

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</p> 	<h1>PROCÉDURE</h1>
	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	
<input checked="" type="checkbox"/> Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle :	17 novembre 2021
<input checked="" type="checkbox"/> Comité exécutif du conseil multidisciplinaire :	23 janvier 2020
<input checked="" type="checkbox"/> Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens :	12 février 2020
<input checked="" type="checkbox"/> 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 AÎNÉS (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	<p>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.</p> <p>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.</p>
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 tissu 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> Maintien par la force par le nombre minimal d'intervenants, et ce, selon les techniques de privilégiées par OMÉGA, ITCA ou TPAAS. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintien par 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
<ul style="list-style-type: none"> Chambre personnelle sécurisée; Demi-porte; Dispositif agissant comme barrière psychologique; Isolement inversé; Salle d'isolement; Surveillance constante dans un lieu restreint. 	<ul style="list-style-type: none"> 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'usager. 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'usager 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'usager 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

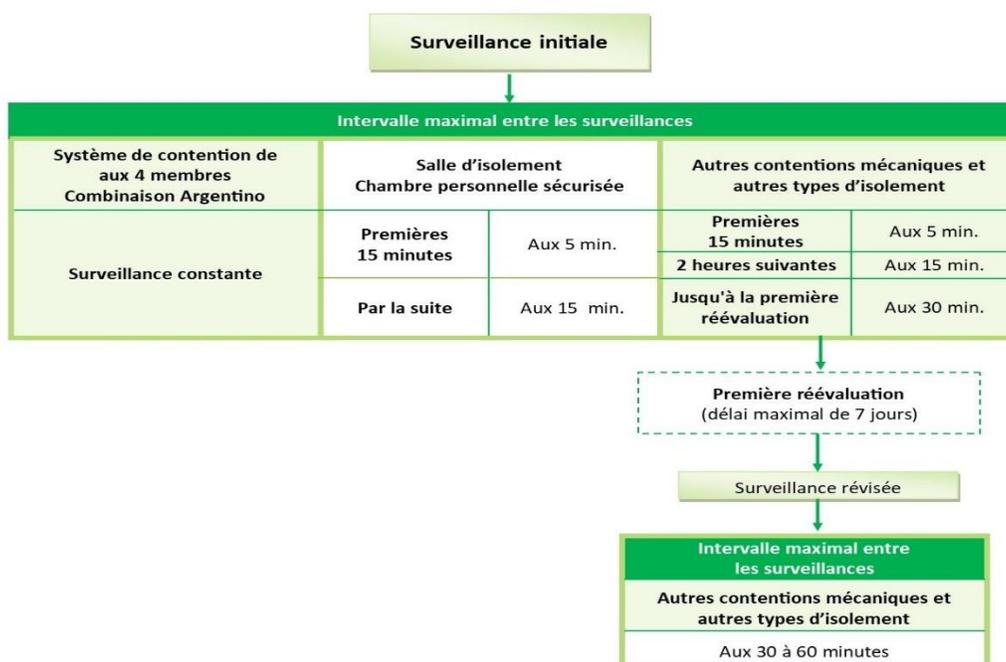
Lors de la mise en place initiale d'une mesure de contrôle, une fréquence de surveillance plus étroite est mise en place et déterminée par les professionnels ayant décidé de la mesure. Toutefois, cette fréquence peut être augmentée selon les observations faites par les intervenants pour assurer la sécurité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



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

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'utilisateur. 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'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-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 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 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
<ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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'utilisateur 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
<ul style="list-style-type: none">• Maintien par la force par le nombre minimal d'intervenants, et ce, selon les techniques privilégiées par OMÉGA ou TPAAS.	<ul style="list-style-type: none">• 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.

URGENCES PSYCHIATRIQUES

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none">Salle d'isolement;Surveillance constante dans un lieu restreint.	<ul style="list-style-type: none">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

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.

SERVICES AMBULATOIRES

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 interpeler 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)

RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI) ET 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 PLANIFIÉE
<ul style="list-style-type: none">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'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 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'utilisateur 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
<ul style="list-style-type: none">Maintien par la force par une ou plusieurs personnes (maximum 3 intervenants) selon les techniques de restriction gestuelle.	<ul style="list-style-type: none">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.

