

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</p> <p>Québec </p>	PROCÉDURE
	Code : PR-R-16-4
	Direction responsable : Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP)
	Présentée et adoptée au comité sur l'utilisation des mesures de contrôle le : 27 janvier 2019 Révisée le : 1 ^{er} juin 2021
	Entrée en vigueur le : 8 juin 2021 Cette procédure annule la procédure antérieure traitant du même sujet.
TITRE : Procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle Direction des soins infirmiers et de la santé physique (DSISP)	

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 : 27 janvier 2019
- Comité exécutif du conseil multidisciplinaire : 6 février 2021
- Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : 4 mars 2019
- Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers : 27 février 2019

TABLE DES MATIERES

OBJECTIFS	5
CHAMPS D'APPLICATION	5
CLIENTÈLE VISÉE.....	5
DÉFINITIONS	6
MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION	9
MARCHE À SUIVRE SERVICES D'URGENCE 24H/24.....	23
BLOCS CHIRURGICAUX	23
BLOCS DE CONSULTATION	23
PLATEAUX TECHNIQUES.....	23
MARCHE À SUIVRE SERVICES D'URGENCE NON 24H/24 SERVICES AMBULATOIRES...	37
RÉFÉRENCES.....	41
TABLE DES ANNEXES	43

OBJECTIFS

Ce document vise à décrire les procédures spécifiques en matière de recours à une mesure de contrôle à la direction programme des soins infirmiers et de la santé physique 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 (CIUSSSCN) 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 liée en vertu d'un contrat ou d'une entente de services offerts à la clientèle en lien avec les programmes de la direction des soins infirmiers et de la santé physique.

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 mentionnée ci-dessus dans le cadre d'une prestation de soins et de services de l'établissement.

CLIENTÈLE VISÉE

Cette procédure se divise en trois sections, lesquelles décrivent explicitement les modalités propres à chacun des secteurs concernés :

- Hospitalisation de courte durée;
- Services d'urgence ouverts 24h/24, blocs chirurgicaux, blocs de consultation et plateaux techniques;
- Services d'urgence non ouverts 24h/24 et services ambulatoires.

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
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
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).
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.

¹ Adaptée de la réévaluation post-situationnelle du *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. MSSS (2015) pages 27 de 34.

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'USAGER NE PEUT DETACHER LUI-MEME	Toute ceinture au fauteuil que l'utilisateur n'est pas en mesure de détacher seul.
CEINTURE DE PANTALON AVEC BOUTON MAGNETIQUE	Utilisation d'un bouton magnétique pour attacher la ceinture de l'utilisateur afin qu'il ne puisse pas la détacher seul.
CHAISE HAUTE	Chaise permettant d'asseoir un enfant à la hauteur d'adulte. Elle est généralement munie d'un repose-pied et de courroies pour retenir le bassin.
CHAISE HAUTE MULTIFONCTION	Chaise permettant d'asseoir un enfant à la hauteur d'adulte. Cette chaise est réglable en hauteur et profondeur. Ce type de chaise vient avec plusieurs options : Arceau, dossier et harnais.
COMBINAISON ARGENTINO	Combinaison permettant de maintenir un usager en décubitus dorsal sans limiter l'amplitude de ses mouvements aux membres.
DOME SUR UN LIT	Dôme en plastique souple et transparent qui peut être installé afin de recouvrir un lit et qui empêche l'enfant d'en sortir.
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 GERIATRIQUE SANS CEINTURE	Fauteuil à ajustements variables, utilisé avec une bascule et/ou inclinaison pour empêcher l'utilisateur de se lever.
FREINS DE FAUTEUIL	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 A 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 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.
METHODE D'EMMAILLOTEMENT AVEC UN DRAP OU UNE COUVERTURE	Immobilisation d'un enfant entre un et 6 ans dans un drap ou couverture pour effectuer une intervention. La technique est de déposer l'enfant au centre de la couverture (ou drap) et d'enrouler le tiers gauche de la couverture par-dessus l'épaule et la hanche droite, puis le tiers droit par-dessus le côté gauche. La partie inférieure de la couverture est ramenée sur les jambes et le torse de l'enfant.
MITAINE DE PROTECTION	Mitaine empêchant l'utilisateur de tirer ou d'agripper des objets, de retirer les dispositifs médicaux en place ou de s'infliger des blessures.
PARC MOBILE	Cadre fixé au lit avec un filet entourant le lit. Cette structure permet de fournir un environnement clos à l'intérieur duquel l'enfant conserve sa liberté de mouvement, mais ne peut sortir du lit.
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.

