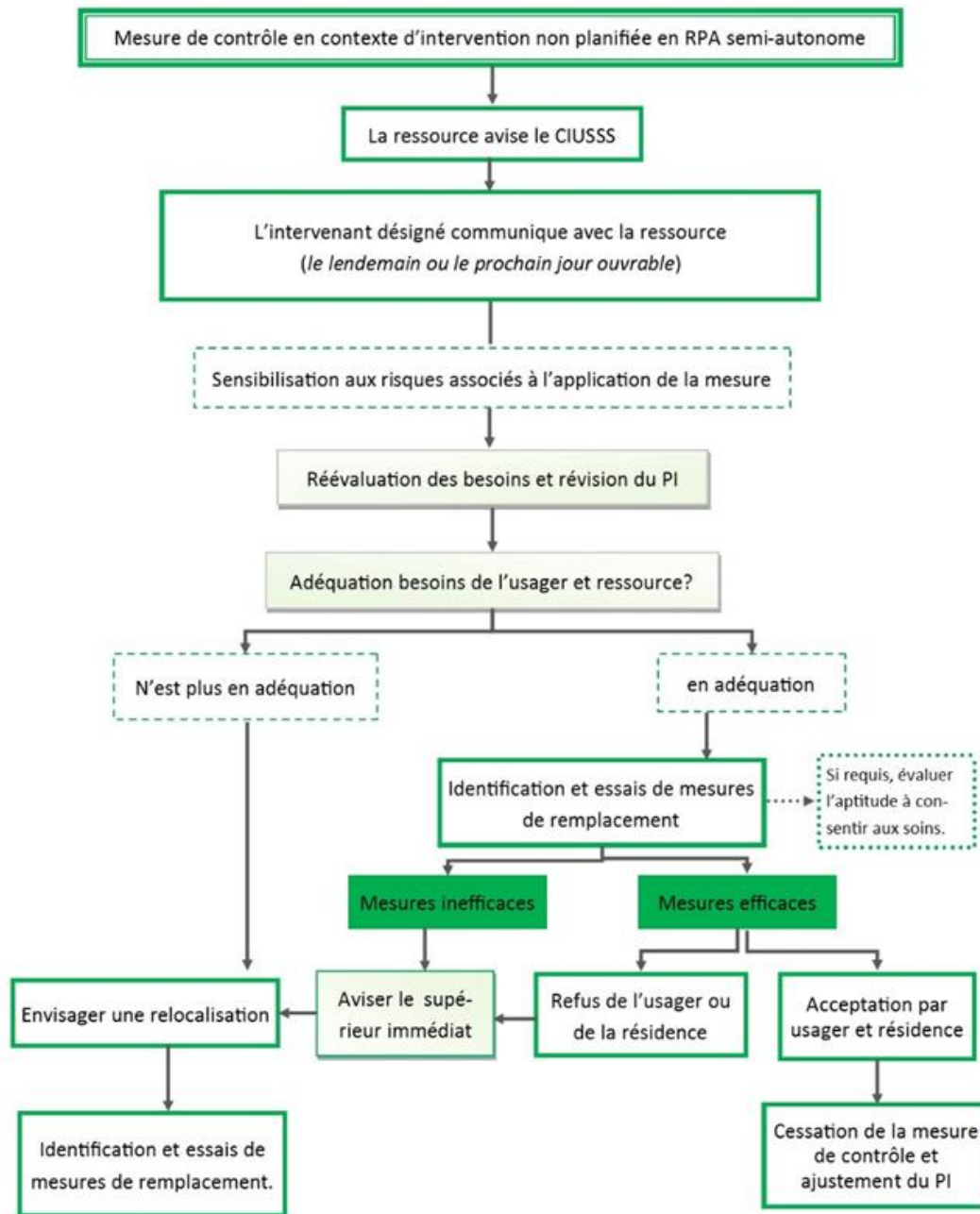
En vertu des articles 54 et 55 du Règlement, la RPA qui a recours à des mesures de contrôle doit immédiatement demander à l'établissement de procéder sans délai à une évaluation de la condition de l'utilisateur ainsi que d'identifier et de mettre en place les mesures appropriées pour assurer la sécurité.

Pour ce faire, la RPA doit communiquer avec l'établissement (intervenant pivot désigné par la direction) pour l'informer de la situation dans les meilleurs délais. Celui-ci assurera le suivi le prochain jour ouvrable.

L'intervenant pivot évalue la situation pour identifier des mesures alternatives, accompagne les RPA dans les essais et s'assure que le milieu de vie de l'utilisateur répond encore à ses besoins. Les démarches doivent être documentées par l'intervenant pivot au dossier de l'utilisateur. Lorsque les mesures de remplacement sont inefficaces ou qu'elles sont refusées par l'utilisateur, son représentant légal, le cas échéant, ou la RPA, l'intervenant pivot doit en informer son supérieur immédiat et évaluer si une relocalisation doit être envisagée et proposée. Dans ce contexte, des mesures devront être identifiées pour réduire les risques dans l'attente de la relocalisation.

La fiche suivante présente les étapes d'intervention en contexte non planifiée en RPA :

RÉSIDENTE PRIVÉE POUR ÂÎNÉS (RPA)

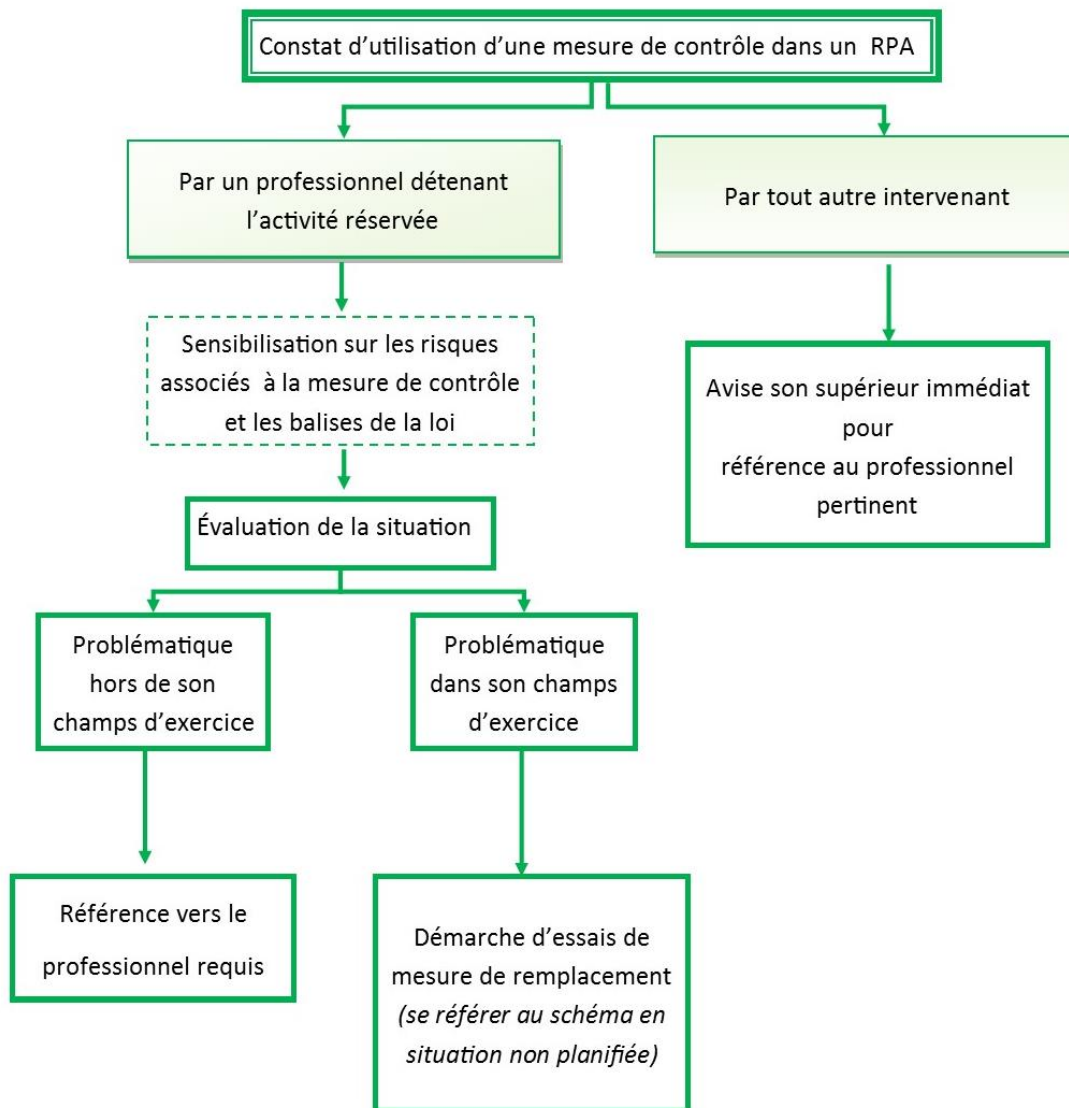


4. LORS DU CONSTAT DE L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE DANS UNE RPA

Lors des visites à domicile en RPA, il est possible qu'un intervenant soit témoin de recours à des mesures de contrôle initié par le personnel de la résidence. Dans de telles situations, l'intervenant doit contacter l'intervenant pivot pour l'informer de la situation dès que possible. Lorsque l'intervenant pivot est informé qu'une mesure de contrôle est utilisée en RPA, il doit d'abord sensibiliser le propriétaire et le personnel de la ressource aux conséquences que peut entraîner le recours aux mesures de contrôle et doit rappeler les balises de l'article 54 du Règlement. La même procédure qu'en contexte d'intervention non planifiée s'applique pour l'intervenant pivot.

RÉSIDENCE PRIVÉE POUR ÂÎNÉS (RPA)

Lorsque des mesures de contrôle sont utilisées en RPA, il est essentiel de vérifier le contexte et d'être vigilant quant aux signes de négligence ou de maltraitance possible. Dans l'éventualité où une situation de maltraitance est constatée, un signalement doit être fait dans les meilleurs délais à l'intervenant pivot. La *Procédure relative à la transmission d'informations sur une situation préoccupante constatée dans une résidence privée pour aînés (RPA)* (PR-000-12) ainsi que la *Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (PO-40) s'appliquent.



5. TENUE DE DOSSIER

Lorsqu'un intervenant de l'établissement constate l'utilisation de mesures de contrôle en RPA ou est informé de l'utilisation de mesures de contrôle appliquées en contexte d'intervention non planifiée, il doit documenter la situation de façon détaillée au dossier de l'utilisateur et indiquer toutes les démarches et personnes informées dans le processus d'intervention.

6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

MARCHE À SUIVRE
MILIEU NATUREL DE L'USAGER

MILIEU NATUREL DE L'USAGER

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette procédure vise la clientèle recevant des services de santé mentale dans la communauté, tel que :

- Équipe de traitement intensif bref à domicile (TIBD);
- Équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM);
- Équipe de suivi intensité variable (SIV);
- Équipe de soutien de base non intensif (SBNI).

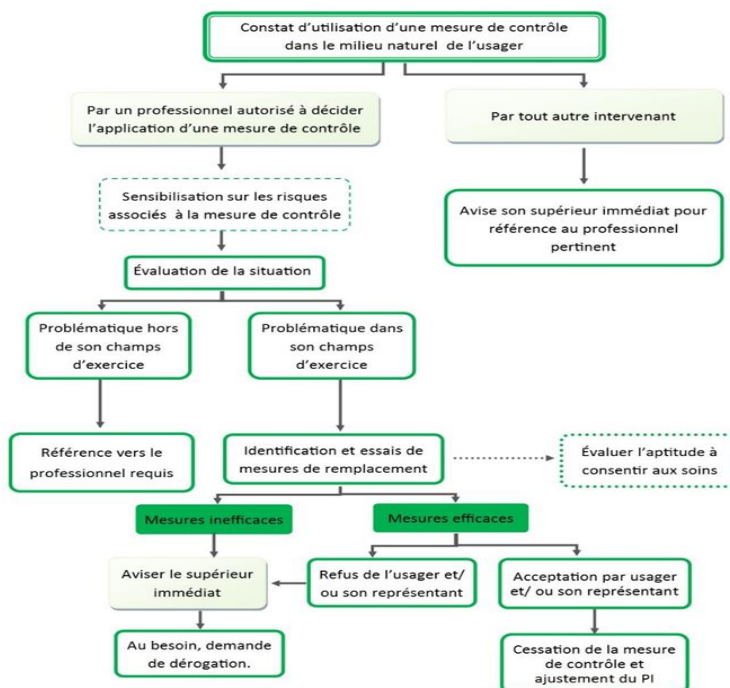
2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION PROGRAMME EN CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

Aucune mesure de contrôle n'est autorisée par l'établissement dans le milieu naturel de l'utilisateur.

3. LORS DU CONSTAT DE L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE DANS LE MILIEU NATUREL

Lors de visites à domicile en milieu naturel, il est possible d'être témoin de recours à des mesures de contrôle initiées par la famille ou les proches de l'utilisateur. Dans de telles situations, il est d'abord essentiel de sensibiliser la famille ou les proches aux conséquences du recours à de telles mesures. Puis, afin de cesser l'utilisation de la mesure de contrôle non appropriée ou non consentie, le professionnel accompagne la famille et les proches afin d'identifier et d'essayer des mesures de remplacement. Un suivi de ces démarches doit être effectué par le professionnel et documenté au dossier. Lorsque les mesures de remplacement tentées sont inefficaces ou qu'elles sont refusées par l'utilisateur ou son représentant, le professionnel doit en informer son supérieur immédiat qui déterminera la pertinence de convoquer une rencontre interdisciplinaire avec les professionnels impliqués au dossier et les proches de la personne. Au besoin, une demande de dérogation peut être acheminée au Comité directeur (se référer à la section 8.5 du Protocole).

Lorsque des mesures de contrôle sont utilisées à domicile, il est essentiel de vérifier le contexte et d'être vigilant quant aux signes de négligence ou de maltraitance possibles. Dans une telle situation, l'intervenant peut se référer à la *Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (PO-40) de l'établissement.



4. TENUE DE DOSSIER

Lorsqu'un intervenant de l'établissement constate l'utilisation de mesures de contrôle en milieu naturel, il doit documenter la situation de façon détaillée au dossier et indiquer toutes les démarches et personnes informées dans le processus d'intervention.

La section 14 du Protocole s'applique par ailleurs.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

RÉFÉRENCES

- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2016) : *Procédure relative à la transmission d'informations sur une situation préoccupante constatée dans une résidence privée pour aînés (RPA).*
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.*
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUÉBEC (2012). *Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.*
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE (2013). *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention et isolement.*
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL (2017). *Procédure : Application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.* Programme du continuum en DI/TSA 1^{re}, 2^e, 3^e ligne et Programme du continuum des services de réadaptation en milieux de vie substituts
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL (2017). *Procédure : Application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.* Programme santé mentale et dépendances.
- INSTITUT UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (2014). *Protocole d'application des mesures d'isolement et de contention.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2016). *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.*
- LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC (2018). *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.* Gazette officielle du Québec, partie 2 : Lois et règlements, Québec, Éditeur officiel du Québec, p. 1758.

ANNEXES

MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER PRÉSENTANT UN RISQUE DE CHUTE
Mesures de remplacement reliées à la personne
• Documenter l'histoire de chute de l'usager et chercher à traiter la cause; • Connaître les habitudes de vie antérieure de l'usager et tenter de les reproduire; • Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique; • S'assurer de répondre aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.); • Mettre en application une routine mictionnelle personnalisée et vérifier fréquemment la culotte d'incontinence; • Permettre des séances de repos (au lit ou au fauteuil) et varier régulièrement le positionnement; • Fournir les auxiliaires à la marche selon le besoin (marchette, canne, etc.), enseigner la manière de les utiliser de façon sécuritaire et toujours s'assurer qu'ils sont à proximité de l'usager; • S'assurer du port de chaussures et de vêtements sécuritaires; • S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs; • Rappeler à l'usager de demander de l'aide avant de se lever; • Élaborer et mettre en application un programme d'exercices et d'assistance aux transferts et à la marche.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
• Adapter la routine selon les besoins de l'usager et mettre en place des tournées standardisées aux heures; • Offrir d'aller aux toilettes; • Avant de quitter la chambre, valider auprès de l'usager qu'il n'y a pas d'autres besoins non répondus; • Respecter le rythme de l'usager; • Assurer la surveillance adéquate et une observation accrue, intégrer les proches dans les activités de surveillance; • Établir un horaire de marche.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Réfléchir à la localisation de la chambre pour faciliter la surveillance; • Analyser les habitudes de déplacement de l'usager dans sa chambre et aménager une voie sans obstacle et avec appuis fixes; • Offrir des espaces extérieurs adaptés et sécuritaires; • Ajuster l'éclairage selon les besoins et les périodes de la journée; • Aménager des espaces de repos dans les longs corridors; • Assurer la sécurité optimale dans les salles de toilette (désencombrement, barre d'appui); • Mettre en place des technologies de surveillance (détecteur de mobilité, moniteur infrarouge et bracelet anti-fugue) au lit et au fauteuil; • Éclairer adéquatement les espaces de vie et de circulation et réduire les stimuli visuels inutiles; • Fournir des vêtements adaptés (protecteurs de hanche); • Utiliser un tapis de chute près du lit; • Installer les effets personnels de l'usager à sa portée (lunettes, montre, photographies, etc.); • Ajuster le lit au plus bas ou à la hauteur favorisant l'autonomie de l'usager ou utiliser un lit à profil bas; • Utiliser des ridelles souples ou des rouleaux de positionnement; • Utiliser des demi-ridelles ou une barre d'appui fixe au lit pour faciliter le transfert; • Utiliser un fauteuil autobloquant; • Revoir la disposition plancher des meubles et en assurer la stabilité; • Installer des barres d'appui aux endroits stratégiques; • Installer des bandes antidérapantes au plancher.

USAGER DONT LE COMPORTEMENT INTERFÈRE AVEC LES TRAITEMENTS
Mesures de remplacement reliées à la personne
• Soulager la douleur ou l'inconfort lié au traitement (p. ex. : lubrifier les narines dans le cas d'oxygénothérapie par des lunettes nasales); • Expliquer clairement le traitement et rassurer la personne; • Évaluer la possibilité de voies d'administration alternative; • Favoriser la participation de l'utilisateur à ses soins, lui permettre de faire des choix.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
• S'assurer d'une bonne communication avec l'utilisateur, lui expliquer clairement le traitement; • Être à l'écoute de ses craintes et préoccupations; • Donner un analgésique avant un soin douloureux au besoin; • S'interroger sur la pertinence du traitement dans le cas d'actes répétitifs douloureux.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Fixer les tubulures des sondes/cathéters/tubes de gavage; • S'assurer d'un positionnement confortable; • Dissimuler les tubulures/sites d'injection avec un bandage/drap/vêtement.

USAGER QUI PRÉSENTE DE L'ERRANCE
Mesures de remplacement reliées à la personne
• Connaître les habitudes de vie antérieure de l'utilisateur et tenter de les reproduire; • Se renseigner sur le milieu de vie antérieure pour créer un aménagement s'y rapprochant; • Utiliser la diversion (télévision, radio, musique, etc.); • Organiser des activités de loisirs et de socialisation (musicothérapie, etc.); • Planifier des activités occupationnelles à caractère répétitif (p. ex. : plier des serviettes); • Respecter le besoin de l'utilisateur de se sentir utile par des activités significatives; • Fournir les auxiliaires à la marche selon le besoin (marchette, canne, etc.) et en enseigner l'utilisation sécuritaire; • S'assurer du port de chaussures et de vêtement sécuritaires; • S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
• Orienter l'utilisateur (p. ex. : le saluer, le guider dans l'unité); • Adapter la routine selon les besoins de l'utilisateur; • Respecter le rythme de l'utilisateur; • Vérifier que les besoins physiologiques de base sont satisfaits au bon moment (hydratation, alimentation, élimination, etc.); • Adopter une attitude rassurante et chaleureuse auprès des usagers; • Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue; • Intégrer les proches dans les soins et les loisirs; • Accorder du temps à la personne.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Identifier la chambre de l'utilisateur par son nom; • Présence d'objets familiers à la chambre;

USAGER QUI PRÉSENTE DE L'ERRANCE

- Utiliser des repères environnementaux (identifier les toilettes, la chambre, les zones communes, etc.);
- Offrir des espaces extérieurs adaptés et sécuritaires;
- Mettre en place des mesures d'aménagement territorial pour le respect de l'intimité des autres usagers (demi-porte, rideaux);
- Installer des barrières psychologiques, camoufler les portes ou les endroits dangereux auxquels l'utilisateur ne doit pas avoir accès;
- Éclairer adéquatement les espaces de vie et de circulation et réduire les stimuli visuels inutiles;
- Fournir des vêtements adaptés (protecteurs de hanche);
- Installer des barres d'appui aux endroits stratégiques;
- Installer des bandes antidérapantes au plancher.

USAGER PRÉSENTANT DE L'AGRESSIVITÉ

Mesures de remplacement reliées à la personne

- Permettre à l'utilisateur de verbaliser;
- Soustraire l'utilisateur aux stimuli provocateurs;
- Proposer des méthodes de relaxation;
- Proposer des activités de diversion;
- Permettre à la personne de prendre certaines décisions et de faire des choix;
- Respecter l'intimité de la personne (p. ex. : frapper avant d'entrer dans la chambre);
- Respecter le niveau d'autonomie, les capacités et les limites de la personne;
- Clarifier les situations et expliquer les raisons de certaines décisions;
- Clarifier les limites d'un comportement agressif et en préciser les conséquences;
- Informer la personne de ce qui est fait pour répondre à ses besoins;
- Reconnaître la réalité et l'intensité du vécu émotif de l'utilisateur.

Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins

- Utiliser les techniques proposées par OMÉGA (pacification, recadrage, trêve, requête alpha alternative, option finale);
- Identifier les causes de l'agressivité et les signes avant-coureurs pour éviter l'escalade;
- Éviter l'argumentation et la confrontation;
- Maintenir la communication et adapter le langage et le mode de communication selon les capacités de la personne;
- Être calme et utiliser un langage et un ton de voix respectueux;
- Documenter les comportements agressifs à partir d'une grille d'observation pour en identifier les déclencheurs;
- Assurer la surveillance adéquate et une observation accrue.

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique

- Prévoir un espace sécuritaire, exempt de tout objet pouvant représenter une arme potentielle, où la personne peut se retirer ou se reposer;
- Réduire les stimuli visuels et auditifs inutiles;
- Assurer une température confortable (p. ex. : climatisation, ventilation, chauffage);
- Favoriser le transfert d'une chambre seule.

USAGER PRÉSENTANT DE L'AGITATION OU DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS
Mesures de remplacement reliées à la personne
• Connaître et respecter dans la mesure du possible les habitudes de vie antérieure de l'usager; • Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique; • S'assurer de répondre rapidement aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.); • Mettre en application une routine mictionnelle personnalisée et vérifier fréquemment la culotte d'incontinence; • Soulager la douleur; • Favoriser des périodes d'activités physiques pour canaliser l'énergie; • Rechercher et reconnaître les manifestations d'un délirium, identifier et traiter la cause; • Documenter les comportements perturbateurs à l'aide d'une grille d'observation pour identifier le patron de récurrence; • Aider la personne à identifier des stratégies d'adaptation telles que la relaxation et le retrait; • Respecter le cycle et les habitudes de sommeil; • S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs et/ou des appareils auditifs.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
• Mettre en application les techniques de l'approche relationnelle de soins; • Faciliter la communication, donner des consignes courtes et claires, adapter la communication au niveau cognitif; • Concevoir un tableau de communication; • Faire appel à un interprète; • Connaître les habitudes de vie antérieure de l'usager, tenter de les reproduire; • Adapter la routine selon les besoins de l'usager ; par exemple, si la personne refuse ses soins d'hygiène, lui proposer l'activité plus tard; • Respecter le niveau d'autonomie de l'usager et encourager sa participation active à ses soins; • Respecter le rythme de l'usager; • Adopter un ton calme et une attitude rassurante et chaleureuse auprès des usagers; • Éviter l'argumentation et la confrontation; • Favoriser la stabilité du personnel soignant; • Assurer la continuité dans les soins sur les différents quarts de travail; • Assurer la surveillance adéquate et une observation accrue; • Intégrer les proches dans les soins et les loisirs; • Élaborer et mettre en application un programme d'exercices ou identifier une occupation pour canaliser l'énergie; • Respecter le besoin de l'usager de se sentir utile par des activités significatives; • Utiliser la diversion (télévision, radio, musique, etc.); • Organiser des activités de loisirs et de socialisation adaptées (musicothérapie, etc.); • Planifier des activités occupationnelles à caractère répétitif (p. ex. : plier des serviettes); • Mettre en place un horaire de marche; • Renforcer les comportements positifs.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Réfléchir à la localisation de la chambre, la choisir près du poste infirmier; • Camoufler les portes et les armoires qui ne doivent pas être utilisées par les usagers; • Installer les effets personnels près de l'usager, à sa portée (lunettes, montre, photographies, etc.); • Diminuer les stimuli ambiants (lumière, bruit, etc.); • Ajuster le besoin de stimulation en cas de sous-stimulation (p. ex. : chaise berçante, musique, aromathérapie); • Proposer des objets transitionnels (p. ex. : photos des proches de l'usager, animaux en peluche).

ANNEXE II

UTILISATION DE LA CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE

L'isolement dans une chambre personnelle sécurisée peut exceptionnellement être envisagé sur une plus longue période pour une clientèle présentant une dangerosité constante. La décision doit être planifiée et avoir fait l'objet d'une discussion interdisciplinaire.

Lorsque l'équipe envisage l'utilisation d'une chambre personnelle sécurisée pour une période de plus de 7 jours, un plan d'intervention détaillé doit être entériné par le comité directeur des mesures de contrôle.

La recommandation sera valide pour une durée maximale de 1 mois pour les unités de soins psychiatriques et les unités de soins longue durée psychiatriques.

Le plan doit inclure :

- L'analyse individuelle de la sécurité;
- Les moyens identifiés pour contrer la dangerosité;
- Les moments où l'usager intègre les aires communes;
- La prévision d'une diminution progressive des mesures vers des moyens moins contraignants au fur et à mesure que l'usager reprend son contrôle.

L'utilisation de la chambre personnelle sécurisée doit de plus faire l'objet d'une analyse individuelle de la sécurité en lien avec les caractéristiques propres de l'environnement et de la personne.



ANNEXE III

NIVEAU DE RISQUE DES MESURES DE CONTRÔLE

Les principaux effets de l'utilisation de mesures de contrôle sur la santé de l'utilisateur :

Effets sur la santé physique	Effets sur la santé psychologiques
• Détérioration de l'état général; • Blessures diverses souvent liées aux tentatives de la personne pour se défaire de sa contention; • Inconfort; • Compression; • Augmentation du risque de blessures sévères lors de chutes; • Syndrome d'immobilisation ou grabatisation; • Décès par strangulation; • Trouble du sommeil. Effets indirects • Incontinence urinaire et fécale; • Constipation; • Diminution de l'appétit; • Déshydratation; • Perte de poids; • Perte d'autonomie fonctionnelle; • Risque accru d'infection; • Troubles pulmonaires et circulatoires; • Déprivation sensorielle; • Fonte musculaire; • Lésions de pression; • Hypotension orthostatique; • Raideur articulaire.	• Impression que les employés manquent d'empathie à leur égard; • Baisse de l'estime de soi; • Augmentation de l'agitation; • Apparition ou exacerbation des états confusionnels, délirium; • Sentiments négatifs (p. ex. : agressivité, peur, colère, dépression, humiliation, abandon); • Aggravation de l'apathie, de la dépression et de la paranoïa; • Résistance au traitement; • Sentiment d'impuissance; • Déshumanisation; • Insécurité (sentiment de ne pas être en mesure de se protéger/défendre s'il arrive un événement); • Sentiment d'être puni ou d'être emprisonné; • Isolement; • Retrait social.

Le niveau de risque est établi en fonction de la sévérité de la conséquence et de la fréquence probables de celle-ci. Par exemple, une conséquence mineure qui se produit fréquemment présente un risque modéré alors qu'une conséquence mineure qui se produit rarement présente un faible risque.

Le tableau suivant présente des risques spécifiques associés aux mesures de contrôles autorisées.

Mesures de contrôle	Risques possibles
CONTENTION MÉCANIQUE	
Grenouillère	- Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur. Risque possible, mais rare de strangulation, lorsque l'utilisateur peut difficilement se mobiliser dans son lit ou lors de tentative de la retirer.
Mitaines de protection	- Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur. Risque possible, mais rare de suffocation si l'utilisateur pousse la mitaine dans sa bouche.
Attache-poignet et attache-cheville	Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur.
Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul et Tablette au fauteuil avec ceinture	- Irritation cutanée, chute vers l'avant³. Risque possible, mais rare de suffocation (décès) si l'utilisateur parvient à se glisser sous la ceinture⁴.
Fauteuil bas et inclinable	Chute
Lit à profil bas	Chute
Ceinture abdominale avec sangle pelvienne	- Irritation cutanée. Risque possible, mais rare de suffocation (décès).
Combinaison Argentino	Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents), détérioration de la condition physique et mentale.
Système de contention aux quatre membres	Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents), détérioration de la condition physique et mentale, irritation cutanée.
ISOLEMENT	
Salle d'isolement	- Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents), détérioration de la condition physique et mentale. - Blessures (automutilation, objet de la pièce).
Demi-porte	- Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents). - Blessures (automutilation, objet de la pièce), détérioration de la condition physique et mentale, chute d'une hauteur élevée.
Surveillance constante dans un lieu restreint	Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents).
Dispositif agissant comme barrière psychologique	Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents).