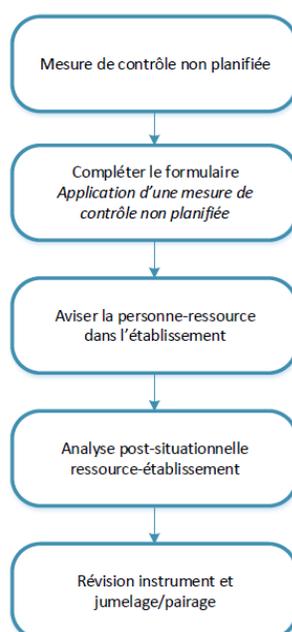
Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

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 évènement, 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'utilisateur, 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'utilisateur 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'utilisateur 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
<ul style="list-style-type: none">• Système de transport accompagné sécuritaire (TAS).	<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• Maintien par la force par une ou plusieurs personnes selon les techniques privilégiées par OMÉGA et ITCA.	<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• Chambre personnelle sécurisée;• Isolement inversé;• Salle d'isolement;• Surveillance constante dans un lieu restreint.	<ul style="list-style-type: none">• 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.

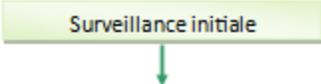
Les professionnels déterminent et inscrivent dans le *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* :

- 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 :



Le diagramme illustre le processus de surveillance initiale. Une boîte rectangulaire verte en haut est étiquetée 'Surveillance initiale'. Une flèche descendante pointe vers un tableau à deux colonnes et deux lignes. Le tableau a un en-tête principal 'Intervalle maximal entre les surveillances' en vert foncé. La première ligne du tableau est divisée en deux sections : 'Isolement' et 'Système TAS'. La deuxième ligne est divisée en deux colonnes correspondant à ces sections, avec des valeurs de surveillance : 'Premières 15 minutes' et 'Heures suivantes' pour l'isolement, et 'Aux 5 minutes' et 'Aux 15 minutes' pour le système TAS. La valeur 'Constante' est indiquée dans la section 'Système TAS' de la deuxième ligne.

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'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 chambre 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 chambre** :
 - 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 **minimalement toutes les deux heures**, selon la condition de l'utilisateur.

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 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
RÉSIDENTE PRIVÉE POUR AÎNÉS (RPA)

RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS (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

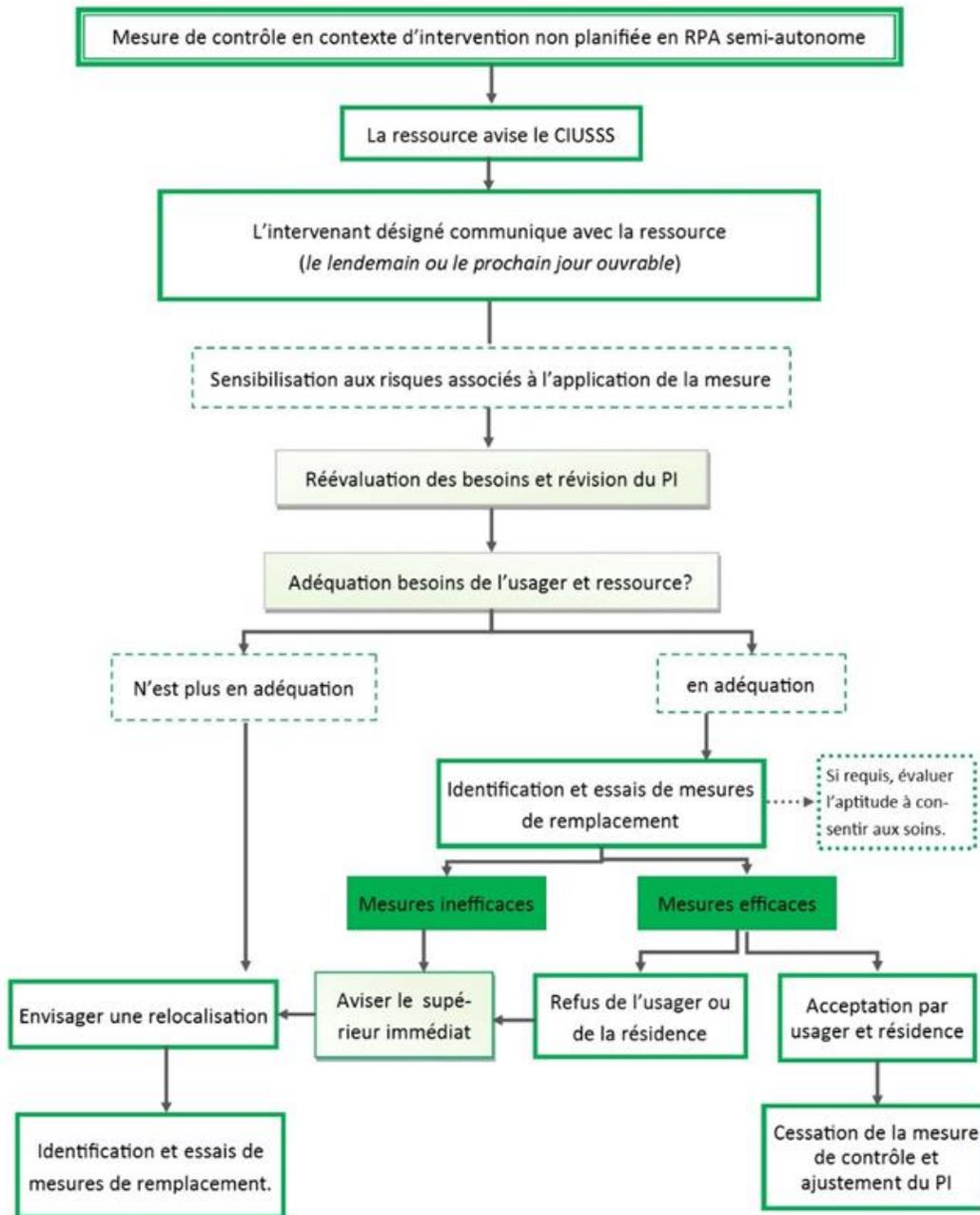
En vertu des articles 54 et 55 du Règlement, la RPA qui a recours à des mesures de contrôle doit immédiatement demander à l'établissement de procéder sans délai à une évaluation de la condition de l'utilisateur ainsi que d'identifier et de mettre en place les mesures appropriées pour assurer la sécurité.

