

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale 	PROCÉDURE
	Code : PR-R-16-2
	Direction responsable : Direction des soins infirmiers et de la santé physique
	Présentée et adoptée au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle : 25 septembre 2019
TITRE : Procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) - Hébergement Direction programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) - Soutien à domicile, services gériatriques spécialisées, soins palliatifs (SAD-SGS-SP)	
Entrée en vigueur le : 14 juin 2025 Cette procédure annule la procédure antérieure traitant du même sujet.	

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

CONSULTATIONS

- ☒ Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle : 25 septembre 2019
- ☒ Comité exécutif du conseil multidisciplinaire : 14 février 2019
- ☒ Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : 13 mars 2019
- ☒ Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers : 21 février 2019

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIFS	3
CHAMPS D'APPLICATION.....	3
CLIENTÈLE VISÉE	3
DÉFINITIONS	4
MARCHE À SUIVRE CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE MAISONS DES AÎNÉS ET ALTERNATIVES UNITÉS GÉRIATRIQUES LITS COMMUNAUTAIRES DE SOINS PALLIATIFS	7
MARCHE À SUIVRE SERVICES AMBULATOIRES	19
MARCHE À SUIVRE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI) RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL (RTF)	21
MARCHE À SUIVRE RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS (RPA)	32
MARCHE À SUIVRE MILIEU NATUREL DE L'USAGER	37
RÉFÉRENCES.....	40
ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT	42
ANNEXE II : RISQUES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE	46

OBJECTIFS

Ce document vise à décrire les procédures spécifiques en matière de recours à une mesure de contrôle à la Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DSAPA) tout en respectant les balises émises par le *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle de l'établissement (R-016)*.

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 ressource privée pour aînés (RPA) doivent respecter la présente procédure.

La procédure s'applique à l'égard des usagers, tels que définis dans le présent document, 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 relevant de la Direction programme SAPA dans les milieux suivants :

- Les centres d'hébergement;
- Les maisons des aînés et alternatives (MDAA);
- Les lits communautaires de soins palliatifs;
- Les unités de courte durée gériatriques;
- Les services ambulatoires;
- Les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF);
- Les résidences pour aînés (RPA);
- Le milieu naturel de l'utilisateur.

DÉFINITIONS

ANALYSE POST-SITUATIONNELLE	Évaluation et analyse des avantages et des effets indésirables déterminant la pertinence du type de mesure utilisée et de son maintien, menant au réajustement du plan d'intervention au besoin ¹ .
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 exceptionnelle des mesures de contrôle lorsqu'une mesure envisagée n'est pas encadrée par le protocole ou lorsqu'une recommandation spéciale est nécessaire en situation d'absence de consensus.
ÉTABLISSEMENT	Regroupement d'établissements publics du même secteur dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux au Québec.
INTERVENANT	Tout gestionnaire, médecin, dentiste, pharmacien, employé, étudiant, stagiaire, superviseur de stage, contractuel, de même que toute personne occupant une fonction au CIUSSS de la Capitale-Nationale.
INTERVENANT PIVOT	Interlocuteur principal qui s'assure que l'utilisateur et ses proches sont accompagnés et soutenus afin d'assurer l'intégration des interventions et des services au sein de son établissement.
INSTRUMENT	Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance de l'utilisateur.
JUMELAGE/ PAIRAGE	Le jumelage est un processus qui consiste à sélectionner une ressource ayant un portrait qui la rend susceptible de répondre adéquatement aux besoins d'un usager et à jumeler cette ressource avec cet usager. Le pairage fait partie intégrante du processus de jumelage et consiste, quant à lui, à vérifier l'homogénéité ou la compatibilité entre le profil de l'utilisateur visé, par le jumelage, et le profil des usagers déjà présents dans la ressource.
MESURES AUTORISÉES	Mesures permises/légitimées par l'Établissement.
MESURES PROSCRITES	Mesures exclues/prohibées par l'Établissement.
PROTOCOLE	Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (Règlement R-16).
RÈGLEMENT	Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés.

¹Adaptée 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.

RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS ARTICLE 346.0.1 LSSSS	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 de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode.
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

ALÈSE OU LITERIE ENROULÉE	Utilisation d'une alèse pour emmailloter le corps et les membres de l'utilisateur de façon serrée afin de l'empêcher de bouger.
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'USAGER NE PEUT DÉTACHER LUI-MÊME	Toute ceinture au fauteuil que l'utilisateur n'est pas en mesure de détacher seul.
CEINTURE DE PANTALON AVEC BOUTON MAGNÉTIQUE	Utilisation d'un bouton magnétique pour attacher la ceinture de l'utilisateur afin qu'il ne puisse pas la détacher seul.
COMBINAISON ARGENTINO	Combinaison permettant de maintenir un usager 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 usager 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.
JAQUETTE À L'ENVERS	Jaquette dont l'ouverture des manches est utilisée pour y insérer les jambes afin d'empêcher l'utilisateur d'accéder à ses sous-vêtements.
LIT À PROFIL BAS	Lit permettant d'être abaissé près du sol qui est utilisé pour limiter la capacité d'un usager de se lever seul.
MASQUE ANTI-CRACHAT	Capuchon de tissus qu'on enfle sur le visage, comportant une partie en filet à la hauteur des yeux et une partie filtration recouvrant la bouche juste sous le nez.
MITAINE DE PROTECTION	Mitaine empêchant l'utilisateur de tirer ou d'agripper des objets, de retirer les dispositifs médicaux en place ou de s'infliger des blessures.
PANTALON OU CULOTTE DE PROTECTION MIS DEVANT DERRIÈRE	Pantalon ou culotte de protection mis de telle sorte que le devant de celui-ci se retrouve sur la partie postérieure de l'utilisateur.

RETRAIT D'UN ACCESSOIRE DE MARCHÉ 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, peu importe le modèle de lit.
SYSTÈME DE CONTENTION ABDOMINALE MAGNÉTIQUE AU LIT	Ceinture abdominale 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.
TABLETTE AU FAUTEUIL	Tablette qu'on fixe au fauteuil pour empêcher l'utilisateur de se lever.
VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE	Combinaison généralement portée sous les vêtements, en tissu (polyester et coton) ou en filet (polyester) pour empêcher l'utilisateur d'avoir accès à son corps.

CONTENTIONS PAR FORCE HUMAINE

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

ISOLEMENT

PIÈCE AVEC PORTE ET ACCÈS VISUEL	Isolement d'un usager dans une pièce fermée avec une porte et un accès visuel à l'ensemble de la pièce sans angle mort (fenêtre, judas, etc.).
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.
SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT	Cette mesure consiste à accorder une présence continue auprès de l'utilisateur par un intervenant 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 (Ex. : Filet velcro, bande sur le plancher).
ISOLEMENT INVERSÉ	Retrait des autres usagers et du personnel du lieu où se trouve un usager considéré comme dangereux pour autrui à un moment précis et non planifié.

MARCHE À SUIVRE
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
MAISONS DES ÂÎNÉS ET ALTERNATIVES
UNITÉS GÉRIATRIQUES
LITS COMMUNAUTAIRES DE SOINS PALLIATIFS

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section présente la procédure concernant les usagers qui :

- Sont admis en milieu d'hébergement (centres d'hébergement et de soins de longues durées (CHSLD), maisons des aînés et alternatives (MDAA);
- Occupent un lit communautaire de soins palliatifs;
- Sont hospitalisés sur une unité gériatrique (unité de courte durée gériatrique (UCDG), unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF) et soins post-aigus).