³ La chute vers l'avant avec un fauteuil se produit généralement lorsque la ceinture est mal ajustée.

⁴ Un usager qui se glisse sous une ceinture au fauteuil se produit généralement lorsque la ceinture est mal ajustée. Il en est de même pour la ceinture magnétique au lit.

ANNEXE IV

MARCHE À SUIVRE NIVEAU ALERTE

(La révision des alertes est en cours avec la création du registre des mesures de contrôle)

PREMIER NIVEAU D'ALERTE		
• Chef de l'unité. • Directeur adjoint DSMD. • Copie conforme : ◦ Assistante (AIC/ASI); ◦ Conseillère-cadre en soins infirmiers– volet DSMD.	Isolement	• Après 12 heures consécutives d'isolement lors d'une période de 24 heures. OU • Après 3 jours consécutifs d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif.
	Système de contention aux quatre membres et combinaison Argentino	• Après plus de 8 heures consécutives d'application. OU • Après 3 jours consécutifs de plus d'une heure/jour.
DEUXIÈME NIVEAU D'ALERTE		
Ajout des personnes suivantes : • Directeur; • Responsable médical; • Directrice adjointe des soins infirmiers.	Isolement	• Après 6 jours consécutifs d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif. OU • Par la suite tous les 3 jours d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif.
	Système de contention aux quatre membres et combinaison Argentino	• Après plus de 16 heures consécutives d'application; • Par la suite, à toutes les 8 heures. OU • Après 6 jours consécutifs sans durée déterminée d'application; • Par la suite, tous les 3 jours.

Personnes concernées	Actions
Chef d'unités ou en son absence, l'ASI	• Vérifie si la mesure est encore en application; • Fait suivre l'alerte au médecin traitant ou à son remplaçant; • S'assure de l'obtention du consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal (contexte d'intervention planifié); • Évalue la pertinence de convoquer une rencontre interdisciplinaire incluant les membres de l'équipe de soins et les professionnels pour analyser la situation et identifier des solutions; • Identifie avec le médecin, les personnes-ressources pouvant apporter une expertise complémentaire (conseillère en soins infirmiers, membre du comité directeur des mesures de contrôle, etc.); • Organise un suivi post-événement OMÉGA si nécessaire; • S'assure de la mise en place des mesures retenues lors de la rencontre interdisciplinaire; • En cas de fausse alerte, assure un suivi auprès des personnes avisées de l'alerte et fait un suivi à l'équipe si la situation est récurrente; • Assure un suivi au directeur adjoint.
Médecin, infirmières et autres professionnels	• Selon son expertise et ses activités réservées : • Évalue le degré de risque ou de dangerosité; • Évalue la situation clinique et la pertinence de poursuivre la mesure; • Planifie des interventions visant à prévenir ou éliminer les causes du problème; • Analyse les avantages, les inconvénients, les répercussions négatives de l'utilisation des mesures de contrôle; • Recherche d'autres mesures de remplacement; • Identifie des moyens permettant de diminuer les effets néfastes de l'utilisation prolongée des mesures de contrôle; • Détermine la pertinence de mettre en place des mesures particulières (transfert, aménagements physiques, etc.); • Participe à la rencontre interdisciplinaire; • Documente son évaluation et les actions envisagées au dossier; • Évalue la pertinence d'obtenir une autorisation de soins.
Directeur adjoint	• Intervient pour faciliter la mise en place des solutions envisagées; • Évalue le soutien requis en matière de ressources humaines, matérielles et financières; • Assure un suivi au directeur, et si pertinent, au responsable médical.
Conseillère-cadre en soins infirmiers	• S'assure du soutien clinique auprès de l'équipe de soins; • Valide l'application sécuritaire des modalités en lien avec le protocole sur les mesures de contrôle.
Directeur	• Valide l'application du processus avec le chef d'unités et le directeur adjoint; • Intervient pour faciliter le recours aux ressources nécessaires; • Assure un suivi au PDGA si nécessaire.
Responsable médical	Discute avec le médecin traitant de la pertinence d'accélérer le processus d'autorisation de soins, des difficultés d'obtention du consentement, de l'intervention en situation d'urgence et du soutien clinique requis.
Directrice adjointe des soins infirmiers	Assure le suivi avec le Comité directeur des mesures de contrôle au besoin.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale 	PROCÉDURE
	Code :
	Direction responsable : Direction des soins infirmiers et Santé physique (DSISP) Approuvée par : Ariane Couture, directrice adjointe des soins infirmiers volet qualité des pratiques professionnelles et développement clinique
	Adoptée par le Comité directeur sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle le : 9 mai 2023
	Entrée en vigueur le : 13 juin 2023
TITRE : Procédure en cas de dérogation au Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle R-16	

La présente procédure doit se lire conjointement au Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle R-16 et à la procédure du secteur concerné. Il s'agit du fondement principal de cette procédure et des modalités qui en découlent.

CONSULTATIONS ☐ Conseil des infirmières et infirmiers : Le 6 avril 2023 ☐ Conseil multidisciplinaire : Le 27 avril 2023 ☐ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : Le 10 mai 2023	
--	--

1. CONTEXTE

L'Établissement est assujéti à l'obligation d'assurer une dispensation de soins adéquate et sécuritaire à ses usagers. Cette obligation en est une de moyens et non de résultat. Le rôle de l'Établissement est donc de mettre à la disposition des professionnels à son service les outils nécessaires pour leur permettre de prendre la meilleure décision dans les circonstances.

La trajectoire de l'Établissement en matière de dérogation aux mesures de contrôle regroupe plusieurs moyens mis à la disposition des professionnels pour les accompagner dans leur prise de décision, dont le soutien des gestionnaires et l'accompagnement du Comité directeur.

2. OBJECTIFS DE LA PROCÉDURE

- Informer les intervenants de la marche à suivre lorsqu'on envisage ou qu'on a dû appliquer une mesure de contrôle qui n'est pas encadrée au Protocole, ou qui diffère du Protocole ou des procédures en vigueur.
- Préciser les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués dans le processus décisionnel entourant une dérogation.
- Formaliser le processus d'analyse et d'accompagnement par les conseillers cadres et les médecins désignés par le Comité directeur sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle lors d'une demande d'avis en cas de dérogation.

3. CHAMP D'APPLICATION

La présente procédure s'adresse à tous les intervenants de l'Établissement. Plus spécifiquement, elle vise les professionnels décideurs et les gestionnaires en relation avec les usagers des directions des programmes précisés dans le protocole R-16.

4. DÉFINITIONS

Dérogation

Le Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (R-16) définit la dérogation comme l'utilisation d'une mesure de contrôle qui n'est pas encadrée au Protocole, ou qui diffère du Protocole ou des procédures en vigueur.

Comité directeur

Il s'agit du Comité directeur sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle de l'Établissement.

Conseillers cadres et médecins désignés par le Comité directeur

Conseillers cadres et médecins qui par leur titre professionnel peuvent décider d'une mesure de contrôle et qui ont le mandat d'analyser les demandes d'avis en cas de dérogation. Ils représentent les trois directions-conseils : Direction des services multidisciplinaires (DSM), Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP) et Direction des services professionnels (DSP).

5. RESPONSABILITÉS

- Les professionnels décideurs sont responsables de procéder à l'évaluation clinique de l'usager, d'analyser les différentes options de même que les risques associés et de planifier l'application de la mesure de contrôle.
- Les gestionnaires viennent en appui à l'équipe. Leurs responsabilités concernent l'application du Protocole et des procédures, la qualité et la sécurité des soins et services et les aspects organisationnels (ressources humaines, matérielles et financières).
- Lorsqu'ils accompagnent les équipes, les conseillers cadres et médecins désignés par le Comité directeur ont le mandat de s'assurer que l'esprit et le cadre du Protocole et des procédures sont respectés, d'offrir des pistes de réflexion et d'émettre des recommandations. Leur avis ne se substitue pas au jugement clinique des professionnels qui décident de la mesure.

6. MARCHE À SUIVRE

6.1. AVIS AU GESTIONNAIRE DE PROXIMITÉ

Lorsqu'on envisage l'utilisation d'une mesure ou qu'on a dû appliquer une mesure de contrôle qui n'est pas encadrée au Protocole, ou qui diffère du Protocole ou des procédures en vigueur, un membre de l'équipe doit aviser sans délai le gestionnaire de proximité en responsabilité aux moments des faits :

- *En semaine sur les heures ouvrables :*
 - Le gestionnaire du secteur (chef d'unité, chef de service, etc.) ou le gestionnaire remplaçant;
- *Le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés :*
 - Le gestionnaire de garde désigné selon la structure organisationnelle du secteur (coordonnateur d'activités, cadre de la permanence, garde psychosociale-réadaptation, etc.).

6.2. ANALYSE DE LA SITUATION EN ÉQUIPE CLINICO-ADMINISTRATIVE

Lorsqu'il est informé de la situation, le gestionnaire s'assure qu'une discussion d'équipe ait lieu dès que possible entre les différents intervenants dans le but de :

- Vérifier si toutes les possibilités ont été explorées concernant les mesures de remplacement et les mesures de contrôle encadrées par le Protocole ou les procédures en vigueur;
- Discuter de la mesure envisagée et en évaluer les risques et bénéfices;
- Analyser l'impact possible sur l'usager, sur les ressources utilisées et sur l'organisation;
- S'assurer que les principes directeurs du Protocole et des procédures sont respectés.

6.3. DOCUMENTATION DE LA SITUATION AU DOSSIER DE L'USAGER

En contexte non planifié, le formulaire CN00277 : *Application d'une mesure de contrôle en contexte non planifié* doit être complété par l'un des intervenants qui a décidé d'appliquer la mesure de contrôle qui déroge.

En contexte planifié, le formulaire CN00059 : *Décision et révision d'une mesure de contrôle en contexte planifié* doit être rédigé par au moins un professionnel décideur. Ce formulaire

permettra d'expliquer en détail la mesure envisagée. **Il n'est pas nécessaire d'avoir la signature du deuxième professionnel décideur pour acheminer la demande. Celle-ci devra être ajoutée lorsque la prise de décision sera officielle.**

Un résumé des discussions entre les différents intervenants concernés doit être documenté au dossier de l'utilisateur par un intervenant du secteur ou par le gestionnaire de proximité en responsabilité aux moments des faits.

Pendant la fin de semaine et les jours fériés, le gestionnaire de garde doit s'assurer que la situation est réévaluée aux 24 heures jusqu'à ce que la situation puisse être évaluée en équipe interdisciplinaire.

6.4. ESCALADE AU NIVEAU ADMINISTRATIF SUPÉRIEUR

Toute situation doit être escaladée d'emblée à un niveau administratif supérieur c'est-à-dire au supérieur immédiat du gestionnaire du secteur concerné. Cette démarche est nécessaire en raison de l'impact sur la qualité et la sécurité des soins et services offerts dans le secteur, et pour faciliter le recours à des solutions de plus haut niveau (ex. : transfert dans un autre milieu, ajout de personnel, modification de l'environnement, etc.).

Les modalités d'escalade varient en fonction du moment dans la semaine :

- *En semaine sur les heures ouvrables :*
 - Le gestionnaire en responsabilité communique directement avec son supérieur immédiat ou son remplaçant.
- *Le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés :*
 - Le gestionnaire de garde achemine un rapport d'événement par courriel au gestionnaire du secteur de même qu'au supérieur immédiat de ce dernier.

6.5. DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ DIRECTEUR

Contexte d'intervention

Si la mesure est envisagée en **contexte d'intervention planifiée**, une demande d'avis en cas de dérogation doit être acheminée au Comité directeur sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle le plus rapidement possible.

Si la mesure est appliquée en **contexte d'intervention non planifiée, une analyse post-situationnelle** en équipe interprofessionnelle **doit** rapidement être réalisée (voir la section qui traite de ce sujet dans la procédure propre à chaque secteur) :

- Si l'analyse postsituationnelle démontre que la mesure appliquée n'est plus nécessaire, il n'est pas requis de faire une demande d'avis au Comité directeur.
- Si l'analyse postsituationnelle mène à penser que la situation requiert toujours l'utilisation d'une mesure qui déroge au Protocole ou aux procédures, le processus décisionnel du contexte d'intervention planifiée s'applique et une demande d'avis en cas de dérogation doit être acheminée au Comité directeur.
- Dans les deux circonstances, une note doit être déposée au dossier de l'utilisateur.

Lorsqu'un gestionnaire constate dans son secteur d'activités une récurrence de dérogations pour le même motif dans un contexte non planifié, il doit informer le Comité directeur via la boîte courriel afin d'explorer des solutions possibles.

Complétion et envoi du formulaire de demande d'avis en cas de dérogation

L'un des professionnels décideurs doit remplir le formulaire CN00311 : *Demande d'avis au comité directeur des mesures de contrôle en cas de dérogation* (Annexe 1). Ce formulaire est disponible en version papier et éditable sur la Zone CIUSSS. Il est important de bien préciser en quoi il y a dérogation par exemple : mesure proscrite, mesure non prévue, délai de surveillance en dehors des balises.

Une copie numérique de ce formulaire doit être acheminée à la boîte courriel (voir adresse indiquée sur le formulaire) avec copie conforme au gestionnaire du secteur et à son supérieur immédiat. L'original doit être déposé au dossier de l'utilisateur. Le formulaire CN00059 : *Décision et révision d'une mesure de contrôle en contexte planifié* (signé minimalement par le professionnel décideur qui fait la demande) doit être joint à la demande.

Réception et gestion de la demande

La demande est reçue par un professionnel responsable de la boîte courriel. Un accusé de réception est transmis au demandeur le prochain jour ouvrable.

Le professionnel responsable de la boîte courriel a la responsabilité de :

- Vérifier si les formulaires sont complets;
- Demander des documents ou des précisions au besoin;
- Acheminer la demande à minimalement deux conseillers cadres ou médecins, désignés par le comité directeur, issus de deux directions-conseils différentes, selon leur expertise;
- S'assurer que les délais de traitement des demandes sont respectés;
- Assurer les liens de communication entre les personnes concernées.

6.6. ANALYSE ET RECOMMANDATION

Pour l'analyse de la demande, la participation des représentants des trois directions-conseils (DSM, DSISP et DSP) est souhaitable et ils peuvent consulter des experts en lien avec la situation clinique, si requis. Au cours du processus d'analyse, ils peuvent poser des questions au demandeur ou solliciter de la documentation supplémentaire afin de clarifier la situation et de s'assurer que l'esprit et le cadre du Protocole et des procédures sont respectés.

La décision finale doit être entérinée par minimalement deux conseillers cadres ou médecins issus de deux directions-conseils différentes.

Au terme de leurs délibérations, les conseillers cadres et médecins désignés par le Comité directeur peuvent :

- Recommander l'utilisation de la mesure telle que formulée;
- Recommander l'utilisation de la mesure en proposant des conditions d'application, des ajustements ou de nouvelles stratégies;
- Recommander de ne pas utiliser la mesure en précisant les raisons.

L'avis donné est valable tant que la situation clinique et les modalités d'application demeurent les mêmes. Sinon, une nouvelle demande d'avis doit être acheminée.

La décision finale d'utiliser ou non une mesure de contrôle revient toujours au professionnel, étant donné qu'il est le seul à être habilité par la loi. Lorsque le professionnel prend cette décision, il est clair que sa responsabilité professionnelle peut être engagée, comme elle peut d'ailleurs l'être toutes les fois où il pose un acte professionnel ou omet de le faire.

En l'absence de consensus ou s'il y a un risque important de préjudice, la situation doit être escaladée à un niveau hiérarchique supérieur.

6.7. TRANSMISSION DE LA RÉPONSE

Une réponse de la part du Comité directeur sera émise dans un délai de 7 jours ouvrables. Lorsque le délai est plus long en raison de la complexité de la situation, un avis par courriel est envoyé au professionnel demandeur. Dans l'attente, la mesure est appliquée selon la décision des professionnels décideurs.

L'avis du Comité directeur est rédigé sur le formulaire CN00527 : *Avis du Comité directeur des mesures de contrôle en cas de dérogation* et acheminé par courriel aux professionnels décideurs, au gestionnaire du secteur et à son supérieur immédiat. Le formulaire doit être déposé au dossier de l'utilisateur avec le formulaire CN00311 : *Demande d'avis au Comité directeur des mesures de contrôle en cas de dérogation* qui lui est associé.

Si la demande concerne un usager hébergé dans une ressource intermédiaire (RI), une copie de la réponse sera également acheminée au représentant de la DQEPE (direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique) qui siège au Comité directeur.

ANNEXE 1

Formulaire CN00311 : Demande d'avis au Comité directeur des mesures de contrôle en cas de dérogation



Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, MAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ DIRECTEUR DES MESURES DE CONTRÔLE EN CAS DE DÉROGATION

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____		
Données clinico- administratives		
Secteur d'activités	☐ Urgence	☐ URCI
☐ Foyer de groupe	☐ RI	☐ RTF
☐ Milieu scolaire	☐ Clinique externe	☐ Hôpital de jour
☐ Unité d'hospitalisation (préciser la clientèle) _____	☐ Autre _____	
Nom du gestionnaire du secteur où se trouve l'utilisateur _____		
Nom du supérieur immédiat du gestionnaire du secteur _____		
Identification des intervenants impliqués		
Professionnels/intervenants	Nom	Profession
Professionnel décideur et demandeur		
Deuxième professionnel décideur		
Autres intervenants		
Motif de la demande		
La mesure de contrôle est ☐ Envisagée ☐ Utilisée		
Motif ☐ La mesure de contrôle n'est pas encadrée par le protocole « R-16 Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » et/ou la procédure en vigueur		
☐ La mesure de contrôle diffère du protocole R-16 et/ou de la procédure en vigueur		
Décrire la mesure de contrôle et expliquer précisément en quoi elle déroge (exemples : mesure proscrite, mesure non prévue, délai de surveillance en dehors des balises)		

CN00311 (2023-05-18)

DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ DIRECTEUR DES MESURES DE CONTRÔLE EN CAS DE DÉROGATION

Dossier usager
 D.I.C.: 3-4-4
 Page 1 de 2

N° dossier :

CIN00511 (2025-09-18)

Dossier usager
D.I.C.: 5-5-6
Page 2 de 2

ANNEXE 2

Formulaire CN00527 : Avis du Comité directeur des mesures de contrôle en cas de dérogation

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

**AVIS DU COMITÉ DIRECTEUR DES MESURES DE
CONTRÔLE EN CAS DE DÉROGATION**

Direction clinique _____		Programme _____		Site _____	
Identification de la demande					
Date de réception de la demande _____ aaaa/mm/jj					
Signature de la demande					
Nom du demandeur _____		Date _____ aaaa/mm/jj		Heure _____ hh:mm	
Données clinico-administratives					
Secteur d'activités	☐ Urgence	☐ URCI	☐ RAC	☐ URFI	☐ Soins de longue durée
☐ Foyer de groupe	☐ RI	☐ RTF	☐ Sociopro	☐ Transport	☐ Centre de réadaptation
☐ Milieu scolaire	☐ Clinique externe	☐ Hôpital de jour	☐ Milieu naturel	☐ Plateau technique	
☐ Unité d'hospitalisation (préciser la clientèle) _____					☐ Autre _____
Motif de la demande de dérogation (Référer au formulaire « CN00311 Demande d'avis au comité directeur mesures de contrôle en cas de dérogation »)					
La mesure de contrôle est ☐ Envisagée ☐ Utilisée					
Motif ☐ La mesure de contrôle n'est pas encadrée par le protocole « R-16 Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle » et/ou la procédure en vigueur					
☐ La mesure de contrôle diffère du protocole R-16 et/ou de la procédure en vigueur					
Précisions de la mesure et en quoi elle déroge					
Professionnels désignés par le comité directeur consultés					
			Nom et profession		
☐ Direction des services multidisciplinaires (DSM)					
☐ Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP)					
☐ Direction des services professionnels (DSP)					

CN00527 (2023-05-18)

**AVIS DU COMITÉ DIRECTEUR DES MESURES DE
CONTRÔLE EN CAS DE DÉROGATION**

Dossier usager
D.I.C.: 3-4-4
Page 1 de 2

N° dossier :

Politique n° : Page 10
 Procédure en cas de dérogation au Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle R-16

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	PROCÉDURE
	Code : PR-R-16-5
	Direction responsable : Direction des soins infirmiers et de la santé physique
	Présentée au Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle et adoptée le 29-09-2021
	Entrée en vigueur le 22-03-2022
	Cette procédure annule la procédure antérieure traitant du même sujet.
TITRE : Procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle Direction du programme Jeunesse (DJ)	

La présente procédure doit se lire conjointement avec le *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (Règlement n° R-16)*. Elle complète ce protocole, en précisant les balises d'utilisation des mesures de contrôle selon les différents milieux d'application. Afin d'en faciliter la consultation, la procédure est divisée par secteurs.

CONSULTATIONS
☒ Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle : 2021-09-29 ☒ Comité exécutif du conseil multidisciplinaire : 2021-11-25 ☒ Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : 2021-12-01 ☒ Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers : 2021-12-09 ☒ Comité de direction : 2021-12-14

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIFS.....	1
CHAMPS D'APPLICATION	1
CLIENTÈLE VISÉE.....	1
DÉFINITIONS.....	2
MARCHE À SUIVRE UNITÉS DE SOINS HÔPITAUX DE JOUR DU CENTRE DE PÉDOPSYCHIATRIE	6
1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION	7
2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION	7
3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE	12
4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE	14
5. SURVEILLANCE	16
6. LIMITE D'UTILISATION ET ALERTE	21
7. DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT	21
8. TENUE DE DOSSIER	21
9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS	22
10. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT	22
MARCHE À SUIVRE CLINIQUE EXTERNE DU CENTRE DE PÉDOPSYCHIATRIE	23
1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION	24
2. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION	24
3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE	26
4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE	26
5. SURVEILLANCE	26
6. TENUE DE DOSSIER	26
7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS	26
MARCHE À SUIVRE FOYERS DE GROUPE.....	27
MARCHE À SUIVRE MILIEU NATUREL DE L'USAGER	30
1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION	31
2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LES DIRECTIONS	31
3. CONSTAT DE L'UTILISATION DE MESURE DE CONTRÔLE	31
4. TENUE DE DOSSIER	31
5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS	31
RÉFÉRENCES	32
ANNEXES	34

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT	35
ANNEXE II : RISQUES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE	42
ANNEXE III : CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE	44
ANNEXE IV : MARCHE À SUIVRE NIVEAU ALERTE	45

OBJECTIFS

Ce document vise à décrire les procédures spécifiques en matière de recours à une mesure de contrôle à la Direction du programme jeunesse (DJ) tout en respectant les balises émises par le *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (Règlement n° R-16)*.

CHAMPS D'APPLICATION

L'ensemble des personnes exerçant une fonction au sein du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et du Jeffrey Hale dont notamment les employés, les médecins, les gestionnaires, les stagiaires provenant d'une maison d'enseignement, ainsi qu'à toute personne responsable ou exerçant une fonction dans une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familial (RTF) doit respecter la présente procédure.

Elle s'applique à l'égard des usagers, tels que définis dans la présente procédure, à tout moment et en tout lieu si une mesure de contrôle est appliquée par l'une ou l'autre des catégories de personnes mentionnées ci-dessus lors d'une prestation de soins et de services de l'Établissement.

CLIENTÈLE VISÉE

Cette procédure est applicable à l'égard des usagers recevant des soins et des services relevant de la Direction programme Jeunesse dans les milieux suivants :

- Les unités de soins et les hôpitaux de jour du Centre de pédopsychiatrie;
- La clinique externe du Centre de pédopsychiatrie;
- Les foyers de groupe (à venir avec celle de la DPJ);
- Le milieu naturel de l'utilisateur, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

DÉFINITIONS

Définitions générales

ANALYSE POSTSITUATIONNELLE	Évaluation et analyse des avantages et des effets indésirables déterminant la pertinence du type de mesure utilisée et de son maintien, menant au réajustement du plan d'intervention au besoin ¹ .
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.
DÉROGATION	Demande qui doit être soumise au Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle lorsqu'une mesure envisagée n'est pas encadrée par le <i>Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (Règlement n° R-16)</i> ou lorsqu'une recommandation spéciale est nécessaire en situation d'absence de consensus.
ÉTABLISSEMENT	Regroupement d'établissements publics du même secteur dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec.
INSTRUMENT	Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance de l'utilisateur.
INTERVENANT	Gestionnaire, médecin, dentiste, pharmacien, employé, étudiant, stagiaire, superviseur de stage, contractuel, de même que toute personne occupant une fonction au CIUSSS de la Capitale-Nationale.
JUMELAGE/PAIRAGE	Le jumelage est un processus qui consiste à sélectionner une ressource ayant un portrait qui la rend susceptible de répondre adéquatement aux besoins d'un usager et à la jumeler avec cet usager. Le pairage fait partie intégrante du processus de jumelage et consiste, quant à lui, à vérifier l'homogénéité ou la compatibilité entre le profil de l'utilisateur visé par le jumelage et le profil des usagers déjà présents dans la ressource.
MESURES AUTORISÉES	Mesures permises / légitimées par l'Établissement.
MESURES PROSCRITES	Mesures exclues / prohibées par l'Établissement.
PROTOCOLE	Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (Règlement n° R-16).

¹ Adaptée de la réévaluation postsituationnelle du Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. MSSS (2015) p 27 à 34.

REPRÉSENTANT	Personne pouvant consentir de façon substituée conformément l'ordre établi par le Code civil du Québec. Pour le mineur, il s'agit du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.
USAGER	Pour les fins de la présente procédure, il s'agit d'une personne qui reçoit des soins et des services de l'Établissement.

Définitions - contentions mécaniques

ATTACHE-POIGNET, ATTACHE-CHEVILLE	Moyen physique installé aux poignets ou aux chevilles pour immobiliser, restreindre ou limiter les mouvements d'un ou des membres de l'utilisateur lors d'un traitement.
BOUCLIER INSTITUTIONNEL	Structure rigide de défensive individuelle portée au bras pour parer les coups.
CASQUE DE PROTECTION	Casque avec ou sans visière absorbant les chocs lors d'impact ou limitant l'accès de l'utilisateur à des zones de son crâne ou du visage.
CEINTURE AU FAUTEUIL QUE L'USAGER NE PEUT DÉTACHER SEUL	Toute ceinture au fauteuil que l'utilisateur n'est pas en mesure de détacher seul.
CEINTURE DE PANTALON AVEC BOUTON MAGNÉTIQUE	Utilisation d'un bouton magnétique pour attacher la ceinture de l'utilisateur afin qu'il ne puisse pas la détacher seul.
CHAISE HAUTE	Chaise permettant d'asseoir un enfant à la hauteur d'un adulte. Elle est généralement munie d'un repose-pied et de courroies pour retenir le bassin.
CHAISE HAUTE MULTIFONCTION	Chaise permettant d'asseoir un enfant à la hauteur d'un adulte. Cette chaise est réglable tant en hauteur qu'en profondeur. Ce type de chaise vient avec plusieurs options : arceau, dossier et harnais.
COMBINAISON ARGENTINO	Combinaison permettant de maintenir un usager en décubitus dorsal sans limiter l'amplitude de ses mouvements aux membres.
MASQUE ANTICRACHAT	Capuchon de tissus qu'on enfle sur le visage, comportant une partie en filet à la hauteur des yeux et une partie filtration recouvrant la bouche juste sous le nez.
MÉTHODE D'EMMAILLOTEMENT AVEC UN DRAP OU UNE COUVERTURE	Immobilisation d'un enfant dans un drap ou une couverture pour effectuer une intervention. La technique est de déposer l'enfant au centre de la couverture ou du drap et d'enrouler le tiers gauche de la couverture par-dessus l'épaule et la hanche droite, puis le tiers droit

	par-dessus le côté gauche. La partie inférieure de la couverture est ramenée sur les jambes et le torse de l'enfant.
MITAINE DE PROTECTION	Mitaine empêchant l'utilisateur de tirer ou d'agripper des objets, de retirer les dispositifs médicaux en place ou de s'infliger des blessures.
RIDELLES PLEINES (X2)	Deux côtés de lit pleine longueur montés pour empêcher l'utilisateur de sortir du lit.
DEMI-RIDELLES (X4)	Quatre côtés d'une demi-longueur de lit montés pour empêcher l'utilisateur de sortir du lit.
SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)	Système de bandes Velcro utilisé pour attacher les poignets et les chevilles pendant un déplacement.
VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE	Combinaison généralement portée sous les vêtements, en tissu (polyester et coton) ou en filet (polyester) pour empêcher l'utilisateur d'avoir accès à son corps.

Définitions - contentions par la force humaine

CONTRÔLE ARTICULAIRE	Technique consistant à amener l'articulation d'une personne au maximum de son amplitude afin de le neutraliser.
TECHNIQUE DE RESTRICTIONS GESTUELLES	Immobilisation des membres en respectant le sens naturel des articulations.

Définitions - isolement

CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE	Chambre comportant une fenêtre dans la porte et dont le choix du mobilier et des effets personnels sont déterminés afin de diminuer les risques liés au comportement de l'utilisateur.
DISPOSITIF AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE	Mise en place de stratégies empêchant psychologiquement l'utilisateur à sortir d'une pièce (p. ex. : filet velcro, bande sur le plancher).
ISOLEMENT INVERSÉ	Retrait des autres usagers et du personnel du lieu où se trouve un usager considéré comme dangereux pour l'autrui à un moment précis et non planifié.
PIÈCE AVEC DEMI-PORTE	Isolement d'un usager dans une pièce fermée par une demi-porte.

