Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles

Québec

Protocole interdisciplinaire d'application des mesures de contrôle

Rédaction

Comité de travail

Membres du comité ad hoc de révision du protocole initial, version 2016.

Monsieur Pierre Arseneault
Docteur Serge Barrette
Madame Johanne Cantin
Madame Céline Cummings
Madame Louise Gaudet
Madame Nancy Leblanc
Madame Caroline Mathieu
Monsieur Gugliemo Tita

Consultation du document

Collaboration à la rédaction, correction et mise en page 2016:
Liliane Decoste, adjointe à la direction, DSISM
Consultation 2022 : Comité de gestion des risques février 2023

Mise à jour 2021-2022

Cathy Noel, infirmière en santé mentale
Marie-Pascale Bourgeois, inf clinicienne en réaffectation à la DSI
Marie-Christine Déraspe, inf clinicienne en réaffectation à la DSI
Janie Leblanc, inf clinicienne en réaffectation à la DSI
Amélie Poirier, conseillère en soins infirmiers

Mise à jour 2024-2025

Amélie Poirier, conseillère en soins infirmiers
Florence Besner, inf clinicienne
Chantal Provost, DQEPE

Mise à jour 2026

Nathalie Bélanger, IPSPL en réaffectation à la DSI
Amélie Poirier, conseillère en soins infirmiers

Image en couverture, source : Pixabay, geralt (2014) https://pixabay.com/fr/cha%C3%AEnes-pris-psych%C3%A9-femme-patient-433543/

Table des matières

Introduction **7**

Définitions **8**

Raison d'être du Protocole **9**

Objectifs 10

Philosophie d'intervention 10

Principes directeurs **11**

Principes juridiques et déontologiques : 11

Droit à la vie *11*

Droit à l'intégrité, à la dignité *11*

Droit à la liberté *12*

Droit à l'équité *12*

Principes éthiques et cliniques 12

Types de mesures de contrôle autorisées et lieux d'application du protocole **13**

Dans les installations du CISSS des Îles : Mesures contrôles physiques et isolements autorisés : 13

Équipements proscrits : 14

Équipements proscrits, mais autorisés en situations exceptionnelles 14

Utilisation des substances chimiques (médicaments) 15

Hors établissement : Mesures de contrôle en RI-RTF ou RPA 16

Achat et entretien **17**

Achat : 17

Entretien : 17

Contextes d'application **17**

Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle **18**

Processus décisionnel interdisciplinaire 18

1. Évaluer la situation clinique 18

Analyse en fonction du but visé *18*

Considéré comme une mesure de contrôle : *18*

Non considéré comme une mesure de contrôle : *18*

Aide à la décision *21*

Analyse du risque en fonction du comportement *21*

2. Planification de l'intervention 22

Mesures de remplacement (voir annexes 7 à 14) *23*

3. Communication 24
Avec l'équipe des mesures d'urgence 24
Avec l'usager, ses proches et tout intervenant pertinent au dossier 24
4. Application de l'intervention des mesures de contrôle : 24
Contexte d'intervention non planifiée (en urgence) 24
Contexte d'intervention planifiée (comportement persistant /récidivant/risque récidive) 25
Exigence de la famille ou du représentant de l'usager d'utiliser une mesure de contrôle 25
Important : 25
5. Réévaluation : 26
Après l'utilisation d'une mesure de contrôle : 26
6. Analyse postsituationnelle 28
Dans un contexte non planifié (urgence), suite à l'application de mesures de contrôle : 28
La contribution des différents intervenants 31
Professionnels autorisés 31
En contexte d'urgence : 32
En contexte planifié : 32
L'Infirmière : 32
Engagement du personnel autorisé 33
Application : 33
Personnel clinique : 34
Gestionnaire/remplaçant : 35
Les intervenants non autorisés à décider d'initier une mesure de contrôle : 35
Le consentement 36
Consentement à l'utilisation d'une mesure de contrôle 36
Informations à transmettre : 36
Consentement substitué 36
Révocation/Refus injustifié du consentement 37
Ordonnance de la cour 38
Les modalités de surveillance 38
Surveillance et soins requis lors de l'application d'une mesure de contrôle 38
Contexte d'intervention et de maîtrise (Contexte non planifié) 39
Mesure de surveillance dans un contexte d'intervention d'assistance (communément appelé surveillance constante.) en contexte planifié 40
Surveillance lors de la mise en place du masque anti-crachat 40

Le droit à l'information **43**
Tenue de dossiers **43**
L'Ordonnance 44
Ordonnance en situation d'intervention planifiée, anticipée *44*
Ordonnance en situation d'intervention non planifiée *45*
Contenu de l'ordonnance *45*
Durée de validité de l'ordonnance *45*
Élaborer et réviser le Plan d'intervention (PTI) *46*
Mécanismes de plaintes **46**
Déclaration des incidents et des accidents **46**
Déclaration obligatoire **47**
Quand et Quoi déclarer 47
Modalités spécifiques d'application de la fouille préventive **48**
Références **48**
Références législatives : 48
Références bibliographiques : 48
Annexe 1 : Extraits d'articles de loi pertinents à l'encadrement des mesures de contrôle **51**
Annexe 2 : Exemples de situations où le but de l'intervention peut varier (MSSS 2015) **53**
Annexe 3 : Processus décisionnel - Application des mesures de contrôle **57**
Annexe 4 : Aide à l'identification du risque **58**
Annexe 5 : Liste de vérification **59**
Annexe 6 : IL00543 -Formulaire analyse et déclaration de l'utilisation d'une mesure de contrôle **60**
Annexe 7 : Les stratégies professionnelles **61**
Annexe 8 : Les stratégies structurales et liées à la perte d'autonomie **62**
Annexe 9 : Les stratégies liées à la prévention des comportements d'automutilation, des comportements perturbateurs ou d'agression **63**
Annexe 10 : Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes en ou à risque de delirium **65**
Annexe 11 : Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque de chute **67**
Annexe 12 : Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes présentant des comportements agressifs **70**
Annexe 13 : Mesures de remplacement pour diminuer les comportements perturbateurs **73**
Annexe 14 : Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque d'errance **75**
Annexe 15 : Formulaire du curateur **77**

Annexe 16 : Algorithme pour orienter le choix de mesures de contrôle chimique en cas d'échecs de mesures de remplacements 78

Annexe 17-Dépliant informatif pour l'usager et ses proches 79

Annexe 18- Utilisation du formulaire Évaluation infirmière-mesures de contrôle 81

Annexe 19- Évaluation infirmière mesures de contrôle 82

Annexe 20- Grille d'observation par un surveillant 84

Annexe 21-: Aide-mémoire niveau de surveillance et leurs particularités 86

Annexe 22- Formulaire de consentement 88

Annexe 23-Mesures de Contrôles, inspection sommaire 89

Annexe 24- Feuille d'inspection du matériel de contention 90

Annexe 25 OMISP IL00718- Santé mentale usagers observés ou hospitalisés examens et surveillance 91

Annexe 26 Aide-mémoire général pour mesure de contrôle 93

Introduction

Le Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles (CISSS des Îles) est soucieux de l'amélioration continue de la qualité de ses services. À ce titre, il est essentiel que les soins et services soient dispensés dans le respect des droits fondamentaux de la personne, notamment sa liberté, sa sécurité, sa dignité et son pouvoir d'agir.

Les mesures de contrôle, telles que la contention physique ou chimique et l'isolement, peuvent porter atteinte à ces droits et avoir des répercussions importantes sur la qualité de vie des personnes qui y sont soumises. Leur utilisation soulève donc des enjeux cliniques, éthiques et juridiques majeurs et doit, à ce titre, demeurer exceptionnelle.

Le présent protocole s'inscrit dans les orientations ministérielles[1], qui prévoient que chaque établissement adopte un cadre visant à rendre exceptionnelle l'utilisation des mesures de contrôle. Il a pour objectif de baliser leur application en favorisant prioritairement le recours à des mesures de remplacement efficaces, respectueuses des personnes et adaptées à leur situation clinique.

Ce protocole reflète les orientations ministérielles, respecte les habilitations légales des professionnels et précise les modalités d'évaluation, de décision, d'application et de suivi des mesures de contrôle, tant en contexte d'interventions planifiées que non planifiées.

Toutefois, ce document ne peut se substituer au jugement clinique, à l'expertise professionnelle, ni au savoir-faire des intervenants. L'utilisation des mesures de contrôle requiert une analyse rigoureuse de chaque situation, une sensibilité aux besoins et aux droits des personnes vulnérables ainsi qu'une préoccupation constante pour leur qualité de vie.

L'établissement s'engage à promouvoir des valeurs de respect, de dignité et de collaboration interdisciplinaire, telles que précisées à la section « Philosophie d'intervention ».

[1] Lepage (2002), p. 11.

Définitions

Contention[2] : mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine ou un moyen mécanique, ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.

Consentement : consiste en une autorisation donnée par l'usager ou son représentant. Celui-ci doit être libre, c'est-à-dire qu'il doit être donné par l'usager de son plein gré, et il ne doit pas être obtenu au moyen d'une déclaration inexacte ni par fraude. L'usager est libre de refuser ou de consentir à des soins, sans contrainte. Le consentement doit être donné volontairement en pleine connaissance de cause. Le consentement obtenu doit être éclairé, c'est-à-dire que l'usager doit avoir reçu tous les renseignements nécessaires pour prendre cette décision et qu'il doit avoir reçu des réponses à ses demandes de renseignements supplémentaires, le cas échéant, et ce, de façon satisfaisante.

Fouille : consiste à vérifier si une personne transporte ou dissimule des objets dangereux pouvant servir à commettre une infraction.

> *Note : bien que la fouille préventive ne fasse pas partie des mesures de contrôle définies dans les orientations ministérielles, le présent protocole l'aborde puisqu'elle peut porter atteinte aux droits de la personne et doit, à ce titre, être rigoureusement encadrée.*

Fouille préventive : intervention qui consiste à vérifier les effets personnels d'un usager afin de détecter et de lui retirer, s'il y a lieu, des objets ou des substances susceptibles d'être dangereux pour lui ou pour autrui, ou appartenant à quelqu'un d'autre ou à l'établissement.

Danger grave et imminent : situation susceptible de provoquer de façon imminente des blessures graves à l'usager ou à un tiers, allant jusqu'à la mort. Cette menace est imminente lorsqu'elle est susceptible de se réaliser dans un délai très rapproché.

Intervention d'assistance[3] **:** intervention visant à pallier un risque élevé d'accident ou de détérioration de la santé de l'usager relié à sa condition physique ou psychique (ex. : risque de chute, de fugue, etc.).

Intervention de maîtrise[3] **:** intervention visant à empêcher l'usager de poser des gestes agressifs imminents qui mettraient en danger sa sécurité ou celle d'autrui.

Intervention de soins ponctuels[3] **:** intervention visant à effectuer un examen ou à donner les soins requis par la condition d'un usager advenant une interférence aux soins de la part de ce dernier (ex. : attache-poignet pour empêcher d'arracher un tube).

---

[2] Définitions tirées ou adaptées de : MSSS 2015, p. 25

[3] Définition tirée ou adaptée de : CIUSSSMCQ (2016)

Interférence aux soins : désigne un usager présentant un comportement qui empêche l'application d'un traitement ou d'un soin. Cette situation peut entraîner un risque de blessure ou de détérioration de l'état de santé.

Isolement : mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne, pour un temps déterminé, dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement.

Mesures de remplacement : stratégies d'intervention qui favorisent la gestion d'un problème mettant sérieusement en danger la sécurité d'une personne ou celle d'autrui par un ou des moyens autres qu'une mesure de contrôle. Ces stratégies peuvent concerner la personne, ses proches, les intervenants, l'environnement, l'équipement ou l'organisation du travail.

Mesure de contrôle : les mesures de contrôle comprennent la force, la contention physique, la contention chimique et l'isolement.

> ***Note** : n'est pas considérée comme une mesure de contrôle, au sens du présent protocole, une mesure utilisée dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen, lorsqu'elle s'applique à la population en général. Pour soutenir la réflexion clinique, voir l'annexe 2 – Exemples de situations où le but de l'intervention peut varier (MSSS, 2015).*

Mesures de positionnement[4] **:** consistent à utiliser un équipement dans le but de suppléer à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer elle-même.

Retrait: Mesure qui consiste à retirer un usager d'un groupe/endroit afin de le mettre à l'écart d'une source de stimulation ou de désorganisation.

Substance chimique : mesure de contrôle qui consiste à atténuer l'agitation, à stabiliser l'état psychiatrique et à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.

Surveillance constante dans un lieu restreint: mesure d'isolement qui consiste à accorder une présence continue auprès de l'usager par un membre du personnel et à contraindre ses déplacements dans un lieu restreint.

Raison d'être du Protocole

Ce protocole est élaboré dans le but de :

- Respecter les lois et les orientations ministérielles encadrant l'utilisation des mesures de contrôles;
- Assurer le respect des droits des usagers;
- Baliser l'utilisation des mesures de contrôle au sein du CISSS;

[4] MSSS 2015, p. 10

- Assurer des règles de conduite et une pratique uniforme;
- Promouvoir la prévention et le recours prioritaire aux mesures de remplacement;
- Réduire la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle;
- Préciser les responsabilités des professionnels et des intervenants lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Se doter de mécanismes de vigie en lien avec les pratiques et les résultats observés.

Objectifs

Le protocole vise à :

- Favoriser, chez l'ensemble du personnel et des médecins, une culture qui valorise le respect de la dignité, de la liberté et de l'autodétermination des personnes;
- Promouvoir l'adoption de pratiques exemplaires favorisant le recours aux mesures de remplacement lors de situations à risque;
- S'assurer que les mesures de contrôle sont utilisées en dernier recours, de façon minimale et exceptionnelle et exclusivement pour assurer la sécurité de la personne ou celle de son entourage.
- Préciser le processus décisionnel mis en vigueur au sein de l'établissement.
- Assurer le confort ainsi que la sécurité physique et psychologique des personnes soumises à une mesure de contrôle.
- S'assurer que les usagers, leurs proches, le personnel et les médecins sont adéquatement informés des règles d'application;
- Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle en clarifiant les lignes de conduite applicables à l'ensemble des milieux et des ressources liées à l'établissement (voir plutôt les sections « Types de mesures de contrôle autorisées » et « Contextes d'application »);
- Impliquer la personne et ses proches dans le processus décisionnel et de suivi.

Philosophie d'intervention

L'humanisme, l'engagement, l'adaptabilité et le respect de la liberté de mouvement, de la mobilité et de la dignité de la personne sont les valeurs auxquelles doivent adhérer les intervenants, les médecins et l'établissement.

L'utilisation d'une mesure de contrôle *doit être limitée* à la présence *d'un danger grave et imminent* pour la personne ou pour autrui et ne peut être envisagée *qu'en dernier recours*, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées ont été appliquées et évaluées. Elle doit être la moins contraignante possible et appliquée pour la plus courte durée nécessaire. Une mesure de contrôle ne peut en aucun cas être utilisée pour répondre à une contrainte organisationnelle ou administrative.

Les intervenants doivent agir dans une perspective de relation d'aide, en tenant compte des caractéristiques, de l'histoire et des besoins de la personne, ainsi que de son environnement, qu'elle soit en établissement, en ressource non institutionnelle (RNI) ou à domicile.

Chaque personne étant unique, la personne elle-même, ou son représentant légal, ainsi que ses proches, doivent être impliqués dans l'évaluation de la situation et dans la recherche de solutions adaptées, en cohérence avec les objectifs du plan d'intervention.

Principes directeurs

Comme pour tout autre traitement, la décision d'utiliser ou non une mesure de contrôle doit être analysée en tenant compte de sa thérapeutique globale. « Les mesures de contrôle peuvent au niveau psychologique induire un état de stress posttraumatique et (…) sont surtout associées à des émotions négatives (Chieze, Hurst, Kaiser et Sentissi, 2019, cité dans Plante L et Goulet M-H. 2020) en plus de nuire à la relation thérapeutique » (OMS, 2019, cité dans Plante L et Goulet M-H. (2020). Elles peuvent également avoir des effets néfastes et graves sur la santé physique de la personne.

Par conséquent, la prise de décision en vue d'utiliser une mesure de contrôle doit tenir compte de principes d'ordre juridiques et déontologiques et d'ordre éthique et clinique.

Principes juridiques et déontologiques :

Le respect des droits fondamentaux constitue un principe central lors de l'évaluation de la pertinence d'utiliser une mesure de contrôle, puisque ces droits peuvent être significativement restreints lorsqu'une telle mesure est appliquée.

Le détail des articles de loi est présenté en annexe 1 *Extraits d'articles de loi pertinents à l'encadrement des mesures de contrôle.*

Droit à la vie

Dans le but de préserver le droit à la vie de l'usager ou d'autrui :

- Lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée, une surveillance raisonnable doit être offerte afin de protéger la personne.

Aux fins d'interprétation du présent protocole, les notions de danger grave et imminent et de mesure de contrôle s'entendent au sens des définitions présentées à la section « Définitions ».

Droit à l'intégrité, à la dignité

- Respect de l'individualité, des valeurs de la personne, de son droit à la confidentialité;
- Exige une évaluation exhaustive des avantages et des inconvénients de l'utilisation d'une mesure de contrôle. Notion d'apport bénéfique;
- Les effets secondaires néfastes de l'utilisation d'une mesure de contrôle pouvant porter atteinte à l'intégrité et à la dignité de la personne doivent être rigoureusement considérés;
- Accompagnement intensif lorsqu'une mesure de contrôle doit être utilisée, afin de réduire, voire d'éviter les effets secondaires néfastes;
- Préoccupation pour la qualité de vie.

Droit à la liberté

- Respect de l'autonomie individuelle, respect des choix;
- Consentement aux soins, incluant l'utilisation d'une mesure de contrôle, accompagnement dans la prise de décision, information claire et complète pour la prise d'une décision éclairée;
- Utilisation de la mesure la moins contraignante possible afin de ne pas brimer indûment la liberté de la personne.

Droit à l'équité

- Décision basée sur des faits, non subjective, ni teintée de préjugés;
- Absence d'abus de pouvoir sur des personnes vulnérables.

Principes éthiques et cliniques

- L'éthique suppose une remise en question constante des pratiques professionnelles dans une perspective d'humanisation des soins, de respect des personnes, de leur individualité et de leurs intérêts. Elle s'oppose à des pratiques statiques, routinières ou centrées sur l'organisation au détriment des personnes (Gagnon et Labbé, AHQ, 2004).
- Les décisions relatives à l'utilisation des mesures de contrôle doivent être guidées par des principes éthiques et cliniques qui visent à rendre exceptionnelle l'utilisation de ces mesures. Les équipes interdisciplinaires doivent appuyer leur analyse sur des données probantes et adapter leurs pratiques afin de limiter le recours aux mesures de contrôle au strict nécessaire.
- Une préoccupation constante pour la qualité de vie de la personne doit être prise en considération dans la décision d'utiliser ou non une mesure de contrôle. Il est proscrit d'opter pour une sécurité maximale sans égard à la qualité de vie. Un équilibre entre ces deux dimensions doit être recherché.
- Les mesures de contrôle sont utilisées uniquement comme mesures de sécurité, dans un contexte de danger grave et imminent, et ne doivent en aucun cas servir à punir, intimider, corriger un comportement ou répondre à des contraintes organisationnelles.
- L'utilisation d'une mesure de contrôle s'inscrit dans une approche individualisée qui met à contribution la personne, ou son représentant légal le cas échéant, ses proches et l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire. L'appropriation par la personne de son pouvoir d'agir sur sa situation constitue un élément central de l'intervention.
- Le potentiel de la personne doit être reconnu et mis à contribution dans la recherche et l'application de solutions alternatives aux mesures de contrôle. Le développement des connaissances et des habiletés des équipes en matière de mesures de remplacement efficaces, respectueuses de la personne, de son autonomie et de son environnement doit faire partie intégrante des stratégies de réduction des mesures de contrôle.
- Une analyse rigoureuse des causes du problème pouvant conduire à l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être réalisée systématiquement afin d'identifier des solutions adaptées aux besoins spécifiques de la personne. Les intervenants doivent posséder une connaissance approfondie des effets délétères, tant physiques que psychologiques, associés aux mesures de contrôle, et en tenir compte dans leur jugement clinique.