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES et proscrites dans LA DIRECTION SAPA

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul; • Fauteuil bas et inclinable; • Lit à profil bas; • Mitaines de protection; • Système de contention abdominale magnétique au lit avec ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) montées; • Tablette sur un fauteuil muni d'une ceinture; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce; • Casque de protection.	• Alèse ou literie enroulée; • Attache-poignet/attache-cheville; • Ceinture de pantalon avec bouton magnétique; • Combinaison Argentino; • Fauteuil gériatrique sans ceinture; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel; • Jaquette à l'envers; • Matériel maison ou adaptation de matériel; • Pantalon mis devant derrière; • 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; • Masque anti-crachat.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE

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

MARCHE À SUIVRE CHSLD, MDAA, UNITÉS GÉRIATRIQUES ET LITS SOINS PALLIATIFS

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. Ce type de contention n'est pas sécuritaire en raison des risques de piégeage entre les ridelles et le lit si l'utilisateur s'agite pour tenter de sortir et du risque de blessures liées à la hauteur de la chute si l'utilisateur 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'utilisateur lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que ce dernier soit en mesure de comprendre les risques potentiels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à un usager des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir ou d'y entrer;
- Lors d'un épisode aigu de soins physiques en réanimation ;
- Lorsqu'un usager est incapable de se mobiliser (usager grabataire ou fin de vie).

IMPORTANT

Lors de l'utilisation d'une contention abdominale au lit, il faut lever toutes les ridelles. Dans cette situation, les ridelles pleines sont privilégiées. Toutefois, si les ressources matérielles ne sont pas disponibles, les quatre demi-ridelles peuvent être levées. Dans cette situation, il est particulièrement important de s'assurer d'un ajustement optimal des courroies autour du matelas qui sont 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.

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

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Les techniques de restriction gestuelle sont autorisées lors du déplacement d'un usager vers un lieu d'isolement.	• Maintien par la force humaine par restriction gestuelle ou par contrôle articulaire pour immobiliser l'utilisateur.
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Maintien par la force par un nombre minimal sécuritaire d'intervenants selon des techniques de restriction gestuelle	• Maintien par contrôle articulaire • Maintien au sol d'un usager en position ventrale ou avec compression thoracique

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

MARCHE À SUIVRE CHSLD, MDAA, UNITÉS GÉRIATRIQUES ET LITS SOINS PALLIATIFS

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

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Pièce avec porte et accès visuel • Pièce avec demi-porte • Surveillance constante dans un lieu restreint • Dispositif agissant comme barrière psychologique	• Pièce avec porte sans accès visuel • Isolement inversé
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
Isolement inversé • Pièce avec porte et accès visuel. • Pièce avec demi-porte. • Surveillance constante dans un lieu restreint. • Dispositif agissant comme barrière psychologique.	• Pièce avec porte sans accès visuel

2.4.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES À L'ISOLEMENT

LA DEMI-PORTE

Son utilisation doit se limiter aux situations particulières où il n'y a pas d'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 sera pas porté à essayer de passer par-dessus la demi-porte.

LA 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).

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. Cela permettra de déterminer, notamment, le mobilier, la tenue vestimentaire et les effets personnels qui seront autorisés, ainsi que les caractéristiques de la chambre (ex. : mobilier fixé au plancher, fenêtre incassable).

LES DISPOSITIFS AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE

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

- L'utilisation de matériel tel du ruban adhésif coloré au sol

MARCHE À SUIVRE CHSLD, MDAA, UNITÉS GÉRIATRIQUES ET LITS SOINS PALLIATIFS

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

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
Médecin	Oui	Oui	Oui
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui	Oui
Infirmière	Oui	Oui	Non
Ergothérapeute	Oui	Oui	Non
Physiothérapeute	Oui	Non	Non
Travailleur social	Oui	Oui	Non
Psychologue	Oui	Oui	Non
Psychoéducateur	Oui	Oui	Non

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1 POUR LA CONTENTION MÉCANIQUE ET L'ISOLEMENT

La décision d'utiliser une contention mécanique ou l'isolement en contexte d'intervention planifiée doit être prise par au moins **deux (2) professionnels** habilités, de titres d'emplois différents. Ce sont ces deux (2) mêmes professionnels qui remplissent et signent le formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* contenu au Protocole (R-16).

3.2.2 POUR LA CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous **prescription uniquement**. Le moment ou le contexte d'administration est 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;

MARCHE À SUIVRE CHSLD, MDAA, UNITÉS GÉRIATRIQUES ET LITS SOINS PALLIATIFS

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

Dans cette situation, il est suggéré 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 inscrit 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.

3.3 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 la notice du fabricant. Ainsi ils peuvent :

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

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

3.4.1 PREMIÈRE RÉÉVALUATION

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

3.4.2 RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

Par la suite, la pertinence clinique de maintenir la mesure de contrôle doit être réévaluée par les professionnels concernés de façon continue selon les observations recueillies lors des surveillances, selon

l'évolution de l'état de l'utilisateur ou selon un intervalle maximal de trois (3) mois. Pour la grenouillère, une révision annuelle est possible.

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

4.1 DÉCISION

La décision d'utiliser 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 qui décide d'appliquer une mesure de contrôle doit remplir le formulaire *Application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée* en annexe du Protocole (R-16). Les professionnels ayant l'activité réservée peuvent remplir ce même formulaire ou rédiger une note au dossier de l'utilisateur incluant :

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

Il doit s'assurer de transmettre les renseignements au gestionnaire en responsabilité.

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 :

Contention mécanique : le prochain jour ouvrable.

Isolement : Dès l'application et, si cela est possible, dès que la mesure est envisagée.

4.2 ANALYSE POSTSITUATIONNELLE

La présente section complète la section 11.2.3 du Protocole.

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

5. SURVEILLANCE

5.1 ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

Lors de l'application d'une mesure de contrôle, la surveillance peut prendre différentes formes et peut exiger d'observer des signes cliniques précis. En contexte d'intervention planifiée, les modalités de surveillance sont

MARCHE À SUIVRE CHSLD, MDAA, UNITÉS GÉRIATRIQUES ET LITS SOINS PALLIATIFS

identifiées par les professionnels qui décident de la mesure. Afin de répondre aux besoins de l'utilisateur, d'observer les signes cliniques généraux ou de valider l'intégrité du matériel, la surveillance peut s'effectuer par l'ensemble des intervenants.

La surveillance doit s'effectuer de manière directe. L'utilisation de caméras ou autres moyens technologiques ne peut pas remplacer une surveillance physique lors de l'application d'une mesure de contrôle. Le formulaire de surveillance approprié à la situation doit être rempli pour toute la durée de l'application d'une mesure de contrôle. Les formulaires sont disponibles sur la Zone CIUSSS et se retrouvent en annexe IV du Protocole (R-16).

5.1.1 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

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

5.2 SURVEILLANCE EN CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉ

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques. Les professionnels ayant décidé d'utiliser une mesure de contrôle doivent déterminer et consigner au plan d'intervention, 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. Les professionnels doivent s'assurer que les personnes qui appliqueront la mesure soient habiletés à appliquer la contention. Pour ce faire, ils doivent faire l'enseignement et valider visuellement que la personne est capable de procéder à l'application telle qu'enseignée.

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

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

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

Les professionnels ayant rempli et signé le formulaire de décision doivent s'assurer de faire un suivi de l'application de ces modalités et doivent informer leur supérieur immédiat si des écarts de surveillance sont constatés ainsi que remplir le formulaire AH-223 (voir section 5.4).