SYSTEME DE CONTENTION MAGNETIQUE 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.
TRANSPORT ACCOMPAGNE SECURITAIRE (TAS)	Système de bandes velcro utilisées pour attacher les poignets et les chevilles pendant un déplacement.
VETEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLE, VETEMENT ADAPTE UNE PIECE	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 RESTRICTION GESTUELLE	Immobilisation des membres en respectant le sens naturel des articulations.
CONTROLE ARTICULAIRE	Technique consistant à amener l'articulation d'une personne au maximum de son amplitude afin de le neutraliser

ISOLEMENT

PIECE AVEC PORTE ET ACCES 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.).
PIECE AVEC DEMI- PORTE	Isolement d'un usager dans une pièce fermée par une demi-porte.
SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT	Cette mesure consiste à accorder une présence continue auprès de l'utilisateur par un intervenant et à contraindre ses déplacements dans un lieu restreint. En aucun temps, l'utilisateur ne peut être laissé seul.
DISPOSITIF AGISSANT COMME BARRIERE PSYCHOLOGIQUE	Mise en place de stratégies empêchant psychologiquement l'utilisateur à sortir d'une pièce (Ex. : Filet velcro, bande sur le plancher).

**MARCHE À SUIVRE
UNITÉS D'HOSPITALISATION**

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

1 USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette procédure vise les usagers de tout âge admis dans l'un ou l'autre des unités de courte durée des hôpitaux situés sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- Unités de médecine-chirurgie;
- Unités de pédiatrie;
- Unités d'obstétriques.

*N.B. En obstétrique, aucune mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée n'est autorisée par la DSISP. Cependant, les mesures d'urgence de l'Établissement doivent être appliquées en contexte d'intervention non planifiée comme indiqué dans la *Politique relative à la gestion des personnes violentes* «Code blanc» (PO-34).

2 MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none">• Attache-poignet seule;• Casque de protection (lorsque porté par l'utilisateur préalablement à son arrivée) ;• Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher lui-même ;• Fauteuil bas et inclinable ;• Lit à profil bas ;• Mitaines de protection (lorsque portées par l'utilisateur préalablement à son arrivée) ;• Système de contention abdominale magnétique au lit avec ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) ;• Système de contention aux quatre membres avec ceinture abdominale magnétique ;• Tablette sur un fauteuil muni d'une ceinture (sauf pédiatrie) ;• Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce ;• Système de transport accompagné sécuritaire (TAS) ;• Chaise haute pour enfant avec ceinture ;• Chaise haute multifonction ;• Dôme sur un lit ;• Parc mobile sur un lit ;• Méthode d'emballage avec drap ou couverture chez l'enfant entre un et six ans.	<ul style="list-style-type: none">• Alèse ou literie enroulée chez un usager de plus de six ans ;• Attache-cheville seule ;• Combinaison Argentino ;• Freins au fauteuil ou mise en mode manuel ;• Masque anti-crachat ;• Fauteuil gériatrique sans ceinture ;• Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil ;• Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) sans ceinture abdominale ;• Tablette au fauteuil sans ceinture.

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

MESURES DE CONTRÔLE UTILISÉES PRÉALABLEMENT À L'ARRIVÉE

Le casque de protection (avec ou sans grillage/visière) et les mitaines de protection ne sont autorisés que si l'utilisateur se présente à l'unité avec ces mesures. Ce type de mesure peut se poursuivre jusqu'au transfert ou départ, ou selon l'évaluation des professionnels.

Dans le but d'assurer une prise en charge sécuritaire, l'équipe doit se procurer une copie du formulaire de prise de décision complété par le secteur d'origine afin de connaître les motifs d'utilisation, les conditions d'application et les modalités de surveillance à mettre en place. Ces mesures doivent être documentées au dossier de l'utilisateur.

Si l'hospitalisation se poursuit au-delà de 72 heures, les professionnels doivent réévaluer la situation et compléter un nouveau formulaire de prise de décision selon les modalités prévues dans la présente procédure.

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.

LE SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)

* Pour les usagers de 12 ans et plus seulement

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

CERTAINS ÉQUIPEMENTS POUR ENFANTS

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

- Les couchettes ;
- Les courroies d'attache d'une chaise haute ;
- Les poussettes ;
 - Emmaillotement dans une couverture dont le but n'est pas de restreindre pour procéder à une intervention ;
- Les sièges d'appoint ou tout autre article conçu pour assurer la sécurité du nourrisson et du jeune enfant.

Cependant dès que l'équipement n'est plus inhérent au groupe d'âge ou au niveau de développement attendu, il s'agit d'une mesure de contrôle. Exemple : utilisation d'une poussette chez un jeune de 11 ans.

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

LES RIDELLES DE LIT

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

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.