PIÈCE AVEC PORTE ET ACCÈS VISUEL	Isolement d'un usager dans une pièce fermée avec une porte et un accès visuel à l'ensemble de la pièce sans angle mort (fenêtre, judas, etc.).
SALLE D'ISOLEMENT	Salle spécialement prévue à cet effet avec une porte fermée et un accès visuel à l'ensemble de la pièce sans angle mort (fenêtre, judas, etc.).
SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT	Cette mesure consiste à accorder une présence continue auprès de l'utilisateur par un membre du personnel et à contraindre ses déplacements dans un lieu restreint. En aucun temps l'utilisateur ne peut être laissé seul.

MARCHE À SUIVRE
UNITÉS DE SOINS,
HÔPITAUX DE JOUR DU CENTRE DE
PÉDOPSYCHIATRIE

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section vise les enfants et adolescents qui sont admis :

- Sur une unité de soins au Centre de pédopsychiatrie :
 - Unité infantile;
 - Unité juvénile;
- Ou inscrits au sein d'un des hôpitaux de jour.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
UNITÉS DE SOINS	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Casque de protection (avec ou sans grillage/visière) lorsque porté par l'utilisateur préalablement à son arrivée; • Chaise haute pour enfant avec ceinture ou chaise multifonction; • Combinaison Argentino (seulement sur l'unité 300-est); • Méthode d'emballotement avec un drap ou une couverture pour un enfant de plus de 6 ans; • Mitaines de protection (lorsque porté par l'utilisateur préalablement à son arrivée); • Système de transport accompagné sécuritaire (TAS) pour les usagers âgés de 12 ans et plus; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce, lorsque porté par l'utilisateur préalablement à son arrivée.	• Attache-poignet, attache-cheville; • Bouclier institutionnel; • Masque anti-crachat; • Matériel maison; • Menottes; • Méthode d'emballotement avec un drap ou couverture pour empêcher l'utilisateur de sortir du lit; • Poussette avec ceinture; • Utilisation des ridelles pleines (X2) ou des demi-ridelles (X4); • Système de contention magnétique au lit avec ridelles pleines (X2) ou demi-ridelles (X4); • Système transport sécuritaire (TAS) pour les usagers de moins de 12 ans; • Veste ou couverture lestée.
HÔPITAUX DE JOUR	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Chaise multifonction avec ceinture; • Casque de protection (avec ou sans grillage/visière) lorsque porté par l'utilisateur préalablement à son arrivée; • Méthode d'emballotement avec un drap ou une couverture pour un enfant de plus de 6 ans.	• Masque anti-crachat; • Poussette avec ceinture; • Chaise haute avec ceinture, avec ou sans tablette; • Balançoire intérieure; • Combinaison Argentino.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE

Il existe différents modèles disponibles de vêtement de contention avec des manches courtes ou longues et avec jambes longues ou courtes. Ils sont généralement munis d'une fermeture éclair et de fermetures de sécurité au dos. Certains modèles permettent l'accès à des parties du corps, tel que l'entrejambe, pour donner des soins.

Au sein de l'Établissement, les critères suivants ont été retenus pour le choix de grenouillère :

- Le tissu est suffisamment souple pour ne pas restreindre les mouvements;
- Aucun élément rigide ne doit être présent autour du cou;
- L'attache principale est située au dos.

Tous vêtements adaptés ne correspondant pas à ces critères doivent faire l'objet d'une dérogation pour être utilisés.

SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)

Important : Pour les usagers de 12 ans et plus seulement

Le système TAS est utilisé seulement lors d'un déplacement ou pour la durée d'un soin. Il peut être utilisé uniquement par les intervenants ayant reçu la formation. Son utilisation doit être faite par trois intervenants et nécessite l'application de deux attaches en tout temps.

DISPOSITIFS INHÉRENTS AU GROUPE D'ÂGE

Les dispositifs de sécurité inhérents au groupe d'âge ou au niveau de développement physique et cognitif de l'enfant ne sont pas considérés à titre de mesures de contrôle. Ces dispositifs comprennent :

- Les couchettes;
- Les courroies d'attache d'une chaise haute ou la chaise multifonction;
- Les poussettes;
- Emmaillotement dans une couverture chez les enfants de 6 ans et moins;
- Les sièges d'appoint ou tout autre article conçu pour assurer la sécurité du nourrisson et du jeune enfant;
- Balançoire intérieure avec des courroies d'attache.

Si le dispositif est muni d'une attache, celle-ci doit provenir du fabricant. En aucun temps, une modification du dispositif ou l'utilisation d'une attache maison n'est autorisée. Cependant dès que l'équipement n'est plus inhérent au groupe d'âge ou au développement physique et cognitif de l'enfant, il s'agit d'une mesure de contrôle. Par exemple, l'utilisation d'une poussette pour un jeune de 11 ans.

CHAISE HAUTE AVEC CEINTURE POUR ENFANT OU CHAISE MULTIFONCTION

Les chaises hautes et multifonctions sont considérées comme une mesure de contrôle lorsque le but est d'empêcher l'utilisateur de sortir de la chaise.

MÉTHODE D'EMMAILLOTEMENT

L'emmaillotement dans un drap ou une couverture est une mesure de contrôle lorsqu'il est utilisé pour donner un soin ou un traitement de courte durée aux enfants de plus de 6 ans. La méthode d'emmaillotement est proscrite, peu importe l'âge et le développement physique et cognitif de l'enfant, lorsque le but est d'empêcher celui-ci de sortir du lit.

UTILISATION D'UNE VESTE OU D'UNE COUVERTURE LESTÉE

Tel que mentionné dans le document *L'utilisation des couvertures, des vestes et autres objets lestés auprès des enfants : information, mise en garde et précautions d'usage*², l'utilisation de tout objet lesté, plus particulièrement des couvertures et des vestes lestées, ne doit jamais être associée à des mesures de contrôle. Ces équipements sont généralement utilisés chez l'enfant pour l'aider à s'adapter aux contacts et aux sensations avec son environnement. Ils ne doivent en aucun temps restreindre les mouvements de l'enfant par leurs poids. D'ailleurs ces équipements exigent une évaluation par un professionnel, car ils peuvent entraîner la suffocation.

LES RIDELLES DE LIT

Les ridelles ne doivent pas être systématiquement levées à moins que celles-ci soient utilisées selon le groupe d'âge ou le niveau de développement physique et cognitif de l'enfant.

En effet, l'utilisation de ridelles pleines (X2) ou de demi-ridelles (X4) de lit constitue une mesure de contrôle lorsque l'intention est de contraindre l'utilisateur à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever.

Voici des situations où les ridelles de lit ne sont pas considérées comme une mesure de contrôle :

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'utilisateur lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que ce dernier soit en mesure de comprendre les risques potentiels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à l'utilisateur des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir ou d'y entrer;
- Lors d'examen diagnostiques sous sommeil, s'il n'y a pas d'accompagnateur;
- Lorsque l'utilisateur présente une altération de l'état de conscience;
- Lorsque selon le groupe d'âge ou le niveau de développement physique et cognitif de l'enfant le justifie pour sa sécurité.

² L'utilisation des couvertures, des vestes et autres objets lestés auprès des enfants : information, mise en garde et précautions d'usage. Condensé, Montréal, Québec : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2011. 7 pages.

2.2. CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
UNITÉS DE SOINS ET HÔPITAUX DE JOUR	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
Techniques de restrictions gestuelles par le nombre minimal d'intervenants selon les techniques privilégiées de la formation OMEGA, TPASS, Capsule jeunesse ou ITCA.	- Contrôle articulaire; - Compression thoracique.

2.2.1. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES À L'UTILISATION DE LA FORCE HUMAINE DANS LE CADRE DE L'INTERFÉRENCE AUX SOINS

En tout temps, il faut préconiser obtenir la collaboration de l'utilisateur à l'aide de mesures de remplacements, peu importe l'âge, la condition ou le niveau de développement.

L'utilisation de la force humaine dans le cadre de l'interférence aux soins sera employée lorsque le but est de permettre à l'utilisateur de recevoir des soins physiques, des traitements et des évaluations professionnelles.

Dans l'analyse de la situation, il faut considérer l'âge développemental, l'âge réel, le contexte, le degré de maturité et les besoins particuliers (retards, DI, TSA, etc.). Il n'est pas considéré une mesure de contrôle si le but est de retenir un geste réflexe lors d'un soin ou d'effectuer une immobilisation temporaire inhérente à un traitement ou à un examen nécessaire pour la condition de santé chez l'utilisateur de moins de 14 ans.

Dans une telle situation, la force humaine raisonnable utilisée doit être égale ou supérieure à la force exercée par l'utilisateur. Des moyens de retenue, telle qu'une couverture, peuvent être utilisés, car ils permettent de réduire le nombre d'intervenants (méthode d'emballotement).

Pour les utilisateurs de 14 ans et plus, si la collaboration demeure impossible malgré l'utilisation des mesures de remplacement et qu'il y a risque sérieux pour la condition de santé de ne pas recevoir ce soin, une mesure de contrôle doit être envisagée.

Toute mesure de contrôle utilisée doit cesser dès que le soin est terminé et ne doit pas excéder 20 minutes. Le moyen utilisé et la procédure doivent être décrits à l'utilisateur et à son représentant avant l'intervention. Les risques associés doivent aussi être expliqués. Une surveillance constante est alors appliquée tout au long de la procédure.

2.3. CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
UNITÉS DE SOINS ET HÔPITAUX DE JOUR	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
La prescription et l'administration de médicaments sont autorisées.	

2.4. ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
UNITÉS DE SOINS ET HÔPITAUX DE JOUR	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Salle d'isolement; • Chambre personnelle sécurisée (unités de soins); • Dispositif agissant comme barrière psychologique; • Surveillance constante dans un lieu restreint (unités de soins).	• Pièce avec porte sans accès visuel; • Pièce avec demi-porte; • Porte avec œil magique.

2.4.1. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT

Cette mesure est appliquée lorsque l'état clinique de l'usager le requiert et qu'aucune autre mesure moins contraignante ne permet de diminuer les risques.

CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE

Lorsqu'une chambre personnelle sécurisée est envisagée, il est important de réaliser une analyse individuelle de la sécurité en lien avec les caractéristiques propres à l'usager. Son utilisation doit être décidée en équipe interdisciplinaire selon les normes présentées en annexe.

DISPOSITIFS AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE

Voici des exemples de dispositifs agissants comme barrière psychologique. L'utilisation de l'un ou l'autre de ces dispositifs constitue une mesure de contrôle (isolement) lorsque ceux-ci s'avèrent efficaces pour empêcher un usager de circuler librement :

- L'utilisation de matériel tel que le ruban adhésif coloré au sol;
- Fermer la porte de la chambre ou de la salle d'isolement sans la verrouiller et signifier à l'usager qu'il ne peut sortir que lorsqu'on le lui dira;
- Se placer devant la porte ou à proximité de celle-ci (imposer une présence humaine).

LE RETRAIT

Cette mesure consiste à retirer un usager d'un groupe pour une courte période afin de le mettre à l'écart d'une source de stimulation ou de désorganisation.

Le retrait est un moyen d'intervention de nature éducative ou thérapeutique lorsque l'intervenant invite l'usager à se retirer afin de se calmer, s'apaiser et d'éviter l'escalade (mesure préventive). Il permet de prendre conscience des effets des gestes qu'il a posés ou de les prévenir.

Le retrait est une mesure disciplinaire lorsqu'il est imposé par l'intervenant afin d'amener l'usager à corriger un comportement répréhensible qui contrevient aux règles de vie des unités.

Le retrait devient une mesure de contrôle (isolement) lorsque l'usager est contraint par des consignes verbales, des contraintes physiques ou psychologiques, de demeurer dans un lieu physique désigné (dans la chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin) et qu'il ne peut en sortir librement.

Lors de l'application du retrait, l'utilisation de la chambre de l'usager ou de la salle d'isolement est permise pour autant que :

- Si la porte est ouverte, l'usager puisse sortir librement, sans contrainte physique, verbale ou psychologique;
- Si la porte est fermée, l'usager doit avoir la capacité d'ouvrir la porte et comprendre qu'il peut en sortir librement (limitation physique et cognitive).

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1. DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1. PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Comme spécifié au Protocole, la décision menant à l'utilisation des mesures de contrôle est une activité réservée. Voici les professionnels autorisés à décider d'une mesure de contrôle dans les secteurs visés par cette section.

Professionnels	Contention mécanique	Isolement	Substance chimique
Médecin	Oui	Oui	Oui
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui	Oui
Infirmière	Oui	Oui	Non
Ergothérapeute	Oui	Oui	Non
Physiothérapeute	Oui	Non	Non
Travailleur social	Oui	Oui	Non
Psychologue	Oui	Oui	Non
Psychoéducateur	Oui	Oui	Non

3.1.2. INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

L'application d'une mesure de contrôle n'est pas une activité réservée. Tout intervenant formé peut appliquer la mesure de contrôle en respectant les modalités d'application et de surveillance décidées par les professionnels impliqués dans le processus décisionnel.

3.2. PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1. POUR LA CONTENTION MÉCANIQUE, LA FORCE HUMAINE ET L'ISOLEMENT

La décision d'utiliser une contention mécanique ou l'isolement en contexte d'intervention planifiée doit être prise par **au moins deux (2) professionnels habilités et de titres d'emplois différents**, qui comprennent au moins le médecin ou l'infirmière. Ce sont ces deux (2) mêmes professionnels qui remplissent et signent le formulaire *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* contenu au Protocole.

3.2.2. POUR LA CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous prescription uniquement. Le moment ou le contexte d'administration doit être déterminé par le prescripteur lors de la rédaction de la prescription pharmacologique.

La prescription comprend :

- Les renseignements relatifs à l'usager :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro de dossier;
 - Numéro de chambre et nom de l'unité de soins.
- La mention mesure de contrôle par substance chimique;
- Le motif justifiant l'utilisation de la médication de façon détaillée, claire et précise;
- La date et l'heure de rédaction de l'ordonnance;
- Le nom générique ou commercial du médicament écrit lisiblement;
- La posologie :
 - Teneur du produit (concentration);
 - Forme pharmaceutique (liquide, comprimé, injectable, etc.);
 - Dosage prescrit de façon précise ne laissant pas de place à l'interprétation;
 - Voie d'administration;
 - Fréquence d'administration incluant l'intervalle minimal de temps entre deux doses et le nombre maximal de doses autorisées par période de temps (p.ex. 2 doses par 24 heures);
 - Durée de validité de l'ordonnance.
- La signature lisible du prescripteur.

Dans cette situation, il est encouragé de s'inspirer du formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* du Protocole afin de bien documenter cette décision. En fonction de la prescription et de l'évaluation de la condition de santé physique et mentale de l'usager, l'infirmière administre la médication ou inscrit dans son plan thérapeutique infirmier (PTI) le moment ou le contexte d'administration afin que l'infirmière auxiliaire puisse procéder à l'administration comme prévu dans la *Règle de soins infirmiers, CIUSSSCN-DSI-RSI-005 : Partage des rôles entre les infirmières et infirmières auxiliaires dans l'administration de médicaments prescrits au besoin (PRN) selon une ordonnance médicale individuelle ou collective*.

L'infirmière doit exercer une surveillance clinique de la condition de l'usager incluant le monitoring et les ajustements au PTI le cas échéant. Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

3.3. INSTALLATION

Les professionnels qui décident d'une contention mécanique doivent être en mesure de s'assurer que l'installation a été faite de manière sécuritaire et conforme à la notice du fabricant. Ainsi, ils peuvent :

- L'installer eux-mêmes, s'ils en ont la compétence;
- Demander à un intervenant ayant la compétence de faire l'installation;
- Demander au représentant de la compagnie ayant la compétence de l'installer.

3.4. RÉÉVALUATION DE LA DÉCISION D'APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

3.4.1. PREMIÈRE RÉÉVALUATION

Lors de la mise en place d'une mesure de contrôle, la date de la première réévaluation doit être indiquée au formulaire de décision et de révision d'une mesure de contrôle planifiée. Cette réévaluation doit être effectuée au plus tard dans les 7 jours suivant la première application.

3.4.2. RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

Par la suite, la pertinence clinique de maintenir la mesure de contrôle doit être réévaluée par les professionnels concernés de façon continue selon les observations recueillies lors des surveillances, selon l'évolution de l'état de l'usager ou selon un intervalle maximal de 7 jours.

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

4.1. DÉCISION

La décision d'appliquer une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. Cependant, la décision revient à l'infirmière ou au médecin lorsqu'ils sont présents sur l'unité. Dans les autres situations, l'intervenant ayant pris la décision d'appliquer la mesure de contrôle doit informer l'infirmière dès que possible.

La décision doit être confirmée par un second professionnel autorisé. L'intervenant remplira le formulaire *Application d'une mesure en contexte non planifié* prévu au Protocole. Dans l'impossibilité d'avoir l'avis d'un second professionnel habilité, la décision doit être confirmée dès que celui-ci devient disponible (p. ex. lors du prochain quart de travail).

Lors de l'application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée, si les comportements persistent au-delà de 24 heures, une discussion en équipe interprofessionnelle doit être réalisée et une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée doit être envisagée. La discussion en équipe interprofessionnelle est requise dès le prochain jour ouvrable. Une note résumant cette rencontre doit être déposée au dossier de l'utilisateur.

PARTICULARITÉ DE LA CLIENTÈLE

Lorsque l'utilisateur est âgé de 13 ans et moins, le titulaire de l'autorité parentale doit être avisé dans les meilleurs délais.

Lorsque l'utilisateur est âgé de 14 ans et plus, l'intervenant doit discuter avec celui-ci pour aviser ou non le titulaire de l'autorité parentale de la mesure de contrôle.

4.2. ANALYSE POSTSITUATIONNELLE

La présente section complète la section 11.2.3. du Protocole.

Chaque mesure appliquée en contexte d'intervention non planifiée nécessite une analyse postsituationnelle. Selon les circonstances, l'intervenant interpelle les personnes pertinentes à l'analyse de la situation (l'utilisateur ou le représentant de l'utilisateur le cas échéant, son supérieur immédiat et l'équipe interprofessionnelle). Lorsque l'analyse mène à penser que la situation peut se reproduire, le processus décisionnel du contexte d'intervention planifiée s'applique. Une note sur les points discutés lors de l'analyse postsituationnelle et les pistes de solution envisagées doit être déposée au dossier de l'utilisateur.

En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant doit aviser son supérieur immédiat ou le coordonnateur d'activités, et ce, peu importe le quart de travail :

- En cas de contention par la combinaison Argentino : dès l'application et, si cela est possible, dès que la mesure est envisagée.
- Autres types de mesure de contrôle : le prochain jour ouvrable.

5. SURVEILLANCE

Lors de l'application d'une mesure de contrôle, la surveillance peut prendre différentes formes et peut exiger d'observer des signes cliniques précis. Afin de répondre aux besoins de l'utilisateur sous mesure de contrôle, la surveillance de l'utilisateur, l'observation des signes cliniques et la vérification de l'intégrité du matériel constituent une responsabilité partagée et est assurée par l'ensemble des intervenants impliqués auprès de l'utilisateur.

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques. Les professionnels ayant décidé d'utiliser une mesure de contrôle doivent déterminer les modalités de surveillance en tenant compte du contexte d'utilisation, des risques associés à la mesure de contrôle et de la condition clinique de l'utilisateur. Les professionnels doivent s'assurer que les personnes qui appliqueront la mesure soient habilitées à appliquer la contention. Pour ce faire, ils doivent faire la formation et vérifier visuellement que la personne est capable de procéder à l'application de la mesure enseignée.

Le lecteur peut se référer à l'annexe II du présent document concernant les risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle.

Les professionnels déterminent et inscrivent dans le formulaire *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* du Protocole :

- la fréquence des surveillances;
- les éléments de surveillance spécifiques;

L'infirmière responsable de l'utilisateur doit s'assurer que ces modalités sont appliquées. Pour ce faire, elle inscrit au plan thérapeutique infirmier des directives quant à la surveillance requise pour l'utilisateur. Elle détermine ensuite à qui s'adressent ces directives et s'assure que celles-ci se retrouvent sur le plan de travail de l'intervenant. Bien que tous soient responsables collectivement de la sécurité entourant l'application d'une mesure de contrôle, la personne ayant la directive sur son plan de travail est responsable d'assurer d'une manière plus spécifique la surveillance. Si des écarts de surveillance sont constatés, l'infirmière remplit le formulaire AH-223 (voir la section 5.4.) et informe son supérieur immédiat dans les meilleurs délais.

La surveillance doit s'effectuer de manière directe. L'utilisation de moyens technologiques ne peut pas remplacer une surveillance physique lors de l'application d'une mesure de contrôle. Le formulaire de surveillance approprié à la situation doit être rempli pour toute la durée de l'application d'une mesure de contrôle. Les formulaires sont disponibles sur la Zone CIUSSS et se retrouvent en annexe IV du Protocole.

En tout temps, la surveillance doit être adaptée au stade de développement de l'enfant. En général, plus l'enfant est jeune, plus la fréquence de la surveillance doit être rapprochée allant jusqu'à une présence en continu auprès de l'enfant et plus la mesure doit être d'une courte durée.

5.1. SURVEILLANCE INITIALE

Lors de la mise en place d'une mesure de contrôle, une fréquence de surveillance plus étroite est mise en place et déterminée par les professionnels ayant décidé de la mesure. Toutefois, cette fréquence peut être augmentée selon les observations faites par les intervenants lors des surveillances pour assurer la sécurité de l'utilisateur et de l'autrui.

5.2. SURVEILLANCE RÉVISÉE

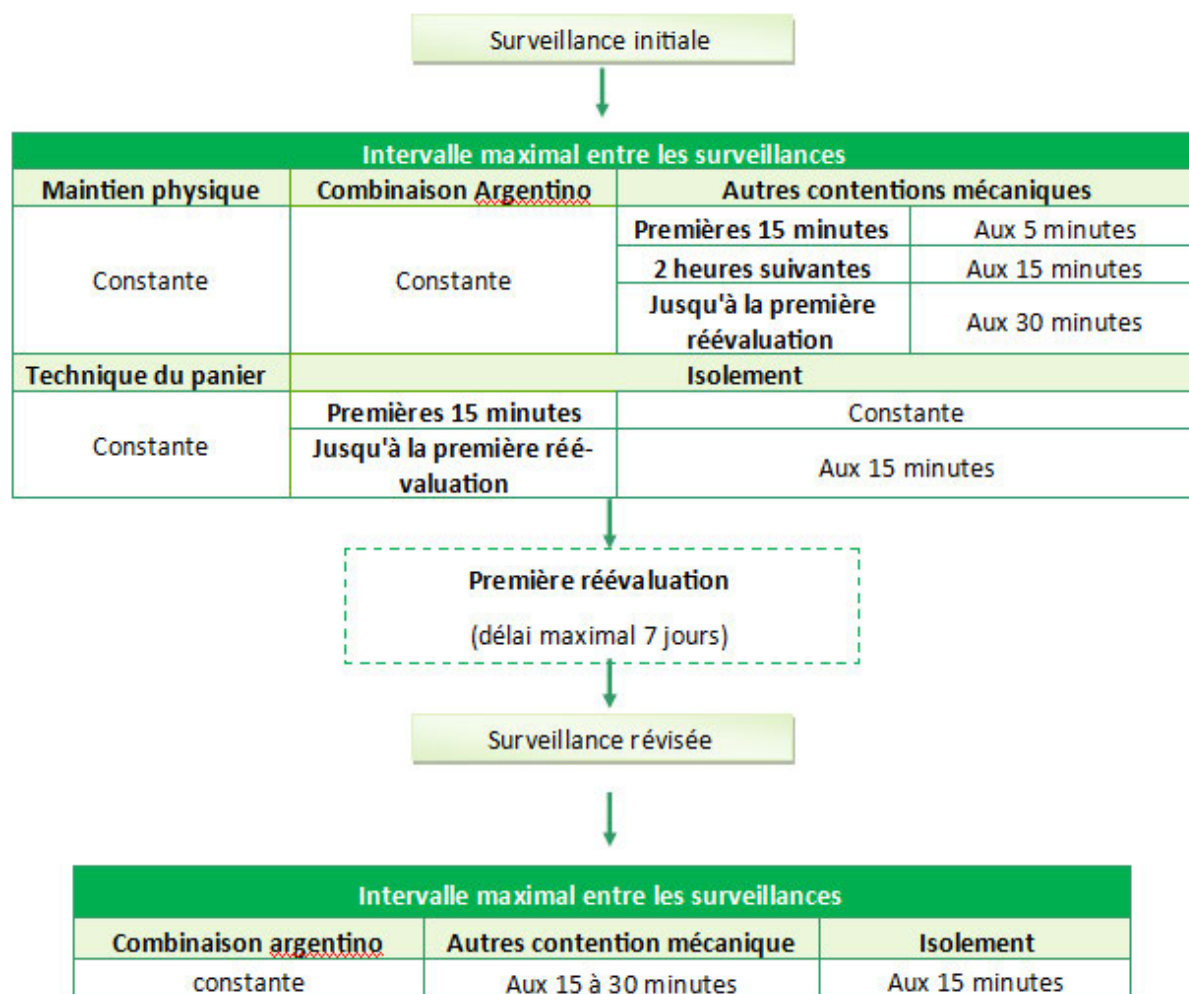
Après la première réévaluation, soit au plus tard 7 jours suivant l'application d'une mesure de contrôle, il est possible d'ajuster les modalités de surveillance, sauf pour la combinaison Argentino et la salle d'isolement. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'utilisateur. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies. Ces modalités sont déterminées en tenant compte des risques reliés à la mesure, des réactions de l'utilisateur face à cette mesure ainsi que de la condition de celui-ci.

5.3. PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

Répondre aux besoins de l'utilisateur	• Besoins physiques (p.ex. hydratation, élimination); • Besoins psychologiques (p. ex. socialisation, intimité, sécurité); • Bon positionnement; • Confort.
Observer les signes cliniques	• Amplitude respiratoire (changement dans la respiration); • Intégrité de la peau en contact avec la contention (irritation locale); • Signes de compression (marque, œdème, coloration, rougeur, douleur, chaleur); • Comportement.
Vérifier l'équipement utilisé	• État (p.ex. déchirure, attache manquante); • Ajustement autour de l'utilisateur (p.ex. serrage des courroies aux poignets); • Ancrage (fixation à la chaise ou au lit).

5.4. BALISES GÉNÉRALES DE SURVEILLANCE

Le schéma ci-dessous présente les balises générales de surveillance sur lesquelles les professionnels doivent s'appuyer pour déterminer la surveillance à mettre en place.



RECOMMANDATIONS POUR LES CONTENTIONS MÉCANIQUES

De manière générale :

- S'assurer que le dispositif de contention peut être retiré rapidement, advenant une situation d'urgence. Ainsi, il ne faut pas faire des nœuds;
- Examiner le matériel pour s'assurer qu'il est complet, en bon état et fonctionnel et s'assurer d'une installation sécuritaire selon la méthode de soins correspondante;
- Selon la condition clinique de l'utilisateur et le type de contention, la surveillance est ajustée en tenant compte de la méthode de soins et des balises mentionnées à la section 5.4.

Pour la combinaison Argentino :

- La durée d'utilisation de la combinaison Argentino devrait être la plus courte possible sans dépasser une (1) heure consécutive d'utilisation. De façon exceptionnelle, si la durée excède une (1) heure consécutive d'utilisation, les motifs justifiant cette décision doivent être documentés au dossier.
- Prendre les signes vitaux régulièrement à une fréquence déterminée par la condition clinique de l'utilisateur.
 - Dans le cas d'une intervention de maîtrise où l'utilisateur manifeste une résistance à l'application de la contention, la prise des signes vitaux doit se faire immédiatement après et dans les 30 minutes suivant l'application de la contention.
 - Les signes vitaux doivent être pris toutes les deux heures, pour toute la période où l'utilisateur est sous contention.
- Vérifier les paramètres suivants toutes les 15 minutes :
 - Les signes de compression exercés par la contention : présence d'œdème, coloration, chaleur et douleur;
 - Le bon alignement corporel;
 - Le confort de la personne;
 - L'état de contention, ainsi que l'application adéquate et sécuritaire.
- Vérifier l'intégrité de la peau (chaleur, couleur, sensibilité, présence d'œdème ou d'abrasions, protubérances osseuses, etc.) toutes les deux heures.
- Dans le cadre de ces interventions, s'assurer que les besoins physiologiques fondamentaux sont satisfaits aux fréquences minimales suivantes tout en tenant compte du stade de développement de l'enfant :
 - Accompanyer l'utilisateur à la toilette minimalement chaque heure si son état lui permet de s'y rendre. Le cas échéant, s'assurer de la satisfaction des besoins d'élimination;
 - Offrir à boire (selon la condition clinique de l'utilisateur) minimalement chaque heure;
 - Desserrer la contention et favoriser la mobilisation des membres chaque heure, un membre à la fois (avec ou sans aide du personnel selon le degré d'autonomie);
 - Alternier la position chaque heure ou mobiliser selon la capacité de l'utilisateur et sa collaboration.

RECOMMANDATIONS POUR L'ISOLEMENT

De manière générale :

- S'assurer de la sécurité de l'environnement et de l'absence d'objet dangereux lors d'un isolement;
- Déterminer le type de vêtement de l'usager selon la condition clinique;
- Selon la condition clinique de l'usager et le type d'isolement, la surveillance est ajustée en tenant compte des balises ci-haut mentionnées et de la méthode de soins.