- L'application d'une mesure de contrôle constitue une intervention de dernier recours, consécutive à l'échec des autres possibilités, et exige un encadrement professionnel rigoureux. Lorsqu'il est nécessaire d'y recourir, la mesure choisie doit être la moins contraignante possible, appliquée pour la plus courte durée requise, dans le respect, la dignité et la sécurité de la personne, et faire l'objet d'une supervision attentive.
- En aucun temps, une mesure de contrôle ne peut être utilisée afin de réduire le temps de surveillance raisonnablement requis selon la condition clinique de la personne. Le personnel qui procède à l'application d'une mesure de contrôle doit être habilité à le faire et agir conformément aux balises établies dans le présent protocole.

Types de mesures de contrôle autorisées et lieux d'application du protocole

Tous les sites gérés par le CISSS, publics ou privés ayant un lien contractuel avec l'établissement peuvent appliquer le protocole avec certaines adaptations.

Dans les installations du CISSS des Îles : Mesures contrôles physiques et isolements autorisés :

Au CISSS des Îles, les mesures de contrôle qui peuvent être utilisées sont de trois types : physiques (contention, force), isolement (incluant la sécurisation résidentielle) et chimiques.

L'utilisation d'une mesure de contrôle doit répondre aux besoins de l'usager et à sa situation clinique. Son utilisation demeure exceptionnelle et comporte certains risques.

Le choix du type de mesure à utiliser découle toujours d'une évaluation complète du besoin de la personne par le personnel habilité. La décision doit tenir compte de l'exigence d'utiliser la mesure la moins contraignante possible, tout en respectant la dignité de la personne et en assurant sa sécurité.

Mesures d'urgence « code blanc » : les principes du présent protocole et les procédures applicables doivent être respectés (voir la procédure C-P-900 – Gestion de crise d'agressivité – code blanc).

Lorsqu'un usager est en garde en établissement, comme balisé par le Code civil du Québec (chapitre CCQ-1991) et la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001), il n'est pas requis de déclarer cette mesure sur le formulaire de déclaration des mesures de contrôle. Toutefois, si d'autres mesures de contrôle s'avèrent nécessaires (isolement, contention ou substance chimique), celles-ci doivent être utilisées conformément au protocole et être déclarées.

Le matériel de contention physique

Le matériel doit répondre aux normes en vigueur et faire l'objet de recommandations concernant la sécurité, le confort et le respect de l'intégrité, incluant une identification adéquate du produit. Chaque secteur doit prendre les dispositions nécessaires pour s'assurer que le personnel possède les connaissances requises pour en faire l'utilisation ou l'installation.

Le matériel de contention :

- Les ridelles de lit;
- La tablette du fauteuil roulant ou gériatrique.

Mesures de protection abdomen avec clé magnétique :

- 1er choix : Pinel (modèle : Pinel Standard);
- 2e choix : Segufix (modèle Simplex 2200).

Lors de l'achat ou du remplacement d'une mesure de protection abdominale avec clé magnétique, prioriser le Modèle Pinel Standard

Mesures de protection contre les agressions :

- Attache-poignet et attache-cheville;
  1er choix : le modèle POSEY (attache-poignet ou attache-cheville connectés) – 2204.
- Masque anti-crachats.

Interférence aux soins

- Attache-poignet et attache-cheville :
  1er choix : Formédica (attache-poignet ou attache-cheville) 7638 - 7647

Isolement

- Chambre d'isolement.

Équipements proscrits :

- Tout matériel maison et toute adaptation ou réparation de matériel sont proscrits pour des raisons de sécurité.
- Tout matériel non approuvé par Santé Canada est proscrit, sauf s'il a fait l'objet d'une analyse du comité de gestion des risques et d'une autorisation formelle, incluant des procédures d'utilisation et la formation du personnel.
- Les fabricants devraient être interpellés pour toute adaptation ou modification de contention dans une perspective d'utilisation optimale et sécuritaire.

Équipements proscrits, mais autorisés en situations exceptionnelles

En raison des risques d'entrave à la respiration, la combinaison Argentino et les sangles qui pourraient entraver la circulation sanguine ou la respiration ne sont pas autorisées au sein du CISSS des Îles.

Toutefois, des circonstances exceptionnelles peuvent en exiger l'usage (évacuation aérienne - EVAQ). Une demande d'autorisation doit être adressée à la direction médicale des services professionnels et à la direction des soins infirmiers, ou en leur absence, à la présidence-direction générale de l'établissement.

L'isolement

L'isolement peut être exercé de plusieurs façons :

- Dans la chambre d'isolement;
- Par la présence d'un système de sécurité limitant l'accès au bâtiment (interne et externe) ou à des secteurs spécifiques;
- Par la présence d'un intervenant à la porte pour interdire la sortie.

Pour les secteurs où un système de sécurité limitant les accès est présent, des mesures doivent être clairement établies afin de permettre aux personnes aptes de circuler sans entrave au moment opportun. On doit également mettre en place des mesures assurant la sécurité de tous, advenant l'obligation de quitter rapidement le bâtiment en cas d'incendie ou d'une autre situation à risque.

Utilisation des substances chimiques (médicaments)

La distinction entre l'utilisation de médicaments à des fins thérapeutiques et leur utilisation à titre de mesure de contrôle nécessite une vigilance clinique constante.

Le recours aux substances chimiques comme mesure de contrôle fait appel à la prescription médicale. Ces professionnels doivent exercer leur jugement clinique afin de bien distinguer l'utilisation d'un médicament à des fins thérapeutiques de l'utilisation d'un médicament à des fins de mesure de contrôle. L'annexe 16 – *Algorithme pour orienter le choix de mesure de contrôle chimique en cas d'échecs de mesure de remplacements* vient soutenir le professionnel dans son choix de prescription.

Le contexte d'intervention et l'état physique et mental de l'usager influencent l'orientation. Une prudence est de mise dans l'emploi des médicaments, mais il ne doit pas se faire aux dépens de la souffrance ressentie par l'usager. Comme pour toutes les mesures de contrôle, les substances chimiques doivent être prescrites dans le but d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.

En situation planifiée :

L'emploi d'un médicament à titre de mesures de contrôle doit préalablement être discuté en équipe afin de bien encadrer l'orientation à cet égard.

Des grilles d'observation doivent être utilisées afin d'objectiver la situation, annexe 19- *Évaluation infirmière mesures de contrôle*, annexe 20- *Grille d'observation par un surveillant*. Ces grilles doivent permettre une lecture globale de la situation et cibler les éléments à observer (le comportement, les gestes agressifs, les gestes d'automutilation, les périodes d'errance, les symptômes psychotiques, etc.).

Tout comme pour l'usage d'une contention physique, une démarche d'analyse doit être enclenchée afin d'évaluer la nécessité de recourir à une contention chimique ou s'il existe des mesures de remplacement à mettre en place.

L'utilisation de médicaments à des fins de contention chimique peut être à durée variable, mais doit être temporaire. La décision de maintenir à long terme une ordonnance médicamenteuse provient d'une analyse rigoureuse réalisée en équipe.

L'utilisation de la médication sur une base à long terme suppose que celle-ci a une portée davantage thérapeutique que de contrôle.

En situation non planifiée :

La règle d'utilisation d'une substance chimique est régie par le risque de dangerosité de la personne pour elle ou pour autrui et est à durée temporaire.

Hors établissement : Mesures de contrôle en RI-RTF ou RPA

Dans les milieux hors établissement (RI-RTF, RPA), les soins et services doivent être adaptés à l'état de santé et au bien-être de l'usager, conformément aux règlements applicables et aux ententes contractuelles en vigueur.

Certains milieux ne sont pas adaptés à l'utilisation de l'isolement ou d'une contention physique.

L'usage d'une mesure de contrôle, si elle a lieu, doit être fait de façon exceptionnelle et en dernier recours, dans un contexte d'intervention planifiée et selon certaines conditions :

- Après l'application de toutes les mesures de remplacement possibles;
- Seulement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, dans un contexte d'intervention planifiée;
- Dans les secteurs où il n'y a pas de professionnel autorisé, en vertu de la Loi, à décider de l'utilisation d'une mesure de contrôle, cette décision doit faire obligatoirement l'objet d'une prescription médicale et être inscrite au plan d'intervention individualisé.
- Les modalités d'application, la technique d'installation de la mesure, la durée d'utilisation de la mesure et la date de réévaluation doivent y être identifiées.
- Le personnel doit appliquer la mesure telle que prescrite et assurer la surveillance requise, au même titre que pour les autres secteurs d'activités.
- Le gestionnaire responsable du secteur est avisé, valide et autorise le processus décisionnel;
- Les intervenants du milieu, et le proche aidant si nécessaire, sont formés et évalués par un professionnel autorisé sur les risques associés à ces mesures, sur la méthode d'installation et sur les modalités d'application et de surveillance;
- L'intervenant doit aviser le professionnel autorisé de toute utilisation non conforme de la mesure. Le professionnel autorisé assure le suivi avec le gestionnaire responsable;
- Un changement de milieu doit être envisagé si l'application d'une mesure de contrôle est requise de façon régulière et que la gestion du comportement est inefficace.

L'administration des médicaments dans les ressources non institutionnelles par le personnel ou les proches aidants œuvrant à la ressource est soumise aux règles déterminées dans le cadre de référence visant les activités d'exception confiées aux non professionnels et autre personnel, en vigueur au CISSS des Îles. L'administration d'un médicament au besoin (PRN) exige une évaluation préalable par une infirmière. L'absence de ces professionnels en permanence dans les ressources rend difficile son utilisation. L'utilisation de substances chimiques au besoin n'est pas permise si une évaluation par un professionnel habilité n'est pas possible.

Lorsque les intervenants du milieu ne peuvent pas assurer la protection de l'usager ou d'autrui et que le recours à des ressources externes est envisagé (ambulance ou police), le gestionnaire responsable doit être avisé.

En situation d'urgence, seuls l'intervention physique restrictive (arrêt d'agir) et l'isolement sont autorisés.

L'employé du milieu doit aviser l'intervenant du secteur qui fera un suivi et s'assurera de revoir le plan d'intervention.

Quelques résidences de type RNI du territoire sont autorisées à se doter de systèmes de sécurité permettant de restreindre les accès à la résidence particulièrement dans des résidences où sont hébergées des personnes inaptes à circuler à l'extérieur du bâtiment seul en toute sécurité. Ces secteurs doivent prendre les moyens nécessaires pour permettre aux personnes aptes de circuler sans entrave au moment opportun.

Ils doivent également mettre en place des mesures assurant la sécurité de tous advenant l'obligation de quitter rapidement le bâtiment en cas d'incendie ou d'une autre situation à risque.

Achat et entretien

Achat :

Le choix du type de mesure :

Le choix du type de mesure découle d'une évaluation complète du besoin de la personne par le personnel habilité (voir la section « Types de mesures de contrôle autorisées et lieux d'application du protocole »).

Entretien :

Chaque direction doit prévoir les modalités d'entretien de son matériel de contention et de mesures alternatives.

Les méthodes d'entretien doivent se faire selon les consignes du fabricant.

Pour plus de détails, voir : annexe 23-*Mesures de Contrôles, inspection sommaire*.

Pour plus de détails, voir Nettoyage/désinfection : Référer aux fiches prévention des infections (PCI) lorsque disponibles, dans l'intranet, sous documentation générale / fiches PCI, si non disponible, voir les consignes du fabricant.

Contextes d'application

Démarche décisionnelle

Il est important de départager les 2 contextes d'interventions lors de l'application de mesures de contrôle, car ils ont chacune leur particularité surtout au niveau du niveau d'urgence, du processus décisionnel, du consentement, du suivi et du plan de soins.

- **Situation non planifiée (contexte d'intervention non planifiée; en urgence);**
- **Situation planifiée (contexte intervention planifiée).**

Peu importe le contexte d'application, des principes communs doivent guider la décision et l'application de la mesure de contrôle.

À chaque situation, les intervenants doivent suivre les étapes ci-dessous :

1. **Évaluation de la situation clinique** (But visé et analyse du risque);
2. **Planification des interventions** (identifier la cause, tenter la désescalade, appliquer des mesures de remplacement);
3. **Communication** (appeler l'équipe des mesures d'urgence : précode, code blanc);
4. **Application de l'intervention** (mise en place mesure contrôle);
5. **Réévaluation post-situationnelle** (réévaluation et Analyse).

Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle

Processus décisionnel interdisciplinaire

1. Évaluer la situation clinique

Analyse en fonction du but visé

Les intervenants doivent s'interroger sur le but visé lors de l'application d'une mesure de contrôle, plutôt que sur le dispositif ou la mesure elle-même. Par exemple, Il arrive qu'un même équipement puisse servir de mesure de contrôle et, à d'autres occasions, de mesures pour pallier une limitation physique. Il faut donc identifier le but recherché afin de déterminer s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle.

Considéré comme une mesure de contrôle :

Lorsque le but visé est de restreindre la capacité de la personne à exécuter un mouvement préjudiciable (ex. : se mordre, se frapper la tête) ou socialement inacceptable (ex. : attouchement sexuel non sollicité), à adopter une posture ou une position à risque (ex. : grimper sur le rebord d'une fenêtre), ou à se déplacer de façon jugée non sécuritaire et ainsi de se placer devant un danger imminent, on doit considérer l'intervention comme une mesure de contrôle. Celle-ci doit donc être déclarée au moyen du formulaire *Déclaration de l'utilisation d'une mesure de contrôle* (annexe 6). Ce type d'intervention nécessite une surveillance, un suivi et une évaluation, comme stipulé dans le présent protocole.

Non considéré comme une mesure de contrôle :

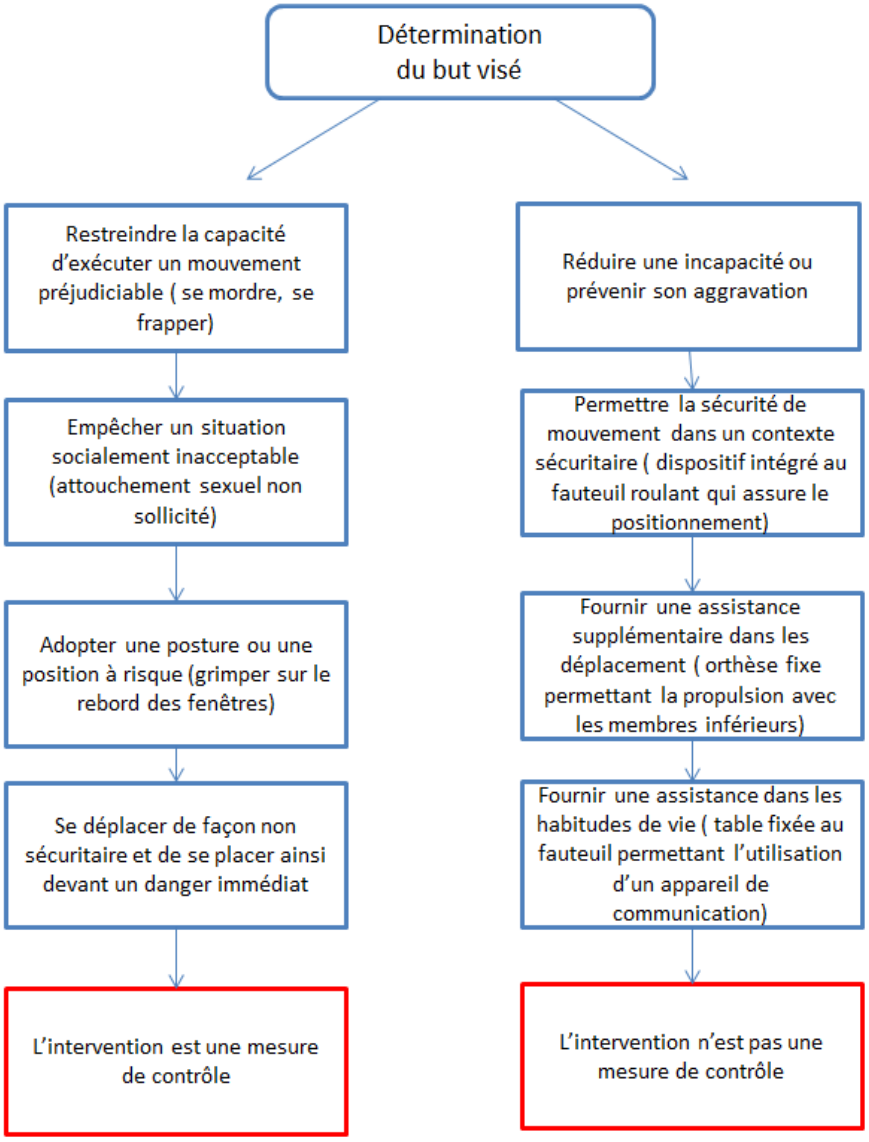
Lorsque le but visé est de réduire ou de pallier une incapacité ou de prévenir son aggravation, pour permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire ou pour fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie, il ne s'agit pas d'une mesure de contrôle. Il n'est donc pas requis de déclarer l'utilisation. Par exemple, l'utilisation de certains dispositifs intégrés au fauteuil roulant, les orthèses, les sangles ou les attaches stabilisant un membre lors d'une activité quotidienne, une table fixée au fauteuil roulant permettant l'utilisation d'un appareil de communication ou la réalisation d'une habitude de vie.

Il est du ressort de l'équipe interdisciplinaire, à laquelle doit participer la personne ou son représentant légal et sa famille, de déterminer si l'intervention envisagée a pour but d'entraver ou, au contraire, de favoriser la liberté de mouvement ou l'autonomie de la personne, afin d'établir s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle (voir Figure 1, page suivante).

Les dispositifs utilisés dans le but d'entraver la liberté de mouvement et l'autonomie de la personne doivent être appliqués en dernier recours, lorsque la personne fait face à un danger imminent et que toutes les mesures de remplacement possibles ont été tentées et se sont avérées insuffisantes ou inefficaces (annexe 2).

Les intervenants doivent également évaluer s'il y a contre-indication à l'utilisation de certaines mesures de contrôle, tel que détaillé dans la règle de soins DSI-02 : Mesure de contrôle et dans la procédure utilisation de mesures de contrôle.

figure 1


Détermination du but visé
Restreindre la capacité d'exécuter un mouvement préjudiciable (se mordre, se frapper)
Empêcher un situation socialement inacceptable (attouchement sexuel non sollicité)
Adopter une posture ou une position à risque (grimper sur le rebord des fenêtres)
Se déplacer de façon non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger immédiat
L'intervention est une mesure de contrôle
Réduire une incapacité ou prévenir son aggravation
Permettre la sécurité de mouvement dans un contexte sécuritaire (dispositif intégré au fauteuil roulant qui assure le positionnement)
Fournir une assistance supplémentaire dans les déplacement (orthèse fixe permettant la propulsion avec les membres inférieurs)
Fournir une assistance dans les habitudes de vie (table fixée au fauteuil permettant l'utilisation d'un appareil de communication)
L'intervention n'est pas une mesure de contrôle

Aide à la décision

L'établissement met à la disposition de ses intervenants et médecins divers outils pour les soutenir dans la prise de décision :

- Protocole d'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Outil d'aide à la décision, adapté selon le modèle de Kayser-Jones (annexe 3 *Processus décisionnels - Application des mesures de contrôle*);
- *Outil d'aide à l'identification du risque* (annexe 4);
- *Une liste de vérification* « Pour une utilisation judicieuse d'une mesure de contrôle » (CISSS des Îles, 2015), (annexe 5**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**);
- *Formulaire de déclaration de l'utilisation d'une mesure de contrôle* (annexe 6);
- Politique D-400;
- Procédure D-400A;
- Règlement numéro 18;
- Règle de soins DSI-02.

Analyse du risque en fonction du comportement

L'évaluation de la situation clinique comprend :

- L'identification du comportement de l'usager (voir tableau 1 pour signes d'augmentation d'agitation);
- La détermination des causes biopsychosociales, culturelles et environnementales (aménagement physique, structure organisationnelle et environnement humain) à l'origine de la situation problématique;
- La révision des médicaments déjà prescrits (effets visés par rapport aux effets obtenus).