Chez l'adulte, 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 transport sécuritaire d'un usager ;
- Lors d'un épisode aigu de soins physiques en réanimation ;
- Lorsqu'un usager présente une altération de l'état de conscience (ex. : post-anesthésie ou sous sédation).

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 ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none">• Maintien par la force par le nombre minimal d'intervenants, et ce, selon les techniques privilégiées par la formation de prévention de la violence : OMÉGA ou la formation intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA).	<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 PLANIFIÉ
La prescription et l'administration de médicament sont autorisées.

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none">• Pièce avec porte et accès visuel• Pièce avec demi-porte• Surveillance constante dans un lieu restreint• Dispositif agissant comme barrière psychologique	<ul style="list-style-type: none">• 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'utilisateur de passer par-dessus et doit permettre d'assurer une surveillance visuelle par l'ensemble des intervenants concernés. Lorsque cette mesure est utilisée, une évaluation rigoureuse doit être faite pour s'assurer que l'utilisateur ne 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'utilisateur 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*).

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

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

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, FORCE HUMAINE ET L'ISOLEMENT

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

La prescription comprend :

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

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

- 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. : deux doses par 24 heures);
 - Durée de validité de l'ordonnance.
- La signature lisible du prescripteur.

Dans cette situation, il est encouragé de s'inspirer du formulaire de *décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement) 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'usager, 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'usager incluant le monitoring et les ajustements au PTI le cas échéant. Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

3.3 INSTALLATION

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

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

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

3.4.1 PREMIÈRE RÉÉVALUATION

Lors de la mise en place d'une mesure de contrôle, la date de la première réévaluation doit être indiquée au formulaire *Décision et de révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)*. Cette réévaluation doit être effectuée au plus tard dans 72 heures suivant la première application.

3.4.2 RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

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

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

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. En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant qui décide de l'application d'une mesure de contrôle n'a pas à remplir le formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)*. Cependant, il doit remplir *Application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée* (référer au Protocole) 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 essayées 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.

L'infirmière informe le gestionnaire en responsabilité.

PARTICULARITÉ DE LA CLIENTÈLE

Lorsque l'utilisateur est âgé de 14 ans et moins, le titulaire de l'autorité parentale de la personne doit être avisé dans les meilleurs délais. Lorsque l'utilisateur est âgé de 14 ans et plus, l'intervenant doit discuter avec celui-ci pour aviser ou non le titulaire de l'autorité parentale de la démarche entamée.

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.

Contention par la force humaine et l'isolement : Dès l'application et, si cela est possible, dès que la mesure est envisagée.

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

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

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. Afin de répondre aux besoins de l'utilisateur sous mesure de contrôle, la surveillance de l'utilisateur, l'observation des signes cliniques et la vérification de l'intégrité du matériel constituent une responsabilité partagée et elle est assurée par l'ensemble des intervenants qui interviennent auprès de l'utilisateur.

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	<ul style="list-style-type: none">• Besoins physiques (ex. : hydratation, élimination);• Besoins psychologiques (ex. : socialisation, intimité, sécurité);• Bon positionnement;• Confort.
Observer les signes cliniques	<ul style="list-style-type: none">• Amplitude respiratoire (changement dans la respiration);• Intégrité de la peau en contact avec la contention (irritation locale);• Signes de compression (marque, œdème, coloration/rougeur, douleur, chaleur);• Comportement.
Vérifier l'équipement utilisé	<ul style="list-style-type: none">• 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 PLANIFIÉE

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. 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 du présent document concernant les risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle.

Les professionnels déterminent et inscrivent dans le formulaire *Décision et de 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.

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

L'infirmière responsable de l'utilisateur doit s'assurer que ces modalités sont appliquées. Pour ce faire, elle inscrit au plan thérapeutique infirmier une directive quant à la surveillance requise pour l'utilisateur. Elle détermine ensuite à qui s'adresse cette directive 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. Si des écarts de surveillance sont constatés, l'infirmière remplir le formulaire AH-223 (voir section 5.4) et informe son supérieur immédiat dans les meilleurs délais.