Pour la salle d'isolement :

- La durée d'utilisation de la salle d'isolement devrait être la plus courte possible sans dépasser une (1) heure consécutive d'utilisation. De façon exceptionnelle, si la durée excède une (1) heure consécutive d'utilisation, les motifs justifiant cette décision doivent être documentés au dossier.
- Vérifier les paramètres cliniques suivants toutes les 15 minutes :
 - La respiration;
 - Le comportement de la personne;
 - Le confort de la personne;
 - Les réactions psychologiques de la personne.
- Lorsque l'usager manifeste une résistance importante à la mise en isolement, la prise de signes vitaux doit se faire dans les 30 minutes suivant la mise en isolement dans la mesure du possible. Par la suite, les signes vitaux seront pris à chaque quart et plus souvent selon la condition de l'usager.
- S'assurer d'une visite dans la chambre d'isolement chaque heure obligatoirement et plus souvent selon les besoins de l'enfant et son stade de développement.
- Dans le cadre de ces interventions, s'assurer que les besoins physiologiques fondamentaux sont satisfaits aux fréquences minimales suivantes tout en tenant compte du stade de développement de l'enfant :
 - Accompanyer l'usager à la toilette minimalement chaque heure si son état lui permet de s'y rendre et plus souvent le cas échéant, s'assurer de la satisfaction des besoins d'élimination;
 - Offrir à boire (selon la condition clinique de l'usager) minimalement chaque heure et plus souvent.

5.5. PARTICULARITÉ POUR LA GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENTS ADAPTÉS UNE PIÈCE

Étant donné un risque faible lié à l'utilisation de ces équipements, la procédure permet une légère variante pour sa surveillance :

Les 30 premières minutes	aux 15 minutes
L'heure suivant l'intervention	aux 30 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	aux 120 minutes

5.6. CONTENTION CHIMIQUE

L'infirmière qui administre une médication comme contention chimique détermine et effectue la surveillance en fonction de la prescription, du médicament et de sa monographie. Elle doit également considérer l'intensité des symptômes pour lesquels la contention a été décidée.

5.7. LE RETRAIT

Bien que le retrait ne soit pas une mesure de contrôle si utilisé adéquatement, il est important de préciser la surveillance entourant cette mesure et les limites associées. Au-delà des limites établies pour la fréquence et la durée, il faut informer le supérieur immédiat.

Âge	0-5 ans	6-11 ans	12-17 ans
Fréquence	3 retraits ou plus par quart	3 retraits ou plus par quart	2 retraits ou plus par quart
Durée	Retrait de plus de 5 minutes	Retrait de plus de 15 minutes	Retrait de plus de 30 minutes
Surveillance	Constante	• Constante les 5 premières minutes • Ensuite, aux 5 minutes	• Constante les 5 premières minutes • Ensuite, aux 10 minutes

6. LIMITE D'UTILISATION ET ALERTE

En raison des risques de préjudice associé à l'utilisation des mesures de contrôle, une limite d'utilisation et un système d'alerte sont en vigueur. Les détails se retrouvent à l'annexe IV.

7. DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

Au cours de la surveillance, un rapport incident/accident (AH-223) doit être rempli si :

- Le personnel juge que l'application de la mesure de contrôle a eu des conséquences (physiques ou psychologiques) sur la personne;
- L'équipement utilisé n'est pas sécuritaire (ajustement inadéquat, bris, absence de la clé, ancrage mal positionné ou mal fixé);
- Une mesure de contrôle en contexte planifié n'est pas appliquée alors qu'elle devrait l'être;
- Une mesure de contrôle est appliquée alors qu'elle ne devrait pas l'être et que la situation n'est pas dans un contexte d'urgence (non planifié).

8. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

10. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

10.1. ENTREPOSAGE

La direction est responsable pour ses secteurs d'activités :

- De constituer un inventaire du matériel réservé uniquement à la contention (mitaines, contention abdominale, etc.);
- D'avoir un lieu pour entreposer le matériel;
- De s'assurer que les membres du personnel connaissent ce lieu d'entreposage.

10.2. ENTRETIEN

- Le matériel doit être lavé selon les directives du fabricant.
- L'intervenant doit s'assurer de l'intégrité de l'équipement avant son utilisation.
- Tout équipement présentant un bris doit être réparé et seuls le fabricant ou une entreprise autorisée par ce dernier peuvent procéder à cette réparation.

**MARCHE À SUIVRE
CLINIQUE EXTERNE DU CENTRE DE
PÉDOPSYCHIATRIE**

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

La présente procédure vise les usagers inscrits recevant des services en clinique externe au Centre de pédopsychiatrie.

2. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ
La seule mesure autorisée est la méthode d'emmaillotement avec un drap ou une couverture pour l'enfant de plus de 6 ans pour donner un soin ou un traitement de courte durée.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

EMMAILLOTEMENT

L'emmaillotement dans un drap ou une couverture pour les enfants de 6 ans et moins n'est pas considéré comme une mesure de contrôle lorsqu'il est utilisé tel un dispositif de sécurité inhérent au groupe d'âge et au niveau de développement physique et cognitif de l'enfant.

Cependant, l'emmaillotement dans un drap ou une couverture est une mesure de contrôle lorsqu'il est utilisé pour donner un soin ou un traitement de courte durée aux enfants de plus de 6 ans.

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
UNITÉS DE SOINS ET HÔPITAUX DE JOUR	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
Techniques de restrictions gestuelles par le nombre minimal d'intervenants selon les techniques privilégiées de la formation OMEGA, TPASS, Capsule jeunesse ou ITCA.	- Contrôle articulaire; - Compression thoracique.

2.1.2 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES À L'UTILISATION DE LA FORCE HUMAINE DANS LE CADRE DE L'INTERFÉRENCE AUX SOINS

En tout temps, il faut préconiser obtenir la collaboration de l'utilisateur à l'aide de mesures de remplacement, peu importe l'âge, la condition ou le niveau de développement.

L'utilisation de la force humaine dans le cadre de l'interférence aux soins sera envisagée lorsque le but est de permettre à l'utilisateur de recevoir des soins physiques, des traitements et des évaluations professionnelles.

Dans l'analyse de la situation, il faut considérer l'âge développemental, l'âge réel, le contexte, le degré de maturité et les besoins particuliers (retards, DI, TSA, etc.). **Il n'est pas considéré une mesure de contrôle** si le but est de retenir un geste réflexe lors d'un soin ou d'effectuer une immobilisation temporaire inhérente à un traitement ou à un examen nécessaire pour la condition de santé chez l'usager de moins de 14 ans.

Dans ce contexte, la force humaine raisonnable utilisée doit être égale ou supérieure à la force exercée par l'usager. Des moyens de retenue, telle qu'une couverture, peuvent être utilisés, car ils permettent de réduire le nombre d'intervenants (méthode d'embaillotement).

Pour les usagers de 14 ans et plus, si la collaboration demeure impossible malgré l'utilisation des mesures de remplacement et qu'il y a risque sérieux pour la condition de santé de ne pas recevoir ce soin, une mesure de contrôle doit être envisagée.

Toute mesure de contrôle utilisée doit cesser dès que le soin est terminé et ne doit pas excéder 20 minutes. Le moyen utilisé et la procédure doivent être décrits à l'usager et aux parents avant l'intervention. Les risques associés doivent aussi être expliqués. Une surveillance constante est alors appliquée tout au long de la procédure.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉE
La prescription et l'administration de médicaments ne sont pas autorisées.

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
	Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
Aucune mesure n'est autorisée	Dispositif agissant comme barrière psychologique	Salle d'isolement

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

Comme spécifié au Protocole, la décision menant à l'utilisation des mesures de contrôle est une activité réservée. Voici les professionnels autorisés à décider d'une mesure de contrôle dans les secteurs visés par cette section.

Professionnels	Contention mécanique	Isolement
Médecin	Oui	Oui
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui
Infirmière	Oui	Oui
Ergothérapeute	Oui	Oui
Physiothérapeute	Oui	Oui
Travailleur social	Oui	Oui
Psychologue	Oui	Oui
Psychoéducateur	Oui	Oui

3.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

L'application d'une mesure de contrôle n'est pas une activité réservée. Tout intervenant formé peut appliquer la mesure de contrôle en respectant les modalités d'application et de surveillance décidées par les professionnels impliqués dans le processus décisionnel.

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

Lorsqu'un usager adopte un comportement inhabituel ou non prévu et qu'il présente un risque imminent de s'infliger des lésions ou d'en infliger à l'autrui, les intervenants, s'ils estiment que la situation risque de s'aggraver au-delà de leurs capacités à la gérer en toute sécurité, doivent appliquer les mesures d'urgence de l'Établissement. L'usager est considéré adopter un comportement imprévu lorsqu'il n'avait pas été prévu dans le cadre d'une planification de services réguliers.

Les mesures d'urgence de l'Établissement en lien avec ces situations se retrouvent dans la *Politique relative à la gestion des personnes violentes « Code blanc » (PO-34)*.

5. SURVEILLANCE

En contexte ambulatoire, une surveillance constante doit être appliquée pour toute mesure de contrôle utilisée.

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

MARCHE À SUIVRE
FOYERS DE GROUPE

À VENIR

USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES À L'UTILISATION DE LA FORCE HUMAINE DANS LE CADRE DE L'INTERFÉRENCE AUX SOINS

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉE

ISOLEMENT

CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

SURVEILLANCE

TENUE DE DOSSIER

RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

MARCHE À SUIVRE
MILIEU NATUREL DE L'USAGER

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

La présente procédure vise les usagers vivant en milieu naturel, en RI et RTF qui reçoivent des services des programmes de la direction jeunesse et de la direction de la protection de la jeunesse.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LES DIRECTIONS

Aucune mesure de contrôle n'est autorisée par l'Établissement dans le milieu naturel de l'utilisateur.

3. CONSTAT DE L'UTILISATION DE MESURE DE CONTRÔLE

Lors des visites à domicile en milieu naturel, il est possible qu'un intervenant soit témoin de recours à des mesures de contrôle initiées par un intervenant du milieu, la famille ou les proches de l'utilisateur. Dans de telles situations, il est d'abord essentiel de sensibiliser ces personnes aux conséquences du recours à de telles mesures. Puis, afin de faire cesser l'utilisation de la mesure de contrôle non appropriée ou non consentie, le professionnel accompagne la famille, les proches ou les intervenants du milieu afin d'identifier et d'essayer des mesures de remplacement. Un suivi de ces démarches doit être effectué par le professionnel. Lorsque les mesures de remplacement tentées sont inefficaces ou qu'elles sont refusées par l'utilisateur ou son représentant, le professionnel doit en informer son supérieur immédiat. Au besoin, une demande de dérogation peut être acheminée au Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle, comme prévu à la section 8.5 du Protocole.

Lorsque des mesures de contrôle sont utilisées à domicile, il est essentiel de vérifier le contexte et d'être vigilant quant aux signes de négligence ou de maltraitance possibles.

4. TENUE DE DOSSIER

Lorsqu'un intervenant de l'Établissement constate l'utilisation des mesures de contrôle en milieu naturel, il doit documenter la situation de façon détaillée au dossier et indiquer toutes les démarches et personnes informées dans le processus d'intervention et de suivi.

La section 14 du Protocole s'applique.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

RÉFÉRENCES

- AFSSAPS (2011). *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique*, 10 p.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004). *Cadre de référence - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement* (Édition révisée).
- BEAUCHAMP, Sylvie. *Couvertures et vestes lestées : sécurité, efficacité et enjeux de leur utilisation dans différents cadres d'intervention*, Rapport pour l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), 2010, 53 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE (2013). *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Politique relative à la gestion des personnes violentes « Code blanc »*, PO-34.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, PO-40.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*, R-16.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL (2017). *Procédure : Application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
- CHU SAINT-JUSTINE (2020). *Protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- CLIPP, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. Condensé préparé pour Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), *L'utilisation des couvertures, des vestes et autres objets lestés auprès des enfants : information, mise en garde et précautions d'usage*. Montréal, Québec, [En ligne] 2011. 7p. [https://www.oeq.org/DATA/NORME/27~v~couvertur-lestees_addenda_dec11.pdf].
- COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (2017). *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec ainsi que dans certains établissements non fusionnés*. 57 p.
- DROLET CHRISTINE (2019). *Exploration des motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec : la perception des intervenants*. Université de Montréal, mémoire en psychoéducation 82 p.
- INSTITUT UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (2007). Comité interdisciplinaire de soutien pour l'utilisation judicieuse des mesures de contention et d'isolement. *Prévention de l'utilisation de la contention - Stratégies de prévention et mesures de remplacement*.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Aide-mémoire - Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2013). *Manuel d'application : Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, p 27 à 34.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2016). *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*.
- O'DOWD N. et coll. (2005). *Les mesures de contrôle en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions*, Équipe de consultation sur les aides techniques, Centre Interval.
- QUÉBEC (2018). *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, Gazette officielle du Québec, partie 2 : lois et règlements, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1758 p.
- SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA. *Les contentions*, brochure, [En ligne], révisé en 2009. [http://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-tough-issues/tough_issues_restraints_f.pdf].

ANNEXES

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT

ANNEXE II : NIVEAU DE RISQUE DES MESURES DE CONTRÔLE

ANNEXE III : CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE

ANNEXE IV : MARCHE À SUIVRE NIVEAU ALERTE

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER PRÉSENTANT UN RISQUE DE CHUTE

Mesures de remplacement reliées à la personne

- Documenter l'histoire de chute de l'usager, chercher à traiter la cause;
- Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique;
- S'assurer de répondre aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.);
- S'assurer du port de chaussures et de vêtements sécuritaires;
- S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs.

Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation de soins

- Demander si l'usager est confortable;
- Respecter le rythme de l'usager;
- Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue, intégrer les proches dans les activités de surveillance.

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique

- Réfléchir à la localisation de la chambre pour faciliter la surveillance;
- Offrir des espaces extérieurs adaptés et sécuritaires;
- Ajuster l'éclairage selon les besoins et les périodes de la journée;
- Assurer la sécurité optimale sur l'unité (désencombrement);
- Éclairer adéquatement les espaces de circulation et réduire les stimuli visuels inutiles;
- Réduire les stimuli inutiles (surcharge sensorielle).

USAGER DONT LE COMPORTEMENT INTERFÈRE AVEC LES TRAITEMENTS

Mesures de remplacement reliées à la personne

- Rassurer l'enfant en lui expliquant clairement le traitement (la procédure, les étapes, le but, la durée);
- Garder une attitude calme et rassurante;
- Adapter les explications (le vocabulaire) au niveau de l'enfant ou de ses difficultés;
- Soulager la douleur ou l'inconfort lié au traitement (p. ex. lubrifier les narines dans le cas de l'oxygénothérapie via les lunettes nasales);
- Évaluer la possibilité de reporter le soin ou de revoir la nécessité de celui-ci (p. ex. pour le prélèvement sanguin);
- Évaluer la possibilité d'utiliser des voies d'administration alternatives ou de méthodes alternatives (p. ex. prise de température buccale au lieu de rectale);
- Favoriser la participation de l'utilisateur à ses soins et à l'autonomie;
- Lui permettre, si possible, de faire des choix (p. ex. de l'intervenant qui fera le soin, du lieu, du moment);
- S'assurer d'une bonne communication avec l'utilisateur, répondre à ses questions ou à ses préoccupations;
- Être à l'écoute de ses craintes et de ses préoccupations;
- Lui permettre de verbaliser ses craintes et ses peurs;
- Encourager l'enfant tout au long de la procédure, le féliciter pour sa collaboration;
- Respecter l'intimité;
- Répondre aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.) avant la procédure;
- Reconnaître les signes de résistance.

Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins

- Prévoir l'utilisation d'une crème analgésique;
- Soulager la douleur ou l'inconfort lié au traitement;
- Donner un analgésique avant un soin douloureux au besoin;
- S'interroger sur la pertinence du traitement dans le cas d'actes répétitifs et douloureux;
- Proposer la présence d'un parent ou d'une personne significative pour la procédure;
- Proposer un intervenant significatif pour la procédure;
- Regrouper les soins;
- Prévoir des périodes de repos entre les procédures;
- Fractionner le soin;

-
- Utiliser la distraction : le jeu, les respirations, l'imagerie mentale, la relaxation, la chanson, les devinettes, la musique, l'écoute d'un vidéo;

Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins (suite)

- Faire collaborer l'enfant au soin (p. ex. lui donner un diachylon ou une gaze);
 - Offrir un jouet favori pendant l'intervention;
 - Utiliser le jeu, p. ex. faire le traitement au toutou aussi;
 - Offrir un renforçateur positif (un privilège) après l'intervention. Le prévoir avant l'intervention avec l'enfant.
-

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique

- S'assurer d'un positionnement confortable;
 - Adapter le lieu de prestation du soin ou le positionnement;
 - Garder le matériel hors de vue;
 - S'assurer d'un environnement adéquat : l'éclairage, la température;
 - Identifier la chambre de l'usager par son nom, un dessin, une image;
 - Amener des objets familiers à la chambre;
 - Utiliser des repères environnementaux en identifiant les toilettes, la chambre, les zones communes, etc.;
 - Réduire la surcharge sensorielle si possible;
 - Offrir un milieu encadrant;
 - S'assurer d'avoir le personnel nécessaire;
 - Offrir des espaces extérieurs adaptés et sécuritaires;
 - Éclairer adéquatement les espaces de vie et de circulation;
 - Réduire les stimuli visuels inutiles.
-

USAGER PRÉSENTANT DE L'AGRESSIVITÉ

Mesures de remplacement reliées à la personne

- Permettre à l'usager de verbaliser;
- Soustraire l'usager aux stimuli provocateurs;
- Proposer des méthodes de relaxation;
- Proposer des activités de diversion;
- Permettre à l'usager de prendre certaines décisions et de faire des choix;
- Respecter l'intimité de l'usager (p. ex. frapper avant d'entrer dans la chambre);
- Respecter le niveau d'autonomie, les capacités et les limites de l'usager;
- Clarifier les situations et expliquer les raisons de certaines décisions;
- Informer l'usager de ce qui est fait pour répondre à ses besoins;
- Reconnaître la réalité et l'intensité du vécu émotif de l'usager;
- Reconnaître les signes précurseurs (signaux d'alarme) et les causes des comportements;
- Informer le personnel des signaux d'alarme;
- Intervenir le plus tôt possible afin d'éviter l'escalade;
- Éviter la confrontation;
- Avoir une attitude calme et respectueuse;
- Exprimer clairement les attentes;
- Laisser des choix à l'usager;
- Garder une distance sécuritaire.

Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins

- Utiliser les techniques de pacification;
- Identifier les causes d'agressivité et les signes avant-coureurs pour éviter l'escalade;
- Éviter l'argumentation;
- Maintenir la communication et adapter le langage et le mode de communication selon les capacités de l'usager;
- Documenter les comportements agressifs à partir d'une grille d'observation pour en identifier les déclencheurs;
- Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue.

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique

- Prévoir un espace sécuritaire, exempt de tout objet pouvant représenter une arme potentielle, où la personne peut se retirer ou se reposer;
- Réduire les stimuli visuels et auditifs inutiles;

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique (suite)

- Assurer une température confortable (p. ex. la climatisation, la ventilation, le chauffage);
 - Favoriser l'aménagement d'une chambre seule;
 - Tenter d'amener l'utilisateur dans un endroit calme;
 - S'assurer d'avoir du personnel formé et en nombre suffisant.
-

USAGER PRÉSENTANT DE L'AGITATION OU DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS
Mesures de remplacement reliées à la personne
• Connaître et respecter, dans la mesure du possible, les habitudes de vie antérieures de l'usager; • Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique; • S'assurer de répondre rapidement aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.), s'assurer qu'ils sont comblés et les anticiper; • Soulager la douleur ou l'inconfort; • Favoriser des périodes d'activités physiques pour canaliser l'énergie; • Établir un contact visuel; • Limiter les exigences; • Renforcer les comportements positifs; • Garder une attitude calme et respectueuse; • Documenter les comportements perturbateurs à l'aide d'une grille d'observation pour identifier le patron de récurrence; • Respecter le rythme de l'usager, le cycle et les habitudes de sommeil.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
• Mettre en application des techniques de l'approche relationnelle de soins; • Faciliter la communication, donner des consignes courtes et claires, adapter la communication au niveau du stade développemental ou aux difficultés de l'usager; • Concevoir un tableau de communication; • Faire appel à un interprète; • Connaître les habitudes de vie antérieures de l'usager et tenter de les reproduire; • Adapter la routine selon les besoins de l'usager; • Respecter le niveau d'autonomie de l'usager et encourager la participation active à ses soins; • Respecter le rythme de l'usager; • Adopter un ton calme et une attitude rassurante et chaleureuse auprès des usagers; • Favoriser la stabilité du personnel soignant; • Assurer la continuité dans les soins sur les différents quarts de travail; • Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue; • Intégrer les proches dans les soins et les loisirs; • Élaborer et mettre en application un programme d'exercices ou identifier une occupation pour canaliser l'énergie; • Respecter le besoin de l'usager de se sentir utile par des activités significatives; • Utiliser la diversion (la télévision, la musique, le jeu, la lecture d'une histoire, etc.);

Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins (suite)
• Organiser des activités de loisirs et de socialisation (la musicothérapie, l'aromathérapie, le jeu de groupe, etc.); • Planifier des activités occupationnelles à caractère répétitif (p. ex. plier des serviettes); • Renforcer les comportements positifs.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Réfléchir à la localisation de la chambre, la choisir près des lieux d'activités; • Diminuer les stimuli ambiants (la lumière, le bruit, etc.); • Ajuster le besoin de stimulation en cas de sous-stimulation (p. ex. la chaise berçante, la musique, l'aromathérapie); • Proposer des objets transitionnels (p. ex. des photos des proches de l'utilisateur, des animaux en peluche, etc.).

ANNEXE II : RISQUES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE

PRINCIPAUX EFFETS DE L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE SUR LA SANTÉ DE L'USAGER

Effet sur la santé physique	Effets sur la santé psychologique
• Détérioration de l'état général • Blessures diverses souvent liées aux tentatives de la personne pour se défaire de sa contention • Inconfort • Compression • Augmentation du risque de blessures sévères lors des chutes • Syndrome d'immobilisation ou grabatisation • Décès par strangulation • Troubles du sommeil Effets indirects : • Incontinence urinaire et fécale • Constipation • Diminution de l'appétit • Déshydratation • Perte de poids • Perte d'autonomie fonctionnelle • Risque accru d'infection • Troubles pulmonaires et circulatoires • Déprivation sensorielle • Fonte musculaire • Lésions de pression • Hypotension orthostatique • Raideur articulaire	• Impression que les employés manquent d'empathie à leur égard • Baisse de l'estime de soi • Augmentation de l'agitation • Apparition ou exacerbation des états confusionnels, delirium • Sentiments négatifs (p. ex. agressivité, peur, colère, dépression, humiliation, abandon) • Aggravation de l'apathie, de la dépression et de la paranoïa • Résistance au traitement • Sentiment d'impuissance • Déshumanisation • Insécurité (sentiment de ne pas être en mesure de se protéger/défendre s'il arrive un événement) • Sentiment d'être puni ou d'être emprisonné • Isolement • Retrait social

Le niveau de risque est établi en fonction de la sévérité de la conséquence et de la fréquence probable de celle-ci. Par exemple, une conséquence mineure qui se produit fréquemment présente un risque modéré alors qu'une conséquence mineure qui se produit rarement présente un risque faible.

Le tableau suivant présente des risques spécifiques associés aux mesures de contrôles autorisées.

RISQUES POSSIBLES ASSOCIÉS AUX MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES

CONTENTION MÉCANIQUE	ISOLEMENT
Grenouillère • Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur; • Risque possible, mais rare : la strangulation lorsque l'utilisateur peut difficilement se mobiliser dans son lit ou lors des tentatives de la retirer.	Salle d'isolement • Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents), menant à la détérioration de la condition physique et mentale; • Blessures (automutilation, objet de la pièce), menant à la détérioration de la condition physique et mentale.
Mitaines de protection • Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur; • Risque possible, mais rare : la suffocation si l'utilisateur pousse la mitaine dans sa bouche.	Surveillance constante dans un lieu restreint • Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents)
	Dispositif agissant comme barrière psychologique • Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents)

ANNEXE III : CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE

L'isolement dans une chambre personnelle sécurisée peut exceptionnellement être envisagé sur une plus longue période pour une clientèle présentant une dangerosité constante. La décision doit être planifiée et doit avoir fait l'objet d'une discussion interdisciplinaire.

Lorsque l'équipe envisage l'utilisation d'une chambre personnelle sécurisée pour une période de plus de 7 jours, un plan d'intervention détaillé doit être entériné par le Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle. La recommandation sera valide pour une durée maximale d'un (1) mois pour les unités de soins psychiatriques.

Le plan doit inclure :

- L'analyse individuelle de la sécurité;
- Les moyens identifiés pour contrer la dangerosité;
- Les moments où l'usager intègre les aires communes;
- La prévision d'une diminution progressive des mesures vers des moyens moins contraignants au fur et à mesure que l'usager reprend son contrôle.

De plus, l'utilisation de la chambre personnelle sécurisée doit faire l'objet d'une analyse individuelle de la sécurité en lien avec les caractéristiques propres de la personne et de l'environnement.



ANNEXE IV : MARCHE À SUIVRE NIVEAU ALERTE³

PREMIER NIVEAU D'ALERTE		
• Chef d'unité • Directeur adjoint DSMD • Copie conforme : ◦ Assistante (AIC/ASI) ◦ Conseillère cadre en soins infirmiers ◦ Infirmiers – volet DSMD	Isolement	• Après 12 heures consécutives d'isolement lors d'une période de 24 heures OU • Après 3 jours consécutifs d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif
	Système de contention aux quatre membres et combinaison Argentino	• Après plus de 8 heures consécutives d'application OU • Après 3 jours consécutifs de plus d'une heure/jour
DEUXIÈME NIVEAU D'ALERTE		
Ajout des personnes suivantes : • Directeur • Responsable médical • Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle⁴	Isolement	• Après 6 jours consécutifs d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif OU • Par la suite à tous les 3 jours d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif
	Système de contention aux quatre membres et combinaison Argentino	• Après plus de 16 heures consécutives d'application • Par la suite, à toutes les 8 heures OU • Après 6 jours consécutifs sans durée déterminée d'application • Par la suite, à tous les 3 jours

³ La révision des alertes est en cours avec l'implantation d'un nouveau registre.

⁴ Boîte commune pour le Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle
mesurescontroledsi.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

PERSONNES CONCERNÉES	ACTIONS
Chef d'unités En son absence, l'assistante (AIC/ASI)	• Vérifie si la mesure est encore en application; • Fait suivre l'alerte au médecin traitant ou à son remplaçant; • S'assure de l'obtention du consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal (contexte d'intervention planifié); • Évalue la pertinence de convoquer une rencontre interdisciplinaire incluant les membres de l'équipe de soins et les professionnels pour analyser la situation et pour identifier des solutions; • Identifie avec le médecin, les personnes-ressources pouvant apporter une expertise complémentaire (conseillère en soins infirmiers, membre du Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle, etc.); • Organise un suivi post-événement OMÉGA si nécessaire; • S'assure de la mise en place des mesures retenues lors de la rencontre interdisciplinaire; • En cas de fausse alerte, assure un suivi auprès des personnes avisées de l'alerte et fait un suivi à l'équipe si la situation est récurrente; • Assure un suivi au directeur adjoint.
Médecins Infirmières/infirmiers Autres professionnels	Selon son expertise et ses activités réservées : • Évalue le degré de risque ou de dangerosité; • Évalue la situation clinique et la pertinence de poursuivre la mesure; • Planifie des interventions visant à prévenir ou éliminer les causes du problème; • Analyse les avantages, les inconvénients, les répercussions négatives de l'utilisation des mesures de contrôle; • Recherche d'autres mesures de remplacement; • Identifie des moyens permettant de diminuer les effets néfastes de l'utilisation prolongée des mesures de contrôle; • Détermine la pertinence de mettre en place des mesures particulières (transfert, aménagements physiques, etc.); • Participe à la rencontre interdisciplinaire; • Documente son évaluation et les actions envisagées au dossier; • Évalue la pertinence d'obtenir une autorisation de soins.