À cette étape, l'évaluation de la situation doit permettre d'objectiver la dangerosité du risque, la probabilité que le risque se réalise ainsi que la gravité des conséquences anticipées si le risque se réalise. La rigueur du processus d'évaluation et d'analyse est primordiale pour assurer des soins sécuritaires et de qualité.

L'évaluation globale de la personne comprend :

- L'examen physique et mental;
- L'observation du comportement de l'usager.

L'évaluation globale des risques environnementaux comprend :

- Le niveau de bruit;
- La luminosité;
- L'encombrement;
- La possibilité de fugue;
- L'état du couvre-sol (bris?);
- Etc.

Tableau 1 : Signes indiquant une augmentation de l'agitation

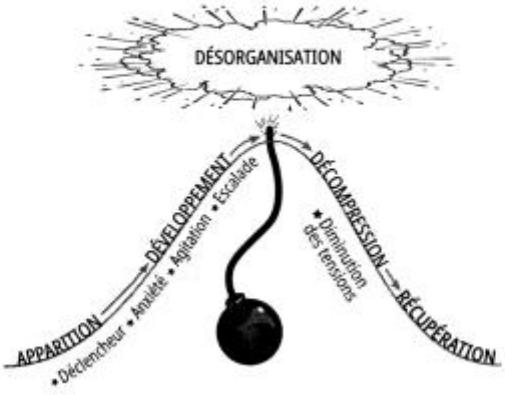
Signes à observer			
Comportement envers les objets, les autres et lui-même	**Réactions physiologiques**	**Attitude, humeur et expression verbale**	**Traitement de la pensée/ perceptions**
○ Expression faciale tendue et irritée ou maintenant de façon prolongée ○ Augmentation ou arrêt soudain de l'agitation psychomotrice ○ Augmentation du volume et du débit verbal ○ Changement dans le délai de réponse verbale ou comportementale (contact visuel prolongé ou, au contraire, évitement du regard) ○ Menaces verbales ou comportementales ○ Comportement d'agressivité actuel similaire à celui exprimé lors d'un épisode antérieur	○ Modification de la fréquence respiratoire et cardiaque ○ Coloration de la peau ○ extrémités plus blanches et moites ○ visage rouge ○ Contractions musculaires ○ Dilatation des pupilles	○ Colère ○ Hostilité ○ Méfiance ○ Anxiété extrême ○ Irritabilité ○ Sarcasme avec condescendance ○ Humeur labile ○ Euphorie excessive et déplacée	○ Processus de la pensée désorganisé ○ Idées délirantes ○ Confusion ○ Désorientation ○ Altération de la mémoire ○ Hallucinations ou illusions avec contenu violent

Source : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke - Méthodes de soins informatisées. (2017).

2. Planification de l'intervention

La figure 2 ci-dessous soutient le processus de planification **avant** l'application des mesures de contrôle chimiques ou physique.

La figure[50] suivante vise à soutenir la compréhension d'un processus de crise. Le modèle présenté contient cinq phases principales, soit l'apparition, le développement, la désorganisation, la décompression et la récupération.



Source : Beaumont, 2003, dans Beaumont et al., 2020, p. 155.

Pour faire suite à l'évaluation de la situation, l'équipe interdisciplinaire tente d'effectuer une désescalade et l'application de mesures de remplacements (voir les annexes 7 à 14 sur les mesures de remplacement, afin de désamorcer le comportement à risque.

Ils tentent d'agir sur les causes du problème, de faire l'inventaire des solutions, de répondre aux besoins de la personne en favorisant le maintien optimal de son autonomie.

Ils tentent d'éliminer le déclencheur du comportement, de réduire l'anxiété de l'usager et/ou son agitation.

Mesures de remplacement (voir annexes 7 à 14)

Les mesures de remplacement sont des stratégies d'intervention simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenants, afin d'éviter de recourir aux mesures de contrôle.

Elles peuvent être liées à la personne, à l'organisation des soins, aux équipements, à l'environnement physique ou être de nature psychosociale, récréative ou occupationnelle.

Elles visent à prévenir ou à éliminer les causes du comportement afin de réduire le risque pour la personne ou pour autrui.

La recherche de mesures de remplacement se base sur une démarche rigoureuse, créative et adaptée aux besoins de l'usager.

Elle doit s'appuyer sur différents outils tels que les grilles d'observation du comportement, des besoins et des mesures de remplacement, l'histoire de vie de la personne, la cueillette de données auprès de l'usager et de ses proches, etc. L'usager, ses proches ainsi que l'équipe interdisciplinaire doivent travailler en collaboration afin de déterminer le sens du geste posé ou la cause du comportement observé.

Les mesures de remplacement choisies ainsi que les modalités d'application doivent être consignées au dossier.

Au fur et à mesure que la situation de l'usager évolue, les mesures de remplacement doivent être révisées et ajustées en fonction des besoins de l'usager. Il se peut donc que les mesures efficaces cessent de l'être après un certain temps. Il faut alors rechercher d'autres mesures de remplacement.

Les annexes, sur les mesures de remplacement, présentent des listes non exhaustives de mesures de remplacement selon les comportements à risque pouvant être utiles dans la recherche de solution à des situations cliniques particulières :

- *Les stratégies professionnelles* : annexe 7;
- *Les stratégies structurales et liées à la perte d'autonomie* : annexe 8;
- *Les stratégies liées à la prévention des comportements d'automutilation, des comportements perturbateurs ou d'agression* : annexe 9;
- *Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes en ou à risque de delirium* : annexe 10;
- *Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque de chute* : annexe 11;
- *Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes présentant des comportements agressifs* : annexe 12;
- *Mesures de remplacement pour diminuer les comportements perturbateurs* : annexe 13;
- *Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque d'errance* : annexe 14.

Si les mesures de remplacement sont inefficaces ou qu'elles ne peuvent être entreprises en raison du risque pour le patient ou pour autrui ou par urgence, utiliser l'aide à l'identification du risque ci-dessous pour vous soutenir dans votre démarche.

La question à se poser :

Le risque est-il grave et imminent? Pour déterminer si le risque est grave et imminent (gravité des conséquences et probabilité), se référer à l'annexe 4 – *Aide à l'identification du risque.*

3. Communication

Avec l'équipe des mesures d'urgence

Le risque est-il grave et imminent?

Si la réponse est :

- **Oui :** Appeler le code blanc selon la procédure et intervenir selon le contexte d'intervention non planifiée (urgence).
- **Non** : Appeler le précode blanc (selon le besoin) et intervenir selon le contexte d'intervention planifiée.

Avec l'usager, ses proches et tout intervenant pertinent au dossier

- Communiquer le plan d'intervention;
- Donner toute l'information nécessaire pour que la personne ou son représentant soit en mesure de prendre une décision éclairée;
- Inviter la personne ou son représentant à s'impliquer dans la démarche.

Obtenir le consentement de la personne, de son représentant ou du curateur public pour les personnes sous régime de protection, avant de procéder à l'utilisation d'une mesure de contrôle dans un contexte d'intervention planifiée.

4. Application de l'intervention des mesures de contrôle :

En l'absence de mesures de remplacement, ou si celles-ci sont insuffisantes, l'équipe interdisciplinaire ou le professionnel désigné par la Loi évalue la gravité de la situation afin de déterminer si une mesure de contrôle est indiquée, en tenant compte de ses avantages et de ses désavantages.

Si, après discussion et évaluation, il s'avère que l'utilisation d'une mesure de contrôle serait plus désavantageuse parce qu'elle entraînerait plus d'inconvénients que d'avantages pour la santé et le bien-être de la personne, celle-ci sera jugée non justifiée. Si, à l'inverse, la gravité de la situation laisse voir qu'une mesure de contrôle serait indiquée, en plus de la contrainte utilisée, l'équipe doit envisager sa combinaison avec d'autres moyens, pour en limiter les répercussions négatives.

Contexte d'intervention non planifiée (en urgence)

Le contexte d'intervention non planifiée correspond à une situation urgente et imprévue où l'évaluation clinique démontre un danger imminent pour la personne ou pour autrui.

En contexte d'urgence, la décision d'initier une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé.

Idéalement, la décision de la mise en application des mesures de contrôle doit être effectuée suite à l'évaluation d'un professionnel désigné par la loi, idéalement, si possible, décidé par (2 professionnels formés, désignés par le département).

Par ailleurs des intervenants non autorisés à décider peuvent intervenir et décider d'appliquer les mesures de contrôles afin d'empêcher ou de limiter les blessures. (Voir section : contribution des différents intervenants.)

Dans ce cas, le consentement de l'usager, ou de son représentant s'il est inapte; n'est pas obligatoire. Par contre, la collaboration de la personne doit être sollicitée en tout temps. (Voir section Consentement).

Contexte d'intervention planifiée (comportement persistant /récidivant/risque récidive)

Le contexte d'intervention planifiée résulte d'une démarche d'évaluation interdisciplinaire tenant compte des antécédents et du risque de récidive d'une situation problématique mettant en danger la personne ou autrui.

À chaque fois que les mesures de contrôle sont appliquées, même si elles étaient déjà prévues au PII, le consentement préalable de l'usager ou de son représentant légal devra être obtenu, car la situation sera alors présentée dans un contexte d'intervention planifiée.

Si, après discussion et évaluation, il s'avère que l'utilisation d'une mesure de contrôle serait plus désavantageuse parce qu'elle entraînerait plus d'inconvénients que d'avantages pour la santé et le bien-être de la personne, celle-ci sera jugée non justifiée.

Si, à l'inverse, la gravité de la situation laisse voir qu'une mesure de contrôle serait indiquée, en plus de la contrainte utilisée, l'équipe doit envisager sa combinaison avec d'autres moyens, pour en limiter les répercussions négatives.

Exigence de la famille ou du représentant de l'usager d'utiliser une mesure de contrôle

Les proches de l'usager ou le représentant légal ne peuvent pas imposer la mise en place d'une mesure de contrôle ou en refuser le retrait.

La décision de recourir ou non à une mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation clinique rigoureuse, réalisée par des professionnels autorisés, en collaboration avec l'usager et son représentant légal.

Seul l'usager peut exiger l'utilisation d'une mesure de contrôle.

Le choix de la mesure doit être guidé par :

- L'absence de contre-indications;
- Matériel de contention le moins contraignant possible selon la situation;
- Durée d'application se limitant au temps minimal requis pour protéger la personne ou son entourage;
- Fréquence de révision de la mesure et son suivi;
- Surveillance que requiert l'application de la mesure;
- Indications concernant l'arrêt de la mesure.

Important :

- On doit également mettre en place des mesures assurant la sécurité de tous, advenant l'obligation de quitter rapidement le bâtiment en cas d'incendie ou d'une autre situation à risque.

- Toutes les interventions doivent être documentées au dossier (voir la section « Documentation »).

5. *Réévaluation :*

Après l'utilisation d'une mesure de contrôle :

Dès la mise en place de la mesure de contrôle :

Déterminer :

- le moment de réévaluation;
- les critères de retrait (doit se faire le plus rapidement possible lorsque les éléments suivants sont observés (MSI, 2019) :
    - l'usager ne représente plus un danger immédiat pour lui-même ni pour autrui;
    - la dangerosité initiale et actuelle du comportement indésirable grave est résolue :
        - en partie ou en totalité;
        - un retour au calme est observé (Varcarolis, 2017).
- les mesures de remplacement, le cas échéant;
- la surveillance.
    - les paramètres de surveillances (voir selon l'annexe 19);
    - les types de surveillances;
        - en continu : par une personne se trouvant dans la chambre (face à face);
        - en alternance : par différents membres de l'équipe de soins.

    - la *fréquence des surveillances* (voir l'annexe 19);
    - la personne responsable de la surveillance doit être informée clairement :
        - des attentes et des observations à effectuer;
        - des particularités notées au cours de la dernière période de surveillance.
            - Ex. : à la rencontre de début de quart de travail doit pouvoir transmettre clairement ses observations suite à sa période de surveillance
            - Ex. : à la rencontre de fin de quart de travail.

Aviser le médecin dans les meilleurs délais; **ce délai ne doit pas excéder 24 heures.**

Un processus de vérification du matériel doit être mis en place dans chacun des secteurs où une mesure de contrôle pourrait s'appliquer afin de s'assurer du bon état du matériel utilisé (annexe 24).

Le tableau 2 ci-dessous (MSI, 2019) dicte quand effectuer la réévaluation, quelles personnes doivent être impliquées, le but et les éléments à aborder.

	Moments (Goulet & Larue, 2016)	**Personnes impliquées** (Goulet & Larue, 2016)	**Buts** (Goulet & Larue, 2016)	**Éléments à aborder** (Goulet & Larue, 2016)

1. **Suivi postévénement**	• Immédiatement après l'événement	• Le ou les intervenants ayant été impliqués directement dans la situation
		  ◦ doivent être rencontrés individuellement
		• Un professionnel qui n'était pas impliqué dans l'événement
			• Permettre à l'intervenant ou aux intervenants de libérer la charge émotionnelle accumulée durant l'intervention
			• Rétablir le sentiment que l'environnement de travail est sécuritaire
				• Les émotions vécues
				  ◦ les peurs, craintes et appréhensions pouvant subsister après l'événement
				• Le soutien ou le suivi personnalisé disponible
				  ◦ varie selon les besoins de l'intervenant

2. **Analyse formelle**	• 24 à 48 heures suivant l'événement	• Les membres de l'équipe d'intervenants ayant été impliqués dans l'événement • Un professionnel (animateur) qui n'était pas impliqué dans l'événement (ex. : supérieur hiérarchique)	• Explorer et comprendre l'événement	• La cause de l'événement • Le type de mesures mises en place, leur durée et leur efficacité • Les modalités d'application et la surveillance effectuée • Le comportement de l'usager avant, pendant et après la mise en place de la mesure • L'estimation du risque de récurrence du comportement indésirable • La pertinence d'élaborer un plan d'intervention (MSSS, 2015)

3. **Rencontre avec l'usager**	• Lorsque possible et dès que l'état de l'usager le permet	• Un intervenant qui n'était pas impliqué dans la situation
		• L'usager
		  ◦ OU son représentant si impossible avec l'usager
			• Rétablir la relation de confiance et thérapeutique	• Utiliser un questionnaire adapté pour
				  ◦ permettre à l'usager de se recentrer sur l'événement et de verbaliser son ressenti
				  ◦ encadrer les émotions pouvant être générées durant l'entrevue
				  ◦ connaître :
				  ▪ l'élément déclencheur
				  ▪ les signes d'escalade
				  ▪ les facteurs environnementaux que l'usager juge importants
				  ▪ les problématiques à prendre en considération dans le futur
				  ▪ les interventions de prévention préférées par l'usager

Si la décision est de maintenir les mesures de contrôle vu la persistance du danger :

L'ordonnance doit être obtenue dans un délai de 16 heures et l'analyse doit s'appliquer dans un contexte d'intervention planifiée avec un PII au dossier.

Si la décision est de cesser les mesures :

Suivre la règle de soins prévue à cet effet : DSI-02 : Intervention des infirmières face à l'utilisation d'une mesure de contrôle.

Si le comportement est susceptible de se reproduire :

L'analyse doit s'appliquer comme un contexte d'intervention planifié avec un PII au dossier, incluant, en cas d'échec des mesures de remplacement, la mise en place de mesures de contrôle physique/chimique au besoin selon l'évaluation de l'infirmière.

6. *Analyse postsituationnelle*

Cette évaluation permet de vérifier l'évolution de la condition clinique de la personne, de s'attarder à ses émotions, d'identifier ses attentes, afin de réviser le plan d'intervention interdisciplinaire (PII), et de faire en sorte que ce dernier réponde le plus adéquatement à ses besoins. Cette démarche permet ainsi d'évaluer, s'il y a lieu, les effets négatifs produits par la mesure et, le cas échéant, de les pallier, soit en cessant la mesure si possible, ou du moins en ajustant le PII par des interventions de soutien.

L'analyse post-situationnelle doit être réalisée dans un délai de 24 à 48 heures suivant l'évènement, en impliquant la personne, ses proches et son représentant légal, le cas échéant.

Dans un contexte non planifié (urgence), suite à l'application de mesures de contrôle :

Évaluer la possibilité que le comportement de la personne persiste, malgré la mise en place de mesures de remplacement (de plus de 24 heures) ou lorsqu'un patient aurait déjà nécessité la mise en place de mesures de contrôle dans le passé malgré la mise en place de mesures de remplacement.

Si le comportement persiste, l'équipe interdisciplinaire devra planifier des mesures préventives pour gérer la situation ou, le cas échéant, évaluer et envisager la pertinence de planifier, en dernier recours, l'utilisation d'une mesure de contrôle dans un plan d'intervention (sera alors en contexte planifié).

L'équipe doit, entre autres :

- Impliquer la personne dans la révision de la décision et de son plan d'intervention;
- Valider l'efficacité des mesures de remplacement utilisées;
- Analyser la pertinence d'appliquer une mesure de contrôle physique ou chimique au besoin (en cas d'échec des mesures de remplacement);
- Analyser des avantages et des effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure de contrôle. (Tableau 3 ci-dessous).

Tableau 3 : Effets de l'isolement sur les plans physique et psychologique. Tiré de MSSS, 2006, p.44-45.

Effets de l'isolement sur les plans physique et psychologique	
Principaux effets physiques (liste non exhaustive)	
Il existe une importante controverse au sujet des effets bénéfiques ou néfastes de l'isolement dans le contexte de soins psychiatriques : • Possibilité de repos et de sommeil versus réduction des stimuli; • Réduction des interactions stressantes versus détresse; • Apaisement versus agitation; • Possibilité d'un contact rapproché de la personne avec les intervenants versus bris de communication; • Sécurité sauf si une ou des contentions s'ajoutent à l'isolement. L'isolement peut aussi entraîner des complications. À cet égard, une étude ayant été menée dans des urgences américaines a enregistré un taux mensuel de 38 % de complications associées à l'utilisation des chambres d'isolement. Ces complications étaient des blessures aux personnes, des blessures aux intervenants et des évasions de la chambre d'isolement (Zun, 2005, dans MSSS 2006).	
Principaux effets psychologiques (liste non exhaustive)	
• Peur • Sentiment d'abandon • Exacerbation des symptômes psychiatriques • Diminution de l'estime de soi • Détérioration de l'état mental • Privation sensorielle pouvant déclencher ou augmenter les hallucinations	• Anxiété • Colère • Perte de liberté • Humiliation • Culpabilité • Méfiance accrue • Désir de vengeance • Exacerbation de la détresse

- Vérifier si le choix de la mesure de contrôle est approprié à la situation;
- Évaluer la pertinence du type de mesure utilisée et de son maintien;
- Revoir les soins et surveillances à effectuer;
- Ajuster le plan d'intervention, au besoin;
- Déterminer le délai maximal avant d'effectuer une réévaluation;
- Évaluer le milieu de vie afin de vérifier s'il convient bien à l'usager.

Dans un contexte de mesure planifiée :

Lorsqu'un PII est déjà au dossier, cela permet de le réviser et de s'assurer qu'il réponde le plus adéquatement au besoin de la personne.

Cette démarche permet :

- D'évaluer, s'il y a lieu, les effets négatifs produits par la mesure et, le cas échéant, de les pallier, soit en cessant la mesure si possible, ou du moins en ajustant le PII par des interventions de soutien.
- D'identifier les besoins spécifiques de l'usager, en tenant compte du processus décisionnel et des risques pour l'usager ou le résident;
- D'identifier des mesures de remplacement (annexes 7 à 14).

En CHSLD :

- Un plan de diminution ou de retrait doit être élaboré. Lors des visites d'appréciation de la qualité du milieu de vie, s'il y a utilisation non requise de mesures de contrôle, cela fera l'objet systématiquement d'une recommandation à l'effet d'enlever la mesure de contrôle, et s'il y a lieu de la remplacer par des mesures de remplacement (annexes 7-14).

La documentation

Le Plan d'intervention

La réévaluation du plan d'intervention doit se faire selon une fréquence adaptée à chaque situation.