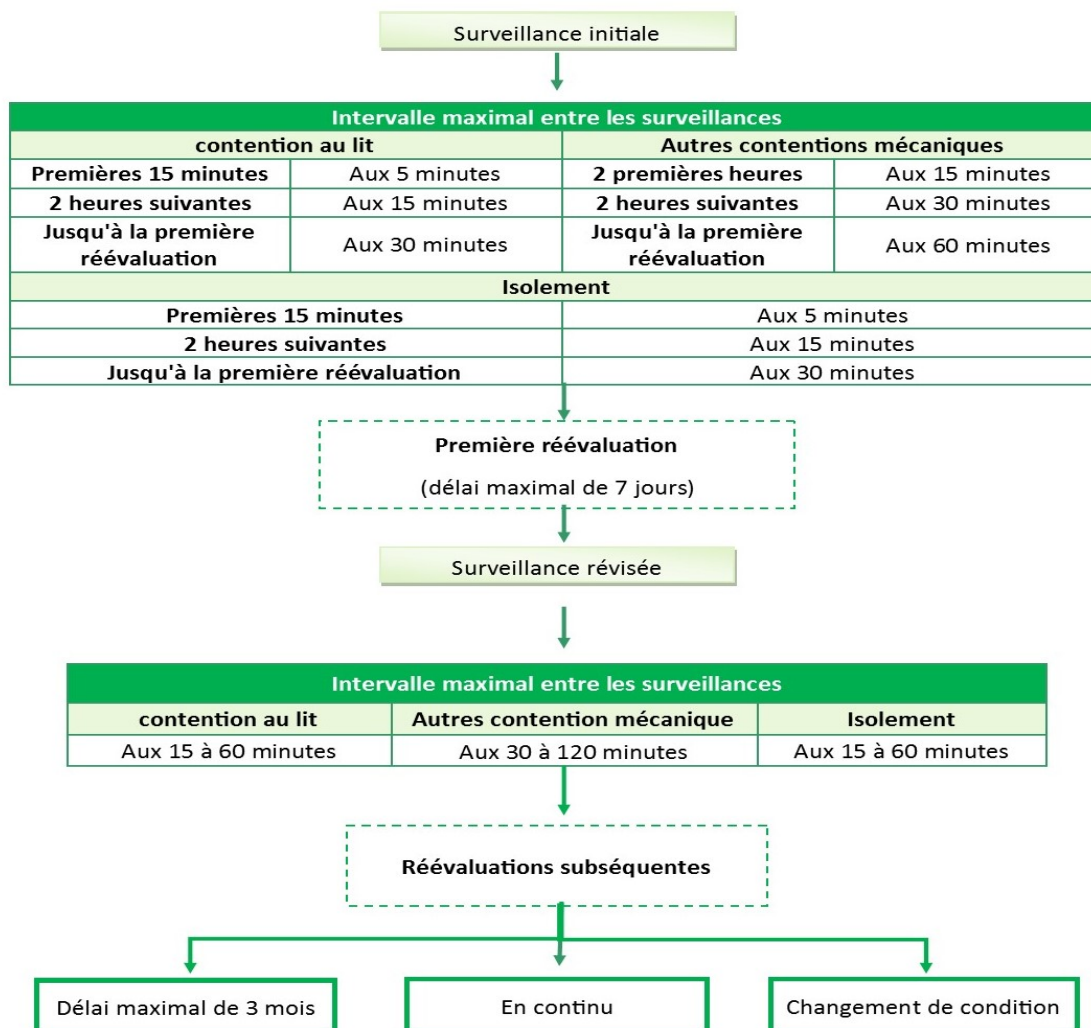
5.2.1 SURVEILLANCE INITIALE

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

5.2.2 SURVEILLANCE RÉVISÉE

Après la première réévaluation, soit au plus tard sept (7) jours suivant l'application d'une mesure de contrôle, il est possible d'ajuster les modalités de surveillance. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'usager. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies. 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 l'usager.

5.2.3 BALISES GÉNÉRALES DE SURVEILLANCE SUR LESQUELLES LES PROFESSIONNELS DOIVENT S'APPUYER POUR DÉTERMINER LA SURVEILLANCE À METTRE EN PLACE



5.2.4 PARTICULARITÉ POUR LA GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENTS ADAPTÉS UNE PIÈCE

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

30 premières minutes	Aux 15 minutes
Heure suivante	Aux 30 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	Aux 120 minutes

5.2.5 CONTENTION CHIMIQUE

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

5.3 SURVEILLANCE EN CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

INTERVALLE MAXIMAL ENTRE LES SURVEILLANCES			
Contention au lit		Autres contentions mécaniques	
Premières 15 minutes	Aux 5 minutes	Deux (2) premières heures	Aux 15 minutes
Deux (2) heures suivantes	Aux 15 minutes	Deux (2) heures suivantes	Aux 30 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	Aux 30 minutes	Jusqu'à la première réévaluation	Aux 60 minutes
Isolement			
Premières 15 minutes		Aux cinq (5) minutes	
Deux (2) heures suivantes		Aux 15 minutes	
Après une heure d'utilisation continue		Faire un suivi au supérieur immédiat pour réévaluer la situation	

Si, lors de l'application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée, les comportements de l'usager présentent un patron de récurrence (trois répétitions à l'intérieur d'un mois ou une fréquence régulière telle qu'une fois par mois), une discussion en équipe interprofessionnelle doit être réalisée. Elle permet d'envisager la mise en place d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée. Cette discussion d'équipe interprofessionnelle est requise dès le prochain jour ouvrable. Une note résumant cette rencontre doit être déposée au dossier de l'usager.

5.4 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

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

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

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

8. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

8.1 ENTREPOSAGE

La direction est responsable de ses secteurs d'activités :

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

8.2 ENTRETIEN

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

MARCHE À SUIVRE
SERVICES AMBULATOIRES

MARCHE À SUIVRE SERVICES AMBULATOIRES

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section présente la procédure concernant les usagers qui reçoivent des soins ou des services notamment :

- En hôpital de jour;
- En unité de jour en évaluation gériatrique (UJEG);
- En centre de jour;
- À la clinique externe des aînés.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES et proscrites PAR LA DIRECTION PROGRAMME

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

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

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

3. TENUE DE DOSSIER

Documenter au dossier de l'utilisateur :

- Le contexte pour lequel un code blanc a été demandé;
- La nature des mesures appliquées pendant le code blanc;
- Le comportement de l'utilisateur avant, pendant et après;
- Le suivi envisagé.

4. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

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

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section présente la procédure concernant les usagers qui vivent en RI ou RTF de la direction SAPA.

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

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul ; • Fauteuil bas et inclinable; • Lit à profil bas; • Mitaines; • Tablette sur fauteuil muni d'une ceinture; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce; • Casque de protection.	• Alèse ou literie enroulée; • Attache-poignet/attache-cheville; • Ceinture de pantalon avec bouton magnétique; • Combinaison Argentino; • Fauteuil gériatrique sans ceinture; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel; • Jaquette à l'envers; • Matériel maison ou adaptation de matériel; • Pantalon mis devant derrière; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil; • Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) ; • Système de contention magnétique au lit ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) montées; • Tablette sur fauteuil sans ceinture; • Masque anti-crachat.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, 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

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. Ce type de contention n'est pas sécuritaire en raison des risques de piégeage entre les ridelles et le lit si l'utilisateur s'agite pour tenter de sortir et du risque de blessures liées à la hauteur de la chute si l'utilisateur passe par-dessus les ridelles.

MARCHE À SUIVRE RI-RTF

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 potentiels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à un usager des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir ou d'y entrer.