PERSONNES CONCERNÉES	ACTIONS
Conseillères/conseillers-cadre en soins infirmiers	• S'assure du soutien clinique auprès de l'équipe de soins; • Valide l'application sécuritaire des modalités en lien avec le Protocole.
Directrice/directeur	• Valide l'application du processus avec le chef d'unités et le directeur adjoint; • Intervient pour faciliter le recours aux ressources nécessaires; • Assure un suivi au PDGA si nécessaire.
Directrice adjointe/directeur adjoint	• Intervient pour faciliter la mise en place des solutions envisagées; • Évalue le soutien requis en matière de ressources humaines, matérielles et financières; • Assure un suivi au directeur, et si pertinent, au responsable médical.
Directrice adjointe/directeur adjoint des soins infirmiers	• Au besoin, assure le suivi avec le Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle.
Responsable médical	• Discute avec le médecin traitant de la pertinence d'accélérer le processus d'autorisation de soins, des difficultés d'obtention du consentement, de l'intervention en situation d'urgence et du soutien clinique requis.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale Québec 	PROTOCOLE
	Règlement n° : R-16
	Direction responsable : Direction des soins infirmiers et de la santé physique
	Adopté par le conseil d'administration le : 20 mars 2018 Résolutions n° : CA-CIUSSS-2018-03-[16A]-20 CA-CIUSSS-2021-09[R-16]-21 CA-CIUSSS-2024-06[R-16]-18
	Entrée en vigueur le : 17 avril 2018 Révisé le : 21 septembre 2021 Révisé le : 5 février 2024
	Champ d'application : Ce protocole s'adresse à l'ensemble du personnel, aux médecins et aux gestionnaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale, aux stagiaires provenant d'une maison d'enseignement, ainsi qu'à toute personne responsable ou qui travaille dans une ressource intermédiaire (RI), une ressource de type familiale (RTF), dans la mesure et selon les adaptations mentionnées à l'Instrument de détermination et de classification, en fonction des besoins de l'utilisateur confié.
TITRE : Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (R-16)	

CONSULTATIONS ET RECOMMANDATIONS

- ☒ Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle
- ☒ Comité des usagers du CIUSSS
- ☒ Comité exécutif du conseil multidisciplinaire
- ☒ Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- ☒ Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
- ☒ Comité de vigilance et de la qualité
- ☒ Comité de direction

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES.....	4
INTRODUCTION.....	5
1. OBJET.....	6
2. OBJECTIFS.....	6
3. CHAMPS D'APPLICATION.....	6
4. CLIENTÈLES VISÉES	7
5. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION	7
5.1 Valeurs et principes directeurs	8
6. PRINCIPES DIRECTEURS.....	9
6.1 Principes juridiques.....	9
6.2 Principes cliniques	10
6.3 Principes éthiques.....	11
7. DÉFINITIONS	12
7.1 Mesure de contrôle	12
7.2 Retrait.....	12
7.3 Représentant.....	13
7.4 Dérogation	13
7.5 But visé	13
7.6 Mesure de remplacement	13
7.7 Mesure de positionnement	13
7.8 Surveillance constante sans limites de déplacement	14
8. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS L'ÉTABLISSEMENT.....	14
8.1 Motifs justifiant l'utilisation de mesures de contrôle.....	14
8.2 Mesures autorisées	14
8.3 Mesures proscrites (non autorisées)	15
8.4 Dispositions et contextes particuliers.....	15
8.5 Dérogation	17
9. CONTEXTE D'INTERVENTION.....	18
9.1 Contexte d'intervention planifiée.....	18
9.2 Contexte d'intervention non planifiée.....	19
10. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	19
10.1 Professionnels habilités.....	19
10.2 Membres de l'équipe qui interviennent directement auprès de l'utilisateur	20
10.3 Usager et son représentant.....	20
10.4 Responsable de milieu de vie RI-RTF	21
10.5 Responsable de milieu de vie RPA	21
11. LE PROCESSUS DÉCISIONNEL.....	22
11.1 Les étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée.....	22
11.2 Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention non planifiée.....	24
11.3 Intervention.....	24
11.4 Prescription d'une contention par substance chimique	24
12. CONSENTEMENT	25

12.1	<i>Consentement libre et éclairé.....</i>	25
12.2	<i>Refus ou retrait du consentement.....</i>	26
12.3	<i>Refus catégorique et refus injustifié du représentant.....</i>	26
12.4	<i>Régime de protection public.....</i>	26
13.	MODALITÉS D'APPLICATION.....	26
13.1	<i>La mise en application d'une mesure de contention ou d'isolement : un acte non réservé.....</i>	26
13.2	<i>La mise en application d'une mesure de contention chimique : un acte réservé.....</i>	26
13.3	<i>Soins et surveillance.....</i>	27
13.4	<i>Réévaluation et ajustements.....</i>	27
14.	TENUE DE DOSSIER.....	28
14.1	<i>Modalités de consignation.....</i>	28
15.	RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS.....	29
15.1	<i>Le comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle.....</i>	29
15.2	<i>Le conseil d'administration.....</i>	29
15.3	<i>Les directions.....</i>	29
15.4	<i>Le personnel et les médecins.....</i>	31
16.	LA FORMATION ET LE SOUTIEN DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE QUI INTERVIENNENT DIRECTEMENT AUPRÈS DE L'USAGER.....	32
17.	ÉVALUATION.....	32
17.1	<i>Indicateurs de qualité et de suivi.....</i>	32
17.2	<i>Rapport annuel.....</i>	33
RÉFÉRENCES.....		34
TABLE DES ANNEXES.....		37
<i>Annexe 1 Tableau du réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux.....</i>		<i>38</i>
<i>Annexe 2 : Algorithme décisionnel.....</i>		<i>39</i>
<i>Annexe 3 : Indicateurs.....</i>		<i>40</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AH-223 : Formulaire de déclaration des incidents/accidents chez les usagers

CcQ : Code civil du Québec

CIHC : Canadian Interprofessional Health Collaborative

CIP : Collaboration interprofessionnelle

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMQ : Collège des médecins du Québec

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

DSISP : Direction des soins infirmiers et de la santé physique

DSM : Direction des services multidisciplinaires

DSP : Direction des services professionnels

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

ITCA : Intervention thérapeutique lors de conduite agressive

IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec

LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

OPQ : Ordre des pharmaciens du Québec

PA : Précaution additionnelle

PDRH : Plan de développement des ressources humaines

PRN : Médication au besoin

RAC : Ressource à assistance continue

RCPI : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux

RI : Ressource intermédiaire

RPA : Résidence privée pour aîné

RTF : Ressource de type familial

INTRODUCTION

Les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ont guidé l'élaboration de ce protocole d'application. Ces orientations résultent de l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2) qui propose une définition générale des mesures de contrôle, détermine leur finalité et énonce le principe selon lequel :

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

Dès 2002 et réitéré en 2011 et 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) propose des orientations définissant une philosophie d'intervention, des règles éthiques et des principes directeurs sur lesquels tout établissement doit baser le recours à une mesure de contrôle. En outre, le MSSS mandate les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à mettre en place des mesures afin de diminuer au maximum, voire de cesser le recours aux mesures de contrôle auprès des usagers qu'ils desservent (MSSS, 2015; Assemblée nationale du Québec, 2016).

Le 1^{er} avril 2015 marque l'entrée en vigueur du projet de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, c. O-7.2) qui implique une réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN) est donc né du regroupement d'établissements publics d'un même secteur dans le cadre de cette réorganisation (MSSS, 2016). La mission du CIUSSS de la Capitale-Nationale est de veiller au bien-être et à la santé de la population de son territoire en offrant des services de santé et des services sociaux généraux et spécialisés axés sur la qualité, la sécurité et la performance. Appuyé sur les meilleures pratiques et sur l'innovation, le CIUSSS de la Capitale-Nationale privilégie la participation des usagers, de leurs représentants et des personnes qui œuvrent au sein de l'organisation.

Considérant les particularités et les besoins des clientèles desservies ainsi que le contexte d'intervention variant d'une direction clinique à l'autre, ce protocole implique donc une démarche d'harmonisation des pratiques cliniques et administratives de l'organisation. Il vise à normaliser les démarches de réflexion, de prise de décision et d'application des mesures de contrôle. En ce sens, ce protocole d'application met en lumière les grands principes et les directives auxquels le CIUSSS de la Capitale-Nationale adhère. Il est accompagné de procédures distinctes en matière de recours à une mesure de contrôle pour chacun des programmes cliniques concernés afin de répondre à leurs besoins spécifiques.

Ce protocole et les procédures qui en découlent sont disponibles sur le site internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi que sur la Zone CIUSSS.

1. OBJET

Le présent protocole d'application des mesures de contrôle a pour but d'encadrer l'utilisation de ces mesures au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

2. OBJECTIFS

Comme le propose le MSSS (2015), les objectifs plus spécifiquement poursuivis sont :

- De s'assurer du respect des lois et des orientations ministérielles;
- D'offrir des balises claires sur lesquelles les directions cliniques peuvent s'appuyer dans un objectif d'harmonisation des pratiques;
- De promouvoir le recours aux mesures de remplacement ainsi que les interventions visant à prévenir ou à réduire les comportements menant au recours à une mesure de contrôle;
- De réduire au minimum la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle et de promouvoir le recours à la mesure la moins contraignante possible, en tenant compte du contexte et des particularités de l'utilisateur qui suscite l'intervention;
- D'assurer que le recours aux mesures de contrôle respecte la sécurité et les droits fondamentaux des usagers qui suscitent l'intervention;
- De préciser les responsabilités de tous les acteurs concernés;
- D'impliquer l'utilisateur et son représentant dans le processus;
- De prévoir des mécanismes de vigie et d'encadrement du personnel en lien avec la recherche de mesures de remplacement et le recours à une mesure de contrôle;
- De s'assurer de la mise en œuvre de l'approche collaborative et du partenariat de soins et de services.

3. CHAMPS D'APPLICATION

Ce protocole s'adresse à l'ensemble du personnel, aux médecins et aux gestionnaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale, aux stagiaires provenant d'une maison d'enseignement, ainsi qu'à toute personne responsable ou qui travaille dans une ressource intermédiaire (RI), une ressource de type familial (RTF), dans la mesure et selon les adaptations mentionnées à l'Instrument de détermination et de classification, en fonction des besoins de l'utilisateur confié. Il s'applique à tout moment et en tout lieu si une mesure de contrôle est appliquée par l'une ou l'autre des catégories de personnes mentionnées ci-dessus dans le cadre d'une prestation de soins et de services.

Les résidences privées pour aînés (RPA) ne sont pas visées par ce protocole puisque selon l'article 67 du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés (RLRQ, c. S-4.2, r. 5.01), les mesures de contrôle ne sont pas autorisées pour des RPA destinées à des personnes âgées autonomes. De plus, selon l'article 76 de ce même règlement, les mesures de contrôle ne peuvent être utilisées qu'en situation d'urgence dans une RPA destinée à des personnes âgées semi-autonomes. Cependant, ces milieux doivent connaître ce présent protocole afin d'agir en respect de la LSSSS.

4. CLIENTÈLES VISÉES

Ce protocole concerne les directions suivantes :

- Direction de l'enseignement et des affaires universitaires;
- Direction de la logistique;
- Direction de la protection de la jeunesse;
- Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique;
- Direction des services multidisciplinaires;
- Direction des services professionnels;
- Direction des services techniques;
- Direction des soins infirmiers et de la santé physique;
- Direction des programmes Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique;
- Direction du programme Jeunesse;
- Direction des programmes Santé mentale, Dépendances et Itinérance;
- Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- Aux personnes responsables ou travaillant en RI et RTF.

Il vise les usagers des programmes suivants :

- Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique;
- Jeunesse et protection de la jeunesse;
- Soutien à l'autonomie des personnes âgées;
- Santé mentale, Dépendance et Itinérance;
- Santé physique.

Le lecteur est invité à se référer aux procédures spécifiques de chacun de ces programmes pour de plus amples renseignements sur les clientèles spécifiques et les milieux d'application visés.

5. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

L'utilisation d'une mesure de contrôle doit être limitée à la présence d'un danger imminent pour l'utilisateur ou pour autrui, et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été appliquées et évaluées. En aucun cas, une mesure de contrôle ne peut être utilisée pour résoudre un problème administratif ou répondre à la rareté d'intervenants ou de professionnels.

L'utilisateur est considéré comme disposant d'un potentiel devant, autant que possible, être mis à contribution dans la recherche et dans l'application de solutions à ses propres difficultés.

L'utilisateur ou son représentant doivent être parties prenantes de la démarche et être mis à contribution afin de participer à l'évaluation de la situation et à la recherche de solutions, en respect de la qualité de vie et des objectifs du plan d'intervention.

Le souci de limiter de façon minimale et exceptionnelle la liberté et l'autonomie de la personne doit guider l'intervention tout en s'assurant de sa sécurité. (MSSS, 2015).

5.1 Valeurs et principes directeurs

Les valeurs organisationnelles qui animent les services offerts sont le respect, la bienveillance, la responsabilisation, la collaboration et l'audace (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2017). Ces valeurs doivent transparaître dans toute situation problématique nécessitant l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle et soutenir le jugement clinique dans la décision d'y avoir recours ou non. Une telle prise de décision implique nécessairement (MSSS, 2002) :

- Une attention particulière à la prévention et à la promotion de la diminution, voire à la cessation du recours aux mesures de contrôle;
- Le recours à une approche collaborative qui reconnaît que l'utilisateur et son représentant disposent d'un potentiel de changement et qu'ils peuvent être mis à contribution, ainsi que d'autres acteurs sociaux ou communautaires, dans la recherche de solutions et leur application;
- Une communication continue, fluide et honnête entre l'utilisateur, sa famille ou son représentant et les membres de l'équipe interprofessionnelle;
- Le respect des opinions de l'ensemble des personnes concernées par cette décision et le respect de l'utilisateur lors de l'application, s'il y a lieu;
- Une réflexion éthique afin que l'utilisateur soit toujours au centre des décisions et que sa dignité soit préservée, notamment en se rappelant que le respect de l'utilisateur passe nécessairement par le respect de sa liberté de mouvement;
- Une démarche intègre, rigoureuse et professionnelle en lien avec les meilleures pratiques;
- Une connaissance approfondie de l'utilisateur, de ses caractéristiques, de son histoire, de ses expériences antérieures, de ses ressources et de son environnement.

Après avoir informé les personnes concernées de la situation et tenté d'y remédier, tout membre du personnel doit se référer à son supérieur immédiat et aux autorités compétentes, s'il est témoin du recours abusif à une mesure de contrôle (peu importe le milieu d'application) ou d'une intervention qui va à l'encontre de ces valeurs.

6. PRINCIPES DIRECTEURS

6.1 Principes juridiques

L'application des mesures de contrôle doit se faire en accord avec la *Charte canadienne des droits et libertés* (partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11), la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* (RLRQ, c. C-12), le *Code civil du Québec*, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2), le *Code des professions* (RLRQ, c. C-26), la *Loi médicale* (RLRQ, c. M-9), la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (RLRQ, c. I-8) et les codes de déontologie des professionnels concernés.

Tout d'abord, l'article 118.1 de la LSSSS spécifie que :

« 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. »

Ce même article poursuit en spécifiant que le recours à une mesure de contrôle doit être documenté au dossier de l'utilisateur :

« 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. » (LSSSS, art. 118.1).

L'établissement a également l'obligation de prendre des moyens raisonnables afin d'assurer une prestation de soins et un environnement sécuritaire.

Étant donné que l'utilisation de mesures de contrôle constitue une restriction des droits, seule la protection de la sécurité des personnes dans un contexte de risque imminent peut la justifier. Cette restriction de droit doit être minimale et adaptée à chaque situation, dans le but d'assurer la protection de l'utilisateur et d'autrui. Aussi l'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant est requise, sauf en situation d'urgence :

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. » (CcQ, art. 11).

« Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. » (CcQ, art. 15).

La section portant sur le consentement présente les actions à réaliser en cas de retrait de consentement ou de refus catégorique exprimé par l'utilisateur.

Afin d'assurer la coordination des services dispensés, un établissement doit élaborer un plan d'intervention dans le but d'identifier les besoins prioritaires, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser et la durée pendant laquelle les services devront être fournis (LSSSS, art. 505, par. 27).

À cet effet :

« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisés, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. » (LSSSS, art. 10).

L'établissement doit prendre les moyens raisonnables pour offrir des soins et traitements de qualité conforme aux normes professionnelles.

Cette obligation n'impose pas à l'établissement de se prémunir contre l'ensemble des dangers possibles, mais uniquement des dangers probables, c'est-à-dire ceux qui sont normalement prévisibles.

L'établissement est aussi assujéti à une obligation de résultats relatifs aux équipements et aux installations qu'il utilise. Entre autres, l'établissement doit respecter les normes du code des bâtiments, notamment pour la conception ou l'adaptation des pièces servant à l'isolement. À cet égard, l'établissement doit non seulement s'assurer du bon état de ces équipements et de ces installations, mais il doit également faire en sorte que le personnel qui les utilise et les installe ait les connaissances et la formation appropriées pour bien les utiliser.

6.2 Principes cliniques

Le MSSS a énoncé six principes directeurs afin d'orienter les établissements dans l'élaboration de leur protocole d'utilisation des mesures de contrôle :

1^{er} principe

Les mesures de contrôle sont uniquement utilisées comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.

L'utilisation d'une mesure de contrôle doit s'inscrire dans un cadre thérapeutique et elle ne doit en aucun cas être utilisée pour punir, intimider, corriger une personne ou modifier un comportement ou pour répondre à des contraintes organisationnelles. Si une mesure de contrôle est utilisée, elle doit l'être dans le seul objectif d'empêcher de façon imminente la personne de s'infliger des blessures ou d'en infliger à autrui et doit être retirée dès que possible.

2^e principe

Les mesures de contrôle ne doivent être envisagées qu'en dernier recours.

Les professionnels habilités et les intervenants doivent avoir recours aux mesures de contrôle en dernier recours, après avoir tenté d'appliquer sans succès toutes les mesures de remplacement possibles et lorsque la sécurité immédiate de la personne ou de son entourage est menacée. Son utilisation doit être limitée dans le temps.

3^e principe

Lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit la moins contraignante pour la personne.

Les moyens de contrôle utilisés doivent être proportionnels au degré de contrôle requis, de même qu'aux circonstances ou à la nature du danger en cause. Ils doivent aussi tenir compte des caractéristiques et des expériences antérieures de la personne.

4^e principe

L'application d'une mesure 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.

L'intervention doit être effectuée dans une perspective de relation d'aide avec, au cœur des préoccupations, le bien-être de la personne, de ses besoins et de son intérêt.

Il faut donner les soins requis (besoins d'hygiène, d'élimination, d'alimentation, d'hydratation et de mobilité) et assurer une surveillance appropriée et régulière.

5^e principe

L'utilisation des mesures de contrôle, dans chaque établissement, doit être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.

Les professionnels doivent respecter leur code déontologique et le présent protocole et les procédures associées dans la prise de décision et l'application d'une mesure de contrôle.

6^e principe

L'utilisation des 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.

Chaque établissement est responsable d'évaluer l'utilisation qu'il fait des mesures de contrôle. Cette évaluation doit être effectuée dans une double perspective. La première consiste à valider la pertinence de recourir à de semblables mesures et à vérifier si les procédures prévues ont été respectées. La seconde consiste à suivre l'évolution de la situation en lien avec la poursuite d'objectifs précis au regard de la réduction du recours à ces mesures.

6.3 Principes éthiques

La recherche du meilleur intérêt de l'utilisateur doit guider toute la démarche décisionnelle d'utilisation d'une mesure de contrôle. Lors de cette démarche, il faut choisir les interventions qui procurent le plus de bénéfices, du point de vue de l'utilisateur ou de son représentant, ou celles qui sont les moins contraignantes.

Certains principes éthiques permettent de guider l'intervention en ce qui a trait aux mesures de contrôle : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malveillance, la justice et la bienveillance.

Respecter l'autonomie de l'utilisateur signifie :

- Reconnaître la capacité de l'utilisateur de penser, de décider et d'agir librement;
- Prendre des décisions en concertation avec l'utilisateur (ou son représentant) en lui fournissant tous les éléments pertinents en vue d'une décision éclairée;
- Faire en sorte que l'utilisateur puisse s'approprier son propre pouvoir dans la situation. Il doit être impliqué et accompagné tout au long du processus.

Agir avec bienfaisance signifie :

- Agir avec compétences et de façon professionnelle;
- Promouvoir ce qui est le plus avantageux pour l'utilisateur;
- Tenir compte de la douleur de l'utilisateur, de sa souffrance physique et mentale, de sa qualité de vie ainsi que des risques inhérents à l'intervention.

Agir de façon non malveillante signifie :

- Éviter de faire du tort à l'utilisateur;
- Toujours réfléchir au préjudice possible.

Agir de façon juste signifie :

- Permettre à tous les usagers d'avoir accès aux mêmes soins et services lors de situations semblables;
- Éviter le recours à des moyens disproportionnés en regard d'une situation.

Agir de façon bienveillante signifie :

- Agir dans le meilleur intérêt de l'utilisateur.

7. DÉFINITIONS

7.1 Mesure de contrôle

Une mesure de contrôle se définit comme tout moyen visant à limiter la liberté de mouvement d'une personne, à limiter sa capacité d'action ou à la confiner dans un lieu restreint.

7.1.1 Contention mécanique

« Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant un moyen mécanique (...) ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. » (Orientations ministérielles, p.14).

7.1.2 Contention par la force humaine (maintien physique, restriction physique)

Intervention physique restrictive dont l'objectif est d'empêcher la personne de bouger, de limiter sa liberté de mouvement. Dans ce genre d'intervention, le rapport de force est tel que la personne ne peut se dégager et que l'on souhaite maîtriser la personne qui s'oppose et qui résiste à l'intervention. (Cadre de référence, 2015)

7.1.3 Contention par substances chimiques

« Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. » (Orientations ministérielles, p.14)

7.1.4 Isolement

« Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. » (Orientations ministérielles, p.14)

7.1.4.1 Surveillance constante dans un lieu restreint

Mesure d'isolement qui consiste à accorder une présence continue auprès de l'utilisateur par un membre du personnel et à contraindre ses déplacements dans un lieu restreint. L'utilisateur ne peut être laissé seul.

7.2 Retrait

Mesure disciplinaire qui consiste à mettre un usager à l'écart du groupe et à le soustraire temporairement de sa participation aux activités régulières prévues à la programmation. Le retrait s'effectue dans un lieu d'où l'utilisateur peut sortir de lui-même (adapté de la définition du Centre jeunesse de Québec, 2012).

7.3 Représentant

Personne pouvant consentir de façon substituée conformément à l'ordre établi par le Code civil du Québec « Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. (Code civil, at. 15) « Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. » (Code civil, art.14)-

7.4 Dérogation

Une dérogation est l'utilisation d'une mesure de contrôle qui n'est pas encadrée au protocole, ou qui diffère du protocole ou des procédures en vigueur.

7.5 But visé

Intention qui justifie l'utilisation d'une mesure. Le but visé permet ainsi de déterminer si le moyen utilisé est une mesure de contrôle ou non.

Il s'agit d'une mesure de contrôle si le but visé est de restreindre la capacité de l'usager :

- D'exécuter un mouvement préjudiciable pour lui-même ou autrui (ex. : se mordre, agresser une autre personne);
- D'exécuter un mouvement socialement inacceptable et préjudiciable (ex. : attouchement sexuel non sollicité);
- D'adopter une posture ou une position à risque (ex. : grimper sur le rebord d'une fenêtre);
- De se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent.

Il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle si le but visé par l'intervention est :

- De réduire une incapacité ou de prévenir son aggravation (ex. : une ceinture au fauteuil pour favoriser un bon positionnement, une orthèse pour réduire la spasticité au poignet);
- De permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire (ex. : sangle pour maintenir les pieds sur les appuis-pieds d'un fauteuil);
- De fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie (ex. : orthèse pour stabiliser un bras lors de l'alimentation, côtés des lits pour faciliter les mobilisations au lit).

7.6 Mesure de remplacement

Stratégie d'intervention qui vise à prévenir le recours aux mesures de contrôle appliquées à un usager. Elle peut être liée à la personne, à l'organisation de soins, aux équipements utilisés, à l'environnement physique ou être de nature psychosociale, récréative ou occupationnelle. Les mesures de remplacement sont parfois appelées mesures alternatives.

7.7 Mesure de positionnement

Mesure qui consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer elle-même. Une mesure de positionnement ne doit pas viser à contrôler la personne (MSSS, 2015).

7.8 Surveillance constante sans limites de déplacement

« Mesure de surveillance accrue qui consiste à ce que l'intervenant observe directement et constamment tout en lui permettant de se déplacer à l'intérieur de son milieu de vie. En aucun temps l'utilisateur ne peut être laissé seul. » (PO-53 - Politique relative au recours à la surveillance accrue des usagers)

8. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS L'ÉTABLISSEMENT

La philosophie d'intervention traduit les valeurs et les croyances qui doivent promouvoir la prévention et orienter l'évaluation et l'intervention afin de favoriser une réduction maximale du recours aux mesures de contrôle en préconisant l'emploi des mesures de remplacement, qu'elles soient de nature préventive ou alternative.

8.1 Motifs justifiant l'utilisation de mesures de contrôle

Les motifs justifiant l'utilisation d'une mesure de contrôle sont la protection, l'interférence aux soins et l'agression.

Protection : Assurer la sécurité d'un usager lorsque ce dernier présente une ou des affections dont les manifestations sont susceptibles de le mettre en danger. Par exemple : un risque de chute, un risque de fugue, un risque suicidaire, un comportement d'errance.

Interférence aux soins : Assurer la dispensation des soins requis et autorisés, le déroulement d'examen essentiels ou la continuité d'un traitement indispensable.

Aggression : Réduire certains déplacements ou mouvements corporels chez un usager, afin de prévenir un risque de blessure envers autrui en raison de gestes agressifs.

En aucun moment, une mesure de contrôle ne doit être utilisée pour pallier un manque de surveillance ou un manque de personnel ou comme mesure punitive.

8.2 Mesures autorisées

Il faut référer aux procédures spécifiques de chacun des programmes cliniques afin de connaître en détail les mesures autorisées en fonction des secteurs d'activités et des clientèles visées.

8.2.1 Contention mécanique

Les vêtements de contention de type grenouillère ou vêtement adapté une pièce sont considérés comme des contentions mécaniques lorsque leur utilisation a pour effet d'empêcher ou de limiter la liberté de mouvement de l'utilisateur.

8.2.2 Contention par la force humaine

Une contention par la force humaine est considérée comme une mesure de contrôle lorsque le but visé par l'intervention est d'empêcher une personne de bouger ou de limiter sa liberté de mouvement, et ce, lorsque le rapport de force est tel que la personne ne peut se dégager, malgré tous les efforts qu'elle déploie, pour s'infliger des blessures ou en infliger à autrui.

La contention par la force humaine se distingue du geste d'accompagnement ou thérapeutique alors que la personne n'offre pas de résistance. Il s'agit ici davantage d'un geste de rappel ou visant à orienter la personne vers un lieu approprié à ses besoins.

L'application d'une contention par la force humaine doit se faire selon des approches reconnues par l'établissement qui font la promotion de techniques d'intervention non abusives et après avoir reçu une formation spécifique sur la technique à utiliser. L'usager devrait être maintenu par le nombre minimal d'intervenants requis et pour la plus courte période possible. Si la mesure d'urgence « *Code blanc* » requiert l'application d'une mesure de contrôle, les principes découlant de ce protocole s'appliquent.

8.2.3 Contention par substance chimique

L'utilisation d'une substance chimique à titre de mesure de contrôle doit faire l'objet d'une réflexion interprofessionnelle et suivre le même processus décisionnel afin d'analyser la situation, et ce, même si le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) sont les seuls prescripteurs possibles.

Il s'agit d'une mesure de contrôle si :

La substance chimique administrée a comme objectif principal de diminuer les capacités de l'usager. Le but de cette médication est de pallier une situation de danger par le contrôle ponctuel d'un comportement, et non de traiter spécifiquement une maladie (ex. : ralentissement du fonctionnement cognitif ou moteur en dessous de ses capacités normales, etc.).

Le prescripteur doit distinguer l'utilisation d'une médication à des fins thérapeutiques de son utilisation à des fins de mesure de contrôle (MSSS, 2015).

8.2.4 Isolement

Le lieu utilisé dans le but de confiner un usager doit permettre une surveillance visuelle de ce dernier.

La surveillance constante dans un lieu restreint est une mesure d'isolement. Elle s'effectue auprès d'une clientèle qui représente un risque de préjudice élevé auprès d'elle-même ou pour autrui. Afin de favoriser l'engagement thérapeutique, elle doit être assurée préférablement par un membre régulier de l'équipe clinique qui connaît bien l'usager.

8.3 Mesures proscrites (non autorisées)

De manière générale, le matériel *maison* ou l'adaptation de matériel doit être évité étant donné les risques liés à la sécurité. Si toutefois le matériel devait être utilisé, il doit faire l'objet d'une demande d'avis en cas de dérogation à moins qu'il ne soit prévu comme mesure autorisée dans les procédures des directions cliniques (voir section 8.5 du présent protocole).

Il faut se référer aux procédures spécifiques de chacun des programmes clientèle pour connaître en détail les mesures proscrites en fonctions des secteurs d'activités et des clientèles visées.

8.4 Dispositions et contextes particuliers

8.4.1 Les dispositifs de sécurité inhérents au groupe d'âge

Les dispositifs de sécurité inhérents au groupe d'âge ne sont pas considérés à titre de mesures de contrôle. Ces dispositifs comprennent :

- Les couchettes (lits de bébé);
- Les courroies d'attache d'une chaise haute;
- Les poussettes;
- Les sièges d'appoint ou tout autre article conçu pour assurer la sécurité du nourrisson et du jeune enfant.

Dans le même ordre d'idées, des interventions visant à prévenir un danger telles tenir la main d'un enfant ou retenir un enfant qui veut traverser une rue ne sont pas considérées comme des mesures de contrôle.

Par ailleurs, selon le niveau de développement et la capacité à collaborer d'un enfant, l'immobilisation temporaire inhérente au traitement ou à un examen peut être utilisée avec le consentement de son représentant sans que ce soit considéré comme une mesure de contrôle.

8.4.2 Retrait

Le retrait est un moyen d'intervention de nature éducative lorsque l'intervenant invite l'utilisateur à se retirer afin de se calmer et de prendre conscience des effets des gestes qu'il a posés.

Le retrait est une mesure disciplinaire lorsqu'il est imposé par l'intervenant afin d'amener l'utilisateur à corriger un comportement répréhensible qui contrevient aux normes ou règles internes en vigueur dans l'établissement.

Le retrait devient une mesure de contrôle (isolement) lorsque l'utilisateur est contraint par des consignes verbales de demeurer dans un lieu physique désigné (dans sa chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin) et qu'il ne peut en sortir librement.

8.4.3 Bracelet magnétique et unités à portes codées

Le bracelet magnétique est considéré comme une mesure de remplacement s'il permet à l'utilisateur qui le porte d'agir, d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie. Il en est de même pour les unités à porte codées.

Toutefois, le bracelet magnétique devient une mesure de contrôle s'il est utilisé pour isoler un usager dans un espace restreint où il ne peut entretenir de contacts avec autrui et d'où il ne peut sortir librement.

