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

TITRE : Procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle
Direction du programme Jeunesse (DJ)

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

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

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIFS 1

CHAMPS D'APPLICATION 1

CLIENTÈLE VISÉE 1

DÉFINITIONS 2

MARCHE À SUIVRE UNITÉS DE SOINS HÔPITAUX DE JOUR DU CENTRE DE PÉDOPSYCHIATRIE 6

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION 7
2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION 7
3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE 12
4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE 14
5. SURVEILLANCE 16
6. LIMITE D'UTILISATION ET ALERTE 21
7. DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT 21
8. TENUE DE DOSSIER 21
9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS 22
10. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT 22

MARCHE À SUIVRE CLINIQUE EXTERNE DU CENTRE DE PÉDOPSYCHIATRIE 23

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION 24
2. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION 24
3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE 26
4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE 26
5. SURVEILLANCE 26
6. TENUE DE DOSSIER 26
7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS 26

MARCHE À SUIVRE FOYERS DE GROUPE 27

MARCHE À SUIVRE MILIEU NATUREL DE L'USAGER 30

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION 31
2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LES DIRECTIONS 31
3. CONSTAT DE L'UTILISATION DE MESURE DE CONTRÔLE 31
4. TENUE DE DOSSIER 31
5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS 31

RÉFÉRENCES 32

ANNEXES 34

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

OBJECTIFS

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

CHAMPS D'APPLICATION

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

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

CLIENTÈLE VISÉE

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

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

DÉFINITIONS

Définitions générales

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

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

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

Définitions - contentions mécaniques

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

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

Définitions - contentions par la force humaine

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

Définitions - isolement

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

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

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

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section vise les enfants et adolescents qui sont admis :

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

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

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

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE

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

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

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

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

SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)

Important : Pour les usagers de 12 ans et plus seulement

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

DISPOSITIFS INHÉRENTS AU GROUPE D'ÂGE

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

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

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

CHAISE HAUTE AVEC CEINTURE POUR ENFANT OU CHAISE MULTIFONCTION

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

MÉTHODE D'EMMAILLOTEMENT

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

UTILISATION D'UNE VESTE OU D'UNE COUVERTURE LESTÉE

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

LES RIDELLES DE LIT

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

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

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

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'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 l'usager des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir ou d'y entrer;
- Lors d'examens diagnostiques sous sommeil, s'il n'y a pas d'accompagnateur;
- Lorsque l'usager présente une altération de l'état de conscience;
- Lorsque selon le groupe d'âge ou le niveau de développement physique et cognitif de l'enfant le justifie pour sa sécurité.

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

2.2. CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

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

2.4. ISOLEMENT

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

2.4.1. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT

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

CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE

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

DISPOSITIFS AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE

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

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

LE RETRAIT

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

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

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

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

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

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

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1. DÉCISION ET APPLICATION

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

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

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

3.1.2. INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

3.2. PROCESSUS DÉCISIONNEL

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

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

3.2.2. POUR LA CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

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

La prescription comprend :

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

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

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

3.3. INSTALLATION

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

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

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

3.4.1. PREMIÈRE RÉÉVALUATION

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

3.4.2. RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

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

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

4.1. DÉCISION

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

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

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

PARTICULARITÉ DE LA CLIENTÈLE

Lorsque l'usager est âgé de 13 ans et moins, le titulaire de l'autorité parentale 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 mesure de contrôle.

4.2. ANALYSE POSTSITUATIONNELLE

La présente section complète la section 11.2.3. du Protocole.