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Aucune	• Le maintien par la force par une ou plusieurs personnes est proscrit.
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Les techniques de restrictions gestuelles peuvent être appliquées si la situation le requiert, par un nombre minimal sécuritaire d'intervenants.	• Maintien par contrôle articulaire • Maintien au sol d'un usager en position ventrale ou avec compression thoracique

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• La prescription et l'administration de médicament sont autorisées.	• Nil
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
Non applicable	

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• Aucune	• Toutes formes d'isolement sont proscrites.
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
• 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'usager dans l'attente du soutien requis (9-1-1).	

RAPPEL IMPORTANT

LES DISPOSITIFS AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE

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

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

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
Médecin	Oui	Oui	Oui
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui	Oui
Infirmière	Oui	Oui	Non
Ergothérapeute	Oui	Oui	Non
Physiothérapeute	Oui	Non	Non
Travailleur social	Oui	Oui	Non
Psychologue	Oui	Oui	Non
Psychoéducateur	Oui	Oui	Non

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

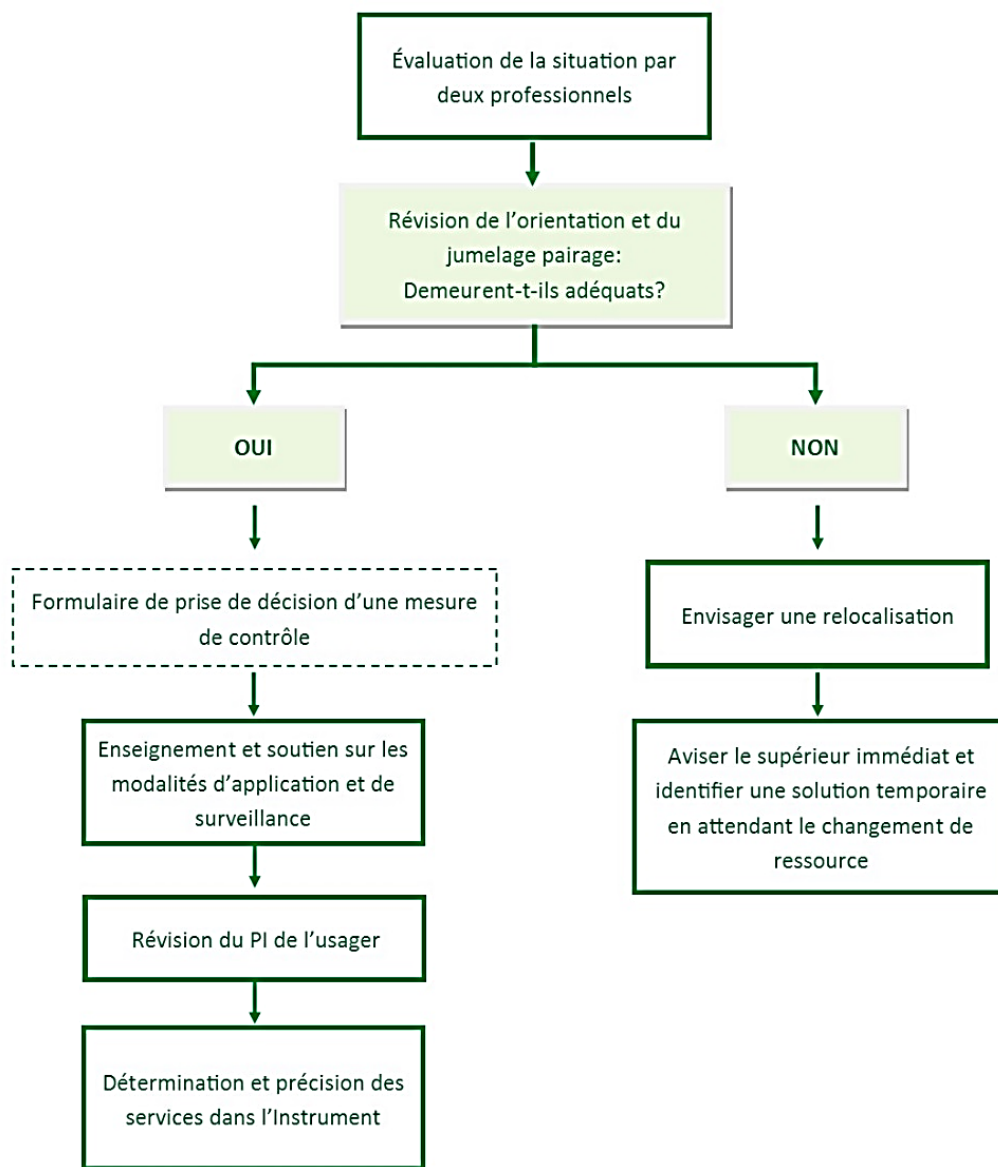
3.2.1 POUR LA CONTENTION MÉCANIQUE

La 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. Ce sont ces deux (2) mêmes professionnels qui remplissent et signent le formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* contenu au Protocole (R-16).

MARCHE À SUIVRE RI-RTF

Au cours du processus décisionnel, les professionnels doivent d'abord s'assurer que l'orientation et le jumelage-pairage de l'utilisateur avec la ressource demeurent adéquats. Si l'application d'une Mesure de contrôle est décidée, le plan d'intervention de l'utilisateur devra être révisé. Les professionnels devront offrir l'enseignement aux responsables de la ressource sur les modalités d'utilisation et de surveillance de la Mesure de contrôle afin de s'assurer d'une application conforme et sécuritaire.

Les professionnels doivent également s'assurer que ce service et les recommandations qui en découlent (modalités d'application et de surveillance) soient inscrits dans l'instrument.



3.2.2 POUR LA CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous **prescription uniquement**. Le moment ou le contexte d'administration est 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 (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 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'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 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.

3.3 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 la notice du fabricant. Ainsi ils peuvent :

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

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

3.4.1 PREMIÈRE RÉÉVALUATION

Lors de la mise en place d'une mesure de contrôle, la date de la première réévaluation doit être indiquée au formulaire *Décision et de révision d'une mesure de contrôle* (contention et isolement). Cette réévaluation doit être effectuée au plus tard dans les sept (7) jours suivant la première application.

3.4.2 RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

Par la suite, la pertinence clinique de maintenir la mesure de contrôle doit être réévaluée par les professionnels concernés de façon continue selon les observations recueillies lors des surveillances, selon l'évolution de l'état de l'utilisateur ou selon un intervalle maximal de trois (3) mois. Pour la grenouillère, une révision annuelle est possible.

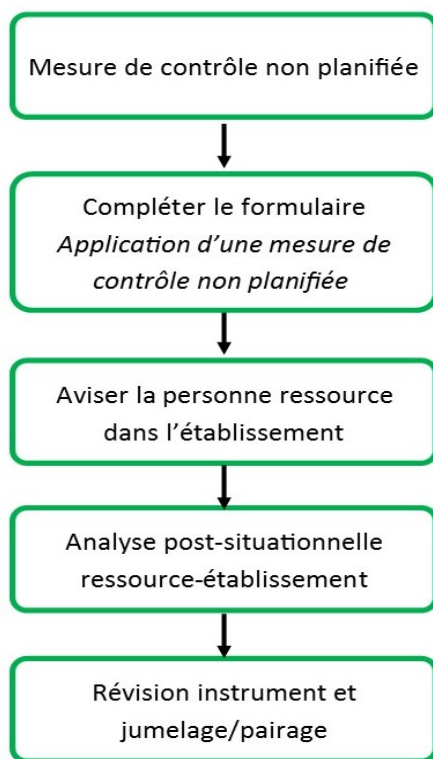
4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

4.1 DÉCISION

Tel que 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'utilisateur lui-même et de l'environnement en attendant l'aide requise. Cependant, il est possible que le comportement de l'utilisateur 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'utilisateur n'est pas obligatoire, mais sa collaboration est souhaitée en tout temps.