8.4.4 Isolement en prévention et contrôle des infections

Dans certaines circonstances ou en présence de certains pathogènes, des mesures de précaution additionnelle (PA) sont requises pour prévenir ou interrompre la transmission des infections. Dans ce contexte, le fait de demander à un usager de demeurer dans sa chambre est une mesure de prévention des infections. Les balises relatives à cette mesure de prévention sont inscrites dans le programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement et suivent le cadre de référence à l'intention des établissements sur les infections nosocomiales.

Cette mesure peut s'effectuer selon deux modalités, elle peut être mise en place :

1) Avec la collaboration de l'utilisateur.

OU

2) Avec des directives complémentaires du service de prévention et contrôle des infections pour assurer le respect des mesures de prévention des infections. Cependant, lorsque l'utilisateur n'est pas en mesure de respecter les consignes et que l'on doit avoir recours à un moyen supplémentaire, ce dernier est considéré comme une mesure de contrôle au sens de l'article 118.1 de la LSSSS, et son application doit être conforme au protocole d'application des mesures de contrôle de l'Établissement.

8.4.5 Unités portes barrées

Une unité avec portes barrées est une mesure accessoire à l'hébergement ou à l'hospitalisation qui peut être nécessaire pour répondre aux besoins de l'utilisateur et lui offrir des soins qui soient adéquats, sécuritaires et de qualité. Cette modalité ne constitue pas une mesure de contrôle, car elle permet à l'utilisateur d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement sur son unité.

8.4.6 Personnes détenues dans un établissement correctionnel

Il arrive qu'une personne détenue dans un établissement correctionnel consulte dans un établissement du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Pour des raisons de sécurité, les agents correctionnels utiliseront des équipements de contrôle (ex. : menottes) et procéderont à la surveillance de l'usager. Bien qu'il s'agisse de mesures de contrôle, il n'est pas requis d'en déclarer l'utilisation dans notre établissement.

8.4.7 Garde en établissement (provisoire, préventive, autorisée)

Pour un temps déterminé, une personne en situation de garde en établissement ¹ est privée de sa liberté et ne peut pas circuler librement dans l'établissement. Elle demeure dans une unité où le personnel prend les mesures de surveillance appropriées à sa condition. Si, en plus de la garde, des mesures de contrôle s'avèrent nécessaires (isolement, contention ou substance chimique) envers cette personne, celles-ci doivent être utilisées conformément aux modalités prévues à l'article 118.1 de la LSSSS et être conformes au protocole d'application des mesures de contrôle de l'Établissement.

Il en est de même pour les jeunes faisant l'objet d'une ordonnance de placement en mise sous garde fermée ou en détention provisoire selon la LSJPA (L.C. 2002, ch.1) ou encore faisant l'objet d'un placement en centre de réadaptation en vertu de la LPJ (RLRQ, chapitre P34.1) et ils sont hébergés dans une unité d'encadrement intensif.

8.5 Dérogation

Une dérogation est possible lorsque l'équipe envisage une mesure de contrôle qui :

- N'est pas encadrée par le protocole;
- Diffère du protocole ou des procédures en vigueur.

L'établissement est assujéti à l'obligation d'assurer une dispensation de soins adéquate et sécuritaire à ses usagers. Cette obligation en est une de moyens et non de résultat. Le rôle de l'établissement est donc de mettre à la disposition des professionnels les outils nécessaires pour leur permettre de prendre la meilleure décision dans les circonstances.

La trajectoire de l'établissement en matière de dérogation aux mesures de contrôles regroupe plusieurs moyens mis à la disposition des professionnels pour les accompagner dans leur prise de décision, dont le soutien des gestionnaires et l'accompagnement du comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle.

Le gestionnaire du secteur doit être avisé dès qu'on envisage une dérogation. Celui-ci doit informer son supérieur immédiat dans les meilleurs délais.

Dans ce processus, les professionnels décideurs sont responsables de procéder à l'évaluation clinique de l'usager, d'analyser les différentes options de même que les risques associés et de planifier l'application de la mesure de contrôle. De leur côté, les gestionnaires viennent en appui à l'équipe. Leurs responsabilités concernent l'application du protocole et des procédures, la qualité et la sécurité des soins et services, et les aspects organisationnels (ressources humaines, matérielles et financières).

Le comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle doit être informé de toute dérogation. Pour ce faire, une demande d'avis en cas de dérogation doit être acheminée dans les meilleurs délais. Lorsqu'ils accompagnent les équipes, les professionnels désignés par le comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle ont le mandat de s'assurer que l'esprit et le cadre du protocole et des procédures sont respectés, d'offrir des pistes de réflexion et d'émettre des recommandations. La décision finale

¹ Comme balisé par le Code civil du Québec et la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P-38.001).

d'utiliser ou non une mesure de contrôle revient toujours au professionnel, étant donné qu'il est le seul à y être habilité par la loi. Lorsque le professionnel prend cette décision, il est clair que sa responsabilité professionnelle peut être engagée, comme elle peut d'ailleurs l'être toutes les fois où il pose un acte professionnel ou omet de le faire.

Les démarches entourant le processus de dérogation doivent être inscrites au dossier de l'utilisateur. En l'absence de consensus ou s'il y a un risque important de préjudice, la situation doit être escaladée à un niveau hiérarchique supérieur.

9. CONTEXTE D'INTERVENTION

Deux contextes d'application différents peuvent prévaloir lors de l'utilisation des mesures de contrôle : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée (Annexe 2).

9.1 Contexte d'intervention planifiée

La planification des interventions requises pour résoudre un problème particulier constitue le contexte d'intervention planifiée. Elle est appropriée lorsque l'utilisateur a un comportement susceptible de se répéter ou que la condition de celui-ci présente un patron récurrent et que cette situation représente un danger réel pour lui-même ou pour autrui. La décision d'utiliser des mesures de contrôle doit être planifiée et elle résulte d'une démarche interdisciplinaire effectuée à la lumière de l'expertise particulière de chaque professionnel habilité tel que balisé par son champ d'exercice. La préparation d'un plan d'intervention interdisciplinaire comportant différents moyens pour faire face aux situations de danger réel se fait de concert avec l'utilisateur ou son représentant.

Parmi les moyens proposés, l'utilisation d'une mesure de contrôle peut être envisagée en dernier recours, après que les intervenants ont tenté d'appliquer, sans succès, toutes les mesures de remplacement prévues au plan d'intervention. Les mesures de contrôle doivent cesser dès que les motifs justifiant leur utilisation ne sont plus présents.

En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un utilisateur qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un utilisateur a un tel comportement, les professionnels habilités et les intervenants doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes. Ils doivent éviter de conclure d'emblée qu'elles sont identiques à celles qui ont été observées précédemment. Pour chaque situation, le jugement clinique du professionnel habilité est important et doit s'appuyer notamment sur les informations recueillies auprès de l'équipe interprofessionnelle, de l'utilisateur et de son représentant.

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

Dans le contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant est requis. Toutefois, lorsque l'utilisateur retire son consentement au moment où les intervenants appliquent la mesure de contrôle prévue au plan d'intervention et que son comportement le place dans une situation de danger imminent pour lui-même ou pour autrui, l'équipe peut appliquer la mesure uniquement en situation d'urgence.

Dans ce cas, l'analyse post-situationnelle par l'équipe interprofessionnelle, en présence de l'utilisateur ou de son représentant, pour la révision du plan d'intervention sera alors nécessaire (réf. Cadre MSSS, 2015).

9.2 Contexte d'intervention non planifiée

Une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée ne devrait être utilisée qu'en situation d'urgence : le comportement survient de façon imprévisible (sans signes avant-coureurs apparents) et inhabituelle (il ne s'est jamais manifesté avant ou se manifeste de façon différente à l'habitude) et met en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui (MSSS, 2015). Dans ce contexte d'urgence, la décision de recourir à une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé. L'intervenant qui applique la mesure détermine, en fonction de la situation, la mesure la moins contraignante possible. Bien que le consentement de l'utilisateur ne soit pas nécessaire pour intervenir, sa collaboration est sollicitée. En tout temps, les principes directeurs du MSSS (réf. : section *Principes éthiques et cliniques*) doivent guider les actions à poser.

Dès que possible, une analyse post-situationnelle en équipe interprofessionnelle doit être réalisée et le plan d'intervention doit être revu avec la personne ou son représentant. Pour les situations futures, cette analyse vise, entre autres, à planifier toutes les mesures de remplacement possibles et lorsque celles-ci sont épuisées, en dernier recours, l'utilisation d'une mesure de contrôle. (MSSS, 2015)

Même si le contexte d'intervention non planifiée n'est pas un acte réservé, le CIUSSS de la Capitale-Nationale détermine dans chacune des procédures des directions cliniques les intervenants qui peuvent décider de ce type de mesure.

10. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

10.1 Professionnels habilités

Le Code des professions, certaines orientations ministérielles et d'autres organisationnelles, interviennent dans la décision de recommander et d'appliquer une mesure de contrôle.

À cet effet, il importe de rappeler que dans un contexte d'intervention planifiée, la décision de recourir ou non à une mesure de contrôle constitue une activité réservée, selon le Code des professions.

Le tableau qui suit est adapté du *Cadre de référence en matière de recours exceptionnel à une mesure de contrôle* du MSSS (2015) et il illustre les différents professionnels pouvant décider d'une mesure de contrôle (PL 90 et PL 21). Il concerne aussi les intervenants qui bénéficient des droits acquis pour ces actes réservés.

Tableau résumé des activités réservées selon les professionnels

Activité réservée	Lieu	Criminologue	Ergothérapeute	Infirmière	Infirmière praticienne spécialisée	Médecin	Physiothérapeute	Psychoéducateur	Psychologue	Travailleur social
Contention par substance chimique	Dans tous les milieux				✓	✓				
Décision d'utiliser des mesures de contention	<u>Dans</u> une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS/LSSSSAC (incluant les RI, RTF et RAC)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<u>Hors</u> d'une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS/LSSSSAC (ex. : domicile, école)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Décision d'utiliser des mesures d'isolement	<u>Dans</u> une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS/LSSSSAC (incluant les RI, RTF et RAC)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
	<u>Hors</u> d'une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS/LSSSSAC (ex. : domicile, école)	Cette activité ne fait l'objet d'aucune réserve dans ce contexte et quiconque peut prendre une telle décision.								

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), RLRQ chapitre S-4.2, à jour au 25 septembre 2023.

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris (LSSSAC), RLRQ chapitre S-5, à jour au 25 septembre 2023.

Le partage d'une activité réservée ne signifie pas que l'activité a la même portée pour chacun des professionnels habilités. L'activité réservée s'effectue selon les champs de compétences respectifs. Les professionnels ne sont pas interchangeables et ils devraient contribuer distinctement à la réalisation de l'activité réservée.

Selon la composition des équipes dans les programmes cliniques, les procédures spécifiques vont préciser les professionnels qui peuvent décider d'une mesure de contrôle.

10.2 Membres de l'équipe qui interviennent directement auprès de l'utilisateur

Bien que la décision d'utiliser une mesure de contrôle soit une activité réservée, l'ensemble des intervenants qui œuvrent auprès de l'utilisateur peut contribuer à l'analyse de la situation afin d'optimiser les interventions. L'ensemble des membres de l'équipe peut :

- Collaborer à l'évaluation de la condition de l'utilisateur;
- Collaborer à la recherche et à l'application de mesures de remplacement;
- Contribuer à la surveillance de l'utilisateur sous mesure de contrôle;
- Rapporter les comportements particuliers de l'utilisateur envers la mesure utilisée.

10.3 Usager et son représentant

La décision d'utiliser une mesure de contrôle est une activité réservée, en ce sens qu'un usager ou son représentant ne peut exiger une mesure de contrôle.

Il peut :

- Collaborer à l'évaluation par son expérience de sa condition;
- Collaborer à la recherche de mesures de remplacement;
- Consentir ou non à une mesure de contrôle.

10.4 Responsable de milieu de vie RI-RTF

Bien que la décision d'utiliser une mesure de contrôle soit une activité réservée, les responsables résidentiels et leur personnel, qui œuvrent auprès de l'utilisateur, peuvent contribuer à l'analyse de la situation afin d'optimiser les interventions.

Ils peuvent :

- Collaborer à la collecte d'informations contribuant à l'évaluation de la condition de l'utilisateur;
- Collaborer à la recherche et à l'application de mesures de remplacement;
- Appliquer la mesure de contrôle planifiée telle que déterminée dans *l'Instrument de détermination et de classification de l'utilisateur*;
- Agir dans un contexte d'intervention non planifiée lorsque le comportement de l'utilisateur présente un danger immédiat pour lui ou pour autrui;
- Assurer la surveillance de l'utilisateur sous mesure de contrôle;
- Faire le suivi de l'application de la mesure auprès de l'Établissement

10.5 Responsable de milieu de vie RPA

Le responsable de résidences privées dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes s'assure qu'aucune mesure de contrôle n'est utilisée dans son établissement, que la situation soit en contexte d'intervention planifiée ou non.

Le responsable de résidences privées dont les services sont destinés à des personnes âgées semi-autonomes doit, comme prévu par l'article 77 du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, lorsque des mesures de remplacement sont prises pour réduire le danger :

1. Aviser sans délai le représentant de l'utilisateur, le cas échéant, et la personne à prévenir en cas d'urgence. S'il n'est pas possible de rejoindre cette personne en temps utile, l'exploitant doit aviser un proche;
2. Demander à l'instance locale concernée de procéder à une évaluation de la condition de l'utilisateur;
3. S'assurer que soient consignés au dossier de l'utilisateur les renseignements suivants :
 - a) La date et l'heure de l'intervention;
 - b) Les mesures de remplacement utilisées, le motif du recours à ces mesures et l'efficacité de celles-ci;
 - c) Le nom des personnes ayant été informées de la situation, la date et l'heure auxquelles elles ont été avisées ainsi que l'information qui leur a été fournie.

Lorsqu'à titre exceptionnel, compte tenu de la gravité du danger et de l'urgence, des mesures de remplacement ne peuvent pas être utilisées pour réduire le danger, l'exploitant doit s'assurer que soient consignés au dossier de l'utilisateur les motifs pour lesquels elles ont été écartées.

Par ailleurs, le responsable qui a recours à des mesures de contrôle doit :

1. Aviser sans délai le représentant de l'utilisateur, le cas échéant, et la personne à prévenir en cas d'urgence. S'il n'est pas possible de rejoindre cette personne en temps utile, l'exploitant doit aviser un proche;
2. Demander immédiatement à l'instance locale concernée de procéder sans délai à une évaluation de la condition de l'utilisateur, d'identifier et de mettre en place les mesures appropriées pour assurer sa sécurité;

3. S'assurer que soient consignés au dossier de l'utilisateur :
 - a) La date et l'heure de l'intervention;
 - b) Le nom des personnes ayant été informées de la situation, la date et l'heure auxquelles elles ont été avisées ainsi que l'information qui leur a été fournie;
 - c) Les mesures utilisées, le motif du recours à ces mesures de même que l'endroit et la durée de leur application;
 - d) Les mesures prises pour assurer la sécurité de l'utilisateur, dont les mesures de surveillance, de même que la réaction de l'utilisateur à ces mesures.

11. LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

La décision d'appliquer une mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation complète et appropriée aux besoins de l'utilisateur. La démarche proposée dans ce document vise à guider le professionnel et l'équipe interprofessionnelle dans ce processus décisionnel, dans le but d'assurer une évaluation globale de l'utilisateur. Cette démarche comporte cinq étapes. À chacune des étapes, l'utilisateur et son représentant doivent être mis à contribution, particulièrement lors de l'évaluation et de la recherche de solutions alternatives à la mesure de contrôle.

L'expérience de l'utilisateur et de son représentant est précieuse. Ce sont eux qui détiennent notamment les connaissances de l'histoire de vie, de la maladie et de l'environnement social de l'utilisateur.

11.1 Les étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée

11.1.1 Évaluation de la situation

L'évaluation vise à identifier le problème de l'utilisateur tout en décrivant ses comportements et à déterminer les causes sous-jacentes de ses comportements. Cette évaluation doit être globale et tenir compte à la fois des caractéristiques de l'utilisateur, des composantes de son environnement, de son histoire de vie personnelle, de ses antécédents et de sa médication.

Compte tenu de la complexité de ces situations et du risque de préjudice à l'utilisation d'une mesure de contrôle, la contribution de différents professionnels est nécessaire pour une évaluation complète concernant notamment :

- La condition de santé de l'utilisateur;
- L'identification des facteurs de risque modifiables et non modifiables;
- Les composantes psychosociales tels les besoins, les préférences, l'histoire de vie de l'utilisateur;
- Les causes, les déclencheurs;
- Les conditions d'apparition du comportement;
- Les facteurs extrinsèques : l'aménagement du lieu, le bruit, les structures organisationnelles;
- Les effets et les conséquences possibles des mesures de contrôle;
- Les mesures de remplacement tentées et les autres à envisager, etc.

Chaque professionnel impliqué dans une telle décision doit procéder à une évaluation selon son champ de pratique et la consigner au dossier de l'utilisateur.

11.1.2 Analyse et interprétation des informations

Les professionnels habilités analysent les données et posent un jugement clinique sur la condition de l'utilisateur et sur le niveau de risque de conséquences qu'il présente pour lui-même ou pour autrui. De plus, cette étape permet aux professionnels d'établir les priorités.

11.1.3 Planification des interventions

En situation de comportement susceptible de se répéter et présentant un danger réel pour l'utilisateur ou pour autrui, les professionnels habilités en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle, l'utilisateur ou son représentant, établissent le plan d'intervention ou un plan de service, notamment en indiquant les mesures de remplacement à instaurer pour éliminer le comportement à risque ou en diminuer la fréquence.

Si le recours à la mesure de contrôle s'avère pertinent et nécessaire à la suite des étapes précédentes, l'équipe interprofessionnelle ainsi que l'utilisateur planifient l'intervention entourant le recours à la mesure de contrôle. Pour ce faire, elle détermine la mesure à utiliser la plus appropriée et la moins contraignante.

Pour la prise de décision d'une mesure de contrôle, l'équipe interprofessionnelle s'assure :

- Qu'au moins deux professionnels habilités, de titres d'emplois différents, décident de la mesure sélectionnée, sauf pour les exceptions précisées dans les procédures des directions cliniques;
- Que des modalités d'application encadrent l'utilisation de la mesure;
- Que le consentement de l'utilisateur ou de son représentant est obtenu;
- Que les mécanismes de suivi, de surveillance et de cessation de l'application sont prévus.

L'objectif des mécanismes de suivi et de surveillance est de s'assurer que l'application de la mesure se fait de façon sécuritaire et conforme, et que l'on tient un registre des moments où elle a été utilisée. Le suivi et la surveillance, lors de l'application d'une mesure de contrôle, font partie des obligations pour lesquelles une reddition de compte au MSSS s'applique (MSSS, 2015).

11.1.4 Communication du plan d'intervention

Le succès d'un plan d'intervention dépend de sa diffusion auprès des intervenants concernés par son application ainsi que d'une communication efficace avec l'utilisateur, qui nécessite le recours à la mesure de contrôle, et son représentant. Il est donc essentiel que l'utilisateur ou son représentant soit impliqué en tout temps dans le processus de réflexion et de décision entourant le recours à la mesure de contrôle.

La tenue de dossier associée à l'application des mesures de contrôle est aussi un moyen primordial d'assurer une communication efficace entre les membres de l'équipe interprofessionnelle et la continuité des soins. Il est indispensable de consigner par écrit toutes les décisions relatives aux soins, services et traitements à offrir. Lorsque la situation concerne un usager en RI/RTF, il est important d'ajuster l'Instrument de détermination et de classification afin d'assurer la communication des informations à la ressource concernée.

La réévaluation doit se faire périodiquement et tenir compte de :

- L'évolution de l'état de santé de l'utilisateur;
- L'analyse des effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure de contrôle;
- L'efficacité des mesures (de remplacement et de contrôle) inscrites au plan d'intervention établi;
- L'évaluation de la pertinence du type de mesure utilisé et de son maintien;
- Le cas échéant, la révision de la décision relative à l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Les réajustements au plan d'intervention.

La réévaluation doit se faire par le même nombre de professionnels dont au moins un du même titre professionnel qu'au moment de la décision, sauf pour les exceptions précisées dans les procédures des directions cliniques.

11.2 Le processus décisionnel dans un contexte d'intervention non planifiée

11.2.1 Évaluation de la situation

L'évaluation vise à identifier le degré d'urgence de la situation, les risques pour l'utilisateur et pour autrui et à choisir la mesure à mettre en place. Le lecteur est invité à se référer aux procédures spécifiques des directions cliniques pour savoir quel intervenant peut procéder à l'évaluation et coordonner l'intervention.

11.3 Intervention

L'intervention doit être axée sur les besoins de l'utilisateur, sur sa sécurité et celle d'autrui. L'intervention en contexte d'urgence ne nécessite pas le consentement de l'utilisateur ou celui de son représentant.

11.3.1 Analyse post-situationnelle

Dans un contexte d'intervention non planifiée, une analyse post-situationnelle doit être faite dès que possible. Les membres de l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur et son représentant peuvent être impliqués dans cette analyse.

L'analyse doit notamment aborder :

- La recherche de la cause de l'apparition du comportement;
- Le type de mesure mise en place et sa durée;
- Les modalités d'application et la surveillance effectuée;
- Le comportement de l'utilisateur avant, pendant et après la mesure;
- L'estimation du risque de récurrence du comportement et la nécessité de prévoir une intervention en contexte planifié.

11.3.2 Communication

La tenue de dossier associée à l'application des mesures de contrôle en contexte non planifié est aussi un moyen primordial d'assurer une communication efficace entre les membres de l'équipe interprofessionnelle et la continuité des soins. Il est nécessaire de consigner par écrit toutes décisions concernant le traitement, les soins et les services à offrir afin que tous les intervenants aient accès à la bonne information en temps opportun.

11.4 Prescription d'une contention par substance chimique

La prescription d'une mesure de contrôle par substance chimique est une activité réservée au médecin et à l'IPS. Elle peut s'appliquer dans un contexte d'intervention planifiée ou non planifiée.

La prescription comprend :

- Les renseignements relatifs à l'utilisateur :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro de dossier;
 - Numéro de chambre et nom de l'unité de soins.
- La mention *mesure de contrôle par substance chimique*;
- Le motif justifiant l'utilisation de la médication de façon détaillée, claire et précise;
- La date et l'heure de rédaction de l'ordonnance;
- Le nom générique ou commercial du médicament écrit lisiblement;

- La posologie :
 - Teneur du produit (concentration);
 - Forme pharmaceutique (liquide, comprimé, injectable, etc.);
 - Dosage prescrit de façon précise ne laissant pas place à l'interprétation;
 - Voie d'administration;
 - Fréquence d'administration incluant l'intervalle minimal de temps entre deux doses et le nombre maximal de doses autorisées par période de temps (ex. : 2 doses par 24 heures);
 - Durée de validité de l'ordonnance.
- La signature lisible du prescripteur.

Le formulaire d'évaluation et décision d'une mesure de contrôle est recommandé. L'infirmière remplit le formulaire en collaboration avec l'équipe interprofessionnelle. Le lecteur est invité à consulter les procédures spécifiques aux directions cliniques.

12. CONSENTEMENT

Les mesures de contrôle constituent des soins au sens de la Loi. Les professionnels ou les intervenants appelés à recourir à de telles mesures devront donc s'assurer d'obtenir au préalable un consentement valide, sauf en situation d'urgence (contexte d'intervention non planifiée). Pour le majeur inapte à consentir aux soins et le mineur de moins de 14 ans, le consentement devra être donné par le représentant. Le mineur de plus de 14 ans peut consentir seul. L'aptitude à consentir aux soins s'évalue en tenant compte des critères suivants :

- L'utilisateur comprend-il qu'il est malade ?
- Comprend-il la nature et le but du traitement ?
- Comprend-il les risques inhérents au traitement ?
- Comprend-il les risques encourus à ne pas entreprendre le traitement ?
- La maladie a-t-elle un effet sur sa capacité à consentir ?

Ces critères sont non cumulatifs et doivent faire l'objet d'une analyse globale.

On fait face à une situation d'urgence lorsque la vie de l'utilisateur est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il en est de même lorsque la vie ou l'intégrité d'un tiers est menacée par les comportements de l'utilisateur.

12.1 Consentement libre et éclairé

Le consentement donné par l'utilisateur ou par son représentant, le cas échéant, doit être libre et éclairé.

Consentement libre

Autorisation donnée sans contrainte ni menace et sans que les facultés de l'utilisateur soient altérées.

Consentement éclairé

Autorisation donnée après que l'information pertinente ait été transmise sur ce qui est proposé de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent ainsi que les risques et conséquences associés à chacune des options. Ces explications doivent être fournies dans un langage accessible, en tenant compte des caractéristiques personnelles et culturelles de l'utilisateur. Pour les mesures de contrôle, ces informations comportent :

- La justification de la mesure ;
- Les risques encourus de l'application et de la non-application de la mesure ;
- Le type de mesure de contrôle retenu ;

- Le lieu, l'équipement utilisé et le moment (jour, soir, nuit) où la mesure est appliquée ;
- La durée de la validité du consentement ;
- Les soins et la surveillance à assurer lors de l'application de la mesure ;
- Le processus de réévaluation de la mesure.

Le formulaire de consentement doit être rempli avec la personne visée par la mesure ou par son représentant.

12.2 Refus ou retrait du consentement

L'usager ou son représentant peuvent retirer leur consentement à tout moment. Dans la situation où le consentement a été préalablement obtenu et qu'il est retiré par la suite, les intervenants peuvent procéder comme s'ils étaient dans un contexte d'intervention non planifiée si et seulement si, la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui.

12.3 Refus catégorique et refus injustifié du représentant

Lorsque l'usager inapte refuse catégoriquement un soin ou encore lorsque le représentant refuse de façon injustifiée ou est empêché de le faire, la loi prévoit qu'il est possible de demander l'autorisation du tribunal pour pouvoir procéder. Il en est de même pour l'usager mineur.

12.4 Régime de protection public

Pour les usagers représentés par le régime de protection public, le Curateur public du Québec exige qu'on lui fournisse les informations nécessaires, par le biais d'un formulaire réservé à cette fin, avant de consentir ou refuser le recours à la mesure de contrôle pour une personne inapte à consentir. Le formulaire doit être rempli et envoyé à la Direction médicale et du consentement au soin du Curateur public du Québec.

13. MODALITÉS D'APPLICATION

13.1 La mise en application d'une mesure de contention ou d'isolement : un acte non réservé

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

L'application doit cependant se faire en respect des modalités d'application de la décision prise. Les professionnels qui autorisent une mesure ont la responsabilité de bien déterminer ces modalités, afin d'éviter des abus et écarts possibles.

13.2 La mise en application d'une mesure de contention chimique : un acte réservé

L'application d'une contention chimique est réservée aux personnes autorisées, en conformité avec leur champ d'exercice spécifique, et qui sont habilitées à administrer une médication. Il faut qu'il y ait au préalable, comme pour toute mesure de contrôle, une évaluation de l'état de la condition physique et mentale de la personne, une planification de l'intervention et une réévaluation de la situation. Bien entendu, cette médication administrée ne doit être utilisée qu'en dernier recours, après que toutes les mesures de remplacement ont été essayées. Cette mesure doit faire l'objet d'une prescription médicale et avoir été convenue en équipe interprofessionnelle.

Il est strictement interdit d'administrer une médication ou d'adopter l'utilisation d'une médication au besoin (PRN), dans un but de restreindre et de limiter la capacité d'action d'une personne si cette dernière ne fait pas l'objet d'une prescription médicale en ce sens.

13.3 Soins et surveillance

La question de la fréquence de la surveillance des mesures de contrôle relève de l'évaluation clinique de l'équipe interprofessionnelle. Il se peut, selon l'évaluation de la condition clinique et du niveau de risque, que la surveillance doive être plus fréquente, d'où l'importance de l'évaluation initiale et périodique de la clientèle à risque. La fréquence doit donc être adaptée en fonction de chaque usager. De plus, il faut réévaluer le niveau de surveillance et le réajuster suivant l'évolution de la condition clinique de la personne. Il importe cependant de rappeler que la surveillance n'est pas déterminée en fonction du motif d'application, mais plutôt en fonction de l'évaluation du risque, de la condition clinique de la personne et du milieu où est appliquée la mesure (MSSS, 2015).

13.3.1 Surveillance initiale

Lorsqu'une mesure de contrôle est appliquée pour la première fois, il est nécessaire d'évaluer son efficacité, sa sécurité et son effet sur l'usager. Cette surveillance doit être plus soutenue jusqu'au moment de la première réévaluation, afin de documenter l'impact de la mesure sur l'usager. Cette réévaluation doit se faire rapidement dans les jours suivants la première application.

13.3.2 Surveillance révisée

Après la première réévaluation, il est possible de réajuster les modalités de surveillance. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'usager. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies.

13.4 Réévaluation et ajustements

Les réévaluations se font en équipe interprofessionnelle en collaboration avec l'usager et son représentant. Ces rencontres offrent aux parties prenantes la possibilité de mettre en commun leur connaissance de l'usager et de recenser toutes les nouvelles informations utiles pour bien analyser la situation et ainsi répondre aux besoins de l'usager.

Les délais de réévaluation sont déterminés au moment de la prise de décision initiale. Certaines situations requièrent une fréquence de réévaluation plus élevée. Lors de ces réévaluations, et même à tout moment entre celles-ci, s'il s'avère que le recours à la mesure de contrôle n'est plus nécessaire, elle doit être cessée.