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 :

RÉSIDENCE PRIVÉE POUR ÂÎNÉS (RPA)

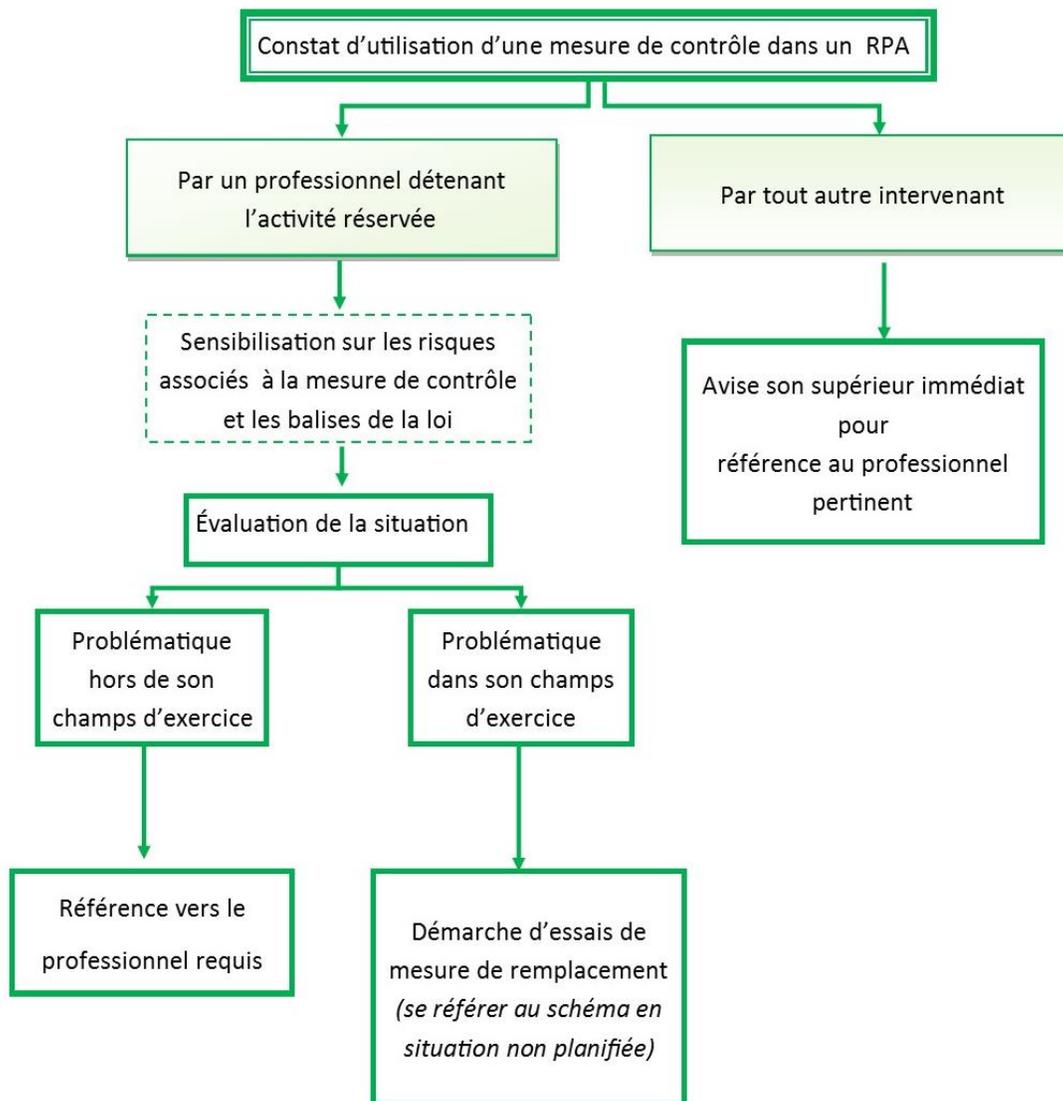


4. LORS DU CONSTAT DE L'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE DANS UNE RPA

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).

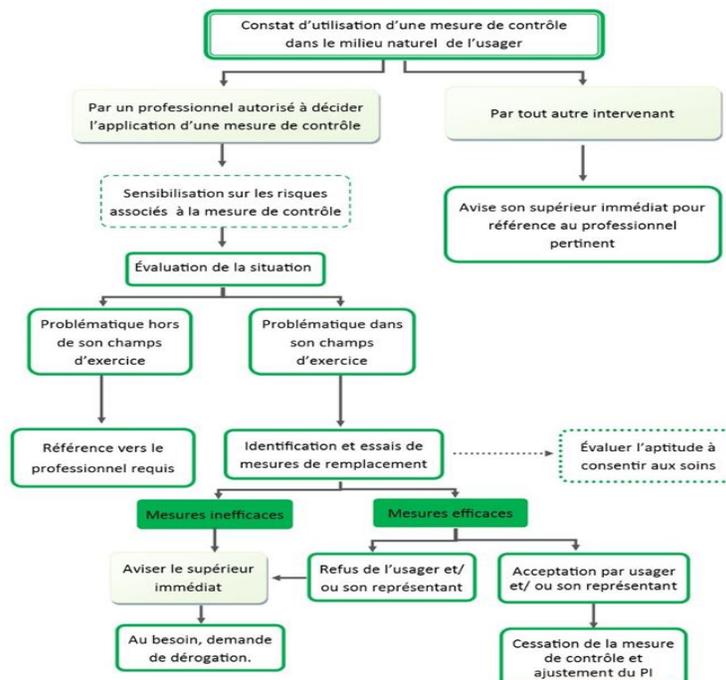
2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION PROGRAMME EN CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

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
<ul style="list-style-type: none"> • Documenter l'histoire de chute de l'utilisateur et chercher à traiter la cause; • Connaître les habitudes de vie antérieure de l'utilisateur 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'utilisateur; • 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'utilisateur 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
<ul style="list-style-type: none"> • Adapter la routine selon les besoins de l'utilisateur et mettre en place des tournées standardisées aux heures; • Offrir d'aller aux toilettes; • Avant de quitter la chambre, valider auprès de l'utilisateur qu'il n'y a pas d'autres besoins non répondus; • Respecter le rythme de l'utilisateur; • 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
<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir à la localisation de la chambre pour faciliter la surveillance; • Analyser les habitudes de déplacement de l'utilisateur 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'utilisateur à sa portée (lunettes, montre, photographies, etc.); • Ajuster le lit au plus bas ou à la hauteur favorisant l'autonomie de l'utilisateur 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • 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'utilisateur intègre les aires communes;
- La prévision d'une diminution progressive des mesures vers des moyens moins contraignants au fur et à mesure que l'utilisateur 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
<ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Effets indirects</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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		
<ul style="list-style-type: none"> • Chef de l'unité. • Directeur adjoint DSMD. • Copie conforme : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Assistante (AIC/ASI); ◦ Conseillère-cadre en soins infirmiers– volet DSMD. 	Isolement	<ul style="list-style-type: none"> • Après 12 heures consécutives d'isolement lors d'une période de 24 heures. OU <ul style="list-style-type: none"> • Après 3 jours consécutifs d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif.
	Système de contention aux quatre membres et combinaison Argentino	<ul style="list-style-type: none"> • Après plus de 8 heures consécutives d'application. OU <ul style="list-style-type: none"> • Après 3 jours consécutifs de plus d'une heure/jour.
DEUXIÈME NIVEAU D'ALERTE		
Ajout des personnes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Directeur; • Responsable médical; • Directrice adjointe des soins infirmiers. 	Isolement	<ul style="list-style-type: none"> • Après 6 jours consécutifs d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif. OU <ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Après plus de 16 heures consécutives d'application; • Par la suite, à toutes les 8 heures. OU <ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.