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

Lorsque cette situation se présente, un intervenant de la ressource doit remplir le formulaire « *Application d'une mesure de contrôle en contexte non planifiée* » et communiquer avec l'intervenant au suivi de l'utilisateur de l'Établissement dans les meilleurs délais.



4.2 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 pairage/jumelage de cet usager sont encore adéquats dans le cas de RI-RTF. L'intervenant pivot est responsable de la réalisation de l'analyse post-situationnelle. Selon les circonstances, il interpelle les personnes pertinentes à la situation (l'usager, le représentant, le cas échéant, son supérieur immédiat, l'équipe interprofessionnelle). Les éléments pertinents à considérer pour analyser la situation se trouvent à la section 11.2.3 du Protocole.

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

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

5. SURVEILLANCE

5.1 ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

Lors de l'application d'une mesure de contrôle, la surveillance peut prendre différentes formes et peut exiger d'observer des signes cliniques précis. En contexte d'intervention planifiée, les modalités de surveillance sont identifiées par les professionnels qui décident de la mesure. Afin de répondre aux besoins de l'usager, d'observer les signes cliniques généraux ou de valider l'intégrité du matériel, la surveillance peut s'effectuer par l'ensemble des intervenants.

La surveillance doit s'effectuer de manière directe. L'utilisation de caméras ou autres moyens technologiques ne peut pas remplacer une surveillance physique lors de l'application d'une mesure de contrôle. Le formulaire de surveillance approprié à la situation doit être rempli pour toute la durée de l'application d'une mesure de contrôle. Les formulaires sont disponibles sur la Zone CIUSSS et se retrouvent en annexe IV du Protocole (R-16).

5.1.1 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

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

5.2 SURVEILLANCE EN CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉ

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques. Les professionnels ayant décidé d'utiliser une mesure de contrôle doivent déterminer et consigner au plan d'intervention, les modalités de surveillance en tenant compte du contexte d'utilisation, des risques associés à la mesure et de la condition clinique de l'usager. Les professionnels doivent s'assurer que les personnes qui appliqueront la mesure soient habiletés à appliquer la contention. Pour ce faire, ils doivent faire l'enseignement et valider visuellement que la personne est capable de procéder à l'application telle qu'enseignée.

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

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

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

Les professionnels ayant rempli et signé le formulaire de décision doivent s'assurer de faire un suivi de l'application de ces modalités et doivent informer leur supérieur immédiat si des écarts de surveillance sont constatés ainsi que remplir le formulaire AH-223 (référence section 5.4).

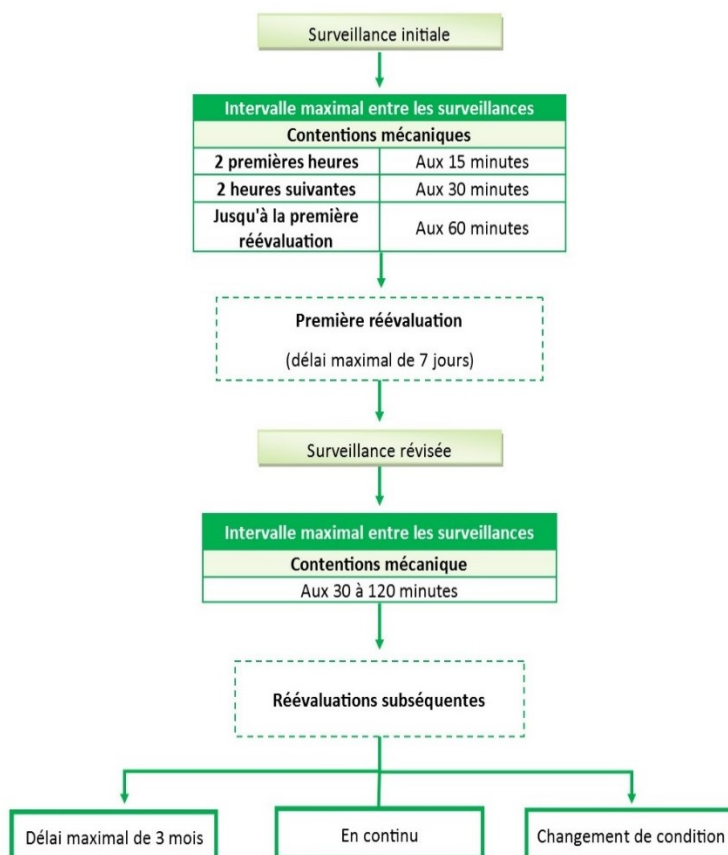
5.2.1 SURVEILLANCE INITIALE

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

5.2.2 SURVEILLANCE REVISÉE

Après la première réévaluation, soit au plus tard sept (7) jours suivant l'application d'une mesure de contrôle, il est possible d'ajuster les modalités de surveillance. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'usager. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies. 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 l'usager.

5.2.3 BALISES GÉNÉRALES DE SURVEILLANCE SUR LESQUELLES LES PROFESSIONNELS DOIVENT S'APPUYER POUR DÉTERMINER LA SURVEILLANCE À METTRE EN PLACE



5.2.4 PARTICULARITÉ POUR LA GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENTS ADAPTÉS UNE PIÈCE

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

30 premières minutes	Aux 15 minutes
Heure suivante	Aux 30 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	Aux 120 minutes

5.2.5 CONTENTION CHIMIQUE

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

5.3 SURVEILLANCE EN CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

INTERVALLE MAXIMAL ENTRE LES SURVEILLANCES	
CONTENTIONS MÉCANIQUES	
2 premières heures	Aux 15 minutes
2 heures suivantes	Aux 30 minutes
Jusqu'à la cessation	Aux 60 minutes
ISOLEMENT	
Surveillance continue auprès de l'utilisateur jusqu'à l'arrivée du soutien requis.	

5.4 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

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

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

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

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 planifié a été utilisée par un ou des membre(s) 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-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

8. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

8.1 ACHAT

Lorsqu'un équipement de contention est requis pour un usager, l'intervenant ou le responsable de la ressource doit se référer au processus de demande d'adaptations et d'équipements.

8.2 ENTRETIEN

- Le matériel doit être lavé selon les directives du fabricant.
- Le membre du personnel de la ressource ou l'intervenant 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 seul le fabricant peut procéder à cette réparation.

MARCHE À SUIVRE
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 CONTRÔLES 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 l'article 54 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 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.

RAPPEL IMPORTANT

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. Ces dispositifs ne sont pas autorisés en RPA.