La réévaluation doit se faire par le même nombre de professionnels dont au moins un du même titre professionnel que ceux qui ont décidé de la mesure, sauf pour les exceptions précisées dans les procédures des directions cliniques.

Lors de cette analyse, les participants devront, entre autres, prendre en considération :

- L'efficacité des mesures de remplacement tentées;
- Les changements dans la fréquence, l'intensité et la nature du ou des comportements ciblés par la mesure de contrôle;
- Les changements dans le contexte de vie de l'usager;
- Les apprentissages de l'usager;
- Les impacts physiologiques, psychologiques et psychosociaux de l'application de la mesure sur l'usager.

14. TENUE DE DOSSIER

L'article 118.1 de la LSSSS indique que :

« Lorsqu'une mesure [de contrôle] 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. »

Le dossier doit contenir :

- L'évaluation des professionnels impliqués dans la décision;
- But et motifs d'application (contexte, description du comportement);
- Description de l'utilisation de la mesure, des moyens utilisés (nature, fréquence, durée, surveillance);
- Description des mesures de remplacement tentées et de leur efficacité;
- Réactions de l'utilisateur face aux mesures de contrôle et de remplacement appliquées;
- Processus décisionnel, y compris lors des réévaluations;
- Personnes impliquées dans le processus de décision, d'autorisation et d'application;
- Transmission de l'information aux personnes pertinentes;
- Consentement.

14.1 Modalités de consignation

Des formulaires sont disponibles sur la Zone CIUSSS afin de faciliter la consignation des informations au dossier de l'utilisateur.

Les formulaires *Évaluation et décision d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée* (CN00059) et *Réévaluation d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée* (CN00647) ont pour objectifs de soutenir le processus de réflexion entourant le recours aux mesures de contrôle, d'assurer le respect des orientations ministérielles et une pratique la plus homogène possible au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le formulaire *Consentement à l'utilisation d'une mesure de contrôle* (CN00648) permet de consigner les informations relatives au consentement de l'utilisateur ou de son représentant dans un en contexte d'intervention planifiée. Pour les usagers représentés par le régime de protection public, il faut utiliser le formulaire *Demande de consentement à des mesures de contrôle* du Curateur public du Québec.

Le formulaire *Application d'une mesure de contrôle en contexte non planifié* peut être utilisé pour documenter et assurer un suivi à l'application de la mesure dans ce contexte.

Enfin, un formulaire de surveillance (CN00060 ou CN00061) doit également être rempli et signé par le personnel effectuant la surveillance. Lorsque la surveillance n'est pas réalisée par un professionnel décideur, il est recommandé de désigner un intervenant responsable de contresigner le formulaire de surveillance à chaque quart de travail. La validation du formulaire consiste à vérifier que la surveillance a été réalisée comme prévu (fréquence et éléments de surveillance). Si des écarts liés à la surveillance sont relevés, une personne en responsabilité doit être avisée.

Lorsqu'utilisés, ces formulaires doivent obligatoirement se retrouver au dossier papier et au dossier informatisé de l'utilisateur. Les procédures spécifiques à chacun des programmes clientèle présentent en détail les outils de communication à compléter en fonction des secteurs d'activités et des clientèles visées.

15. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

15.1 Le comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle

- Effectuer la rédaction, la révision, du protocole et des procédures ;
- Contribuer à l'implantation du protocole et des procédures ;
- Élaborer et soutenir l'implantation des formations nécessaires à l'intégration du protocole et des procédures ;
- S'assurer de l'application du protocole et des procédures ;
- Analyser les demandes d'avis en cas de dérogation et émettre les recommandations ;
- Analyser les incidents et accidents liés à l'utilisation de mesures de contrôle ;
- Analyser les indicateurs permettant l'évaluation du protocole et des procédures ;
- S'assurer que des audits soient réalisés.

15.2 Le conseil d'administration

- Approuver le protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle en conformité avec le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*;
- Recevoir le rapport annuel sur les indicateurs et l'utilisation des mesures de contrôle dans l'Établissement, l'approuver par résolution et formuler des recommandations.

15.3 Les directions

15.3.1 Direction des soins infirmiers et de la santé physique

- Être responsable du comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Contribuer à la rédaction, à la révision, à l'implantation du protocole et des procédures;
- Élaborer et soutenir l'implantation des formations nécessaires à l'intégration du protocole et des procédures;
- S'assurer de l'application du protocole et des procédures pour les soins infirmiers;
- Analyser les indicateurs permettant l'évaluation du protocole et des procédures;
- S'assurer que des audits soient réalisés selon les indicateurs ciblés.

15.3.2 Direction des services multidisciplinaires

- Participer au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Contribuer à la rédaction, à la révision, à l'implantation du protocole et des procédures;
- Contribuer à l'élaboration et au soutien à l'implantation des formations nécessaires à l'intégration du protocole et des procédures;
- S'assurer de l'application du protocole et des procédures pour les pratiques professionnelles multidisciplinaires;
- Contribuer à l'analyse des indicateurs permettant l'évaluation du protocole.

15.3.3 Direction des services professionnels

- Participer au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Contribuer à la rédaction, à la révision, à l'implantation du protocole et des procédures;
- S'assurer de l'application du protocole et des procédures par les membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Contribuer à l'analyse des indicateurs permettant l'évaluation du protocole et des procédures.

15.3.4 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

- Participer au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle;
- Contribuer à la rédaction, à la révision, à l'implantation du protocole et des procédures;
- Contribuer à l'analyse des indicateurs permettant l'évaluation du protocole et des procédures;
- Fournir au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle les incidents et accidents liés à l'utilisation des mesures de contrôle;
- Évaluer et donner des recommandations sur tout incident ou tout accident lié à l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Identifier, dans l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance, le contrôle demandé et indiquer les précisions en lien avec ce service;
- Appliquer le processus de contrôle de la qualité visant à vérifier la qualité des services rendus à l'utilisateur;
- Identifier, dans l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien et d'assistance, le service lié à la mesure de contrôle demandé et indiquer les précisions en lien avec ce service;
- S'assurer du processus de contrôle de la qualité visant à vérifier la qualité des services rendus à l'utilisateur;
- S'assurer que soit mis au plan de formation pour les RI et RTF et ressources autres, la formation sur le *Protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*;
- S'assurer que les responsables et intervenants de RPA connaissent le protocole.

15.3.5 Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

- S'assurer que les étudiants, les moniteurs et les superviseurs des établissements d'enseignement connaissent et respectent le protocole et les procédures.

15.3.6 Direction des ressources humaines

- S'assurer de rendre disponible aux usagers et proches, le protocole et les procédures qui en découlent;
- Inclure la formation sur le protocole et les procédures au plan de développement des ressources humaines (PDRH).

15.3.7 Directions cliniques

- Collaborer à la rédaction et à la révision des procédures propre à leur direction;
- Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action pour l'implantation du protocole et des procédures;
- Assurer une vigie concernant l'application du protocole et des procédures;
- S'assurer de rendre disponible aux usagers et proches, le protocole et les procédures qui en découlent, lorsque requis;
- S'assurer de la formation de l'ensemble du personnel concerné de leur programme et des RI/RTF;
- S'assurer que les responsables et intervenants de RPA connaissent le protocole;
- S'assurer du suivi des recommandations;
- S'assurer de la compilation des indicateurs;
- Collaborer à l'analyse des indicateurs.

15.3.8 Direction des affaires juridiques, institutionnelles et corporatives et des communications

- Offrir un service-conseil et du soutien au point de vue juridique;
- Assurer la représentation devant les tribunaux, lorsque requis.

15.3.9 Autres directions

- S'assurer du respect du protocole et des procédures.

15.4 Le personnel et les médecins

15.4.1 Membres de l'équipe qui interviennent directement auprès de l'utilisateur

- Connaître, comprendre et appliquer le *Protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle* de l'établissement et les procédures qui y sont associées;
- Impliquer l'utilisateur et son représentant dans le processus de prise de décision qui le concerne;
- S'assurer de rendre disponible aux usagers et proches, le protocole et les procédures qui en découlent, lorsque requis;
- Reconnaître le droit de l'utilisateur et de son représentant à être en désaccord ou d'exprimer leur désir de mieux comprendre les motifs et les moyens pris lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle, sans crainte de représailles;
- Soutenir l'utilisateur et son représentant lors de demande d'explications;
- Orienter l'utilisateur et son représentant si ce dernier désire porter à l'attention du commissaire local aux plaintes, son insatisfaction à l'égard de l'utilisation d'une mesure de contrôle.

15.4.2 Les gestionnaires des programmes

- Connaître, comprendre et s'assurer de l'application du *Protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle* de l'Établissement et des procédures qui y sont associées;
- Impliquer l'utilisateur et son représentant dans le processus de prise de décision qui le concerne;
- S'assurer de rendre disponible aux usagers et proches, le protocole et les procédures qui en découlent, lorsque requis;
- Promouvoir l'application des mesures de remplacement;
- Reconnaître le droit de l'utilisateur et de son représentant à être en désaccord ou d'exprimer leur désir de mieux comprendre les motifs et les moyens pris lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle, sans crainte de représailles;
- Soutenir l'utilisateur et son représentant lors de demande d'explications;
- Orienter l'utilisateur et son représentant si ce dernier désire porter à l'attention du commissaire local aux plaintes, son insatisfaction à l'égard de l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Participer activement à l'implantation du protocole et de la procédure dans leur service;
- S'assurer que l'ensemble du personnel sous leur responsabilité reçoive la formation appropriée, y compris les nouveaux employés;
- Se tenir informés de l'utilisation des mesures de contrôle utilisées ;
- S'assurer de la compilation des indicateurs;
- Collaborer à l'analyse des indicateurs.

16. LA FORMATION ET LE SOUTIEN DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE QUI INTERVIENNENT DIRECTEMENT AUPRÈS DE L'USAGER

Le CIUSSSCN doit s'assurer de l'utilisation minimale et justifiée des mesures de contrôle. Il a la responsabilité de faire connaître et respecter le *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*. La formation demeure le moyen privilégié pour maintenir les connaissances et les compétences nécessaires à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle dans notre établissement. Cette formation doit se retrouver dans le PDRH de l'établissement.

Chaque professionnel détient la responsabilité de connaître, de maîtriser les modalités de ce protocole et de s'y conformer et, le cas échéant, d'entreprendre les démarches requises en vue d'acquérir les connaissances et les compétences attendues.

Par ailleurs, le CIUSSSCN encourage les formations qui permettent d'outiller le personnel clinique à bien comprendre les problématiques qui suscitent le recours aux mesures de contrôle. Il s'agit notamment de :

- La gestion des troubles du comportement;
- L'intervention auprès des usagers présentant des déficits cognitifs, des profils sensoriels particuliers ou encore des enjeux importants au niveau de la communication;
- Le risque de chutes et le risque de blessures liées aux chutes.

Enfin, les mesures de soutien professionnel adoptées au sein de l'établissement sont essentielles à la réussite de l'application de ce protocole.

17. ÉVALUATION

Le CIUSSSCN a la responsabilité de mettre en place un mécanisme de suivi et doit procéder à une évaluation continue de l'application des mesures de contrôle. Ceci permet notamment de vérifier le respect du *Protocole d'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle* et de faire les ajustements requis.

17.1 Indicateurs de qualité et de suivi

17.1.1 Indicateurs

Les indicateurs ont pour but de suivre l'utilisation du recours aux mesures de contrôle. Ces indicateurs sont présentés à l'annexe 3.

Des indicateurs sont aussi suivis en lien avec :

- Le nombre de formulaires incidents/accidents (AH-223) produits en lien avec le recours à une mesure de contrôle;
- Le pourcentage d'intervenants formés au cours de l'année (nouveaux, formation continue);
- Le nombre de plaintes liées à l'application d'une mesure de contrôle.

Considérant que les indicateurs de qualité et de suivi peuvent être modifiés par le ministère de la Santé sans préavis, il est possible que ceux-ci soient modifiés par l'organisation, qui doit s'assurer d'être en cohérence avec les orientations ministérielles.

17.1.2 Les audits

Des indicateurs de qualité permettent à l'établissement de mesurer les résultats des stratégies de prévention et de réduction de recours aux mesures de contrôle et d'assurer une vigie concernant la qualité et l'efficacité des pratiques professionnelles. Le mécanisme d'audit permet de recueillir des informations sur la qualité de la pratique professionnelle liée aux mesures de contrôle conformément au protocole et aux procédures mis en place.

L'audit est donc un outil permettant de détecter et de mesurer les écarts de conformité. Dans une optique d'amélioration continue, il permet de faire les ajustements nécessaires et de veiller à la pertinence des procédures pour pérenniser les meilleures pratiques. Les points considérés par l'audit des mesures de contrôle sont :

- L'utilisation et le maintien à jour du registre;
- Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle;
- Le consentement;
- Les modalités de soins et de surveillance;
- Le respect du processus de réévaluation;
- La tenue de dossier;
- La formation et le soutien aux membres de l'équipe qui interviennent directement auprès de l'équipe.

17.2 Rapport annuel

Tel que précisé à l'article 118.1 de la LSSS, l'établissement a l'obligation de produire un rapport annuel de gestion à l'intérieur duquel les constats relatifs aux activités liées à l'application des mesures de contrôle doivent se retrouver. Cette reddition de compte est préparée par le Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle en collaboration avec les directions cliniques qui sont responsables d'assurer une vigie de l'application du protocole et des procédures auprès de la clientèle.

Par ailleurs, le Comité de vigilance et de la qualité du CIUSSS de la Capitale-Nationale reçoit un rapport trimestriel de la gestion des risques en lien avec les indicateurs de suivi de l'utilisation des mesures de contrôle.

RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004). *Cadre de référence – Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement* (Édition révisée).
- BERNHEIM EMMANUELLE (2010). *La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ?* Santé mentale au Québec 352 : 163–184.
- BOYER, R, GUAY, S, ET GONCALVES, J. (2014). *Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients*. Résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (Collection Recherche et évaluation). Montréal, Québec : Institut universitaire en santé mentale.
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUÉBEC (2012). *Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE QUÉBEC (2011). *Règlement sur l'application des mesures de contrôle*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHARLEVOIX (2014). *Protocole d'application des mesures de contrôle : Contention, Isolement et substances chimiques*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE (2013). *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention et Isolement*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF (2013). *Protocole multidisciplinaire : application des mesures de contrôle : contention et isolement*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC-NORD (2014). *Protocole d'utilisation « exceptionnelle » des mesures de contrôle en hébergement et aux unités transitoires de réadaptation fonctionnelle (UTRF)*.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2017). *Règlement du CHU de Québec-Université Laval sur le protocole d'application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2015). *Politique sur le consentement aux soins des usagers du CHU de Québec*. Politique N° 814-10.
- CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2010). *Protocole d'application du règlement 14 –L'application des mesures de contrôle*.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2008). *Règlement du centre hospitalier universitaire de Québec sur le protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE STE-JUSTINE (2008). *Protocole d'application des mesures de contrôle : Contention et isolement*.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2022). PO-53 : *Politique relative au recours à la surveillance accrue des usagers*.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL (2017). *Protocole : Application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*.
- CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2015). *Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention*.

CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2015). *Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention*.

CENTRE JEUNESSE DE QUÉBEC (2012). *Politique, Procédure et aide-mémoire relatifs à l'utilisation des mesures disciplinaires à l'égard des enfants qui reçoivent des services de réadaptation à l'intérieur des installations du Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire ou d'une ressource intermédiaire de type résidence de groupe*.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (2017) *étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés*.

DAY A., DAFFERN M. & SIMMONS P. (2010) *Use of Restraint in Residential Care Settings for Children and Young People*. Psychiatry, Psychology and Law, 17:2, 230-244,

FLATHARTA T.O. ET AL (2014). *Prevalence and predictors of bedrail use in an acute hospital*. Age and Ageing; 0 : 1–5

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (2014). *Protocole d'application des mesures d'isolement et de contention*.

GOVERNEMENT DU CANADA. (1982) *La Charte canadienne des droits et libertés, (partie I de la Loi constitutionnelle de 1982 « Annexe B » de la Loi de 1982 sur le Canada R.U., C.II)*.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *La Charte québécoise des droits et libertés de la personne* (L.R.Q., c.C-12).

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *La Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.R.Q., C.S-4.2) article 118.1.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *La Loi sur les services de santé et les services sociaux*, chapitre S-4.2, r. 5.01 *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. *Le Code civil du Québec* (L.Q.1991, c.64).

HEYVAERT M. ET AL. (2015). *Systematic Review of Restraint Interventions for Challenging Behaviour Among Persons with Intellectual Disabilities: Focus on Experiences*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 28, 61–80

HOLLINS L (2010). *Proposing a common sense approach to assessing the risks posed by physical intervention techniques*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17, 216–221.

INSTITUT DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC – INSTITUT UNIVERSITAIRE (2006) *politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée : revue systématique*.

JEFFEREY HALE & SAINT BRIGID'S (2009). *Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (Contentions physiques et isolement)*.

LAIHO T ET AL. (2013). *Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20, 830–839

- LANCASTER G.A. ET AL. (2008). *Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries?* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15, 306–312
- LUISELLI L.K. ET AL. (2011). *Descriptive analysis of physical restraint (protective holding) among community living adults with intellectual disability.* Journal of Intellectual Disabilities 15(2) 93–99
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2016). *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substances chimiques.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Aide-mémoire – mesures de remplacement de la contention et de l'isolement.*
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques.*
- PARENTEAU, M., HOULE, J. & CLOUTIER, L. (2010). *Contention aux soins intensifs : Le recours à la contention physique pour les patients ventilés mécaniquement impose réflexion.* Perspective infirmière, 7 (6).
- STEWART D. ET AL. (2009) *Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16, 749–757
- STUBBS B & HOLLINS L (2011). *Are physical intervention techniques likely to cause pain or injury when applied to manage the severely aggressive older adult? A survey of physiotherapist's expert views in the UK.* Journal of Clinical Nursing, 20, 2666–2675.
- WHITTINGTON R. ET AL. (2006) *Physical restraint of patients in acute mental health care settings: patient, staff, and environmental factors associated with the use of a horizontal restraint position,* The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 17:2, 253-265.
- WINSTON M. ET AL. (2009). *The Premature Call for a Ban on Prone Restraint: A Detailed Analysis of the Issues and Evidence.* The Professional Crisis Management Association.

TABLE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** Tableau du réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux.
- Annexe 2 :** Algorithme décisionnel.
- Annexe 3 :** Indicateurs.

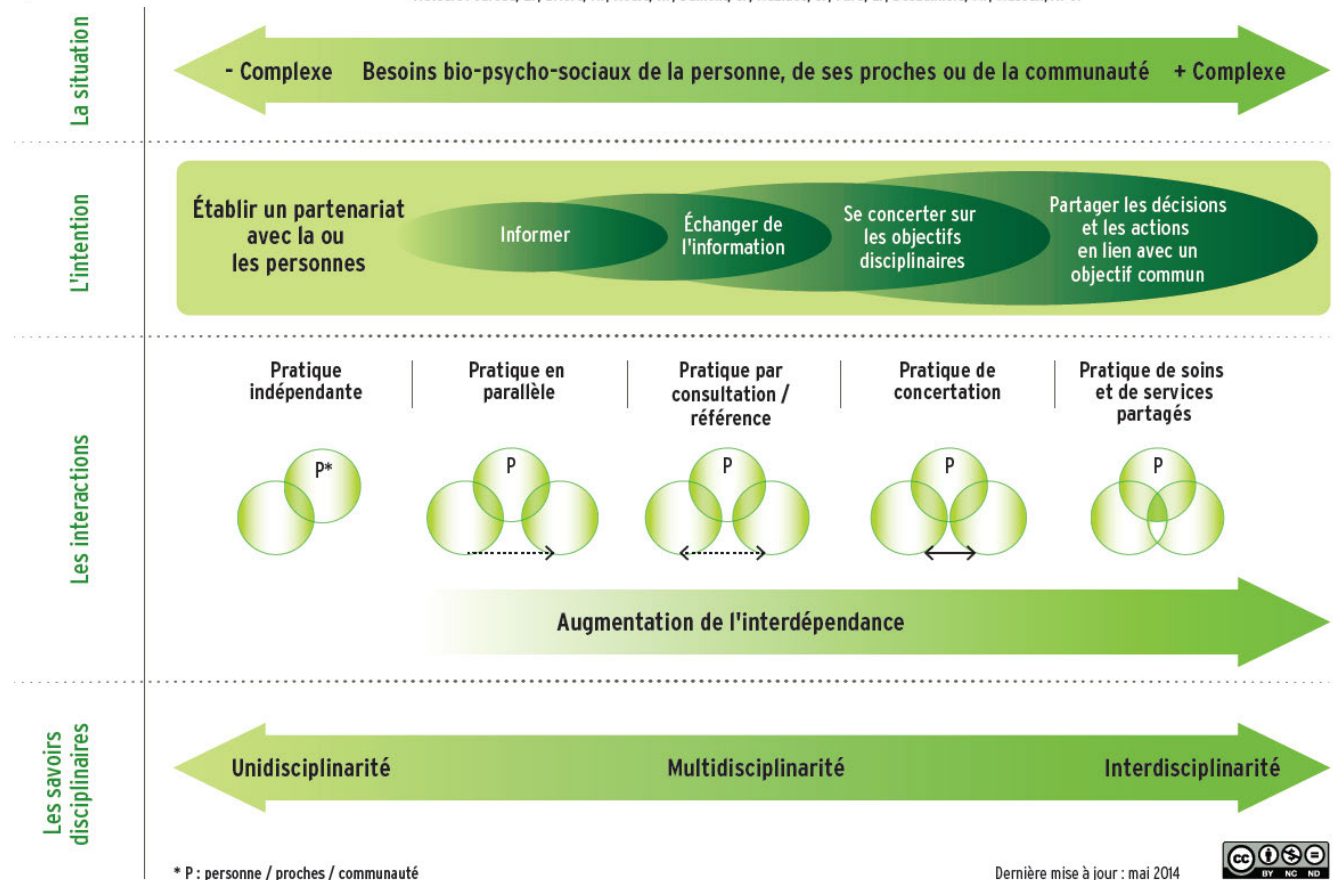
Annexe 1 - Tableau du réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux



Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux

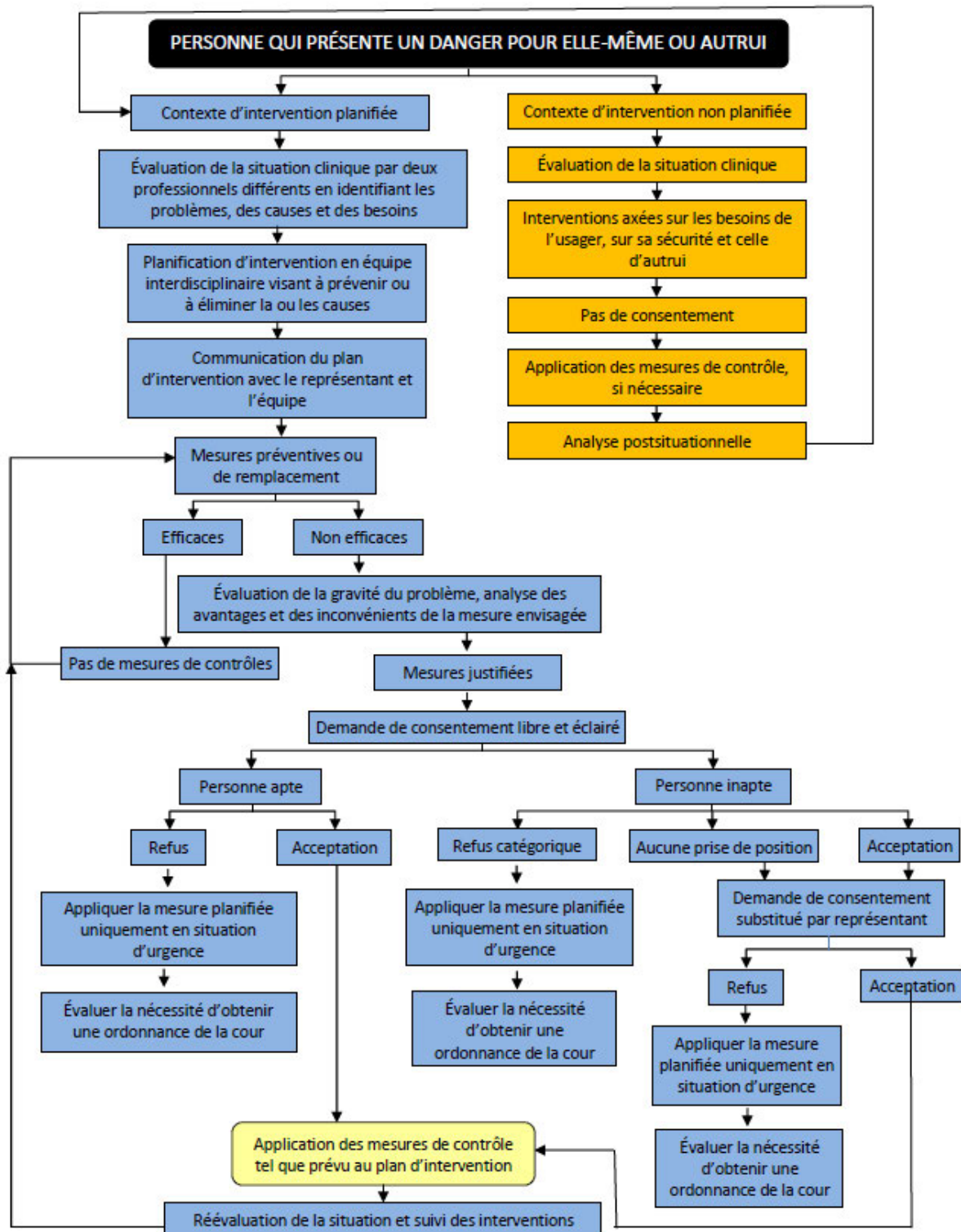
Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux

Auteurs : Careau, E.; Brière, N.; Houle, N.; Dumont, S.; Maziade, J.; Paré, L.; Desaulniers, M.; Museux, A.-C.



Annexe 2 : Algorithme décisionnel

PROCESSUS DÉCISIONNEL POUR L'UTILISATION JUDICIEUSE DE LA CONTENTION ET DE L'ISOLEMENT DANS UNE APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE



Annexe 3 : Indicateurs

PAR NOMBRE D'USAGERS	
Taux d'usagers différents ayant eu une mesure de contrôle	Taux d'usagers ayant eu une contention
	Taux d'usagers ayant eu un isolement
PAR NOMBRE DE MESURES UTILISÉES	
Taux de contention	Proportion de contention mécanique : 4 membres
	Proportion de contention mécanique : autres
	Proportion de contention par la force humaine
	Proportion de contention par substances chimiques
Taux d'isolement	Proportion d'isolement porte pleine
	Proportion de demi-porte
	Proportion de barrières psychologiques
	Proportion de surveillance constante dans un lieu restreint
Taux d'utilisation en contexte planifié (vs non planifié)	Taux de contention en contexte planifié
	Taux d'isolement en contexte planifié
Nombre moyen de mesures de contrôle utilisées par usager	

MESURES DE CONTRÔLE ET SURVEILLANCE CONSTANTE

Rapport annuel 2024-2025

Comité directeur sur l'utilisation exceptionnelle
des mesures de contrôle



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



TABLE DES MATIERES

STATISTIQUES SUR L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE	2
Registre informatisé.....	2
Nombre d'heures de MDC par période, par type de mesure (sauf contention chimique)	2
Taux de contention et d'isolement en fonction du nombre d'usagers présents par période .	3
Nombre d'applications de mesures de contrôle par motif.....	3
Proportion de mesures appliquées en contexte d'intervention planifiée (%)	3
INCIDENTS/ACCIDENTS (AH-223).....	4
FAITS SAILLANTS POUR LES DIRECTIONS CLINIQUES	5
Direction des programmes Déficience intellectuelle et Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique	5
Direction Jeunesse.....	5
Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, volet hébergement ..	6
Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, volet SAD-SGS-SPFV.	6
Direction des Soins infirmiers et de la Santé physique	7
Direction Santé mentale, Dépendance et Itinérance	7
Mission Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté (DJ et DPJ)	8
FAITS SAILLANTS POUR LE COMITÉ DIRECTEUR.....	10
Demandes d'avis et de soutien traitées	10
Analyse	10
Réalizations du comité directeur	10
SURVEILLANCE ACCRUE DES USAGERS.....	12
PRIORITÉS 2024-2025.....	13
ANNEXE	14

STATISTIQUES SUR L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE

Registre informatisé

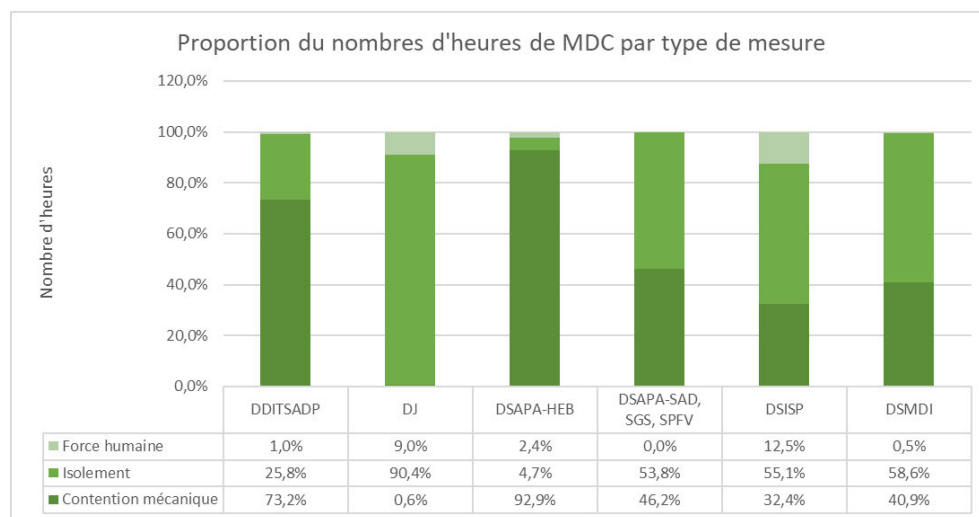
Rappelons que le registre des mesures de contrôle et de la surveillance constante a été implanté graduellement à partir de 2022 puis finalisé en 2024.