5.2.1 SURVEILLANCE INITIALE

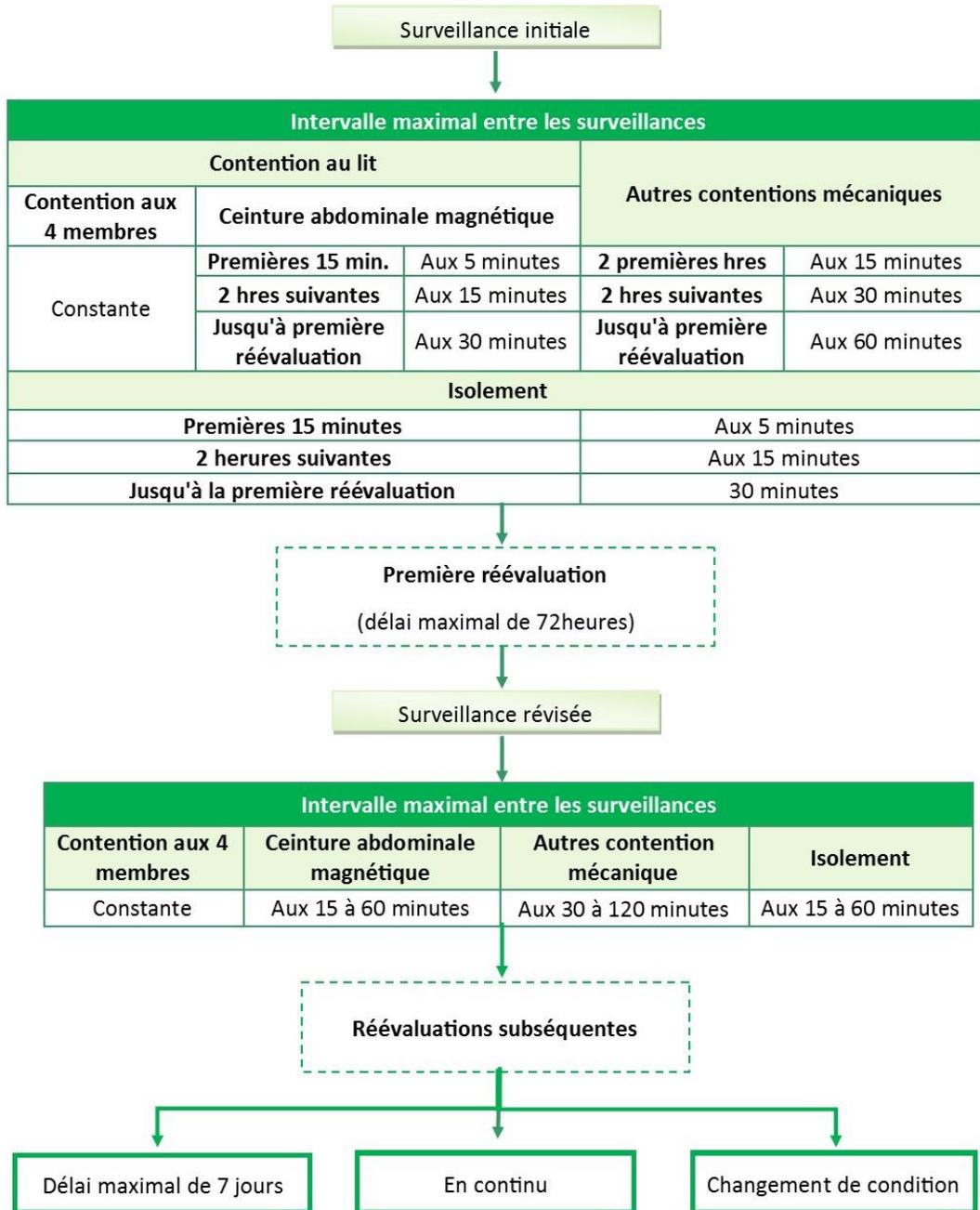
Lors de la mise en place d'une mesure de contrôle, une fréquence de surveillance plus étroite est mise en place et déterminée par les professionnels ayant décidé de la mesure. Toutefois, cette fréquence peut être augmentée selon les observations faites par les intervenants lors des surveillances pour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

5.2.2 SURVEILLANCE RÉVISÉE

Après la première réévaluation, soit au plus tard 72 heures 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'utilisateur. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies. Ces modalités sont déterminées en tenant compte du risque relié à la mesure, des réactions de l'utilisateur face à cette mesure ainsi que de la condition de ce dernier.

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

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



MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

5.2.4 PARTICULARITÉ POUR LA GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENTS ADAPTÉS UNE PIÈCE

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

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 médecin, 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 PLANIFIÉ

INTERVALLE MAXIMAL ENTRE LES SURVEILLANCES			
Contention aux 4 membres : Constante		Autres contentions mécaniques	
Contention abdominale magnétique			
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 persistent au-delà de 24h, une discussion en équipe interprofessionnelle doit être réalisée et la mise en place d'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.

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).