Au minimum :

- À l'admission;
- Q semaine CH;
- Q 1-3 mois CHSLD et longue durée santé mentale;
- lors de changement de condition;
- avant un transfert interétablissement.

La communication est essentielle à chacune des étapes de processus, soit entre le patient, les professionnels, sa famille et les différents intervenants appliquant le plan d'intervention.

La réévaluation du plan permet de s'assurer d'obtenir le consentement de l'usager, ou de son représentant s'il est inapte;

Ce que devrait contenir le plan d'intervention:

- Des mesures préventives pour gérer la situation afin d'éviter des récidives.
- Divers moyens (mesures de remplacement) pour règler le problème si récidive du comportement.
- Une mesure de contrôle, le cas échéant, en dernier recours, dans le respect de la personne et des règlements entourant son utilisation.

Le plan permet de valider le respect de la procédure en utilisant l'algorithme décisionnel relatif à l'application d'une mesure de contrôle.

Tenue de dossier

L'annexe 19 *Évaluation infirmière mesures de contrôle* sert de note au dossier et inclut les surveillances à effectuer. L'annexe 18 Utilisation du *formulaire Évaluation infirmière-mesures de contrôle* donne plus d'explication sur le formulaire en question.

La *Grille d'observation par un surveillant* (annexe 20) doit aussi se retrouver au dossier.

Les ordonnances médicales et les plans d'interventions se retrouvent aussi au dossier.

De plus, l'annexe 5 *Liste de vérification* permet aux professionnels et aux médecins d'identifier rapidement les étapes à réaliser lors du processus décisionnel entourant la mesure de contrôle, mais aussi de s'assurer que l'ensemble des étapes ont été réalisées et respectées selon les orientations émises dans le protocole.

La contribution des différents intervenants

Professionnels autorisés

Décision : Tableau 4 :

Dans le présent protocole, les professionnels autorisés sont ceux prévus au Code des professions (C-26) et selon d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Le tableau 4 ci-dessous présente les professionnels autorisés **à décider de l'application** d'une mesure de contrôle (physique, isolement et chimique).

Tableau résumé des activités réservées selon les professionnels

Professionnels	Contention	Isolement	Substances chimiques
Médecin	OUI *	OUI **	OUI
Infirmière	OUI *	OUI **	NON, sauf infirmière praticienne spécialisée (IPS) et selon autorisation
Ergothérapeute	OUI *	OUI **	NON
Physiothérapeute	OUI *	NON	NON
Travailleur social	OUI **	OUI **	NON
Psychologue	OUI **	OUI **	NON
Psychoéducateur	OUI **	OUI **	NON
Criminologue	OUI **	OUI **	NON

*Acte réservé en tous lieux
(Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2002, chapitre 33))

** Acte réservé lorsque la décision est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSS pour les autochtones cris, et ce, en conformité avec leur champs d'exercice respectif (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2009, chapitre 28)).

Source : MSSS. 2015. ch. 3. page 15

En contexte d'urgence :

En contexte d'intervention non planifiée (urgence), tout intervenant en milieu de soins peut intervenir et décider de la mise en application d'une mesure de contrôle afin d'empêcher ou de limiter les blessures. Le gestionnaire ou le professionnel en autorité doit être avisé dès le début de la mesure. En contexte d'intervention non planifiée (urgence), les dispositions du présent protocole prévalent quant au caractère non réservé de la décision d'appliquer une mesure de contrôle, tout en maintenant les responsabilités professionnelles décrites à la règle de soins DSI-02.

En contexte planifié :

« La décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement doit être planifiée et devrait résulter d'une démarche interdisciplinaire effectuée à la lumière de l'expertise particulière de chaque professionnel habilité telle que balisée par son champ d'exercice[5] », ou si l'application de la mesure est prévue au plan d'intervention ou prescrite par le médecin dans le cadre du plan de traitement médical. Cette décision implique le jugement clinique du professionnel possédant l'expertise et apportant une complémentarité d'opinions garantissant une utilisation judicieuse et ultime de telles mesures. Le regroupement d'un ensemble de compétences spécifiques et transversales favorise l'utilisation de ces mesures en dernier recours seulement.

Chaque professionnel qui prend la décision d'utiliser une mesure de contrôle doit assurer le leadership du processus décisionnel, de l'application et du suivi.

L'Infirmière :

En raison du contexte organisationnel, l'infirmière sera appelée à jouer un rôle majeur dans ces processus en tant que leader principale ou de soutien.

L'infirmière assure la responsabilité du processus d'application des mesures de contrôle en regard des personnes pour lesquelles elle coordonne les soins. À cet effet, elle assume la responsabilité d'évaluer la pertinence d'utiliser la mesure, elle supervise et contrôle les soins dispensés à la personne soumise à une telle mesure. Ainsi, à moins que le plan d'intervention interdisciplinaire précise de toujours appliquer une mesure dans un contexte défini (ex. : contention abdominale avec boucle arrière lorsqu'assis au fauteuil), tout intervenant doit se référer à l'infirmière avant de procéder à l'application d'une mesure de contrôle.

L'infirmière se doit d'utiliser les outils proposés dans ce protocole afin de réaliser l'ensemble de la démarche attendue lors d'une utilisation de mesure de contrôle, et de s'assurer que le processus est conforme au cadre d'application, incluant les tentatives d'application des mesures de remplacement au préalable.

- L'infirmière s'assure du respect de la méthode de soins requise pour le type de mesure de contrôle utilisé.

---

[5] Collectif, sous la direction de l'Office des professions du Québec (2012), cité dans Desrosiers (2015), p. 4.

- L'infirmière s'assure que:
    - Les paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, respiration) doivent être pris avant l'application d'une mesure de contrôle, si la condition physique de l'usager présente un risque ou si la personne démontre un changement dans sa condition en cours d'application.
        - Que les soins requis par la personne sont prodigués et que les dispositions de sécurité sont respectées;
        - Que les données relatives à l'utilisation de la mesure soient conformes (voir section tenue de dossier);
        - Que la mesure soit cessée dès que l'état de la personne le permet.

Engagement du personnel autorisé

Application :

Le personnel autorisé à l'application des mesures de contrôle doit exercer son rôle et ses responsabilités en tenant compte des actes qui lui sont dévolus par la Loi, des orientations émises par le MSSS ainsi que des conditions d'application émises dans le présent protocole.

Il s'engage à :

- Faire l'évaluation de la situation en tenant compte :
    - De la personne qui doit être évaluée globalement et dans le respect de son intégrité (évaluation clinique);
    - Des aspects psychosocial et culturel (croyances, aux valeurs, aux préférences et aux attitudes de la personne et de son entourage);
    - De l'aménagement physique et de l'environnement;
    - Des structures organisationnelles, comprenant l'ensemble des moyens et des ressources mises en place pour éviter de recourir aux mesures de contrôle;
    - De l'environnement humain, comprenant toutes les personnes entrant en interaction avec la personne;
    - De la nécessité de faire l'analyse et l'interprétation des informations et des données, et de poser un jugement clinique sur la condition de la personne et le niveau de risque;
    - De la nécessité de planifier des interventions en collaboration avec l'équipe;
    - De l'obligation de connaître, d'identifier et d'appliquer en premier lieu des mesures de remplacement;
    - De la gravité du problème mise en rapport avec les répercussions associées à l'utilisation de la mesure;
    - De la nécessité d'établir un plan d'intervention;
    - De l'exigence d'utiliser l'approche la moins contraignante possible;

- Des critères d'utilisation des différents types de mesure de contrôle comme situation exceptionnelle, à des fins thérapeutiques seulement, qui doivent être connus et compris par le personnel;
- Du besoin d'impliquer la personne ou ses proches.

- Communiquer le plan d'intervention à l'usager, ses proches et intervenants;
- Impliquer la personne ou son représentant et les informer des motifs justifiant l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Obtenir le consentement libre et éclairé de l'usager ou de son représentant (s'assurer de la capacité de la personne à consentir, faire évaluer par le médecin si doute sur l'aptitude);
- Procéder à la réévaluation;
- Procéder à la réévaluation continue ou périodique (à toutes les heures), sauf si urgence;
- S'assurer du respect des modalités d'application de la mesure employée;
- Dispenser les soins et la surveillance appropriés à la condition clinique de l'usager;
- Inscrire quantitativement et qualitativement l'information au dossier de l'usager.

Personnel clinique :

Contentions physiques et isolement :

Les personnes **autorisées à les appliquer** sont :

- Les professionnels désignés par la Loi (voir tableau 4);
- Les autres professionnels, en respectant leur champ d'exercice : infirmière auxiliaire, éducateur spécialisé, technicien en assistance social;
- Les autres intervenants du service : préposé aux bénéficiaires, moniteur en réadaptation, agent d'intervention en milieu psychiatrique, surveillant, agent de sécurité.

En résumé; en contexte planifié donc consigné au PTI : les mesures physiques et l'isolement peuvent être appliqués par tout intervenant formé à cette fin.

L'application des mesures doit respecter le protocole de l'établissement. Cela s'applique pour le personnel (professionnel ou non) de l'établissement.

Contentions chimiques :

Seul le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) sont autorisés à décider de l'application de contentions chimiques (tableau 4 : Tableau résumé des activités réservées selon les professionnels).

S'il s'agit d'une médication qui doit être utilisée au besoin (PRN) dans un but de contention chimique :

Dans un contexte non planifié

- Il doit y avoir eu une évaluation faite par une infirmière praticienne ou un médecin AVANT d'administrer une contention chimique en STAT (dans l'immédiat).
- Il doit y avoir eu, au préalable, une évaluation faite par une infirmière praticienne ou un médecin pour la décision d'inclure dans le PTI la mesure de contentions chimique en PRN.

Dans un contexte planifié (au PTI) :

- AVANT l'administration de contention chimique, il doit y avoir eu, au préalable, une évaluation faite par une infirmière qui applique le PRN, en dernier recours, exceptionnellement après l'échec des mesures de remplacement tentées.
- La documentation, le suivi et la surveillance sont également de mise.
- Une réévaluation post-situationnelle est requise.

Gestionnaire/remplaçant :

Il est responsable de l'évaluation post-situationnelle et de l'ensemble de l'application du protocole de l'établissement. Devant l'incapacité d'agir de l'un d'eux, cette tâche peut être effectuée par l'un des professionnels désignés par la Loi qui a participé à la rencontre interdisciplinaire ou au code blanc.

S'assure que le formulaire (annexe 6 : *Déclaration de l'utilisation d'une mesure de contrôle*) soit complétée, autant pour la mise en place que le retrait des mesures de contrôle (Physique, isolement et chimique) soit :

- par le professionnel qui décide de la mesure;
  ou
- par un professionnel désigné par la Loi et mandaté par le comité interdisciplinaire.

Les intervenants non autorisés à décider d'initier une mesure de contrôle :

Pourront appliquer la mesure de contrôle inscrite au plan d'intervention ou de traitement tout en respectant le protocole et la méthode de soins. L'application d'une mesure de contrôle est un acte non réservé.

Cependant, en contexte d'intervention non planifiée (en situation d'urgence), ils peuvent intervenir afin d'empêcher ou de limiter les blessures. Ils doivent aviser un gestionnaire ou le professionnel en autorité du secteur concerné le plus rapidement possible, dès le début de la mesure.

Leur participation à la discussion avec l'équipe interdisciplinaire d'une éventuelle mesure de contrôle est encouragée.

De plus, les intervenants non autorisés:

- S'assurent de l'installation adéquate et du bon fonctionnement des mesures de remplacement et des mesures de contrôle.
- Agissent sous supervision du professionnel autorisé selon le secteur concerné.
- Collaborent à l'observation des comportements, au confort et à la sécurité de la personne.
- S'assurent que le plan d'intervention interdisciplinaire établi est respecté.
- Contribuent aux soins et à la surveillance en respect de son champ de compétence.

Le consentement

Consentement à l'utilisation d'une mesure de contrôle

« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention[6]. »

Puisque l'application d'une mesure de contrôle est une forme de soins qui constitue une restriction des droits, elle nécessite l'obtention d'un consentement libre (sans pression ni contrainte) et éclairé (compréhension de l'information) est obligatoire;

Exception au consentement immédiat : en cas d'urgence, en cas de danger imminent pour l'usager ou autrui.

- Cependant, la collaboration de la personne doit être sollicitée en tout temps et l'information doit être transmise dans les plus brefs délais au représentant légal, s'il y a lieu.

Si le comportement perdure plus de 16 heures, une ordonnance médicale annexe 24- *OMISP IL00718- Santé mentale usagers observés ou hospitalisés examens et surveillance est requise.*

Si le comportement perdure plus de 24 heures, le contexte d'intervention devient planifié et requiert consentement et/ou ordonnance médicale annexe 24- *OMISP IL00718- Santé mentale usagers observés ou hospitalisés examens et surveillance.*

Au CISSS des îles pour l'application des mesures de contrôle, le consentement écrit est obligatoire. Utilisez le Formulaire de consentement approprié (annexe 22- *Formulaire de consentement*). Pour plus de précision, référer à la Politique sur le consentement aux soins G-306.

Informations à transmettre :

Il est obligatoire avant l'application des mesures afin que le consentement soit libre et éclairé (contexte planifié)

Il faut s'assurer que le médecin ou un professionnel désigné par l'équipe interdisciplinaire donne à la personne, ou à son représentant légal, toute l'information nécessaire.

La remise du dépliant à la personne, ou à son représentant légal, est encouragée. (annexe 17-*Dépliant informatif pour l'usager et ses proches*).

Consentement substitué

Référer à la : Politique sur le consentement aux soins G-306 et appliquer les modalités qui s'appliquent.

Selon l'article 15 du Code civil du Québec (ch. CCQ-1991) : **En cas d'inaptitude à consentir, le consentement peut être donné par** :

- Représentant légal (mandataire, curateur, tuteur);

[6] Code civil du Québec, chap. CCQ-1991, art. 11., par. 1, phrase 1.

- Parent pour mineur (un parent sur deux est requis si avis similaire. Si divergence d'opinion, devra avoir l'accord des deux parents);
- Conjoint (marié, en union civile ou union de fait);
- À défaut de conjoint ou empêchement : un proche parent ou personne démontrant un intérêt particulier.

Révocation/Refus injustifié du consentement

Refus : Dans la situation où le consentement n'est pas obtenu.

Révocation : Dans la situation où le consentement a été préalablement obtenu et qu'il est retiré par la suite.

Dans ces 2 situations, 2 options sont possibles :

1- Contexte non planifié (risque danger imminent)

Les intervenants peuvent procéder à l'application des mesures de contrôle comme s'ils étaient dans un contexte d'intervention non planifiée. Le consentement n'est pas requis dans l'immédiat. Dans ce cas, une ordonnance médicale est requise jusqu'à la réévaluation médicale. Utiliser l'annexe 22- *OMISP IL00718-Santé mentale usagers observés ou hospitalisés examens et surveillance.*

2-Contexte non planifié (risque danger n'est pas imminent)

Dans ce cas, les professionnels doivent expliquer les conséquences probables d'un refus. Le patient doit avoir une réévaluation médicale.

Lors de l'évaluation médicale :

Plusieurs options sont possibles :

- Ne pas appliquer les mesures de contrôle et appliquer les mesures de remplacement et réévaluer le PII.
- Appliquer les mesures de contrôle avec ordonnance OMIS avec PII. annexe 24- *OMISP IL00718-Santé mentale usagers observés ou hospitalisés examens et surveillance.*
- Mettre en place une garde préventive jusqu'à l'obtention d'une ordonnance du tribunal, advenant la nécessité de soins et l'application des mesures de contrôle. Voir protocole G-304 : Garde en établissement.

- En cas d'inaptitude, valider avec le représentant légal et remplir le formulaire : Curateur publique, annexe 10-*Formulaire du curateur* version électronique, et acheminé :

  Par télécopieur : (514) 873-0146, ou
  Par la poste :

  Le Curateur public du Québec
  Direction médicale et du consentement aux soins
  600, boulevard René-Lévesque Ouest
  Montréal (Québec) H3B 4W9

  Par téléphone (pour les demandes urgentes[7] seulement) : 1 800 363-9020.

Le Curateur doit aussi être avisé lors de l'arrêt de la mesure et lorsqu'il y a un changement significatif décidé lors de la révision. Pour donner son consentement éclairé, le curateur aura besoin des informations précisées sur le formulaire. Il pourra émettre une ordonnance de la cour.[8]

Ordonnance de la cour

Si le patient se présente au CISSS des îles avec des agents de la sureté avec une ordonnance de la cour pour l'obtention de soins (P-38), si des mesures de contrôle sont requises après évaluation clinique, le consentement de l'usager n'est pas requis.

Peu importe la situation, une réévaluation et une analyse post-situationnelle doivent être réalisées dès que possible (voir la section « Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle »).

Le MSSS (2024), rappel que dans tous les cas, et ce, même si un consentement est consigné au dossier de l'usager, **trois conditions doivent être réunies afin de pouvoir utiliser une mesure de contrôle :**

1. L'usager risque de s'infliger des lésions ou d'en infliger à autrui;
2. Le risque est grave et imminent : l'usager va passer à l'action d'une minute à l'autre;
3. Il s'agit d'une situation de dernier recours, car des mesures de remplacement ont d'abord été tentées.

Les modalités de surveillance

Surveillance et soins requis lors de l'application d'une mesure de contrôle

Tous les types de mesures de contrôle nécessitent un niveau de surveillance et de soins adapté à la situation clinique, tant en contexte planifié que non planifié.

---

[7] « Les demandes urgentes peuvent être transmises verbalement, mais doivent être confirmées par écrit le plus rapidement possible », source : Curateur public, 2010.

[8] Curateur public, 2010.

Étant donné que chaque situation clinique est unique, la fréquence des soins et de la surveillance ne peut s'appliquer uniformément pour tous les usagers. Les fréquences minimales de surveillance précisées à la règle de soins DSI-02 constituent des balises minimales opérationnelles. La fréquence effective demeure déterminée par l'évaluation clinique et le jugement professionnel, tel que décrit au présent protocole.

La surveillance est en fonction de :

- Contexte de l'application des mesures (planifiée ou non);
- L'évaluation du risque;
- De la condition clinique de la personne;
- Du milieu de vie où elle réside;
- Du jugement clinique de l'équipe de soins.

L'équipe interdisciplinaire, ou le professionnel désigné par la loi détermine les conditions de surveillance et de soins à accorder à l'usager. Toutefois elles doivent revêtir un caractère raisonnable et répondant aux standards de pratique.

De façon générale, le niveau de surveillance doit se faire selon le contexte :

- **Planifié;**
- **Non planifié.**

Les éléments de surveillances principaux sont détaillés dans l'annexe 18- *Utilisation du formulaire Évaluation infirmière-mesures de contrôle* et concernent :

- Paramètres vitaux;
- Intégrité physique;
- Mobilité;
- État mental;
- Maintien de la relation;
- L'hygiène;
- L'hydratation;
- L'élimination;
- Confort;
- Matériel et entretien.

Contexte d'intervention et de maîtrise (Contexte non planifié)

Pour plus d'information, sur les barèmes minimaux recommandés, se référer à la *Règle de soins DSI-02 Mesure de contrôle*.

Selon l'évaluation de la condition clinique et du niveau de risque, la fréquence peut être plus rapprochée. Elle doit être adaptée en fonction de chaque usager et selon le type de mesure appliquée.

- Une réévaluation du niveau de surveillance doit être effectuée et son réajustement doit tenir compte de la condition clinique de l'usager.
- Une réévaluation de maintien ou du retrait doit être effectuée aux heures.

Mesure de surveillance dans un contexte d'intervention d'assistance (communément appelé surveillance constante.) en contexte planifié

Il s'agit d'une mesure qui vise à « pallier un risque élevé d'accident ou de détérioration de la santé d'un usager relié à sa condition physique ou psychique (p. ex. : risque de chute, de fugue, etc[9].) ». Ces mesures doivent être temporaires et de dernier recours.

L'intervention concerne fréquemment une personne présentant un déficit physiologique ou psychique prolongé, des résidents en CHSLD ou des personnes âgées hospitalisées en soins de courte durée pour un problème de santé aigu. La condition clinique de la personne et le type de mesure utilisée exigent un niveau de surveillance variable, mais généralement moins élevé que lors d'une intervention de maitrise.