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

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

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

5. SURVEILLANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1. SURVEILLANCE INITIALE

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

5.2. SURVEILLANCE RÉVISÉE

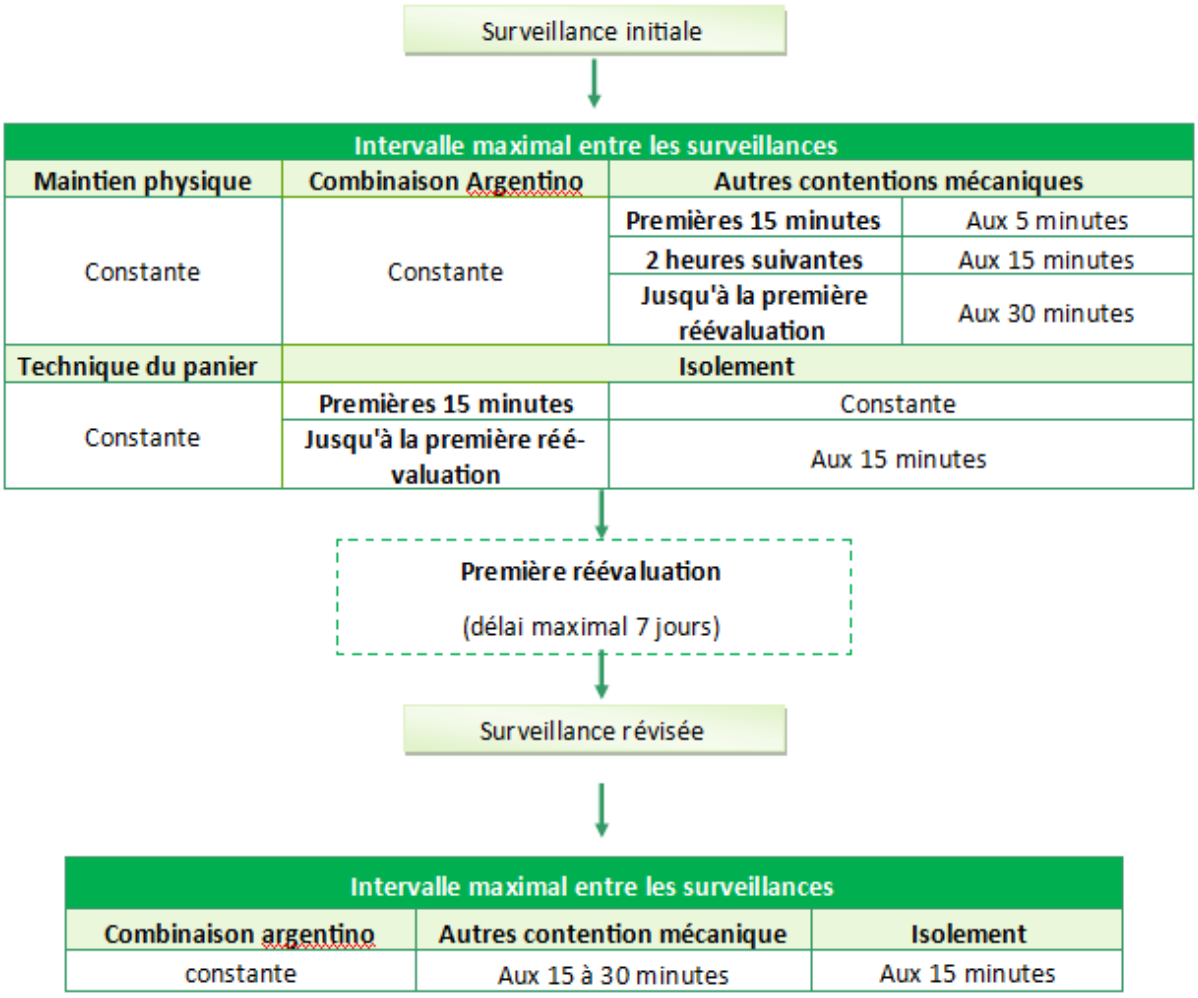
Après la première réévaluation, soit au plus tard 7 jours suivant l'application d'une mesure de contrôle, il est possible d'ajuster les modalités de surveillance, sauf pour la combinaison Argentino et la salle d'isolement. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'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 des risques reliés à la mesure, des réactions de l'usager face à cette mesure ainsi que de la condition de celui-ci.

5.3. PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

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

5.4. BALISES GÉNÉRALES DE SURVEILLANCE

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



RECOMMANDATIONS POUR LES CONTENTIONS MÉCANIQUES

De manière générale :

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

Pour la combinaison Argentino :

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

RECOMMANDATIONS POUR L'ISOLEMENT

De manière générale :

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

Pour la salle d'isolement :

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

5.5. PARTICULARITÉ POUR LA GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENTS ADAPTÉS UNE PIÈCE

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

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

5.6. CONTENTION CHIMIQUE

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

5.7. LE RETRAIT

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

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

6. LIMITE D'UTILISATION ET ALERTE

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

7. DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

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

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

8. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

10. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

10.1. ENTREPOSAGE

La direction est responsable pour ses secteurs d'activités :

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

10.2. ENTRETIEN

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

MARCHE À SUIVRE
CLINIQUE EXTERNE DU CENTRE DE PÉDOPSYCHIATRIE

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

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

2. MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

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

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

EMMAILLOTEMENT

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

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

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

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

2.4 ISOLEMENT

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

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

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

3.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

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

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

5. SURVEILLANCE

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

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

MARCHE À SUIVRE
FOYERS DE GROUPE

À VENIR

USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	**Mesures PROSCRITES**

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

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉE

ISOLEMENT

CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

SURVEILLANCE

TENUE DE DOSSIER

RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

MARCHE À SUIVRE
MILIEU NATUREL DE L'USAGER

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

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

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LES DIRECTIONS

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

3. CONSTAT DE L'UTILISATION DE MESURE DE CONTRÔLE

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

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

4. TENUE DE DOSSIER

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

La section 14 du Protocole s'applique.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIFS

La section 15 du Protocole s'applique.

RÉFÉRENCES

AFSSAPS (2011). *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique*, 10 p.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004). *Cadre de référence - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement* (Édition révisée).