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

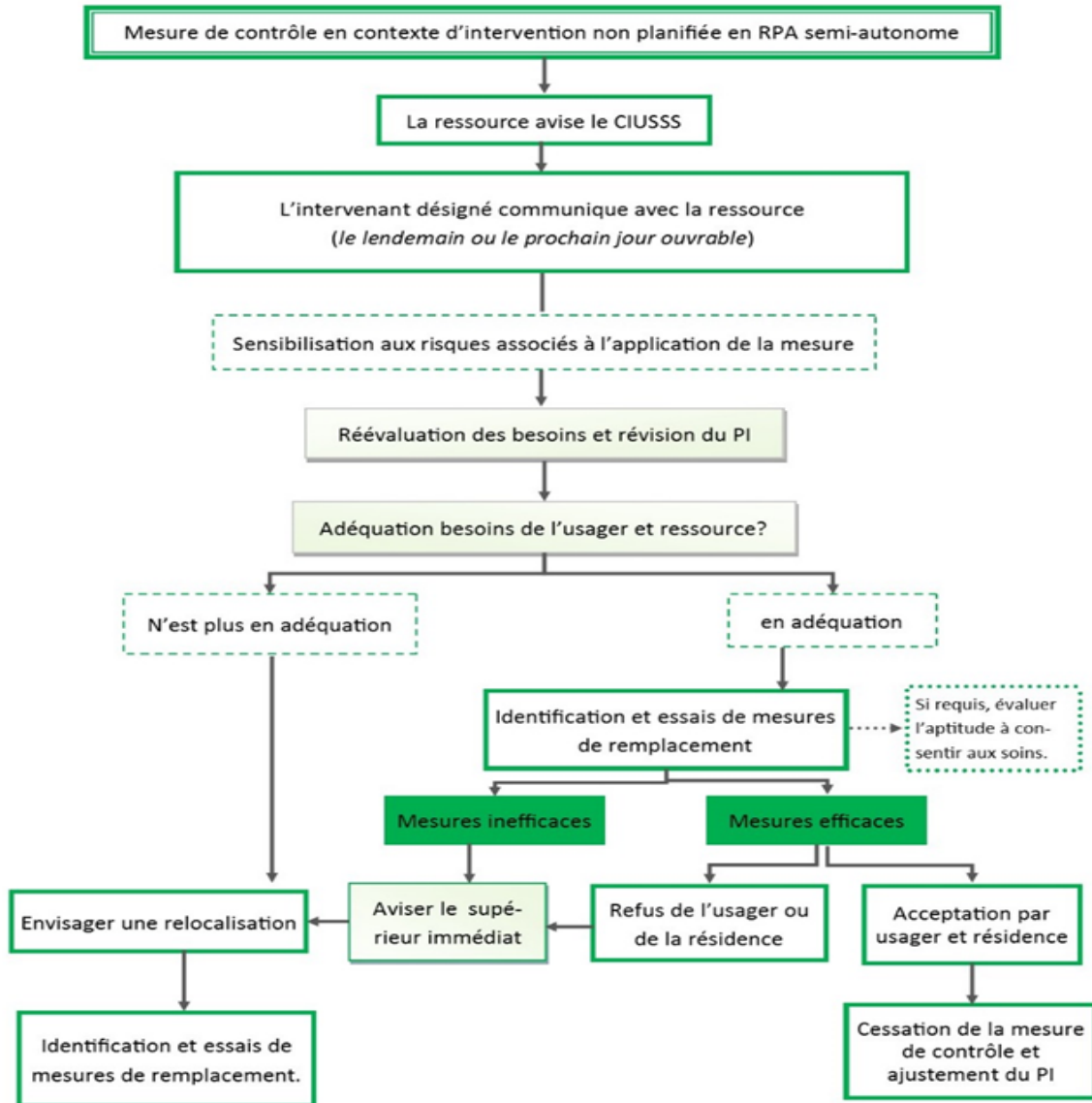
3. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

En vertu de l'article 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 sa sécurité.

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

L'intervenant pivot évalue la situation pour identifier des mesures alternatives, accompagne la 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, 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.

3.1 PROCESSUS EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ



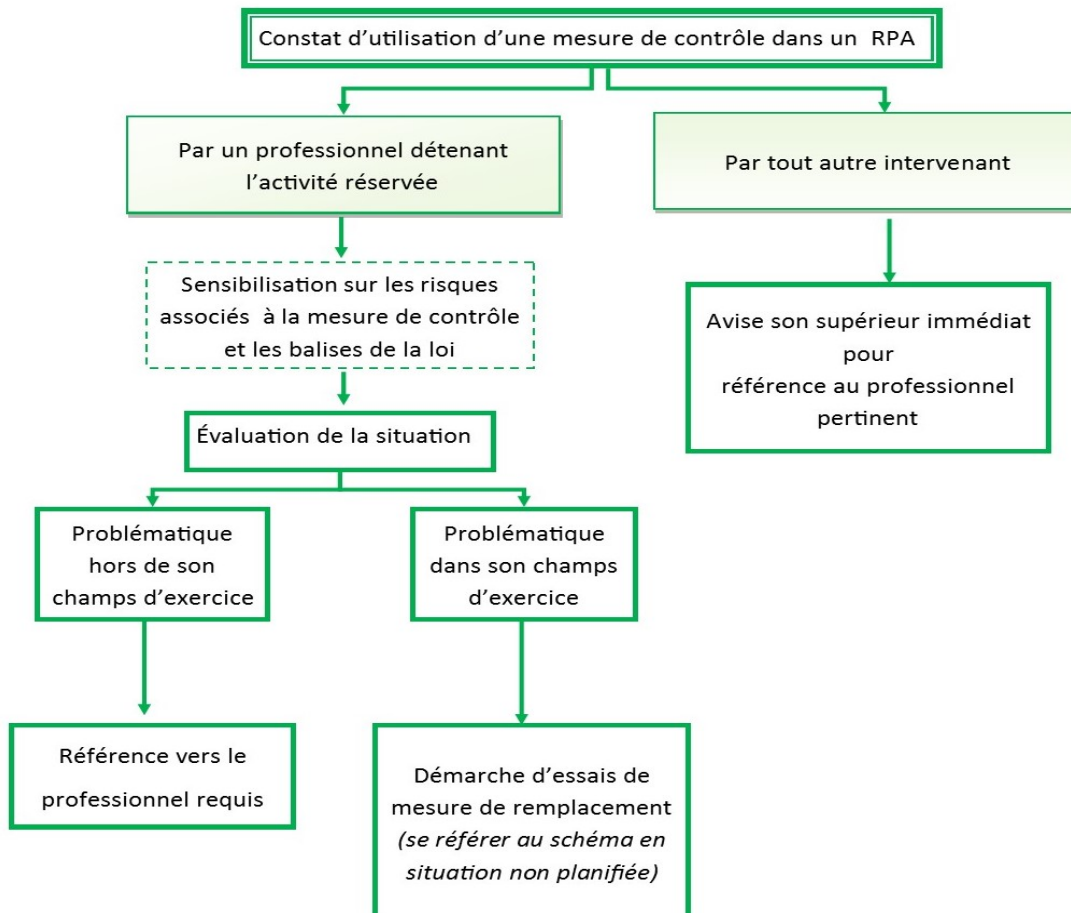
Dans ces circonstances, il est souvent requis de procéder à une rencontre en collaboration interprofessionnelle à laquelle participent l'utilisateur et ses proches, des intervenants de la RPA et des intervenants du CIUSSS.

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

Lors de 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.

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'applique.

4.1 PROCESSUS LORS D'UN CONSTAT D'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE



Dans ces circonstances, il est souvent requis de procéder à une rencontre en collaboration interprofessionnelle à laquelle participent l'usager et ses proches, des intervenants de la RPA et des intervenants du CIUSSS.

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-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

MARCHE À SUIVRE
MILIEU NATUREL DE L'USAGER

MARCHE À SUIVRE MILIEU NATUREL DE L'USAGER

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section présente la procédure concernant la clientèle en perte d'autonomie, adulte et âgée recevant des services du soutien à domicile (SAD) ou de la clinique mobile des aînés (CDA mobile).