Le niveau de surveillance et les soins requis par l'infirmière sont précisés dans la règle de soins DSI-02.

Pour toute mesure de contrôle :

L'intervenant note l'heure de chacune de ses visites, les soins dispensés et appose ses initiales sur le formulaire annexe 19- *Évaluation infirmière mesures de contrôle*, annexe 20-Grille de surveillance à l'intention d'un surveillant – Mesures de contrôle.

Une réévaluation de maintien ou du retrait doit être effectuée **aux huit heures en centre hospitalier et aux trois mois en CHSLD.**

Surveillance lors de la mise en place du masque anti-crachat

Filet de protection (Spit sock hoods)



Définition : Filet qui s'insère via le sommet de la tête chez un patient qui crache son entourage et/ou qui tente de mordre le personnel lors d'une intervention auprès de lui. Ce filet jetable est disponible en taille unique.

Modèle : SZW16719 (Stearns Wear Inc).

Repéré à : https://shop.medtechfc.net/stearns-wear-spit-sock-hoods-detail.htm?productid=25907073

On a recours à un filet protecteur comme moyen mécanique ultime de contrôle. Il doit être appliqué uniquement lorsque toutes autres interventions ont été tentées sans succès. Lorsque le comportement est continu et prévisible, l'utilisation d'autres moyens personnels de protection, tels que la visière et le masque, est privilégiée.

Objectifs

- Protéger le personnel d'un geste d'agression pendant toute intervention ou activité de soins auprès d'un patient qui crache sur l'entourage.

[9] *Ibidem.*

- Atténuer l'exposition à des éclaboussures contenant des gouttelettes de sang, du liquide organique ou des sécrétions qui risquent d'atteindre les yeux ou la bouche du personnel, et ce, même si le risque de contamination est minime.
- Assurer la dignité et la sécurité de la clientèle et des intervenants lors d'interventions auprès d'un patient qui crache sur l'entourage.

Mode d'application

- En situation d'urgence où le patient crache en direction d'une personne. Le personnel en place peut installer le filet en lui passant sur la tête.
- Ne pas utiliser si le patient présente des difficultés respiratoires, des saignements, des vomissements ou autre.
- Il prévaut de donner une explication claire et appropriée, et cela, d'une manière bienveillante.
- L'utilisation du filet doit être connue et entérinée par le médecin dès la première utilisation du filet.
- S'assurer que le patient respire librement.
- Le patient ne doit pas être laissé seul. (Surveillance constante).
- Dès qu'on quitte la chambre du patient, retirer le filet et le jeter dans une poubelle à déchets biomédicaux **selon la technique du fantôme à 2 intervenants.**

Soins et surveillance à prodiguer durant l'application du filet protecteur

- Assurer surveillance constante.
- S'assurer d'une respiration libre et adéquate.
- Faciliter ou prodiguer les soins d'hygiène nécessaires suite à l'utilisation et au retrait du filet.

Information à consigner au plan de soins du patient

- Facteur de risque.
- Matériel thérapeutique utilisé et date de l'accord du médecin.
- Objectifs visés (protection – soins – contrôle).

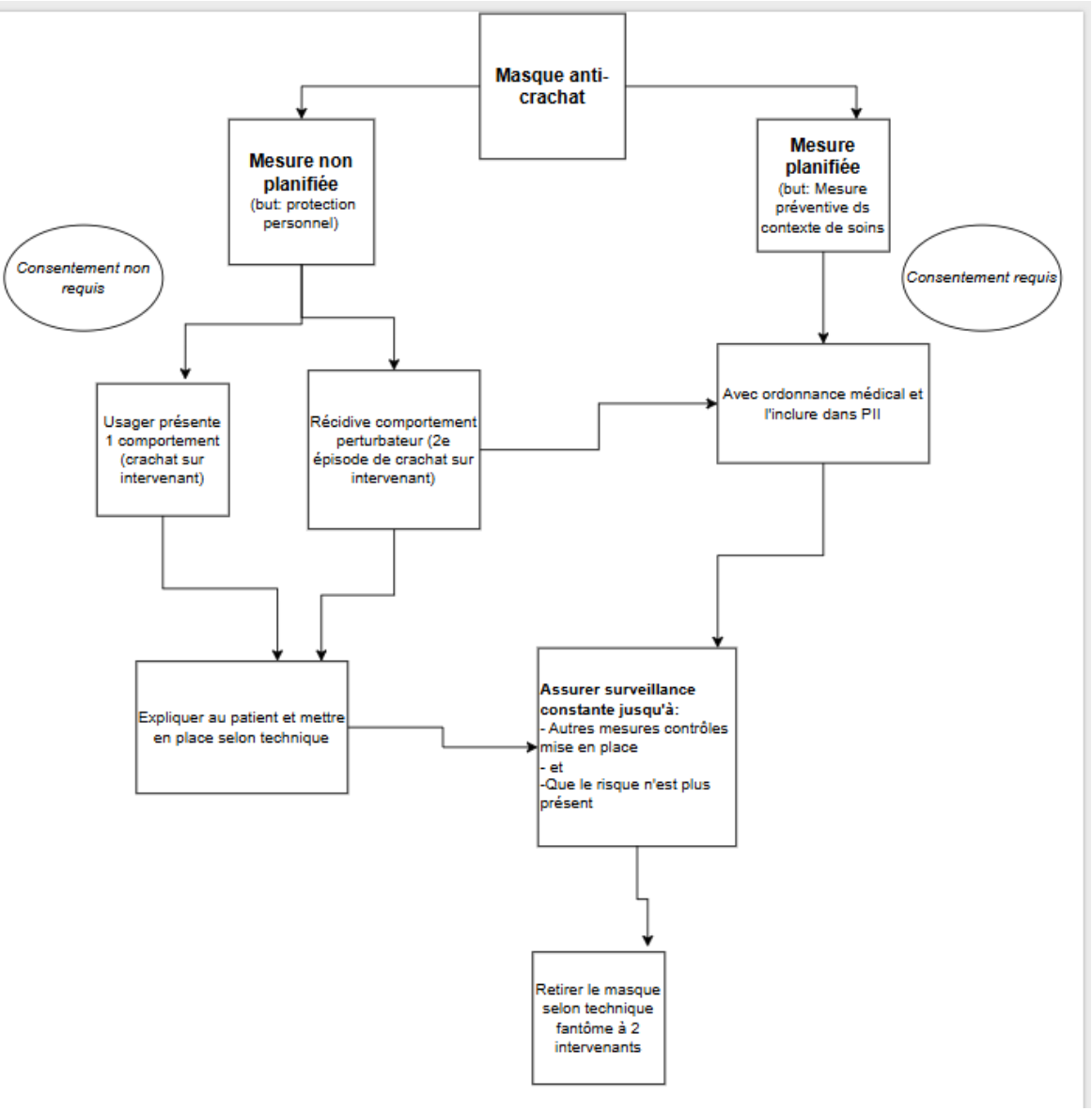
Information à consigner dans la note d'évolution au dossier du patient

- Date et heure de l'application de la mesure.
- Observation sur la condition clinique du patient avant, pendant et après l'application de la mesure de protection ainsi que sur la surveillance effectuée.
- Résultat des interventions.
- Toute information pertinente à la condition clinique du patient.

Retrait (dès que possible)

- Lorsque le risque d'exposition aux crachats (liquides biologiques) n'est plus présent pour le personnel : patient calme, collabore ou que d'autres moyens ont été mis en place.
- Doit être effectué par 2 personnes (méthode fantôme).

Méthode Fantôme :



Consiste à approcher, à 2 intervenants, le patient.

Un intervenant expliquant au patient la volonté de retirer le filet et la procédure pour le faire.
L'autre intervenant approche avec une serviette (en guise d'écran protecteur pour les intervenants).

Le premier intervenant retire le filet en étant protégé par la serviette que tient l'autre intervenant.

Les 2 intervenants s'éloignent du patient en tenant la serviette en guise d'écran jusqu'à ce qu'ils soient à une distance sécuritaire des éclaboussures advenant que le patient crache à nouveau.

Le droit à l'information

L'usager et la famille doivent recevoir l'information au moment opportun afin de prendre des décisions éclairées et de collaborer aux soins.

La remise du dépliant (annexe 17-*Dépliant informatif pour l'usager et ses proches*), peut soutenir les professionnels pour répondre aux questions des usagers.

Tenue de dossiers

D'emblée, précisons que toutes les mesures de contrôle se doivent d'être consignées au dossier de l'usager comme toute autre intervention, et ce, pour tout milieu d'intervention. Pour respecter cette obligation, les formulaires à compléter lors de mise en place et/ou retrait des mesures de contrôle (autant physique que chimique) sont :

- L'ordonnance médicale (annexe 24- *OMISP IL00718- Santé mentale usagers observés ou hospitalisés examens et surveillance*);
- Le formulaire IL00543 - *Formulaire de déclaration de l'utilisation d'une mesure de contrôle* (annexe 6);
- *Le formulaire de consentement* : annexe 22;
- Les notes d'évolution : En utilisant le *Formulaire de déclaration de l'utilisation d'une mesure de contrôle* (annexe 6), le *formulaire d'évaluation infirmière* (annexe 19) et *la grille du surveillant* (annexe 20) la documentation au dossier pourrait être complète pour l'initiation de la mesure en contexte non planifié;
  - Pendant l'application de la mesure et lors de chaque modification/Réévaluation documenter les éléments du tableau 5 ci-dessous dans la note d'évolution au besoin.
- La *grille d'observation par un surveillant* : annexe 20;
- Élaborer et réviser le PTI;
- La grille de suivi et de surveillance infirmière : annexe 19- *Évaluation infirmière mesures de contrôle.*

Encadré 1
NOTES AU DOSSIER

DOSSIER MÉDICAL	DOCUMENTATION (Utiliser le formulaire de déclaration des mesures de contrôle de l'établissement prévu à cette fin)	SURVEILLANCE RECOMMANDÉE (MSSS, 2015)
CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE	Une note d'évolution minimalement à chaque fois que la mesure est utilisée, décrivant : • Modalités de la mesure • État clinique, dont l'évaluation de la condition physique et mentale • Évaluation du risque de lésion • Comportements et réactions de l'usager • Évaluation de la pertinence de la mesure, en équipe interdisciplinaire, de façon régulière • Modification au PTI ou au plan de soins, s'il y a lieu **Consentement** : pour documenter le consentement, le formulaire à cette fin doit être utilisé. Il doit contenir les raisons probables de l'utilisation des mesures de contrôle, le type de mesure utilisée, la surveillance requise lors de l'utilisation de ces mesures ainsi que les modalités particulières les accompagnant, s'il y a lieu.	Surveillance accrue (tournées) aux 15 minutes ou plus souvent en soins aigus Surveillance aux heures (tournées) ou plus souvent pour les soins de longue durée
CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE	À l'instauration de la mesure, une note d'évolution doit être rédigée, précisant : • Raison motivant l'utilisation de la mesure • Pacification tentée et les résultats • Mesures de remplacement utilisées et les résultats • Documents d'évaluation ou outils validés utilisés • Consentement ou refus de l'usager • Modalités d'application • Information transmise à l'usager • Réaction de l'usager • Date et heure du début de la mesure • Modification au plan d'intervention et au PTI, s'il y a lieu **Consentement** : les intervenants tenteront en tout temps d'obtenir le consentement et la collaboration de l'usager. Cependant, dans une situation de danger imminent, le consentement n'est pas requis (MSSS, 2015). Pendant l'application de la mesure, la documentation suivante doit apparaître : • Surveiller l'état clinique s'il y a eu maîtrise physique du patient; la prise des signes vitaux, incluant la saturation en oxygène, doit être faite aussitôt que l'état clinique du patient le permet. Le suivi des signes vitaux doit être fait régulièrement (après 30 minutes, après 1 heure...), selon l'évaluation clinique de l'infirmière. • Besoins physiologiques • État psychologique • Comportements • Condition médicale, p. ex. : les effets indésirables de la médication au besoin qui a été administrée • Confort À chaque modification ou réévaluation, ou lors de la cessation de la mesure, une note d'évolution de l'infirmière doit être rédigée et préciser les éléments suivants : • Raison de la modification, du maintien ou de la cessation • Nouvelles modalités • Information transmise au patient • Réaction du patient • Date et heure de la modification ou de la cessation • Modification au plan d'intervention et au PTI, s'il y a lieu	Surveillance accrue (tournées) aux 15 minutes ou plus souvent

Tableau 10 Note au dossier, d'après Plante L et Goulet M-H. (2020), Perspective infirmière, https://www.oiiq.org/fr/formation/detail/-/formation/FOL2053?inheritRedirect=true

L'Ordonnance

Ordonnance en situation d'intervention planifiée, anticipée

Qu'elle soit physique ou chimique, toute mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée doit être prévue au plan d'intervention individualisé (PTI-PII) et faire l'objet d'une prescription médicale.

Une prescription médicale est requise, utiliser l'OMISP prévu à cet effet *: annexe 24- OMISP IL00718- Santé mentale usagers observés ou hospitalisés examens et surveillance.*

Ordonnance en situation d'intervention non planifiée

- En situation d'urgence, le professionnel désigné par la loi et en fonction de son champ d'exercice peut décider de l'application d'une mesure de contrôle, et ce sans ordonnance à court terme.
- Dans une telle situation, une analyse postsituationnelle doit être réalisée à court terme, c'est-à-dire dès le premier jour ouvrable à la suite de la mise en place de la mesure.
- Si la mesure doit être maintenue durant plus de 16 heures, le professionnel doit obtenir une ordonnance téléphonique du médecin ou de l'IPS.
- Le médecin/IPS doit contresigner son ordonnance téléphonique dans les plus brefs délais.
- Si une mesure de contrôle (physique, isolement, chimique) doit demeurer en place plus de 24 heures, un plan d'intervention et des ordonnances doivent être faits comme étant dans un contexte planifié.

Contenu de l'ordonnance

L'ordonnance doit spécifier :

- La nature de la mesure (isolement, type de contention – ex. : attache-poignet, ceinture magnétique, etc.);
- Le positionnement, si nécessaire (latéral, dorsal s'il y a lieu);
- La durée et les circonstances de l'application et de l'arrêt;
- La fréquence de la surveillance si elle est plus rapprochée que celle définie dans le présent protocole;
- L'endroit où la contention doit être appliquée (lit, fauteuil, etc.);
- La durée de la prescription.

Durée de validité de l'ordonnance

Condition reliée à une phase aigüe

L'ordonnance est valide pour un maximum de sept jours et doit être révisée régulièrement en fonction de l'évolution de la condition de la personne.

Condition reliée à une déficience permanente ou prolongée

Lorsqu'une condition permanente, ou du moins prolongée, de la personne est à l'origine du problème justifiant la mesure de contrôle. L'ordonnance médicale peut être renouvelée. Une réévaluation de la mesure est requise dans un délai maximal de trois mois et doit cependant être faite par le professionnel désigné. Celui-ci doit en informer le médecin. Une réévaluation systématique de la mesure de contrôle doit être faite lors de la rencontre de l'équipe interdisciplinaire. Une analyse des autres interventions possibles (mesures de remplacement) en vue d'éliminer progressivement la mesure, ou du moins de la rendre la moins contraignante, est alors réalisée dans le cadre de la révision du PII (Plan d'intervention interdisciplinaire).

Élaborer et réviser le Plan d'intervention (PTI)

À titre de rappel, le plan d'intervention (PTI, PI, PSI et plan d'intervention interdisciplinaire) est obligatoire et implique la participation active de l'usager ou de son représentant.

Le plan d'intervention assure donc la coordination des services dispensés à la personne par les divers intervenants concernés. Conformément aux orientations du MSSS (2015), le recours à une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée doit faire l'objet d'une mention au plan d'intervention visant la diminution, voire la cessation de recours à cette mesure par le biais de mesures de remplacement.

Préciser et détailler:

- Les besoins de la personne et leur mise en priorité.
- Les objectifs spécifiques ou les résultats attendus (mesurables, véritables ou observables).
- Les moyens utilisés à titre de mesures de remplacement ou mesures de contrôle.
- Les interventions de l'équipe (type, fréquence, séquence).
- La durée prévisible des interventions.
- L'identification des intervenants responsables.
- Les dates de révisions.

Mécanismes de plaintes

Dans les cas où un usager (ou son représentant légal, ou sa famille) désire obtenir de l'information à l'égard du présent protocole et de l'utilisation des mesures de contrôles dans l'établissement, veuillez lui remettre : le dépliant : annexe 17-*Dépliant informatif pour l'usager et ses proches*; celui-ci donne de l'information sur les mesures de contrôle et la conduite à suivre en cas d'insatisfaction.

Déclaration des incidents et des accidents

Tous les incidents et les accidents liés à l'utilisation des mesures de contrôle doivent faire l'objet d'une déclaration conformément aux procédures en vigueur (formulaire AH-223 via le SISSS).

Suivre les modalités d'application de la procédure *E-600-A Procédure relative à l'utilisation et à la gestion des déclarations d'incidents ou d'accident AH-223-1*.

Par exemple :

- Application des mesures de contrôle non conformes aux directives cliniques de l'établissement ou à la condition de l'usager;
- Application d'une mesure de contrôle lorsqu'elle n'est plus requise;
- Conséquence physique ou psychologique découlant de l'utilisation des mesures de contrôle;
- Surveillance non conforme;
- Situation de piégeage (ex. : usager ayant les jambes ou le cou entre les ridelles de lit);
- Utilisation non conforme du matériel (ex. : mauvaise installation, bris, absence de clé);

- Recours abusif à une mesure de contrôle ou toute autre intervention allant à l'encontre de la philosophie de ce présent cadre. Une mesure de contrôle en contexte planifiée 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).

Déclaration obligatoire

Afin de s'assurer qu'il y ait :

- Une limitation à n'utiliser que les équipements autorisés par l'établissement;
- Une surveillance adéquate et raisonnable;
- Une installation sécuritaire;
- Une utilisation et entretien du matériel selon les normes du fabricant.

Il est obligatoire de déclarer l'utilisation de mesures de contrôle tant lors de la mise en place que lors de la fin d'une mesure de contrôle, conformément à la procédure D-400-A, en utilisant le Formulaire annexe 6 : *IL00543 -Formulaire de déclaration de l'utilisation d'une mesure de contrôle.*

L'original doit être conservé au dossier de l'usager et une copie est transmise à la direction des soins infirmiers (DSI) via le gestionnaire du secteur, dans un délai de 72 heures. Cette copie lui permettra d'assurer la reddition de compte, comme prévu dans la loi : G-1.021 - Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux ainsi que dans la politique D-400.

L'utilisation de la Liste de vérification pour une utilisation judicieuse d'une mesure de contrôle est encouragée afin de s'assurer d'avoir effectué toutes les étapes requises (annexe 5).

Quand et Quoi déclarer

Une déclaration doit être réalisée chaque fois :

- Qu'une contention physique est utilisée (p. ex. : ridelles de lit, tablette du fauteuil roulant ou gériatrique, contention abdominale avec clé magnétique, attache-poignet ou attache-cheville);
- Qu'une substance chimique (médicament) est utilisée;
- Qu'une mesure d'isolement est employée (p. ex. : chambre d'isolement, chambre de l'usager, présence d'un intervenant à la porte de la chambre de l'usager pour interdire la libre circulation). Lorsqu'un système de sécurité doit être installé spécifiquement pour contraindre un usager dans ses déplacements, une déclaration est requise.

Une déclaration n'est pas requise :

- Lorsqu'un matériel de contention n'est pas utilisé à des fins de contention (voir section *Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle*).

Modalités spécifiques d'application de la fouille préventive

Les modalités spécifiques d'application de la fouille préventive sont précisées à la politique D-402 – Fouille des effets personnels des usagers.

Références

Références législatives :

Le présent protocole a été élaboré en conformité avec, notamment, les textes législatifs suivants :

- Code civil du Québec (CCQ-1991);
- Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (Chapitre G-1.021, 2023);
- Charte des droits et libertés de la personne (C-12, Québec);
- Charte canadienne des droits et libertés[10];
- Code des professions (C-26);
- Loi médicale (M-9);
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (I-8).