BEAUCHAMP, Sylvie. *Couvertures et vestes lestées : sécurité, efficacité et enjeux de leur utilisation dans différents cadres d'intervention*, Rapport pour l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), 2010, 53 p.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE (2013). *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Politique relative à la gestion des personnes violentes « Code blanc »*, PO-34.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, PO-40.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*, R-16.

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL (2017). *Procédure : Application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques.* Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

CHU SAINT-JUSTINE (2020). *Protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.

CLIPP, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales. Condensé préparé pour Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), *L'utilisation des couvertures, des vestes et autres objets lestés auprès des enfants : information, mise en garde et précautions d'usage.* Montréal, Québec, [En ligne] 2011. 7p. [https://www.oeq.org/DATA/NORME/27~v~couvertur-lestees_addenda_dec11.pdf].

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE (2017). *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec ainsi que dans certains établissements non fusionnés*. 57 p.

DROLET CHRISTINE (2019). *Exploration des motifs justifiant le recours aux mesures de contention et d'isolement en centre de réadaptation pour jeunes au Québec : la perception des intervenants.* Université de Montréal, mémoire en psychoéducation 82 p.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (2007). Comité interdisciplinaire de soutien pour l'utilisation judicieuse des mesures de contention et d'isolement. *Prévention de l'utilisation de la contention - Stratégies de prévention et mesures de remplacement.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Aide-mémoire - Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2013). *Manuel d'application : Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, p 27 à 34.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2016). *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.*

O'DOWD N. et coll. (2005). *Les mesures de contrôle en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions*, Équipe de consultation sur les aides techniques, Centre Interval.

QUÉBEC (2018). *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, Gazette officielle du Québec, partie 2 : lois et règlements, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1758 p.

SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA. *Les contentions*, brochure, [En ligne], révisé en 2009. [http://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-tough-issues/tough_issues_restraints_f.pdf].

ANNEXES

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT

ANNEXE II : NIVEAU DE RISQUE DES MESURES DE CONTRÔLE

ANNEXE III : CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE

ANNEXE IV : MARCHE À SUIVRE NIVEAU ALERTE

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER PRÉSENTANT UN RISQUE DE CHUTE
Mesures de remplacement reliées à la personne
• Documenter l'histoire de chute de l'usager, chercher à traiter la cause; • Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique; • S'assurer de répondre aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.); • S'assurer du port de chaussures et de vêtements sécuritaires; • S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation de soins
• Demander si l'usager est confortable; • Respecter le rythme de l'usager; • Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue, intégrer les proches dans les activités de surveillance.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
• Réfléchir à la localisation de la chambre pour faciliter la surveillance; • Offrir des espaces extérieurs adaptés et sécuritaires; • Ajuster l'éclairage selon les besoins et les périodes de la journée; • Assurer la sécurité optimale sur l'unité (désencombrement); • Éclairer adéquatement les espaces de circulation et réduire les stimuli visuels inutiles; • Réduire les stimuli inutiles (surcharge sensorielle).

USAGER DONT LE COMPORTEMENT INTERFÈRE AVEC LES TRAITEMENTS

Mesures de remplacement reliées à la personne

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

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

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

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

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

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

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

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

USAGER PRÉSENTANT DE L'AGRESSIVITÉ

Mesures de remplacement reliées à la personne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RISQUES POSSIBLES ASSOCIÉS AUX MESURES DE CONTRÔLE AUTORISÉES

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

ANNEXE III : CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE

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

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

Le plan doit inclure :

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

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

ANNEXE IV : MARCHE À SUIVRE NIVEAU ALERTE[3]

<table>
<tr><th colspan="3">PREMIER NIVEAU D'ALERTE</th></tr>
<tr><td rowspan="2">• Chef d'unité
• Directeur adjoint DSMD
• Copie conforme :
o Assistante (AIC/ASI)
o Conseillère cadre en soins infirmiers
o Infirmiers – volet DSMD</td><td>Isolement</td><td>• Après 12 heures consécutives d'isolement lors d'une période de 24 heures
OU
• Après 3 jours consécutifs d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif</td></tr>
<tr><td>Système de contention aux quatre membres et combinaison Argentino</td><td>• Après plus de 8 heures consécutives d'application
OU
• Après 3 jours consécutifs de plus d'une heure/jour</td></tr>
<tr><th colspan="3">DEUXIÈME NIVEAU D'ALERTE</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Ajout des personnes suivantes :
• Directeur
• Responsable médical
• Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle[4]</td><td>Isolement</td><td>• Après 6 jours consécutifs d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif
OU
• Par la suite à tous les 3 jours d'isolement de plus de 12 heures/jour cumulatif</td></tr>
<tr><td>Système de contention aux quatre membres et combinaison Argentino</td><td>• Après plus de 16 heures consécutives d'application
• Par la suite, à toutes les 8 heures
OU
• Après 6 jours consécutifs sans durée déterminée d'application
• Par la suite, à tous les 3 jours</td></tr>
</table>

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

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

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

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