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

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

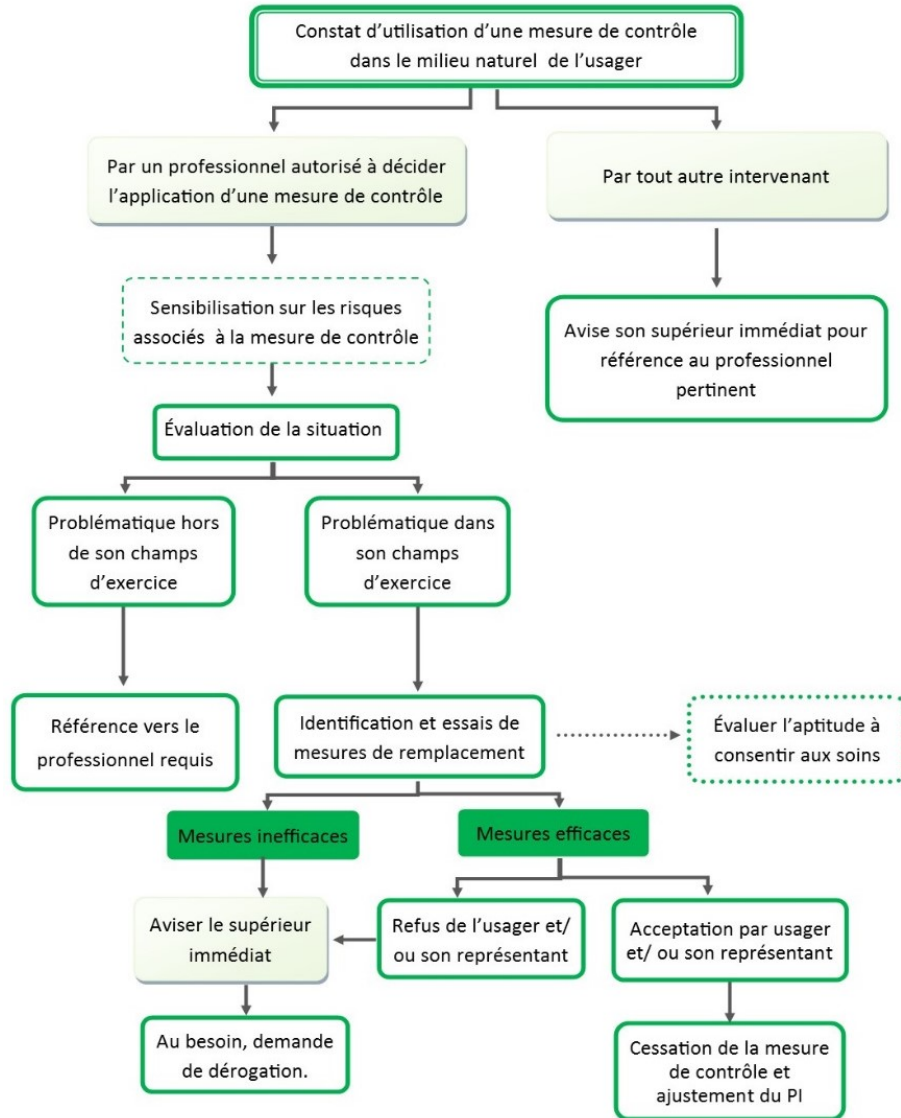
Dans un contexte de danger imminent en prestation de services, il faut sécuriser l'environnement autant que possible et assurer une surveillance continue auprès de l'utilisateur dans l'attente du soutien requis (9-1-1).

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

Lors de visites à domicile en milieu naturel, il est possible qu'un intervenant soit 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 faire 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, comme prévu à la section 8.5 du Protocole.

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

3.1 PROCESSUS LORS D'UN CONSTAT D'UTILISATION D'UNE MESURE DE CONTRÔLE



Dans ces circonstances, il est souvent requis de procéder à une rencontre en collaboration interprofessionnelle à laquelle participent l'utilisateur et ses proches et des intervenants du CIUSSS.

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 et de suivi.

La section 14 du Protocole s'applique.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

RÉFÉRENCES

- AFSSAPS (2011). *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique*. 10 pages.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004). *Cadre de référence – Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement* (Édition révisée).
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Politique relative à la gestion des personnes violentes « Code blanc »*. PO-34.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (PO-40).
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*. R-016.
- 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 soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
- INSTITUT UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC. Comité interdisciplinaire de soutien pour l'utilisation judicieuse des mesures de contention et d'isolement. *Prévention de l'utilisation de la contention - Stratégies de prévention et mesures de remplacement*. (2007).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Aide-mémoire – mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2016). *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2013). Manuel d'application : *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*.
- O'DOWD N. et COLL. *Les mesures de contrôle en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions*. Équipe de consultation sur les aides techniques. Centre Interval. 2005.
- 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.
- SOCIÉTÉ ALZHEIMER. Les contentions. Pris sur le site : http://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-tough-issues/tough_issues_restraints_f.pdf.

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER PRÉSENTANT UN RISQUE DE CHUTE
Mesures de remplacement reliées à la personne
• Documenter l'histoire de chute de l'usager, chercher à traiter la cause; • Connaître les habitudes de vie antérieures de l'usager, 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 à l'usager la manière de les utiliser de façon sécuritaire et toujours s'assurer qu'ils sont à proximité de l'usager; • S'assurer du port de chaussures et de vêtements sécuritaires; • S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs; • Rappeler à l'usager de demander de l'aide avant de se lever; • Monter et appliquer un programme d'exercices et d'assistance aux transferts et à la marche.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
• Adapter la routine selon les besoins de l'usager; Mettre en place des tournées standardisées aux heures : • Offrir d'aller aux toilettes; • Demander si l'usager est confortable; • Avant de quitter la chambre : Est-ce que je peux faire autre chose pour vous avant de quitter la chambre? • Respecter le rythme de l'usager; • Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue, intégrer les proches dans les activités de surveillance; • Établir un horaire de marche.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Réfléchir à la localisation de la chambre pour faciliter la surveillance; • Analyser les habitudes de déplacement de l'usager dans sa chambre et aménager une voie sans obstacle et avec appuis fixes; • Offrir des espaces extérieurs adaptés et sécuritaires; • Ajuster l'éclairage selon les besoins et les périodes de la journée; • Aménager des espaces de repos dans les longs corridors; • Assurer la sécurité optimale dans les salles de toilette (désencombrement, barre d'appui); • Mettre en place des technologies de surveillance (détecteur de mobilité, moniteur infrarouge et bracelet anti-fugue) au lit et au fauteuil; • Éclairer adéquatement les espaces de vie et de circulation et réduire les stimuli visuels inutiles; • Fournir des vêtements adaptés (protecteurs de hanche); • Utiliser un tapis de chute près du lit; • Installer les effets personnels de l'usager à sa portée (lunettes, montre, photographies, etc.); • Ajuster le lit au plus bas ou à la hauteur favorisant l'autonomie de l'usager ou utiliser un lit à profil bas; • Utiliser des ridelles souples ou des rouleaux de positionnement; • Utiliser des demi-ridelles ou une barre d'appui fixée 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.