Ainsi que les différents codes de déontologie des professionnels concernés.

Références bibliographiques :

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke-Méthodes de soins informatisées. (2019). *Cadre de référence-Application des mesures de contrôle* (Document en ligne). Repéré à https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/cadre-de-reference-sur-lutilisation-des-mesures-de-controle.pdf, 2019-08-20

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke-Méthodes de soins informatisées. (2017). *Cadre de référence sur les mesures de remplacement à l'application des mesures de contrôle* (Document en ligne). Repéré à Cadre de référence sur les mesures de remplacement à l'application des mesures de contrôle | MSI, 2017-11-10.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôles. 17 avril 2018.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale. (2017), Projet pilote, Procédure relative au recours à la surveillance des usagers, Repéré à : https://aqiism.org/wp-

[10] Partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982.

content/uploads/2018/11/CIUSSSCN-DSI-PR-003-Proc%C3%A9dure-relative-au-recours-%C3%A0-la-surveillance-Projet-pilote-2017-10-06.pdf

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux Chaudière-Appalaches, (2020). Politique sur l'utilisation exceptionnelle de la contention, de l'isolement et des substances chimiques comme mesures de contrôle PLO_DQEPE_2018-136.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie-CHUS. Cadre de référence, application des mesures de contrôle. 16 septembre 2019.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux du Centre-Sud de l'île de Montréal. (2017). Protocole : Application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Révision 25-01-2020.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2016) *Application exceptionnelle d'une mesure de contrôle : contention, isolement et substance chimique*. Politique : PO-15D-001, 2016-06-14.

Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Montérégie-Est (2019), Protocole : Mesure de contrôle en milieu hospitalier, en centre d'hébergement de soins de longue durée et en unité de réadaptation fonctionnelle intensive, ORI-11SPSSS-004, Révision 18-12-2019.

Curateur public du Québec. (2017) *Le curateur public du Québec et le consentement aux soins*. Repéré à : https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/consentement.pdf

CHU de Québec (2023). Politique et procédure de prévention et de gestion des situations de violence de la clientèle à l'endroit d'un intervenant du CHI de Québec-Université Laval, Politique N0425-42, repéré à: https://www.chudequebec.ca/chudequebec.ca/files/92/92b7a5e4-8cfa-4ee9-a20f-c371b88b2ead.pdf, 2 novembre 2023.

Curateur public du Québec. (2007). Le consentement du Curateur public à l'application d'une mesure de contrôle : contention et isolement. Dans *Le point orientations.* Vol. 6, n° 1, janvier 2007. Repéré à : https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/LePointOrient-vol6-no1.pdf

Curateur public du Québec. (2010). Le point sur… le consentement aux soins. Dans : Le Point. Vol. 9, n° 2, juin 2010. Repéré à : http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/le_point_vol_09_no_02.pdf

GABRIEL, P. (1999). Orientations du Curateur public concernant le consentement à l'utilisation des mesures de contention et d'isolement chez les personnes qu'il représente, le Curateur public du Québec, avril 1999.

Gagnon, J., Labbé, L. (Rév. 2004). *Cadre de référence : Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*. Association des hôpitaux du Québec.

Gouvernement du Québec (2008). *Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement : Aide-mémoire*. MSSS, Direction des communications. Repéré à : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-812-06.pdf

Gouvernement du Québec (2015). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques. Édition révisée Mars 2015. Direction des communications du MSSS, 30 pages. Récupéré de : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf

Gouvernement du Québec (2005). Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle : Matériel de contention, Évaluation de produits, Guide pour la conception et Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement. Direction des communications du MSSS, 55 pages, Récupéré de : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-812-01.pdf

Gouvernement du Québec (2002) Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques. Direction des communications du MSSS, 27 pages. Récupéré de https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf

Groupe Champlain soins de longue durée. Protocole d'application des mesures de contrôle: contention et isolement. Rapport annuel de gestion: 2016-2017.

MSSS (2006). Programme de formation : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à la l'isolement. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-812-02/06-812-02.pdf

MSI (2019), Cadre de référence sur l'utilisation des mesures de contrôle. Repéré à : Cadre de référence sur l'utilisation des mesures de contrôle | MSI

MSSS (2024). Gestion clinique de l'épisode de soins. Mesures de contrôle- Contention, isolement et substance chimique. Gouvernement du Québec. Repéré à : https:// www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-gestion-clinique-de-l-episode-de-soins/mesures-de-controle-e-contention-isolement-et-substance-chimique/

Plante L et Goulet M-H. (2020, nov-déc). *Prévention des mesures de contrôle en santé mentale*. Perspective infirmière, vol. 17, no 5, pp. 44-53. https://www.oiiq.org/fr/formation/detail/-/formation/FOL2053?inheritRedirect=true

Ménard, J.-P. *et al*. (1998). *Développements récents en droit de la santé mentale*. Service de la formation permanente, Barreau du Québec. Conwansville : Éd. Y. Blais.

Annexe 1 : Extraits d'articles de loi pertinents à l'encadrement des mesures de contrôle

Les mesures de contrôle

G-1.021 - Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux

Article 393 « La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne **peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle** d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être **minimale et exceptionnelle** et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet **d'une mention détaillée dans son dossier**. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

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

Les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

« 1. Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.

2. Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.

3. Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne.

4. L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive

5. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.

6. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements. »

Les droits fondamentaux

La Charte des droits et libertés de la personne

Article 1 « Tout être humain droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. »

Article 3 « Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association. »

Article 4 « Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation. »

La Charte canadienne des droits et libertés

Article 7. « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

Article 12. « Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités. »

Code civil du Québec (CcQ)

Article 10. « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité ». Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »

Le consentement

G-1.021 - Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux

Article 12 « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention. Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivant du Code civil (Lois du Québec, 1991, chapitre 64). »

Article 13 Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 389 et 390.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Code civil du Québec (CcQ)

Article 11 " Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention" . Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Annexe 2 : Exemples de situations où le but de l'intervention peut varier[11] (MSSS 2015)

Sont considérés comme une mesure de contrôle :

Dans de semblables situations, il est nécessaire d'obtenir une ordonnance médicale, un consentement, d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique. » (L'ordonnance et le consentement peuvent ne pas être nécessaire en certains contextes. Voir section appropriée.)

- « Lorsque le but visé par l'intervention est de restreindre la capacité de la personne d'exécuter un mouvement préjudiciable (ex. : se mordre, se frapper la tête) ou socialement inacceptable (p. ex. : attouchement sexuel non sollicité), d'adopter une posture ou une position à risque (ex. : grimper sur le rebord d'une fenêtre), ou de se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent, on doit considérer l'intervention comme une mesure de contrôle, laquelle doit être déclarée. »

- « Une aide à la mobilité (ex. : fauteuil gériatrique, fauteuil roulant) ou un dispositif employé pour maintenir une personne dans une certaine position ou pour l'aider à accomplir des actions particulières (ex. : matériel de positionnement, ceinture pelvienne, tablette, plastron) peuvent être utilisés dans le but de restreindre la capacité d'agir de la personne; ils doivent alors être considérés comme une mesure de contrôle. »

- L'utilisation de la tablette fixée au fauteuil gériatrique : « au cours d'un repas, [elle] répond d'abord à un motif utilitaire. Toutefois, si cette tablette n'est pas retirée après le repas et que son utilisation est prolongée au-delà de cette période sans autre but fonctionnel ou thérapeutique, nous pouvons considérer la tablette comme une contention, puisque la personne se trouve limitée dans sa liberté d'agir. »

- « L'utilisation des freins du fauteuil roulant. Si les freins du fauteuil sont appliqués pendant une certaine période dans le but d'exercer une surveillance et de confiner la personne à un endroit dont elle ne peut s'éloigner librement, c'est une mesure de contrôle. De même, le fait de retirer à une personne l'accès à un équipement nécessaire à son autonomie dans ses déplacements (ex. : marchette ou déambulateur) doit être considéré comme une mesure de contrôle. »

- Utilisation des côtés de lit (ridelles) : les ridelles ont été considérées pendant longtemps comme une mesure de sécurité contre les chutes. « [Elles étaient perçues] comme un geste préventif […] On accomplissait souvent ce geste routinier sans avoir évalué les besoins réels de la personne. » Or, de nombreuses études démontrent que le fait de relever complètement les ridelles est une « pratique qui peut entraîner des conséquences sur le comportement de la personne, comme l'agitation, la peur, la fuite par le pied du lit ou le delirium. » L'utilisation d'équipements de

[11] Les parties de texte entre guillemets (« ») sont des extraits de MSSS, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. Édition révisée, mars 2015.

remplacement moins contraignants et plus sécuritaires pour réduire les chutes du lit est donc recommandée, « par exemple un matelas avec rebord surélevé, l'ajout de rouleaux chaque côté de la personne, l'abaissement du lit plus près du sol, l'emploi d'un détecteur de mouvement, etc., » sont des options à envisager. « L'utilisation des deux côtés de lit, sauf lorsqu'il s'agit d'un dispositif inhérent au groupe d'âge (enfant en bas âge), constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre la personne à demeurer dans son lit alors qu'elle souhaite se lever. Cette mesure exige une évaluation rigoureuse et une surveillance adéquate. »

- Utilisation des mesures de contrôle dans un contexte de soins d'intervention chirurgicale ou durant un examen » Cependant, lorsque la contention « n'est pas utilisée systématiquement auprès de la population, mais plutôt en réponse à un comportement ou à un manque de collaboration de la personne, ou en raison des réactions anticipées de sa part qui pourraient nuire au succès de l'examen ou à la sécurité de la personne ou de l'entourage », il s'agit d'une mesure de contrôle.

- Isolement de la personne à sa chambre ou dans un espace utilisé à cette fin : l'isolement est une mesure de contrôle lorsque la personne est « maintenue dans sa chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin dans un but de confinement et qu'elle ne peut en sortir librement » ou circuler librement, soit par un dispositif (ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, velcro, bande placée sur le plancher) ou par la présence d'une surveillance continue à la porte ou lorsqu'une surveillance étroite constante de la personne est nécessaire. Aussi, « si la personne est soumise à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter l'espace désigné, l'isolement est une mesure de contrôle. »

- « Le bracelet magnétique devient une mesure de contrôle s'il est utilisé afin d'isoler une personne dans un espace restreint où elle ne peut entretenir de contacts avec autrui et d'où elle ne peut sortir librement. »

- « Utilisation d'une contention physique ou d'une intervention physique restrictive (arrêt d'agir, code blanc) « une contention physique ou intervention physique restrictive est considérée comme une mesure de contrôle lorsque le but visé par l'intervention est d'empêcher une personne de bouger ou de limiter sa liberté de mouvement, et ce, lorsque le rapport de force est tel que la personne ne peut se dégager, malgré tous les efforts qu'elle déploie, pour s'infliger des blessures ou en infliger à autrui. À titre de comparaison, on peut dire que le niveau de contrôle et de sécurité qu'implique l'intervention physique restrictive ou contention physique équivaut, toute proportion gardée, au verrouillage d'une porte de chambre lorsqu'une personne est placée en isolement. »

On entend donc par intervention physique restrictive ou contention physique :

- Toute technique d'intervention impliquant que la personne doit être tenue par deux personnes ou plus.

Toute technique d'intervention impliquant que la personne est tenue par une autre personne, et où le rapport de force est si grand que la première est maîtrisée efficacement et qu'elle ne peut se dégager. »

Ainsi, la dimension "restrictive" de l'intervention physique de contention implique l'application de la force avec l'intention d'empêcher les mouvements de la personne, malgré son opposition et sa résistance. Le degré et la durée de la force déployée dépendent de la résistance offerte par la personne et doivent toujours être réduits au minimum requis.

N’est pas considéré comme mesure de contrôle

Ne nécessite donc pas d’être déclaré en tant que mesure de contrôle, ne requiert pas de consentement supplémentaire (déjà inclus dans le consentement aux soins), requiert un suivi et une surveillance selon le bon jugement clinique.

- « Lorsque le but est de réduire une incapacité ou de prévenir son aggravation, pour permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire ou pour fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie, il ne s’agit pas de mesure de contrôle» Par exemple, « l’utilisation de certains dispositifs intégrés au fauteuil roulant, les orthèses, les sangles ou les attaches stabilisant un membre lors d’une activité quotidienne, une table fixée au fauteuil roulant permettant l’utilisation d’un appareil de communication ou la réalisation d’une habitude de vie. »

- « L’utilisation de la tablette fixée au fauteuil gériatrique : « au cours d’un repas, [elle] répond d’abord à un motif utilitaire. Dans cette situation, c’est-à-dire pendant le repas, la personne n’est pas brimée dans sa liberté de mouvement. »

- L’utilisation des freins du fauteuil roulant. Par exemple, s’il s’agit de protéger momentanément la personne contre un accident potentiel lié à l’environnement, ce n’est pas une situation de mesure de contrôle, à condition qu’ils ne restent pas en place limitant la personne dans sa liberté.

- « Utilisation d’équipement de positionnement : une mesure de positionnement consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d’augmenter l’autonomie d’une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa capacité à se déplacer par elle-même. Une mesure de positionnement ne doit viser d’aucune manière à contrôler la personne. » l’utilisation de certains dispositifs intégrés au fauteuil roulant, les orthèses, les sangles ou les attaches stabilisant un membre lors d’une activité quotidienne, une table fixée au fauteuil roulant permettant l’utilisation d’un appareil de communication ou la réalisation d’une habitude de vie.

- Une évaluation réalisée par un professionnel ayant compétence en la matière est obligatoire avant d’utiliser ce type de mesure. « Les mesures de positionnement doivent respecter les principes biomécaniques de confort postural, de niveau fonctionnel, d’ergonomie et d’esthétique, et doivent être les moins contraignantes possible. » On doit pouvoir retrouver au dossier de l’usager l’évaluation du professionnel qui recommande ce type d’équipement. »

- « Les côtés de lit, qu’ils soient pleine grandeur ou demi-ridelle, ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle lorsque leur utilisation a pour but de fournir des appuis à une personne pour lui permettre de sortir du lit, d’entrer dans le lit ou de se déplacer dans le lit, [ni] lorsqu’ils sont remontés à la demande de la personne elle-même parce qu’elle a peur de tomber, à la condition que cette dernière soit consciente des risques potentiels, [qu’elle] ne présente pas un état [de désorientation, et qu’elle] soit en mesure d’abaisser la ou les ridelles lorsqu’elle le désire ou d’attendre qu’un intervenant vienne l’aider à les abaisser lorsqu’elle le désire. » On doit toujours « privilégier l’utilisation des équipements de remplacement moins contraignants et plus sécuritaires. »

- Utilisation des mesures de contrôle dans un contexte de soins d’intervention chirurgicale ou durant un examen : certaines procédures de soins ou d’examen « qui s’appliquent à la population en

général [exigent] d'immobiliser la personne ou une partie de son corps afin de réaliser l'examen ou les soins de façon optimale et sécuritaire. L'utilisation d'une contention ne constitue pas, dans ces cas, une mesure de contrôle.

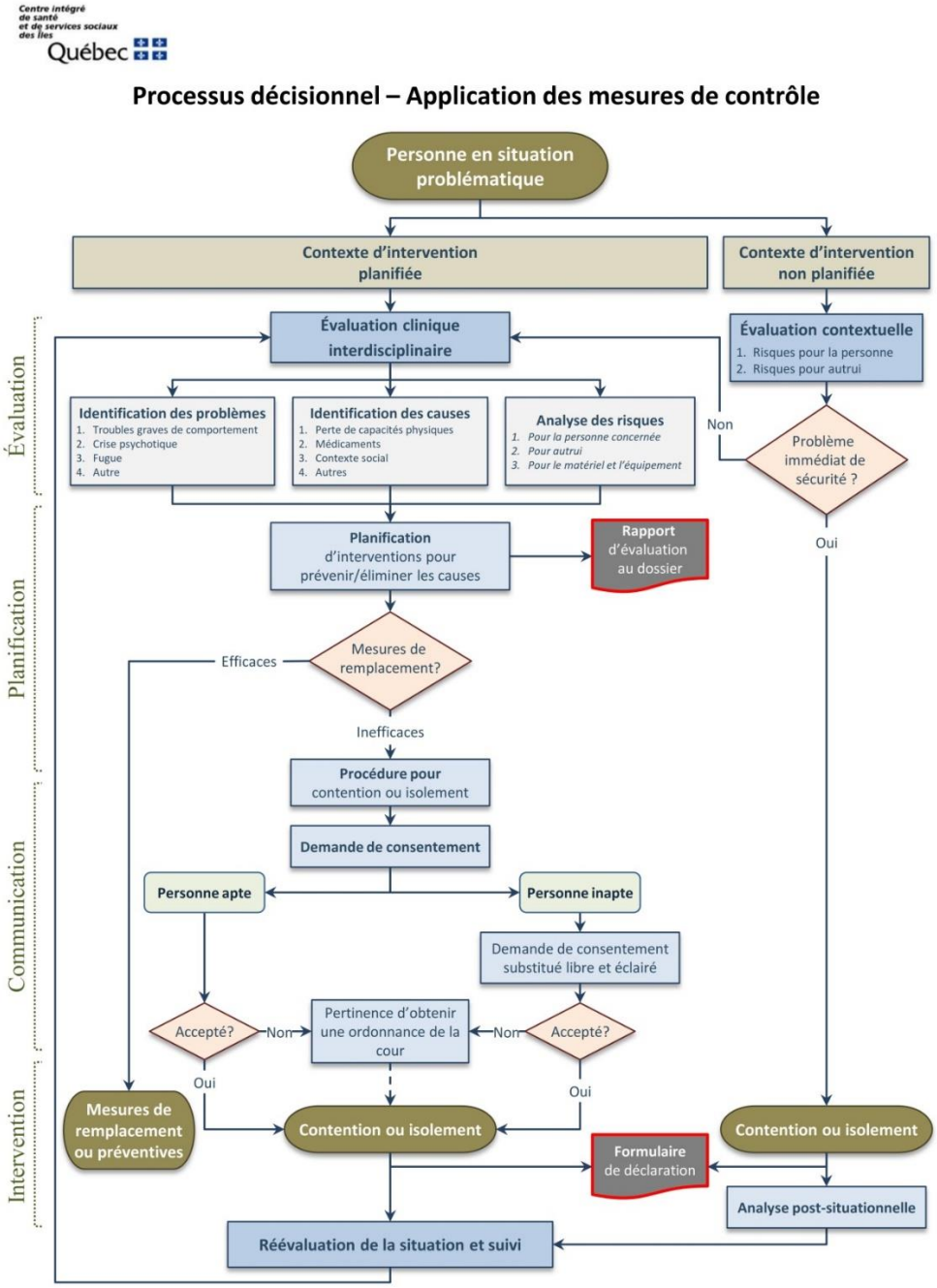
- « Isolement de la personne à sa chambre ou dans un espace utilisé à cette fin : Lorsqu'une personne est invitée à se retirer d'un lieu commun afin de lui permettre la distanciation avec un stimulus ou pour l'aider à se calmer et à reprendre contact avec elle-même, et qu'elle peut sortir librement de ce lieu lorsqu'elle le désire, cela ne constitue pas une mesure d'isolement. […] La mise en place d'un dispositif (ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, velcro, bande placée sur le plancher) n'est pas considérée comme une mesure de contrôle s'il est utilisé à la demande de la personne dans le but de lui procurer une plus grande intimité et de prévenir l'intrusion d'autres personnes dans son espace personnel. La personne doit cependant être en mesure de sortir elle-même de ce lieu quand elle le désire ou avoir la capacité de demander l'assistance pour en sortir en recourant, par exemple, à la cloche d'appel. Par ailleurs, l'utilisation d'une demi-porte comme mesure de contrôle ou comme dispositif pour protéger l'intimité d'une personne contre l'intrusion des autres résidents présentant des comportements dérangeants ne doit pas être favorisée et systématisée. Le MSSS, dans un avis publié en 2006, n'encourage pas cette pratique, [en raison des risques qu'il comporte. Son] utilisation doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'autres solutions valables et raisonnables. En dernier recours, lorsqu'il est nécessaire d'employer une mesure de contrôle, l'utilisation des autres dispositifs doit être tentée. L'utilisation d'une porte pleine avec fenêtre, plus sécuritaire, pourrait être envisagée et remplacer la demi-porte. »

- Utilisation d'un bracelet magnétique : « le bracelet magnétique est considéré comme une mesure de remplacement s'il permet à la personne qui le porte d'agir, d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie. »

- Utilisation d'un geste d'accompagnement ou thérapeutique (p. ex. : pacification – Omega) : Dans ce cas la personne n'offre pas de résistance. « Il s'agit davantage d'un geste de rappel ou visant à orienter la personne vers un lieu approprié à ses besoins. »

« Isolement en prévention et contrôle des infections : « dans le contexte normal du programme de prévention et de contrôle des infections, le fait d'isoler la personne dans sa chambre est une mesure de contrôle des infections. Les conditions d'hébergement et les modalités de prestation des soins appliquées dans ce cadre s'adressent à toutes les personnes présentant des caractéristiques les rendant vulnérables face à un agent infectieux (isolement de protection chez les personnes immunosupprimées) ou à l'égard du risque qu'elle puisse transmettre un tel agent à l'entourage. Les balises relatives à cette mesure de contrôle sont inscrites dans le programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement et suivent le cadre de référence à l'intention des établissements sur les infections nosocomiales. Ces règles de prévention sont établies et approuvées par le comité de prévention des infections. Cette mesure de contrôle peut s'effectuer selon deux modalités : 1) elle peut être mise en place avec la collaboration de la personne ou 2) avec l'ajout de processus pour obtenir la collaboration de l'individu et assurer le respect des mesures de prévention des infections ». Processus décisionnel - Application des mesures de contrôle.