MARCHE À SUIVRE UNITÉS D'HOSPITALISATION

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 seul le fabricant peut procéder à cette réparation

MARCHE À SUIVRE
SERVICES D'URGENCE 24H/24
BLOCS CHIRURGICAUX
BLOCS DE CONSULTATION
PLATEAUX TECHNIQUES

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette procédure vise les usagers de tout âge recevant des soins ou en observation :

- dans une urgence ouverte 24 heures sur 24 ;
- dans un bloc chirurgical et en salle de réveil ;
- dans un bloc de consultation ;
- dans un plateau technique.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none"> • Attache-poignet seule ; • Casque de protection (lorsque porté par l'utilisateur préalablement à son arrivée) ; • Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher lui-même ; • Mitaines de protection (lorsque porté par l'utilisateur préalablement à son arrivée) ; • Combinaison Argentino ; • Système de contention abdominale magnétique au lit avec ridelles ; • Système de contention aux quatre membres avec ceinture abdominale magnétique ; • Tablette sur un fauteuil muni d'une ceinture ; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce (lorsque porté par l'utilisateur préalablement à son arrivée) ; • Système transport accompagné sécuritaire (TAS) ; • Méthode d'emballage avec drap ou couverture chez l'enfant entre un et six ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Attache-cheville seule ; • Attache au niveau des cuisses ; • Bande au niveau du thorax ; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel ; • Masque anti-crachat ; • Matériel maison ou adaptation de matériel ; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil ; • Tablette au fauteuil sans ceinture ; • Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) sans ceinture abdominale.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

MESURES DE CONTRÔLE UTILISÉES PRÉALABLEMENT À L'ARRIVÉE

Le casque de protection (avec ou sans grillage/visière), les mitaines de protection et les vêtements de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce, ne sont autorisés que si l'utilisateur se présente avec ces mesures. Ce type de mesure peut se poursuivre jusqu'au transfert ou départ, ou selon l'évaluation des professionnels.

Dans le but d'assurer une prise en charge sécuritaire, l'équipe doit prendre les informations auprès du secteur d'origine afin de connaître les motifs d'utilisation, les conditions d'application et les modalités de surveillance à mettre en place. Ces mesures doivent être documentées au dossier de l'utilisateur.

MARCHE À SUIVRE URGENCES 24H/24, BLOCS CHIRURGICAUX / DE CONSULTATION ET PLATEAUX TECHNIQUES

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.

CERTAINS ÉQUIPEMENTS POUR ENFANT

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

- Les couchettes;
- Les courroies d'attache d'une chaise haute;
- Les poussettes;
- Emmaillotement dans une couverture dont le but n'est pas de restreindre pour procéder à une intervention;
- Les sièges d'appoint ou tout autre article conçu pour assurer la sécurité du nourrisson et du jeune enfant.

Cependant dès que l'équipement n'est plus inhérent au groupe d'âge ou au niveau de développement attendu, il s'agit d'une mesure de contrôle. Exemple utilisation d'une poussette chez un jeune de 11 ans.

LE SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)

* Pour les usagers de 12 ans et plus seulement

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

SYSTÈME DE CONTENTION AUX QUATRE MEMBRES ET COMBINAISON ARGENTINO

Pour la contention aux quatre membres avec ceinture abdominale, il est important d'utiliser un système dont les normes du fabricant permettent l'utilisation sur civière (ex. : Pinel).

LES RIDELLES DE LIT

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

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 URGENCES 24H/24, BLOCS CHIRURGICAUX / DE CONSULTATION ET PLATEAUX TECHNIQUES

Chez l'adulte, 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 transport sécuritaire d'un usager ;
- Lors d'un épisode aigu de soins physiques en réanimation ;
- Lorsqu'un usager présente une altération de l'état de conscience (ex. : post-anesthésie ou sous sédation).

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 ET NON PLANIFIÉ

Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none">• Maintien par la force par le nombre minimal d'intervenants, et ce, selon les techniques privilégiées par la formation de prévention de la violence : OMÉGA ou la formation intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA).	<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 PLANIFIÉ

La prescription et l'administration d'une médication sont autorisées.

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ

Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none">• Pièce avec porte et accès visuel à l'ensemble de la pièce sans angle mort.• Surveillance constante dans un lieu restreint.	<ul style="list-style-type: none">• Pièce avec porte sans accès visuel.

2.4.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES À L'ISOLEMENT

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 constante*).

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, FORCE HUMAINE ET DE L'ISOLEMENT

La décision d'utiliser une contention mécanique ou d'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 *Décision et de 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 doit être déterminé par le prescripteur et inscrit sur la prescription pharmacologique.

La prescription comprend :

- Les renseignements relatifs à l'usager :
 - Nom et prénom;
 - Date de naissance;
 - Numéro de dossier;
 - Numéro de chambre et nom de l'unité de soins.
- La mention mesure de contrôle par substance chimique;
- Le motif justifiant l'utilisation de la médication de façon détaillée, claire et précise;
- La date et l'heure de rédaction de l'ordonnance;
- Le nom générique ou commercial du médicament écrit lisiblement;
- La posologie :
 - Teneur du produit (concentration);
 - Forme pharmaceutique (liquide, comprimé, injectable, etc.);
 - Dosage prescrit de façon précise ne laissant pas 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.