ANNEXE I: MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER DONT LE COMPORTEMENT INTERFÈRE AVEC LES TRAITEMENTS	
Mesures de remplacement reliées à la personne	
• Soulager la douleur ou l'inconfort lié au traitement (ex. lubrifier les narines dans le cas d'oxygénothérapie par lunettes nasales); • Expliquer clairement le traitement et rassurer la personne; • Évaluer la possibilité de voies d'administration alternative; • Favoriser la participation de l'utilisateur à ses soins, lui permettre de faire des choix.	
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins	
• S'assurer d'une bonne communication avec l'utilisateur, lui expliquer clairement le traitement; • Être à l'écoute de ses craintes et préoccupations; • Donner un analgésique avant un soin douloureux au besoin; • S'interroger sur la pertinence du traitement dans le cas d'actes répétitifs douloureux.	
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique	
• Fixer les tubulures des sondes/cathéters/tubes de gavage; • S'assurer d'un positionnement confortable; • Dissimuler les tubulures/sites d'injection avec un bandage/drap/vêtement.	
USAGER QUI PRÉSENTE DE L'ERRANCE	
Mesures de remplacement reliées à la personne	
• Connaître les habitudes de vie antérieures de l'utilisateur et tenter de les reproduire; • Se renseigner sur le milieu de vie antérieur pour créer un aménagement s'y rapprochant; • Utiliser la diversion (télévision, radio, musique, etc.); • Organiser des activités de loisirs et de socialisation (musicothérapie, jardinage, zoothérapie, aromathérapie, activité de réminiscence, etc.); • Planifier des activités occupationnelles à caractère répétitif (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 à l'utilisateur l'utilisation sécuritaire; • S'assurer du port de chaussures et de vêtements sécuritaires; • S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs.	
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins	
• Orienter l'utilisateur (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 répondus 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; • Favoriser la participation de bénévoles; • Monter un registre avec photo des usagers (requiert le consentement de l'utilisateur ou son représentant) à risque de fugue; • Accorder du temps à la personne.	

ANNEXE I: MESURES DE REMPLACEMENT

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Aménager un environnement prothétique; • Identifier la chambre de l'utilisateur par son nom, par une photographie; • Présence d'objets familiers à la chambre; • 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; • Aménager des espaces de repos dans les grands corridors; • 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; • Évaluer la possibilité de diriger l'utilisateur vers un îlot prothétique.
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 l'utilisateur de prendre certaines décisions et de faire des choix; • Respecter l'intimité de l'utilisateur (ex. : frapper avant d'entrer dans la chambre); • Respecter le niveau d'autonomie, les capacités et les limites de l'utilisateur; • Clarifier les situations et expliquer les raisons de certaines décisions; • Informer l'utilisateur 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 de pacification; • Identifier les causes de l'agressivité et les signes avant-coureurs pour éviter l'escalade; • Éviter l'argumentation; • Maintenir la communication et adapter le langage et le mode de communication selon les capacités de la personne; • Documenter les comportements agressifs à partir d'une grille d'observation pour en identifier les déclencheurs (ex grille de Cohen-Mansfield); • Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Prévoir un espace sécuritaire, exempt de tout objet pouvant représenter une arme potentielle, où la personne peut se retirer ou se reposer; • Réduire les stimuli visuels et auditifs inutiles; • Assurer une température confortable (ex. : climatisation, ventilation, chauffage); • Favoriser l'aménagement d'une chambre seule; • Mettre en place des mesures d'aménagement territorial pour le respect de l'intimité des autres usagers (demi-porte, rideaux).

ANNEXE I: MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER PRÉSENTANT DE L'AGITATION OU DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS
Mesures de remplacement reliées à la personne
• Connaître et respecter dans la mesure du possible les habitudes de vie antérieures de l'utilisateur; • 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 delirium, identifier et traiter la cause; • Agir sur les causes physiologiques de l'agitation comme la douleur, l'infection et la constipation ; • Documenter les comportements perturbateurs à l'aide d'une grille d'observation pour identifier le patron de récurrence; • 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
• Appliquer des 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 antérieures de l'utilisateur, tenter de les reproduire; • Adapter la routine selon les besoins de l'utilisateur; par exemple, si l'utilisateur refuse ses soins d'hygiène, lui proposer l'activité plus tard; • Respecter le niveau d'autonomie de l'utilisateur et encourager sa participation active à ses soins; • Respecter le rythme de l'utilisateur; • Adopter un ton calme et une attitude rassurante et chaleureuse auprès des usagers; • Favoriser la stabilité du personnel soignant; • Assurer la continuité dans les soins sur les différents quarts de travail; • Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue; • Intégrer les proches dans les soins et les loisirs; • Favoriser la participation de bénévoles; • Monter et appliquer un programme d'exercices ou identifier une occupation pour canaliser l'énergie; • Respecter le besoin de l'utilisateur de se sentir utile par des activités significatives; • Utiliser la diversion (télévision, radio, musique, etc.); • Organiser des activités de loisirs, de stimulation cognitive et de socialisation (musicothérapie, jardinage, zoothérapie, aromathérapie, activité de réminiscence, etc.); • Planifier des activités occupationnelles à caractère répétitif (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 des lieux d'activités; • Identifier la chambre par son nom, par une photographie; • Aménager un environnement prothétique; • Camoufler les portes et les armoires qui ne doivent pas être utilisées par les usagers; • Installer les effets personnels près de l'utilisateur, à sa portée (lunettes, montre, photographies, etc.); • Diminuer les stimuli ambiants (lumière, bruit, etc.); • Ajuster le besoin de stimulation en cas de sous-stimulation (ex. : chaise berçante, musique, aromathérapie); • Proposer des objets transitionnels (ex. : photos des proches de l'utilisateur, animaux en peluche).

ANNEXES

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

PRINCIPAUX EFFETS DE L'UTILISATION DE MESURES DE CONTRÔLE SUR LA SANTÉ DE L'USAGER			
Effet sur la santé physique		Effets sur la santé psychologiques	
- Détérioration de l'état général - Blessures diverses souvent liées aux tentatives de la personne pour se défaire de sa contention - Inconfort - Compression - Augmentation du risque de blessures sévères lors de chutes - Syndrome d'immobilisation ou grabatisation - Décès par strangulation - Troubles du sommeil		- Impression que les employés manquent d'empathie à leur égard - Baisse de l'estime de soi - Augmentation de l'agitation - Apparition ou exacerbation des états confusionnels, delirium - Sentiments négatifs (ex. : Agressivité, peur, colère, dépression, humiliation, abandon) - Aggravation de l'apathie, de la dépression et de la paranoïa	
Effets indirects		- Résistance au traitement - Sentiment d'impuissance - Déshumanisation - Insécurité (sentiment de ne pas être en mesure de se protéger/défendre s'il arrive un évènement) - Sentiment d'être puni ou d'être emprisonné - Isolement - Retrait social	
- 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		

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

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

Risques spécifiques associés aux mesures de contrôles autorisées.

MESURES DE CONTRÔLE	RISQUES POSSIBLES
CONTENTION MÉCANIQUE	
Grenouillère	- Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur - Risque possible, mais rare : Strangulation lorsque l'utilisateur peut difficilement se mobiliser dans son lit ou lors de tentative de la retirer.
Mitaines de protection	- Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur - Risque possible, mais rare : Suffocation si l'utilisateur pousse la mitaine dans sa bouche.
Attache-poignet et attache-cheville	Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur.
Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul ET Tablette au fauteuil avec ceinture	- Irritation cutanée, chute vers l'avant². - Risque possible, mais rare : Suffocation (décès) si l'utilisateur parvient à se glisser sous la ceinture³.
Fauteuil bas et inclinable	Chute.
Lit à profil bas	Chute.
Système de contention magnétique au lit	- Irritation cutanée. - Risque possible, mais rare : Suffocation⁴ (décès).
ISOLEMENT	
Porte avec accès visuel	- 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), détérioration de la condition physique et mentale.
Demi-porte	- Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents). - Blessures (automutilation, objet de la pièce), détérioration de la condition physique et mentale, chute d'une hauteur élevée.
Surveillance constante dans un lieu restreint	Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents).
Dispositif agissant comme barrière psychologique	Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents).

² La chute vers l'avant avec un fauteuil se produit généralement lorsque la ceinture est mal ajustée

³ 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.