Annexe 3 : Processus décisionnel - Application des mesures de contrôle



Annexe 4 : Aide à l'identification du risque

Probabilité du risque

☐ Imminent :	Arrive chaque fois, tout de suite;
☐ Très probable :	Est arrivé plusieurs fois, situation instable, détérioration prévisible;
☐ Probable :	Est arrivé une fois ou quelques fois;
☐ Possible :	N'est jamais arrivé, mais pourrait arriver, *ou* est arrivé une fois en raison d'une condition médicale résolue.

Gravité des conséquences

☐ Majeure :	Conséquences permanentes allant jusqu'au décès de la personne ou conséquences temporaire exigeant des soins et des traitements spécialisés avec hospitalisation ou prolongation de l'hospitalisation (p. ex. : chute avec fracture et chirurgie corrective).
☐ Mineure :	Conséquences temporaires exigeant des soins et des traitements professionnels ou non professionnels sans hospitalisation.

Non significative : Conséquences, craintes ou anticipées, exigeant une surveillance (p. ex. : un usager chute et une surveillance est requise).

Annexe 5 : Liste de vérification

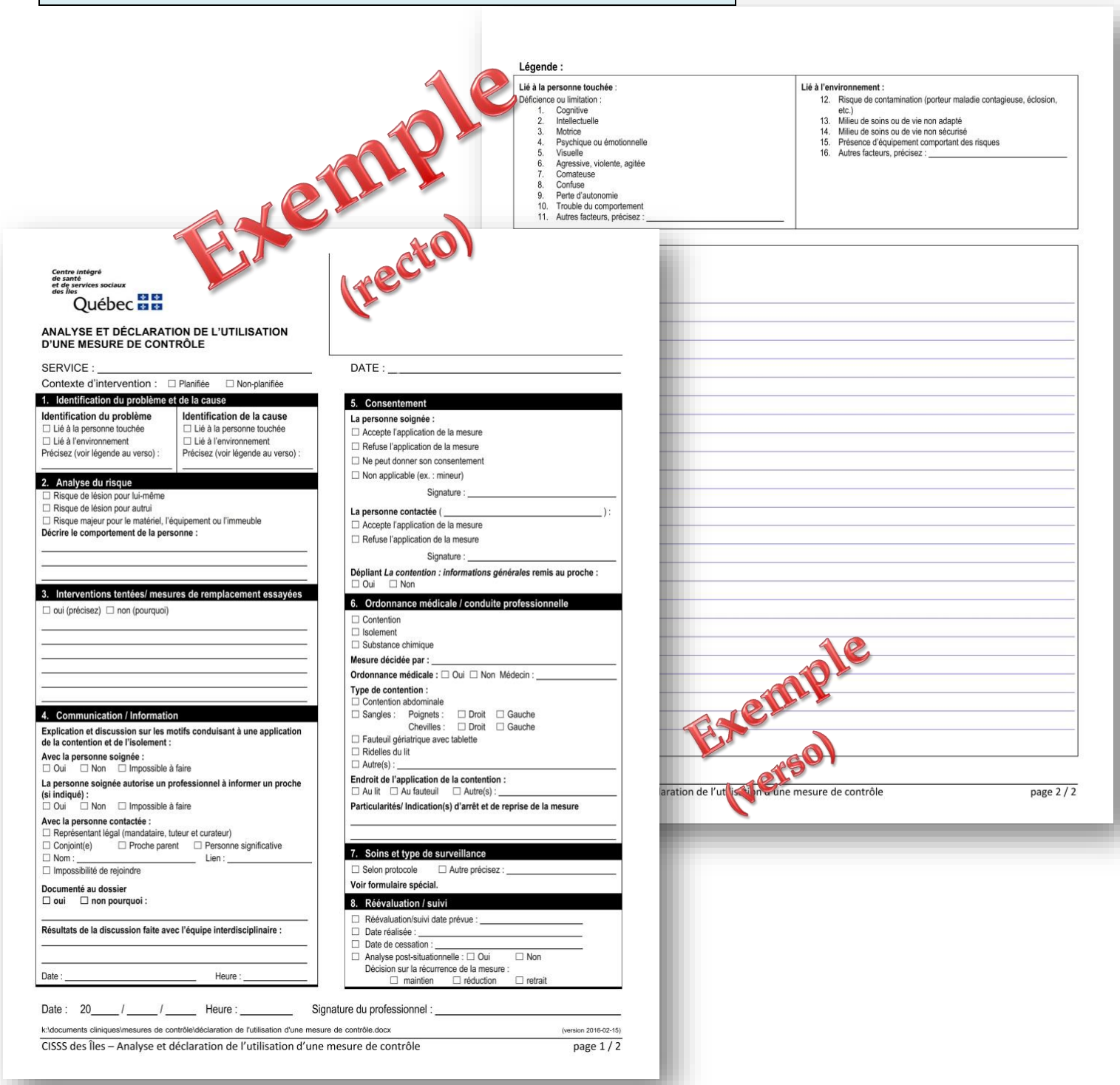
Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

Liste de vérification pour l'utilisation judicieuse d'une mesure de contrôle

Une documentation au dossier de l'usager doit être réalisée tout au long du processus.

- ☐ Procéder à l'évaluation :
  - Questionner,
  - Observer, avec ou sans grille;
- ☐ Identifier la cause ou formuler des hypothèses si cause non identifiée :
  - Éliminer les causes physiques (p. ex. : douleur, trouble éliminatoire, paramètres vitaux, etc.,
  - Corriger les causes;
- ☐ Identifier le niveau de sévérité du risque;
- ☐ Impliquer la personne ou sa famille;
- ☐ Identifier des interventions ou des mesures de remplacement;
- ☐ Rédiger un plan d'interventions et un PTI;
- ☐ Communiquer le plan au personnel, à l'usager et à sa famille;
- ☐ Appliquer les mesures de remplacement;
- ☐ Évaluer le plan d'intervention;
- ☐ Apporter des correctifs ou des ajustements;
- ☐ Si inefficace, soumettre la situation à l'équipe interdisciplinaire;
- ☐ Analyser les avantages et les inconvénients à l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- ☐ Identifier la mesure la moins contraignante ;
- ☐ Obtenir une ordonnance médicale;
- ☐ Obtenir et faire signer le consentement (situation planifiée);
- ☐ En cas de refus, évaluer la pertinence d'obtenir une ordonnance de cour;
- ☐ Compléter le formulaire de déclaration;
- ☐ Transmettre une copie du formulaire de déclaration à la DSI;
- ☐ Ajuster le plan d'intervention et le PTI;
- ☐ Communiquer l'information à l'ensemble du personnel, à l'usager et à sa famille;
- ☐ Appliquer la mesure de contrôle selon le protocole;
- ☐ Assurer une surveillance et compléter le formulaire de surveillance;
- ☐ Procéder à une analyse post-situationnelle;
- ☐ Réévaluer le plan d'intervention et réajuster au besoin;
- ☐ Assurer un suivi.

Annexe 6 : IL00543 -Formulaire analyse et déclaration de l'utilisation d'une mesure de contrôle



Annexe 7 : Les stratégies professionnelles

Les stratégies professionnelles font référence à l'ensemble des moyens utilisés par le personnel de tous les niveaux hiérarchiques pour contrer l'utilisation de la contention et de l'isolement.

- Favoriser les interactions qui augmentent le sentiment de confiance de l'usager et l'efficacité de communication entre celui-ci et les intervenants;
- Permettre la verbalisation des sentiments de colère, de crainte et de frustration;
- Fixer des limites aux violences verbales et aux exigences manipulatrices ou irrationnelles;
- Définir clairement les limites de manière à ce qu'elles ne soient pas perçues comme un défi par l'usager;
- Respecter l'espace personnel et laisser agir l'usager sur son environnement;
- Éviter de raisonner l'usager ou de discuter avec celui-ci en s'obstinant;
- Enseigner les techniques de relaxation, de gestion de l'agressivité et de la colère;
- Retirer l'usager de la situation stressante;
- Éliminer les traitements ou les soins non essentiels (ex. : sieste obligatoire);
- Utiliser la médication prescrite au besoin;
- Évaluer soigneusement les comportements de désorganisation ou perturbateurs;
- Évaluer le risque de chutes;
- Planifier des soins et des services individualisés en continuité avec les antécédents et les besoins actuels de l'usager;
- Assurer une complémentarité entre les intervenants;
- Favoriser une bonne communication entre les intervenants;
- Faire appel à des consultants;
- Favoriser une approche de réadaptation, à l'opposé d'une approche se limitant à des soins d'entretien ou de garde;
- Avoir le souci d'intégrer la famille à la planification des soins et des services;
- Offrir un accueil à la personne nouvellement admise à l'unité de soins et de vie (fonctionnement, orientation des lieux, des personnes, etc.);
- Élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire prévoyant des activités aux besoins et aux goûts de l'usager.

Annexe 8 : Les stratégies structurales et liées à la perte d'autonomie

Certaines stratégies structurales et liées à la perte d'autonomie s'adressent plus particulièrement au milieu de soins pour la personne âgée. Elles font référence aux aménagements environnementaux, à l'utilisation d'équipements adaptés et à des stratégies d'intervention.

- Assurer un éclairage adéquat en tout temps (ex. : une veilleuse);
- Réduire les stimuli (lumière, bruits, couleurs, etc.);
- Assurer une circulation libre d'obstacles dans les corridors;
- Installer des barrières ou des courroies à l'entrée de certaines pièces;
- Aménager des aires d'errance sécuritaires;
- Identifier la chambre par un objet significatif ou une photographie;
- Utiliser des pictogrammes pour les salles de toilettes, salon, salle à manger;
- Aménager des pièces communes favorisant la détente et l'échange;
- Installer des dispositifs d'alarme de positionnement (lit, fauteuil);
- Utiliser le lit à son niveau le plus bas;
- Utiliser les demi-ridelles de lits à titre d'appui pour faciliter les transferts de l'usager;
- Utiliser des renflements à même les draps-housses en guise de ridelles de lit;
- Installer des barres d'appui;
- Installer des bandes antidérapantes;
- Réviser le régime pharmacologique;
- Utiliser des aides techniques (marchette, rampes, chaussures adaptées);
- Installer un recouvrement de plancher sécuritaire;
- S'assurer de la proximité et de la sécurité des salles de bain;
- Prévoir des espaces de repos sur le trajet des locaux utilisés par la personne, tels que la cafétéria, les salles d'activité;
- Stimuler les exercices à la marche;
- Enseigner des mesures de sécurité :
    - mesures préventives de chute de pression orthostatique;
    - utilisation sécuritaire du matériel d'aide technique;
    - etc.
- Encourager à demander de l'aide au besoin, s'assurer que les cloches d'appels sont fonctionnelles et accessibles;
- Offrir un service de physiothérapie.

Les stratégies d'apprentissage et de développement des compétences

Les stratégies d'apprentissage et de développement des compétences font référence à la mise en place de programmes soutenant le développement des pratiques professionnelles. À titre d'exemple :

- Offrir un programme de prévention des chutes;
- Planifier un programme à l'intention de tout le personnel afin de mieux faire comprendre les besoins des usagers sous leurs soins;
- Offrir un programme de loisirs (musicothérapie, zoothérapie, etc.);
- Offrir un programme de gestion des urgences;
- Offrir un programme de formation sur le travail interdisciplinaire.

Annexe 9 : Les stratégies liées à la prévention des comportements d'automutilation, des comportements perturbateurs ou d'agression

A. Chez une personne présentant des déficits cognitifs

- Grille d'observation des comportements ciblés afin de pouvoir identifier les éléments déclencheurs :
  - Nombre;
  - Heures;
  - Endroits;
  - Au cours de quelles activités;
  - Intensité et manifestations du comportement, etc.;
  - Interventions faites et résultats.
- Révision du régime thérapeutique

  ☞ *La médication est fréquemment mise en cause dans les comportements perturbateurs chez les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs.*

- Contrôle des stimuli;
- Aires d'errance;
- Barrières visuelles pour les endroits dont l'accès est limité;
- Favoriser la stabilité du personnel soignant;
- Établir une routine quotidienne;
- Utilisation de tranquillisants mineurs, une heure avant une procédure de soins occasionnant une réaction catastrophique.

  ☞ *L'utilisation de tranquillisants sur une période prolongée et régulière risque d'exacerber les comportements perturbateurs.*

- Aménagement rappelant le milieu de vie habituel de la personne;
- Respect de l'espace vital de la personne;

B. Chez la personne présentant des comportements dangereux reliés à des troubles de la personnalité ou à un état psychotique

- Limites à établir;
- Participation de la clientèle aux règles de vie de l'unité;
- Grilles d'observation des comportements dangereux;
  - Description détaillée des manifestations;
  - Éléments déclencheurs;
  - Nombre;
  - Circonstances;
  - Interventions faites et résultats.
- Révision du régime thérapeutique;

- Contrôle des stimuli;
- Encouragement de l'expression des sentiments de façon constructive.

    ☞ *Des consultations auprès des usagers hospitalisés dans des services psychiatriques démontrent que le sentiment de ne pas être suffisamment écouté est un facteur important de frustration pouvant conduire à des comportements agressifs.*

- Responsabilisation de la personne :
    - Participation active à son plan d'intervention;
    - Retour sur les évènements dangereux ou perturbateurs;

        ☞ *Des mesures judiciaires peuvent même être indiquées selon la gravité des menaces proférées ou des gestes agressifs posés et de l'état clinique de la personne.*

    - Encouragements à participer à l'identification de mesures adaptées aux besoins sous-jacents.

        ☞ *Il importe de mettre la personne à contribution le plus possible et de reconnaître son potentiel à participer aux solutions.*

- Groupe de développement des habiletés sociales;
- Groupe de gestion du stress;
- Abolition de toute règle de vie sur l'unité qui entrave inutilement l'autonomie des usagers et peut être vécue comme un abus de pouvoir;
- Activités permettant de canaliser les énergies, l'agressivité.

C. Chez la personne intoxiquée par une substance psychoactive

    ☞ *L'intoxication aigüe à l'alcool nécessite des soins physiques particuliers lors de la période de sevrage ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les autres psychotropes. Par exemple, l'usager intoxiqué par la cocaïne se retrouvera à l'urgence s'il y a présence d'éléments psychotiques ou de comportements dangereux. Donc, se baser sur les stratégies liées à ce type de situation également.*

- Limites à établir;

    ☞ *Des mesures judiciaires peuvent même être indiquées selon la gravité des menaces proférées ou des gestes agressifs posés et de l'état clinique de la personne.*

- Grilles d'observation des comportements dangereux;
    - Description détaillée des manifestations;
    - Éléments déclencheurs;
    - Nombre;
    - Circonstances;
    - Interventions faites et résultats.
- Révision du régime thérapeutique;
- Contrôle des stimuli;
- Encouragement de l'expression des sentiments de façon constructive.

Annexe 10 : Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes en ou à risque de delirium

A. Interventions centrées sur la personne

- Orientation :
  - Donner des repères temporels (calendrier), spatiaux (objets familiers, photos) et humains (proches au chevet, personnel stable) et resituer souvent la personne dans le temps et l'espace.
- Audition ou vision :
  - Promouvoir le port des lunettes et de l'appareil auditif;
  - Utiliser des aides visuelles (ex. : une loupe);
  - Utiliser des techniques de communication.
- Mobilité :
  - Promouvoir des activités physiques trois fois par jour;
  - Favoriser la marche;
  - Minimiser les éléments limitant la mobilisation (ex. : sonde urinaire, soluté);
  - Limiter le nombre de tubulures (ex. : sonde, tube nasogastrique, soluté);
  - Consulter en physiothérapie au besoin.
- Volume hydrique :
  - Repérer les signes de déshydratation et instaurer une mesure adéquate des ingesta (ex. : encourager la prise orale de liquide).
- Sommeil :
  - Administrer le protocole de sommeil non pharmacologique (breuvages chauds : lait, tisane), musique de relaxation, massage…
  - Coordonner les soins et la médication pour éviter d'interrompre le sommeil la nuit;
  - Mettre en place des stratégies pour diminuer les bruits à l'unité dans la nuit.
- Médication :
  - Réviser la médication au moment de l'admission : cesser les médicaments qui sont inutiles ou nuisibles et choisir judicieusement les nouveaux;
  - Consulter un pharmacien.
- Soins médicaux :
  - Surveiller les signes vitaux;
  - Surveiller les résultats de laboratoire;
  - Assurer un suivi médical attentionné;
  - Bien maitriser la douleur;
  - Prévenir les symptômes de sevrage.

B. Interventions centrées sur l'environnement

- Stimulation :
  - Doser la stimulation : éviter la sur-stimulation comme la sous-stimulation;
  - Prévoir des repères qui favorisent l'orientation : calendrier, horloge, photographie de personnes connues, objets familiers ou personnels;
  - Favoriser un environnement calme avec une luminosité indirecte;
  - Utiliser la veilleuse la nuit;
  - Faire écouter de la musique significative pour la personne.
- Famille :
  - Encourager la présence de la famille au chevet. Inviter les proches à se répartir les visites entre eux;
  - Faire participer les proches aux diverses activités préventives d'orientation, de stimulation cognitive et de mobilité.
- Intervenants :
  - Être à l'écoute et avoir une approche rassurante, calme et douce;
  - Aider la personne à reconnaitre son anxiété, ses peurs;
  - L'informer, ainsi que sa famille, sur le risque de delirium relié à l'état de santé et au nouvel environnement de soins;
  - Établir une routine de soins structurée;
  - Assurer la présence des mêmes intervenants au chevet.
- Activités thérapeutiques :
  - L'encourager à participer à des activités de stimulation cognitive trois fois par jour (ex. : discussion des évènements de l'actualité).
- Autres consultations :
  - Consultation proactive en psychiatrie ou en gériatrie chez les personnes présentant plusieurs facteurs de risque de delirium.

Tiré de Loiselle, H., Roy, O. (2006). Module problématique clinique : Le delirium. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS.