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'usager, 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'usager incluant le monitoring et les ajustements au PTI le cas échéant. Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

3.3 INSTALLATION

Les professionnels qui décident d'une contention mécanique doivent être en mesure 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 vingt-quatre (24) heures 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 vingt-quatre (24) heures.

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. En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant qui décide de l'application d'une mesure de contrôle n'a pas à remplir le formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)*. Cependant, il doit compléter *Application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée* (se référer au Protocole) 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 essayées 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.

L'infirmière informe le gestionnaire en responsabilité.

PARTICULARITÉ DE LA CLIENTÈLE

Lorsque l'utilisateur est âgé de 14 ans et moins, le titulaire de l'autorité parentale de la personne doit être avisé dans les meilleurs délais. Lorsque l'utilisateur est âgé de 14 ans et plus, l'intervenant doit discuter avec celui-ci pour aviser ou non le titulaire de l'autorité parentale de la démarche entamée.

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.

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

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 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. APPLICATION ET 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. Afin de répondre aux besoins de l'utilisateur, d'observer les signes cliniques généraux ou de valider l'intégrité du matériel, la surveillance peut être effectuée 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	<ul style="list-style-type: none">• Besoins physiques (ex. : hydratation, élimination);• Besoins psychologiques (ex. : socialisation, intimité, sécurité);• Bon positionnement;• Confort.
Observer les signes cliniques	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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 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 du présent document concernant les risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle.

MARCHE À SUIVRE URGENCES 24H/24, BLOCS CHIRURGICAUX / DE CONSULTATION ET PLATEAUX TECHNIQUES

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

- La fréquence des surveillances;
- Les éléments de surveillance spécifiques;
- Le 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 une directive quant à la surveillance requise pour l'usager. Elle détermine ensuite à qui s'adresse cette directive 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, l'intervenant ayant la directive sur son plan de travail est responsable d'assurer d'une manière plus spécifique la surveillance.