Il s'agit d'une page web hébergée sur le portail de service de l'intelligence des données et du développement de solutions informationnelles (SIDDSI) qui permet aux intervenants des milieux cliniques de documenter l'application de mesures de contrôle et de surveillance constante au quotidien. Le registre permet d'assurer un suivi en temps réel et de produire des rapports avec des données quantitatives et qualitatives.

À noter que la mission Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté (CRJDA) de la DJ-DPJ n'a pas été incluse dans le registre. Les données de ces secteurs sont saisies dans le système informatisé PIJ (Projet Intégré Jeunesse).

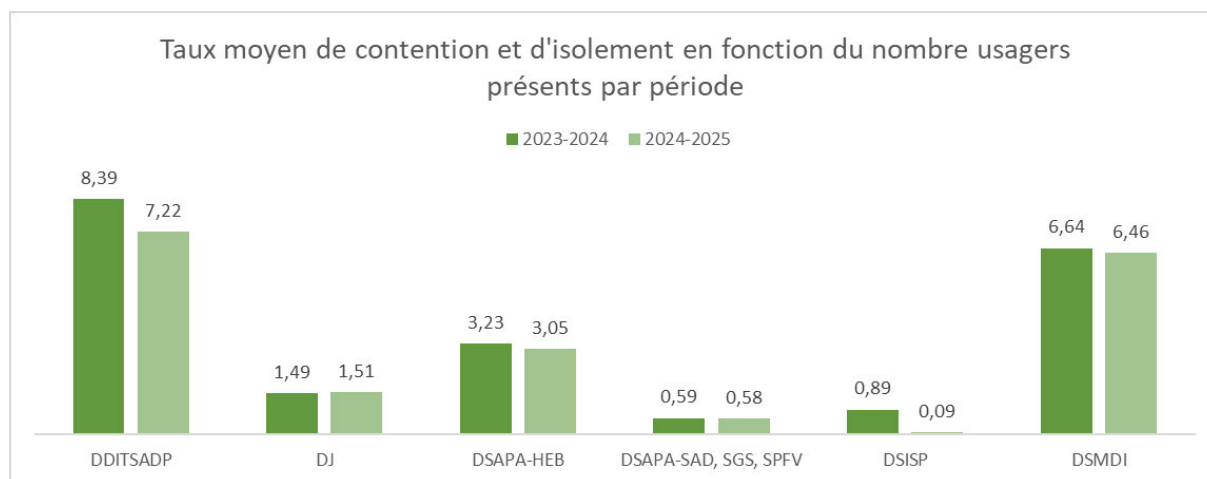
Nombre d'heures de MDC par période, par type de mesure (sauf contention chimique)

	Contention mécanique	Isolement	Force humaine	Total
DDITSADP	150762,8	53155,7	1995,4	205913,9
DJ	3,9	591,8	58,6	654,3
DSAPA-HEB	374298,3	18910,4	9650,9	402859,6
DSAPA-SAD, SGS, SPFV	1750,2	2040,1	0	3790,3
DSISP	224,2	381	86,8	692
DSMDI	9567,4	13715,7	123,1	23406,2



Taux de contention et d'isolement en fonction du nombre d'utilisateurs présents par période

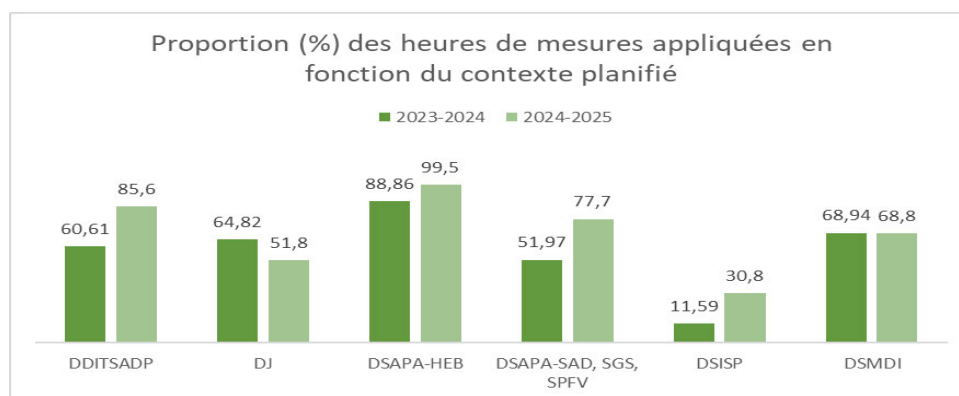
Il s'agit de la moyenne périodique du nombre d'utilisateurs distincts ayant eu une mesure de contrôle sur le nombre total d'utilisateurs présents dans le secteur durant la période.



Nombre d'applications de mesures de contrôle par motif

2024-2025										
Motifs	DDITSADP		DJ		DSAPA-HEB		DSAPA-SGS		DSISP	
Agression	8 664	40%	716	78%	278	1%	222	30%	12	18%
Interférence aux soins	862	4%	8	1%	1560	6%	4	1%	16	25%
Protection	12328	56%	189	21%	25716	93%	505	69%	37	57%
Total	21 854		913		27 554		731		65	
2023-2024										
Motifs	DDITSADP		DJ		DSAPA-HEB		DSAPA-SGS		DSISP	
Agression	8 598	40%	666	69%	263	1%	1312	57%	9	12%
Interférence aux soins	860	4%	9	1%	1228	4%	16	1%	19	26%
Protection	12257	56%	289	30%	32819	96%	962	42%	45	62%
Total	21 715		964		34 310		2 290		73	

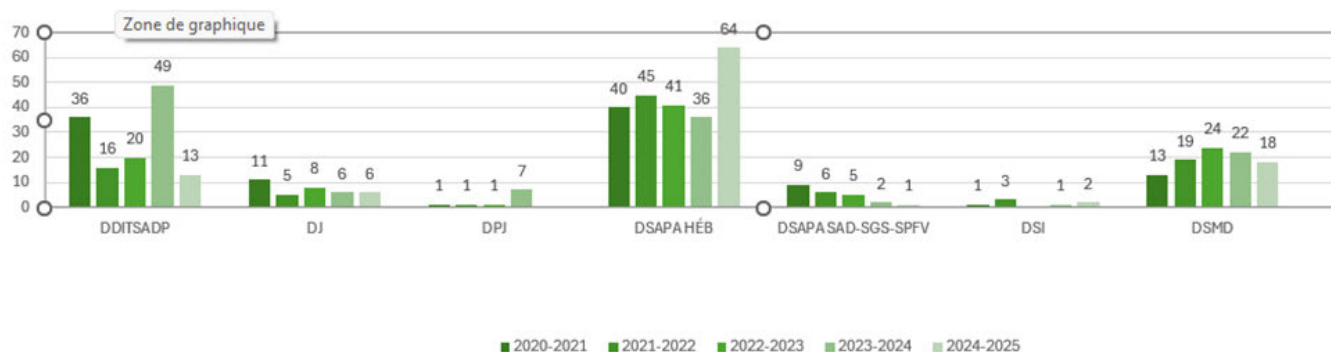
Proportion de mesures appliquées en contexte d'intervention planifiée (%)



INCIDENTS/ACCIDENTS (AH-223)

Types d'événement: Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	Années 2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Total général
DDITSADP	36	16	20	49	13	134
DJ	11	5	8	6	6	36
DPJ	1	1	1	7		10
DSAPA HÉB	40	45	41	36	64	226
DSAPA SAD-SGS-SPFV	9	6	5	2	1	23
DSI	1	3		1	2	7
DSMD	13	19	24	22	18	96
Total général	111	95	99	123	104	532

Nombre de déclaration d'incidents-Accidents dont le type d'événement est
«Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)»



FAITS SAILLANTS POUR LES DIRECTIONS CLINIQUES

Direction des programmes Déficience intellectuelle et Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique

Analyse

- La contention mécanique représente la mesure de contrôle la plus utilisée avec 73%.
- Le taux moyen de contention et d'isolement en fonction du nombre usagers présents, est en baisse avec 7,22 comparé à 8,39 l'année précédente.
- Les principaux motifs d'utilisation sont la protection à 56% et l'agression à 40%, des taux similaires à l'année précédente.
- On observe une amélioration quant au pourcentage du nombre d'heures de mesures utilisées en contexte d'intervention planifiée avec 85,6% comparé à 60,61% l'année précédente.
- Le nombre de déclarations d'incidents/accidents liés aux mesures de contrôle a diminué, soit 13 déclarations comparé à 49 l'année précédente. L'augmentation du soutien clinique a permis de rehausser les pratiques et de mieux planifier l'utilisation des mesures de contrôle. Les environnements sont aussi mieux adaptés avec l'aménagement des salles d'isolement.

Réalisations

- Réalisation et diffusion de la fiche explicative : « Évaluation et prise de décision de l'utilisation d'une mesure de contrôle (MDC) en contexte d'intervention planifiée par un décideur pour les secteurs RAC-URCI et le Transport scolaire de la DDITSADP » par l'équipe de soutien aux mesures de contrôle et l'équipe harmonisation et développement des pratiques.
- Diffusion et actualisation de la trajectoire de soutien en RAC-URCI en projet pilote. Révision en cours pour l'implanter dans l'ensemble de la DDITSADP.
- Titularisation de postes de professionnels habilités pour décider de l'utilisation de MDC en milieu RAC-URCI.
- Atelier animé par l'équipe de soutien aux mesures de contrôle dans le cadre de la diffusion du guide de soutien « Décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle en contexte planifié » pour l'implantation des meilleures pratiques auprès des professionnels habilités desservant la clientèle RAC-URCI.
- Atelier sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle à l'intention des décideurs pédiatriques IRDPQ services PAT, PAC-MMM et écoles spécialisées.

Direction Jeunesse

Analyse

- L'isolement représente la mesure de contrôle la plus utilisée avec 90,4%.
- Le taux moyen de contention et d'isolement en fonction du nombre d'usagers présents, est stable à 1,51 comparée à 1,49 l'année précédente.

- Le principal motif d'utilisation est l'agression à 78%, avec une augmentation comparée à l'année précédente qui était à 69%.
- On observe une baisse quant au pourcentage du nombre d'heures de mesures utilisées en contexte d'intervention planifiée avec 51,8% comparé à 64,82% l'année précédente. Probablement qu'il y a plus de rigueur dans la déclaration de la moindre mesure non planifiée qui ne dure parfois que quelques secondes.
- Le nombre de déclarations d'incidents/accidents liés aux mesures de contrôle est stable.

Réalisations

- Mise à jour des indicateurs dans les salles de pilotage de direction adjointe.
- Intégration des ASI au noyau d'experts en soutien aux équipes pour adresser les situations complexes.
- Amorce d'activités de *retour sur l'expérience* permettant d'analyser les situations vécues et d'améliorer constamment les pratiques.

Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, volet hébergement

Analyse

- La contention mécanique représente la mesure de contrôle la plus utilisée avec 92,9%.
- Le taux moyen de contention et d'isolement en fonction du nombre d'usagers présents, est en légère baisse avec 3,05 comparé à 3,23 l'année précédente.
- Le principal motif d'utilisation demeure la protection avec 93% comparé à 96% l'année précédente.
- On observe une amélioration quant au pourcentage de mesures utilisées en contexte d'intervention planifiée avec 99.5% comparé à 88.86% l'année précédente.
- Le nombre de déclarations d'incidents/accidents liés aux mesures de contrôle a augmenté, soit 64 déclarations comparé à 36 l'année précédente. Cette hausse est justifiée par l'augmentation de la vigilance dans les déclarations.

Réalisations

- Mise à jour des indicateurs dans la salle de pilotage adjointe et de la direction.
- Création d'une boîte courriel pour gérer les demandes de dérogation en amont du comité de dérogation de l'établissement.

Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, volet SAD-SGS-SPFV

Analyse

- L'isolement (53.8%) et la contention mécanique (46.2%) représentent les mesures de contrôle les plus utilisées.

- Le taux moyen de contention et d'isolement en fonction du nombre d'utilisateurs présents, est stable à 0,58 comparée à 0,59 l'année précédente.
- On observe une augmentation de la protection comme motif d'utilisation (69% comparé à 42% l'année précédente) et une baisse pour l'agression (30% vs comparé à 57% l'année précédente).
- On observe une amélioration quant au pourcentage du nombre d'heures de mesures utilisées en contexte d'intervention planifiée avec 77.7% comparé à 51.97% l'année précédente.
- Le nombre de déclarations d'incidents/accidents liés aux mesures de contrôle est stable.

Réalisations

- Création d'une boîte courriel pour gérer les demandes de dérogation en amont du comité de dérogation de l'établissement.

Direction des Soins infirmiers et de la Santé physique

Analyse

- L'isolement (55.1%) et la contention mécanique (32.4%) représentent les mesures de contrôle les plus utilisées.
- Le taux moyen de contention et d'isolement en fonction du nombre d'utilisateurs présents, est en baisse à 0,09 comparé à 0,89 l'année précédente. Quoique le nombre d'utilisateurs est petit, cette baisse est expliquée par la recherche constante de mesures alternatives en soins de courte durée.
- Le principal motif d'utilisation est la protection à 57%, en baisse comparé à 62% l'année précédente.
- On observe une amélioration quant au pourcentage du nombre d'heures de mesures utilisées en contexte d'intervention planifiée avec 30,8% comparé à 11,59% l'année précédente.
- Le nombre de déclarations d'incidents/accidents liés aux mesures de contrôle est stable.

Réalisations

- Mise en place du registre des mesures de contrôle pour les urgences de Portneuf.
- Mise en place du suivi des indicateurs dans la salle de pilotage de la direction adjointe de Charlevoix.

Direction Santé mentale, Dépendance et Itinérance

Analyse

- L'isolement (58,6%) et la contention mécanique (40,9%) représentent les mesures de contrôle les plus utilisées.
- Le taux moyen de contention et d'isolement en fonction du nombre d'utilisateurs présents, est stable à 6,46 comparée à 6,64 l'année précédente.

- Le principal motif d'utilisation est l'agression à 58% en baisse, comparé à 66% l'année précédente.
- On observe une stabilité quant au pourcentage du nombre d'heures de mesures utilisées en contexte d'intervention planifiée avec 68,8% comparé à 68.94% l'année précédente.
- Le nombre de déclarations d'incidents/accidents liés aux mesures de contrôle, est stable.

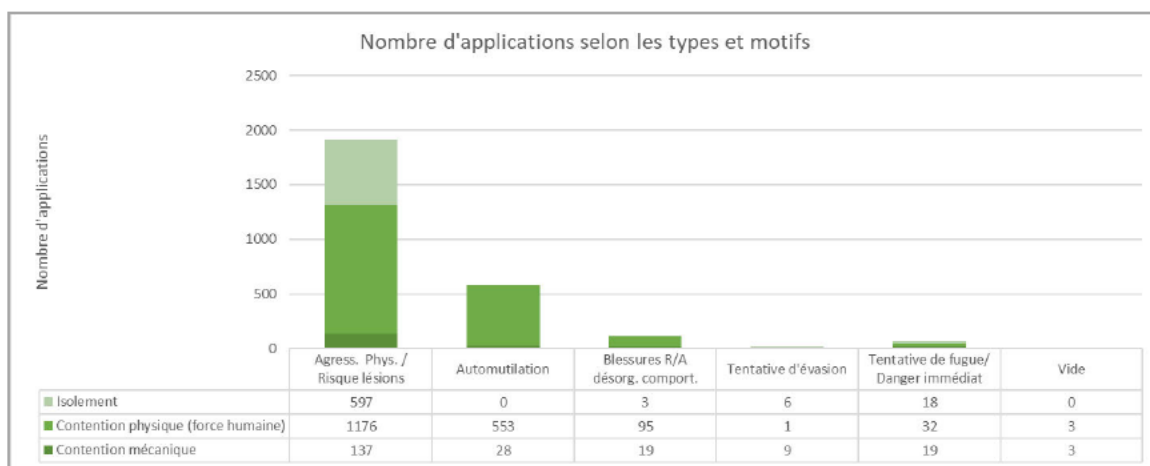
Réalisations

- Formations liées à l'utilisation des mesures de contrôle dans les premières journées d'intégration à la DSMDI.
- Mise en place d'un soutien de proximité pour les préposés aux bénéficiaires (PAB) par le chef d'équipe PAB visant l'actualisation des compétences pour l'application des contentions.
- Mise à jour des indicateurs dans les salles de pilotage des directions adjointes.

Mission Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté (DJ et DPJ)

Nombre d'applications			
	2022-2023	2023-2024	2024-2025
Contention (incluant mécanique et physique)	1181	1967	2075
Isolement	66	147	624

Nombre d'heures	
	2024-2025
Contentions mécaniques	118,18
Contention physique (force humaine)	630,83
Isolement	778,05



Analyse

- La contention, incluant la contention mécanique et la contention par force humaine, représente la majorité des mesures de contrôle utilisées avec 2075 applications. Par contre, l'isolement est supérieur en nombre d'heures avec 778,05 heures.
- Le nombre d'applications est en hausse par rapport aux années précédentes, particulièrement pour l'isolement avec 624 applications comparé à 147 l'année précédente. Deux événements majeurs sont survenus dans la dernière année qui ont nécessité la mise en place de mesures exceptionnelles pour assurer la sécurité des usagers et du personnel. Cette augmentation est circonscrite dans le temps et contextuelle à ces événements.
- Le principal motif d'utilisation est l'agression physique/Risque de lésions avec 1910 applications.
- Le nombre de déclarations d'incidents/accidents liés aux mesures de contrôle a augmenté, soit 7 déclarations comparé à 1 l'année précédente.

Réalisations

- Présentation de la procédure pour la mission du centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) à l'ensemble des gestionnaires et coordonnateurs professionnels.
- Animation de la procédure auprès de l'ensemble des équipes CRJDA.
- Visionnement de la capsule ENA en lien avec la procédure pour la mission CRJDA auprès du personnel en réadaptation.
- Formation des premiers professionnels habilités à mettre en place les mesures de contrôle planifiées.
- Élaboration d'un outil d'aide à la décision pour le menottage auprès des jeunes sous la LSJPA ou en encadrement intensif, lors des transports en partenariat avec les équipes de soutien aux mesures de contrôle et de la gestion des risques.

FAITS SAILLANTS POUR LE COMITÉ DIRECTEUR

Demandes d'avis et de soutien traitées

		DSAPA	DITSADP	DSISP	DJ	DSMDI	CRJDA
Questions ou demandes de soutien	2022-23	32	50	0	4	11	0
	2023-24	33	71	1	4	4	0
	2024-25	76	85	3	3	12	3
Demandes d'avis en cas de dérogation	2022-23	4	29	0	2	25	0
	2023-24	4	29	0	0	8	0
	2024-25	13	26	0	1	3	1

Analyse

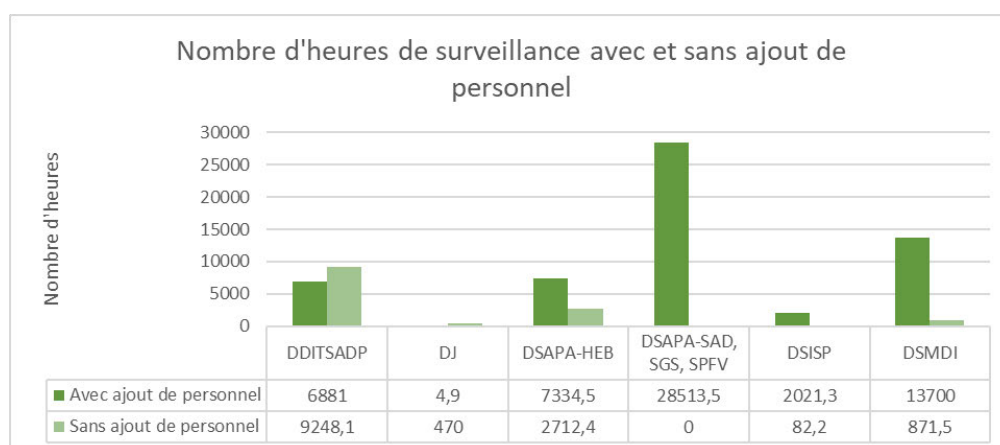
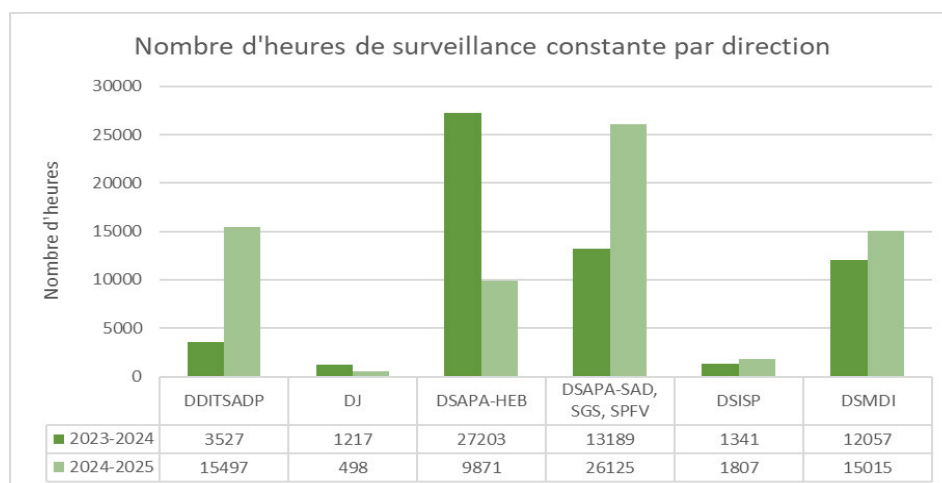
- Les questions ou demandes de soutien sont en hausse dans presque toutes les directions. Ceci s'explique par une meilleure connaissance de ce service et par une sensibilisation des professionnels envers l'utilisation des mesures de contrôle.
- Les demandes d'avis en cas de dérogation sont en hausse à la DSAPA.
- Les demandes d'avis en cas de dérogation sont en baisse à la DSMDI. Ceci peut s'expliquer par la mise à jour de la procédure DSMDI qui ne considère plus comme dérogatoire le fait de ne pas effectuer de visite dans la chambre d'isolement aux deux heures pendant la nuit à l'unité médico-légale ou aux soins intensifs psychiatriques.

Réalizations du comité directeur

- Diffusion des nouveaux formulaires.
- Adoption et diffusion de :
 - La mise à jour du Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle;
 - La mise à jour de la procédure DITSADP;
 - La Procédure pour la mission du centre de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) de la DJ-DPJ.
- Élaboration d'une formation ENA pour la Procédure CRJDA.
- Refonte de l'ensemble des formations.
- Finalisation du déploiement du registre dans les derniers secteurs ciblés en décembre 2024.
- Déploiement d'indicateurs dans la plateforme SIDDSI.

- Élaboration et validation de grilles d’audits pour apprécier la pratique clinique en contexte d’intervention planifiée et non planifiée.
- Réalisation d’audits et présentation des rapports d’audits pour certains secteurs ciblés en projet pilote.
- Audits en cours pour l’ensemble des secteurs ciblés jusqu’en juin 2025.
- Diffusion de la trajectoire concernant les mesures de contrôle dans le transport scolaire.
- Visites des salles d’isolement dans les lofts à la DSMDI et DITSADP.
- Adoption du document « Planification du suivi de l’utilisation du registre des mesures de contrôle et de la surveillance constante » par le comité directeur des mesures de contrôle qui vise à clarifier les rôles et responsabilités des différents collaborateurs impliqués dans la vigie de la qualité des données saisies et à mettre en place une structure de vigie.
- Intégration d’un usager partenaire dans le comité de la pratique professionnelle en avril 2025.
- Révision du mandat du comité professionnel pour y inclure le volet soutien aux gestionnaires et intervenants.
- Soutien d’équipes du secteur jeunesse de l’IRDPQ.
- Amorce de la révision des outils de la procédure de surveillance constante.
- Élaboration et déploiement d’un outil de soutien pour les mesures de contrôle vs les mesures de positionnement pour les enfants lors de la vaccination ou lors du dépistage dans les points de services locaux (voir annexe).
- Note de service le 11 mars 2024 : Système de contention PINEL – Recours aux sangles latérales de positionnement.

SURVEILLANCE ACCRUE DES USAGERS



Analyse

- Baisse d'heures de surveillance à la DSAPA-Hébergement.
- Augmentation du nombre d'heures à la DITSADP en raison d'une meilleure connaissance de la procédure permettant ainsi, une meilleure planification et une juste utilisation du recours à la surveillance constante.
- De plus, plusieurs usagers ont nécessité une surveillance considérant leur profil/condition de santé physique les mettant à risque élevé de chutes et de blessures.
- Augmentation du nombre d'heures à la DSAPA-SAD-SGS-SPFV. Un rappel a été fait aux intervenants d'inscrire les surveillances constantes dans le registre.
- Bon coup à la DITSADP et à la DJ dont le nombre d'heures de surveillance sans ajout de personnel, est élevé.
- On observe cependant un nombre d'heures de surveillance sans ajout de personnel faible à la DSMDI et à zéro à la DSAPA-SAD-SGS-SPFV. La charge de travail permet rarement la mise en place d'une surveillance constante sans ajout de personnel dans ces secteurs.

Réalisations

- Mise à jour de l'outil de collecte et d'analyse d'informations lors d'une surveillance constante.
- Poursuite de la mise à jour des outils cliniques en annexe à la procédure à la suite des commentaires des milieux.

PRIORITÉS 2024-2025

- Mise à jour des formations sur la plate-forme ENA : élaboration de formation adaptée à chaque direction clinique
- Soutenir les directions clientèles, notamment le programme Agir-tôt de la DJ et DDITSADP et le secteur CRJDA, en ce qui a trait à l'application du protocole et des procédures.
- Poursuivre les travaux de révision et d'harmonisation de l'ensemble des procédures des directions cliniques.
- Analyser les audits en vue de l'élaboration d'un plan d'action.
- Consolider les processus de validation pour assurer des données fiables dans le Registre des mesures de contrôle.
- Mise à jour de la procédure relative au recours à la surveillance accrue des usagers et de ses annexes.

Fiche explicative à l'intention des intervenants

Utilisation d'une MESURE DE CONTRÔLE (MDC) en contexte de VACCINATION, PRÉLÈVEMENT OU DÉPISTAGE dans les secteurs ambulatoires des points de services locaux



EST-CE UNE MESURE DE CONTRÔLE?



- 1- Chez les enfants de **6 ans ou moins**, l'immobilisation temporaire inhérente à un traitement ou à un examen peut être utilisée avec le consentement du représentant légal sans que ce soit considéré comme une mesure de contrôle
- 2- Pour la **vaccination**, les techniques de positionnement enseignées dans le Programme d'immunisation du Québec (PIQ) ne sont pas des mesures de contrôle. Elles peuvent être enseignées aux parents et être utilisées par les professionnels
- 3- Lorsque le but est de retenir un geste **réflexe** lors d'un soin ou un examen temporaire, ce n'est pas considéré comme une mesure de contrôle. Dans une telle situation, la force exercée doit être égale à celle de l'utilisateur et de courte durée
- 4- Chez les personnes de **plus de 6 ans**, lorsqu'une force plus grande que celle de l'utilisateur est exercée dans le but d'empêcher un mouvement volontaire, il s'agit d'une mesure de contrôle



QUOI FAIRE LORSQU'UNE MESURE DE CONTRÔLE EST ENVISAGÉE?

AVANT

- Effectuer une analyse des risques avec l'ASI et le parent. L'analyse doit tenir compte de la probabilité que les risques arrivent réellement et de la gravité des conséquences s'ils surviennent (Ex: condition de santé à haut risque de complication, recommandation de la DSPU ou du médecin, les parents disent qu'ils ne reviendront pas, etc.). Plus un risque est probable et ses conséquences graves, plus la MDC est justifiée.
- Envisager l'utilisation d'une MDC lorsque l'analyse de la situation démontre qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients ET QUE toutes les mesures de remplacement/diversion ont échouées ou ne sont pas applicables (Voir exemples ici-bas).

PENDANT

- Demander aux parents de maintenir l'enfant
- Si le parent n'est pas en mesure de maintenir l'enfant, l'ASI doit rechercher la présence d'un intervenant formé pour le faire
- Lors du maintien, s'assurer d'utiliser une force minimale, par un nombre minimal d'intervenant et en respect du sens naturel des articulations

APRÈS

- Documenter dans le formulaire AS-624 ou dans le dossier de l'utilisateur : l'analyse de la situation, la décision et, le cas échéant, la MDC utilisée ainsi que la réaction du jeune et de son parent

Exemples de mesures de remplacement /diversion

- | | | |
|------------------|--|------------------------|
| - Autocollants | - 2ème RDV | - Autre accompagnateur |
| - Sucette glacée | - Suivi dans un autre point de service | - Histoire rassurante |
| - Crème Emla | | |

Références : (2024) Protocole R-16 sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle au CIUSSSCN ; [Programme immunisation du Québec](#)

Comité des pratiques professionnelles sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (DSISP-DSM) 2025-01-03