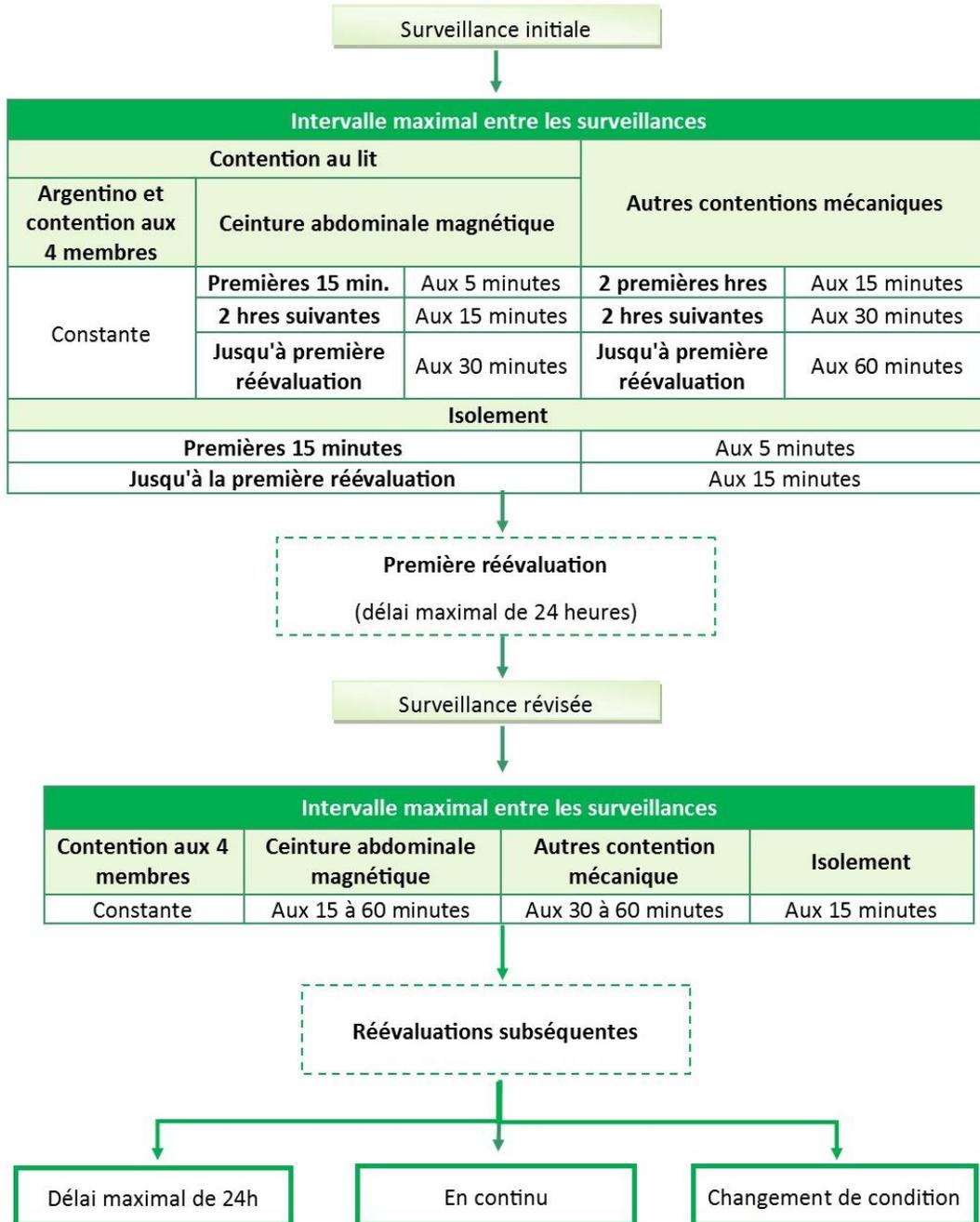
5.2.1 SURVEILLANCE INITIALE

Lors de la mise en place 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 RÉVISÉE

Après la première réévaluation, soit au plus tard vingt-quatre (24) heures 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 ce dernier.

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 un 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 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			
Argentino et contention aux 4 membres : Constante		Autres contentions mécaniques	
Contention abdominale magnétique			
Premières 15 minutes	Aux 5 minutes	Deux (2) premières heures	Aux 15 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	Aux 15 minutes	Deux (2) heures suivantes	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 les comportements persistent au-delà de 24 heures à la suite de l'application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée, 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'utilisateur.

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 seul le fabricant peut procéder à cette réparation.

**MARCHE À SUIVRE
SERVICES D'URGENCE NON 24H/24
SERVICES AMBULATOIRES**

MARCHE À SUIVRE SERVICES D'URGENCE NON 24H/24 ET SERVICES AMBULATOIRES

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette procédure vise les usagers de tout âge recevant des soins ou en observation à l'urgence « non 24/24 », situés sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale :

- Hôpital Jeffery Hale ;
- Hôpital Chauveau.

Cette procédure vise également les usagers recevant des services :

- Dans un centre ou une clinique offrant des services de santé d'ordre physique;
- Dans une clinique offrant des services en spécialité médicale;
- À l'hôpital de jour;
- En centre de jour.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Aucune mesure autorisée	
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none">• Méthode d'emballotement avec drap ou couverture chez l'enfant entre un et six ans.	<ul style="list-style-type: none">• Freins de fauteuil ou mise en mode manuel ;• Masque anti-crachat ;• Matériel maison ou adaptation de matériel ;• Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil ;• Tablette au fauteuil sans ceinture ;• Système de contention abdominale au lit avec 2 ridelles pleines ou 4 demi-ridelles ;• Attache-poignet/attache-cheville ;• Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher lui-même ;• Combinaison Argentino ;• Tablette sur un fauteuil muni d'une ceinture ;• Système transport accompagné sécuritaire (TAS).

CERTAINS ÉQUIPEMENTS POUR ENFANT

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

- Les couchettes;
- Les courroies d'attache d'une chaise haute;
- Les poussettes;
- Emmallotement dans une couverture dont le but n'est pas de restreindre pour procéder à une intervention;
- Les sièges d'appoint ou tout autre article conçu pour assurer la sécurité du nourrisson et du jeune enfant.

Cependant dès que l'équipement n'est plus inhérent au groupe d'âge ou au niveau de développement attendu, il s'agit d'une mesure de contrôle. Exemple : utilisation d'une poussette chez un jeune de 11 ans

MARCHE À SUIVRE SERVICES D'URGENCE NON 24H/24 ET SERVICES AMBULATOIRES

COMPORTEMENT À RISQUE D'INFLIGER OU DE S'INFLIGER DES BLESSURES

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'usager est considéré adopter un comportement imprévu lorsqu'il n'a pas été prévu dans le cadre d'une planification de services réguliers.

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

3. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

3.1 DÉCISION

La décision d'utiliser une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. Cependant, dans un service d'urgence non 24/24, seule la méthode d'emballotement avec drap ou couverture chez l'enfant entre un et six ans pour procéder à une intervention est autorisée. Dans ce contexte d'intervention non planifiée, seulement une infirmière ou un médecin peuvent décider d'une telle mesure. Le professionnel doit rédiger une note au dossier de l'usager incluant :

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

Cette mesure ne doit durer que le temps de l'intervention.

PARTICULARITÉ DE LA CLIENTÈLE

Lorsque l'usager est âgé de 14 ans et moins, le titulaire de l'autorité parentale de la personne doit être avisé dans les meilleurs délais. Lorsque l'usager est âgé de 14 ans et plus, l'intervenant doit discuter avec celui-ci pour aviser ou non le titulaire de l'autorité parentale de la démarche entamée.

4. TENUE DE DOSSIER

Documenter au dossier de l'usager :

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

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-16.
- 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

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I: MESURES DE REMPLACEMENT	45
ANNEXE II: RISQUES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE	49

ANNEXES

ANNEXE I: 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, chercher à traiter la cause;• Connaître les habitudes de vie antérieure de l'utilisateur ;• Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique;• S'assurer de répondre aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.);• Appliquer 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'utilisateur 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">• Instaurer des tournées standardisées aux heures :• Offrir d'aller aux toilettes;• Demander si l'utilisateur 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'utilisateur;• Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
<ul style="list-style-type: none">• Ajuster l'éclairage selon les besoins et les périodes de la journée;• 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 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 fixée au lit pour faciliter le transfert;• Utiliser un fauteuil autobloquant;• 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
<ul style="list-style-type: none">• 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
<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, aromathérapie, etc.);• 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
<ul style="list-style-type: none">• 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;• Accorder du temps à la personne.

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
<ul style="list-style-type: none">• Utiliser des repères environnementaux (identifier les toilettes, la chambre, les zones communes, etc.);• Mettre en place des mesures d'aménagement territorial pour le respect de l'intimité des autres usagers (rideaux);• Installer des barrières psychologiques, l'utilisateur ne doit pas avoir accès;• Éclairer adéquatement les espaces 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
<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• 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
<ul style="list-style-type: none">• 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);• Instaurer des mesures d'aménagement territorial pour le respect de l'intimité des autres usagers (rideaux).

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER PRÉSENTANT DE L'AGITATION OU DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS
Mesures de remplacement reliées à la personne
<ul style="list-style-type: none">• Connaître et respecter dans la mesure du possible les habitudes de vie antérieures de l'usager;• Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique;• S'assurer de répondre rapidement aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.);• Appliquer 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
<ul style="list-style-type: none">• Appliquer des techniques de l'approche relationnelle de soins;• Faciliter la communication, donner des consignes courtes et claires, adapter la communication;• Concevoir un tableau de communication;• Appeler un interprète;• Connaître les habitudes de vie antérieures de l'usager, tenter de les reproduire;• Adapter la routine selon les besoins de l'usager; par exemple, si l'usager 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;• 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;• Élaborer et appliquer 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 un horaire de marche;• Renforcer les comportements positifs.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
<ul style="list-style-type: none">• 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 (ex. : chaise berçante, musique, aromathérapie);• Proposer des objets transitionnels (ex. : photos des proches de l'usager, animaux en peluche).

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		
<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 ; • Troubles du sommeil. 	<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, delirium ; • Sentiments négatifs (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 évènement) ; • Sentiment d'être puni ou d'être emprisonné ; • Isolement ; • Retrait social. 		
EFFETS INDIRECTS			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire et fécale • Constipation • Diminution de l'appétit • Déshydratation • Perte de poids • Perte d'autonomie fonctionnelle </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Risque accru d'infection • Troubles pulmonaires et circulatoires • Déprivation sensorielle • Fonte musculaire • Lésions de pression • Hypotension orthostatique • Raideur articulaire </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire et fécale • Constipation • Diminution de l'appétit • Déshydratation • Perte de poids • Perte d'autonomie fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • 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"> • Incontinence urinaire et fécale • Constipation • Diminution de l'appétit • Déshydratation • Perte de poids • Perte d'autonomie fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

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 : 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 : Suffocation si l'utilisateur pousse la mitaine dans sa bouche
Attache-poignet et attache-cheville	<ul style="list-style-type: none"> 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'avant² Risque possible, mais rare : Suffocation (décès) si l'utilisateur parvient à se glisser sous la ceinture³
Fauteuil bas et inclinable	<ul style="list-style-type: none"> Chute
Lit à profil bas	<ul style="list-style-type: none"> Chute
Système de contention magnétique au lit	<ul style="list-style-type: none"> Irritation cutanée Risque possible, mais rare : Suffocation⁴ (décès)
ISOLEMENT	
Porte avec accès visuel	<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), détérioration de la condition physique et mentale
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	<ul style="list-style-type: none"> Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents)
Dispositif agissant comme barrière psychologique	<ul style="list-style-type: none"> 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.