Annexe 11 : Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque de chute

Interventions centrées sur la personne

- Histoire de chutes antérieures :
  - Questionner si chute récente (6 mois);
  - Documenter les chutes : moments, lieux et circonstances;
  - Identifier les facteurs prédisposants et précipitants associés;
  - Impliquer la famille pour comprendre la chute.
- Admission ou transfert récent :
  - Tenir compte des habitudes de vie antérieures (sommeil, alimentation, soins d'hygiène);
  - Développer une bonne orientation physique des lieux;
  - Bien indiquer les toilettes;
  - Utiliser la veilleuse dans la chambre.
- Déficits perceptuels et cognitifs :
  - Évaluer la condition mentale;
  - Utiliser des aide-mémoire (ex. : pour rappeler l'utilisation du déambulateur);
  - Communiquer dans un langage simple;
  - Réorienter régulièrement les personnes désorientées (délirium);
  - Avoir des repères dans l'environnement : horloge, calendrier, objets significatifs, etc.;
  - Adapter l'environnement pour diminuer les stimuli;
  - Évaluer les comportements difficiles avec la grille de comportement.
- Témérité :
  - Montrer à la personne à évaluer ses limites et à adapter ses comportements;
  - Enseigner des comportements sécuritaires;
  - Utiliser les détecteurs de mouvements;
  - Établir un horaire pour répondre aux besoins de la personne (ex.: besoin d'éliminer, faim, soif, etc.).
- Agitation :
  - Faire une évaluation pour comprendre ce qui se passe (délirium, démence, dépression, etc.).
  - Mieux comprendre les raisons de l'agitation (le « message derrière le comportement »);
  - Corriger la ou les causes de l'agitation;
  - Impliquer les proches dans les activités et la surveillance;
  - Encourager la personne à faire des siestes;
  - Proposer des diversions (télévision, radio, jeux, etc.).

- Médicaments :
  - Évaluer le profil pharmacologique;
  - Questionner la pertinence de certains médicaments;
  - Rechercher les effets indésirables possibles et les interactions médicamenteuses.
- Hypotension orthostatique :
  - Dépister l'hypotension orthostatique;
  - Enseigner les méthodes pour se lever du lit ou du fauteuil;
  - Réviser la médication;
  - S'assurer que la personne est bien hydratée.
- Problème de mobilité :
  - Faire marcher une ou deux fois par quart de travail (plan de marche);
  - Utiliser des moyens pour diminuer les conséquences des chutes (ex. : protecteur de hanche, détecteur de mouvements, tapis de chute, etc.);
  - Encourager les programmes d'exercices pour augmenter la mobilité, l'équilibre et la tolérance (ex. : tai-chi, danse, programme de marche);
  - Maintenir le lit dans la position la plus basse possible;
  - Utiliser des demi-ridelles pour aider au transfert du ou vers le lit;
  - Encourager l'utilisation d'auxiliaires à la marche;
  - Installer des barres d'appui (toilette, corridor);
  - Faire consulter en physiothérapie et en ergothérapie au besoin.
- Problèmes d'élimination :
  - Évaluer les cause médicales (ex. : une infection urinaire);
  - Offrir une assistance plus étroite aux personnes qui reçoivent des laxatifs ou des diurétiques;
  - Répondre promptement à la demande d'aide (cloche d'appel);
  - Utiliser des bandes adhésives antidérapantes près de la toilette;
  - Utiliser les chaises d'aisance s'il y a une perte de mobilité.
- Troubles auditifs et visuels :
  - S'assurer du port des lunettes et de l'appareil auditif;
  - Bien éclairer la chambre et la salle de toilette;
  - S'assurer que tous les objets utilitaires soient à portée de main;
  - Diminuer les stimuli (bruit, luminosité).
- Facteurs extrinsèques :
  - Éviter les encombrements dans les chambres et les corridors;
  - Garder la main courante du corridor libre d'accès;
  - Porter une attention spéciale au plancher mouillé ou encombré d'objets;
  - S'assurer que les souliers sont sécuritaires : talons bas, semelles antidérapantes, souliers bien ajustés et fermes;

- S’assurer du port de pantalons bien tenus (élastique ou ceinture) et de longueur adéquate;
- S’assurer que la culotte d’incontinence est de la bonne taille;
- S’assurer de la bonne hauteur du lit et des chaises;
- S’assurer que les freins au fauteuil sont enclenchés et fonctionnels;
- Utiliser des bandes antidérapantes sur les chaises;
- Rendre accessibles verre, eau, lunettes, etc.;
- Réduire le bruit et autres stimuli;
- Avoir un éclairage suffisant.

Tiré de Roy, O., Mauro, S., Garon, S. (2006). Module problématique clinique : Risque de chute. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l’isolement. Québec, MSSS

Annexe 12 : Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes présentant des comportements agressifs

A. Évaluation du potentiel d'agressivité et des causes associées

B. Identification des signes précurseurs

- Dimension comportementale – observer les signes et symptômes :
  - Expression faciale tendue et irritée ou prolongement;
  - Augmentation ou arrêt soudain de l'agitation psychomotrice;
  - Augmentation du volume et du débit verbal;
  - Contact visuel prolongé ou, au contraire, évitement du regard;
  - Menaces verbales ou comportementales;
  - Similarité entre les comportements présentés et ceux lors d'un épisode précédent d'agressivité.
- Dimension physique – observer les signes et symptômes :
  - Modification de paramètres physiologiques tels que la fréquence respiratoire et cardiaque;
  - Contractions musculaires;
  - Dilatation des pupilles.
- Dimension émotionnelle – observer les signes et symptômes :
  - Sentiments exprimés : colère, hostilité, anxiété extrême ou irritabilité;
  - Humeur labile;
  - Euphorie excessive et inappropriée.
- Dimension cognitive – observer les signes et symptômes :
  - Processus de pensée peu clair;
  - Hallucination ou illusion avec contenu violent;
  - Agitation, désorientation ou altération de la mémoire.

C. Interventions centrées sur la personne

- Enseignement et activités thérapeutiques :
  - Activités physiques :
    - Faire des exercices physiques (ex. : marche) et de respiration;
  - Activités cognitives :
    - Écrire sur ses sentiments, lire, compter lentement jusqu'à 50;
  - Activités sociales :
    - Parler avec un ami ou un intervenant, téléphoner;

- Activités environnementales :
  - Écouter de la musique, porter attention aux stimulations (lumière, bruits), sortir à l'extérieur;
- Activités spirituelles :
  - Faire de la méditation, prier;

- Surveillance et alliance thérapeutique;
  - Augmenter le niveau de surveillance de la personne;
  - Diminuer le ratio intervenant/personnes soignées;
  - Miser sur la qualité du lien thérapeutique entre l'intervenant et la personne.
- Techniques et stratégies de base de désescalade de l'agressivité :
  - Approcher la personne avec précaution, c'est-à-dire en gardant une distance raisonnable pour respecter son espace vital;
  - Ne pas surprendre la personne ou la faire sursauter lorsqu'on entre en relation avec elle, établir d'abord un contact visuel, puis verbal;
  - Éviter de confronter ou de provoquer la personne;
  - Être conscient de ses expressions faciales et de sa posture en présence de la personne;
  - Être calme et utiliser un langage et un ton de voix respectueux;
  - Poser des questions ouvertes qui permettent à la personne de verbaliser ce qu'elle ressent;
  - Éviter de faire des promesses sans avoir la certitude de pouvoir les tenir;
  - Enlever tout objet potentiellement dangereux;
  - Connaitre l'emplacement des portes de sortie si besoin d'un départ rapide;
  - Éviter d'adopter des positions vulnérables, être affirmatif sans être autoritaire;
  - Utiliser la distraction (voir la section sur l'enseignement et les activités thérapeutiques).
- Stratégies pour résoudre graduellement une situation présentant un potentiel d'agressivité :
  - Intervenir le plus tôt possible afin de prévenir l'escalade;
  - S'assurer que les autres intervenants de l'équipe sont disponibles et savent ce qui se passe;
  - Parler calmement et clairement en utilisant des phrases courtes;
  - Exprimer clairement à la personne ce qu'on attend d'elle;
  - Reconnaitre les émotions exprimées par la personne;
  - Négocier autant que possible et toujours laisser un choix avantageux à la personne;
  - Garder une distance psychologique;
  - Connaitre ses propres limites afin de ne pas se mettre ou mettre ses collègues en danger inutilement.
- Utilisation de la médication psychotrope :
  - Revoir le profil pharmacologique de la personne.

D. Interventions centrées sur l'environnement

- Environnement physique et thérapeutique sécuritaire
  - S'assurer que l'environnement physique et thérapeutique est exempt d'objets pouvant représenter une arme potentielle (p. ex. : objets coupants [canif, coupe-papier, couteau, verre], allumettes, briquet, ustensile, pilule, sac de plastique, ceinture, corde, lames de rasoir, miroir, lacets, etc.).

E. Interventions centrées sur les intervenants

- Retour post évènement :
  - Le retour post évènement est nécessaire pour toutes les situations comportant une escalade de l'agressivité, mais particulièrement pour celles ayant nécessité le recours à des mesures de contrôle.

F. Interventions centrées sur l'établissement et la structure organisationnelle

- Qualité des soins et des services :
  - Rendre les milieux de soins les plus sécuritaires possible et les mieux adaptés aux besoins des usagers : voir à sécuriser les fenêtres et les portes, les chambres privées, les chambres d'observation et à une réduction des stimuli excessifs.

G. Investissement dans l'aménagement du milieu physique et thérapeutique

- Développement et maintien d'un climat respectueux et paisible.

Tiré de Sarrazin, C., Fréchette, M. (2006). Module problématique clinique : Agressivité. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS.

Annexe 13 : Mesures de remplacement pour diminuer les comportements perturbateurs

- Relation avec la personne :
  - Établir le contact avec la personne par le regard, la voix ou le toucher;
  - Aborder la personne avec un visage souriant et détendu;
  - Se déplacer lentement, éviter les gestes brusques et spontanés;
  - Éviter les demandes trop exigeantes (qui augmentent la frustration, l'anxiété);
  - Renforcer les comportements positifs;
  - Être conscient de ses propres émotions et réactions, et en tenir compte;
  - Développer le sens de l'observation (décrire plutôt que porter des jugements);
  - Être créatif et tenter de reproduire les habitudes de vie et les automatismes de la personne.
- Communication :
  - Commencer la conversation en nommant la personne par son nom et en s'identifiant;
  - Utiliser un ton de voix plus doux et rassurant;
  - Utiliser des gestes, des mimiques et la démonstration pour se faire comprendre;
  - Utiliser des phrases simples, courtes et concrètes;
  - Parler lentement et prononcer les mots clairement;
  - Poser une question à la fois, ne donner qu'une consigne à la fois;
  - Répéter la question avec les mêmes termes que ceux utilisés la première fois;
  - Respecter le rythme de la personne (temps de réponse plus long);
  - Éviter de hausser le ton si la personne ne répond pas;
  - Accorder de l'importance à la communication non verbale;
  - Décoder les besoins de base exprimés à travers les comportements et les réactions de la personne.
- Lors des soins d'hygiène :
  - Si la personne refuse d'aller au bain, lui proposer cette activité plus tard;
  - Aborder la personne en lui parlant d'un sujet qui fait appel à ses souvenirs;
  - Éviter de parler à la personne du bain, mais la conduire tranquillement à la salle;
  - Préparer la salle de bain à l'avance (accessoires de toilette, vêtements, etc.);
  - Utiliser la diversion à deux intervenants : un premier intervenant capte le regard de la personne et lui parle de souvenirs significatifs, tandis que l'autre intervenant effectue le soin sans parler et sans perdre de temps;
  - Connaitre ses habitudes antérieures et tenter de les reproduire;
  - Se centrer sur ses réactions et être attentif aux plaintes;
  - Diminuer les bruits et l'éclairage dans la salle de bain;
  - Diminuer le temps où elle est dévêtue;

- La laisser porter une jaquette d'hôpital tout au long de la toilette partielle ou du bain (laver sous la jaquette);
- Écourter le temps du bain (faire vite tout en demeurant calme);
- Récompenser la personne en lui offrant, à la fin du bain, une activité agréable;
- La sécuriser, surtout lors des transferts au levier (être deux soignants);
- Utiliser la douche assise plutôt que le bain, si elle présente trop d'agitation;
- Éviter de faire fonctionner le tourbillon dans le bain;
- Terminer le bain par le lavage de la tête.

◆ Lors d'une agression entre deux personnes hébergées :

- Utiliser un ton de voix ferme, mais non menaçant;
- Éviter l'argumentation, la confrontation;
- Utiliser des consignes simples et courtes;
- Bouger lentement, éviter d'agiter les bras, les mains, etc.;
- Demeurer calme en prenant conscience de ses propres émotions et réactions;
- Diminuer les stimuli (volume de la TV ou de la radio, luminosité);
- Éloigner les autres résidants de la situation conflictuelle;
- Planifier l'intervention : un intervenant parle à la personne tandis que l'autre essaie de défaire la prise (ex. : si retient le gilet d'un autre résidant);
- Utiliser la diversion (tenter de lui changer les idées);
- Laisser une distance de 20 à 75 cm (respect de l'espace vital pour ne pas être frappé);
- Éviter de lui tourner le dos;
- L'approcher à un angle de 45 degrés du côté faible ou non dominant;
- La faire marcher, si possible vers un endroit calme.

Tiré de Bourque, M. (2006). Module problématique clinique : Comportements perturbateurs. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS.

Annexe 14 : Mesures de remplacement à la contention auprès de personnes à risque d'errance

A. Interventions centrées sur la personne

- Connaissance du vécu antérieur de la personne :
  - Connaitre son parcours de vie, faire l'analyse fonctionnelle du comportement et identifier les causes.
- Initiation d'un itinéraire de marche :
  - À l'unité, enseigner un itinéraire de marche;
  - Lui procurer de bons souliers de marche accessibles en tout temps.
- Soins requis par la condition :
  - Ne pas négliger les raisons médicales nécessitant un traitement rapide : anxiété, douleur, réactions aux médicaments, etc.
  - Répondre aux besoins de base : faim, soif, élimination, communication, chaleur, tendresse, etc.;
  - Adopter une attitude de réconfort;
  - Soulager la douleur;
  - Respecter son rythme;
  - Être un point de repère pour elle.
- Participation aux soins :
  - Au moment des soins, tenter de respecter son horaire de vie antérieur;
  - La faire participer à ses soins (en utilisant des objets personnels);
  - Utiliser des barrières psychologiques dans la pièce où se déroulent les soins : fermer le rideau calmement pour conserver l'intimité, inviter la personne à fermer la porte de la pièce, etc.;
- Activités occupationnelles :
  - Entreprendre le bricolage, le pliage de linge ou d'autres petits travaux connus et aimés;
  - Planifier et superviser des exercices ou des marches régulières, faire chanter la personne, jouer à divers jeux;
  - Planifier des activités structurées à l'intérieur ou à l'extérieur;
  - Utiliser la musicothérapie, la zoothérapie (selon tolérance);
  - Favoriser les interactions sociales, même s'il y a présence d'une déficience cognitive sévère;
  - Amener les personnes qui sont capables de tenir en place aux services religieux (ex. : prière, chant).
- Sommeil et errance nocturne :
  - Établir un horaire régulier pour l'heure du coucher (routine);
  - Favoriser une bonne hygiène de sommeil, en évitant les stimulants;
  - Éliminer ou limiter les siestes durant la journée.

B. Interventions centrées sur l'environnement

- Environnement physique sécuritaire :
  - Rendre le milieu sécuritaire : portes et fenêtres, planchers non glissants;
  - Solidifier les barres d'appui;
  - Installer des barrières psychologiques sur les portes d'urgence et autres lieux dangereux;
  - Utiliser un système électronique sur les portes de sortie et ascenseur.
- Milieu calme :
  - Réduire les stimuli visuels ou auditifs inutiles;
  - Garder une atmosphère calme à l'unité et éviter le va-et-vient continu;
  - Diffuser une musique douce;
  - Placer des tableaux reposants sur les murs;
  - Assurer une luminosité reposante, des couleurs murales agréables.
- Milieu encadrant :
  - Prévoir un espace de marche sans obstacle à l'intérieur et à l'extérieur;
  - Bien identifier la chambre de la personne à son nom avec, si possible, sa photo ou toute autre indication connue d'elle;
  - Fournir et respecter l'espace personnel (sa chambre), la laisser agir sur son environnement.
- Accompagnement et surveillance des personnes errantes :
  - Tenir un registre des personnes à risque de fugue avec une photo récente;
  - Diffuser le signalement aux unités voisines et aux postes stratégiques de sortie;
  - Accroitre l'assistance et la surveillance avec un système électronique;
  - En cas de fugue : mobiliser toutes les ressources du milieu. Pour la recherche utiliser surtout les personnes les plus significatives pour elle. Suivre la politique institutionnelle (code jaune). Après l'épisode, évaluer les évènements et apporter des correctifs.
- Implication de la famille et les proches :
  - Rassurer les membres de la famille sur le comportement du parent, leur décrire le milieu sécuritaire pour lui;
  - Inciter les proches à promener leur parent;
  - Enseigner aux proches comment agir si le parent refuse de revenir : le prendre par la main, lui parler d'autre chose, attendre qu'il se calme puis le ramener en douceur vers le milieu de vie.
  - Encourager la compréhension des problèmes par les proches.

Tiré de Soucy, O. (2006). Module problématique clinique : Errance. Dans : Programme de formation. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Québec, MSSS

Annexe 15 : Formulaire du curateur

Ce formulaire de consentement est disponible en version électronique, en ligne, à l'adresse suivante :
https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/curateur-public/pdf/form_dem_consent_mesure.pdf

Curateur public Québec

Demande de consentement à des mesures de contrôle

Renseignements généraux

Personne concernée

Nom	Prénom
Date de naissance aaaa-mm-jj	N° de dossier au Curateur public (si connu)

Personne qui fait la demande

Nom		Prénom	
Fonction	Téléphone	Poste	Télécopieur
Courriel			
Nom de l'établissement			
Adresse n°, rue, ville			Code postal

Personne à qui retourner le consentement

Nom		Prénom	
Fonction	Téléphone	Poste	Télécopieur
Courriel			
Nom de l'établissement			

Exemple

Curateur public Québec

Demande de consentement à des mesures de contrôle

Demande de consentement à des mesures de contrôle

Aptitude de la personne concernée à consentir aux mesures de contrôle proposées

Important : Le fait que la personne soit représentée ne l'empêche pas de consentir à ses soins. La professionnelle ou le professionnel qui propose les mesures de contrôle doit évaluer l'aptitude de la personne à consentir aux mesures proposées. Si elle est apte à le faire, c'est seulement elle qui consent et non le Curateur public.

La personne est évaluée :

☐ **apte** à consentir.

Si la professionnelle ou le professionnel évalue la personne apte à consentir, il n'y a pas de demande à faire. Par contre, si la personne est représentée par le Curateur public, nous désirons en être informés. Pour ce faire, contactez la Direction médicale et du consentement aux soins au 514 873-5228.

☐ **inapte** à consentir.

La personne a-t-elle un gardien ou une gardienne autre que le Curateur public ?

☐ **Oui.** Lui demander son consentement. Si vous ne connaissez pas les coordonnées du gardien ou de la gardienne, communiquez avec le Curateur public au 514 873-4074 ou 1 844 LECURATEUR (532-8728).

☐ **Non.** Veuillez compléter les sections qui suivent.

Nom de la ou du professionnel qui propose les mesures de contrôle	Prénom
Mesures de contrôle proposées	

Échange d'information avec la personne inapte à consentir

La personne :

☐ a été informée dans le respect de ses capacités de communication.

Résultat de l'échange, incluant les volontés et préférences de la personne inapte à consentir :

☐ n'a pas été informée. Justification :

Échange d'information avec un(e) proche

☐ Un(e) proche a été informé(e).

Nom de la ou du proche	Prénom
Lien avec la personne inapte	

Résultat de l'échange, incluant les volontés et préférences de la personne représentée manifestées antérieurement, si elles sont connues.

Curateur public Québec

Demande de consentement à des mesures de contrôle

Description clinique

Comportements ou problématiques motivant le choix de ces mesures de contrôle

Autres mesures tentées

Modalités d'application (Joignez le plan d'intervention.)

Fréquence d'utilisation s'il s'agit d'un renouvellement

Profil général

Capacité d'expression des besoins, jugement et cognition

Mobilité

Continence

Autonomie pour s'alimenter, se laver et s'habiller

Activités

Collaboration aux soins

Signature de la ou du professionnel et date

Annexe 16 : Algorithme pour orienter le choix de mesures de contrôle chimique en cas d'échecs de mesures de remplacements

EN ATTENTE D'APPROBATION AU COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

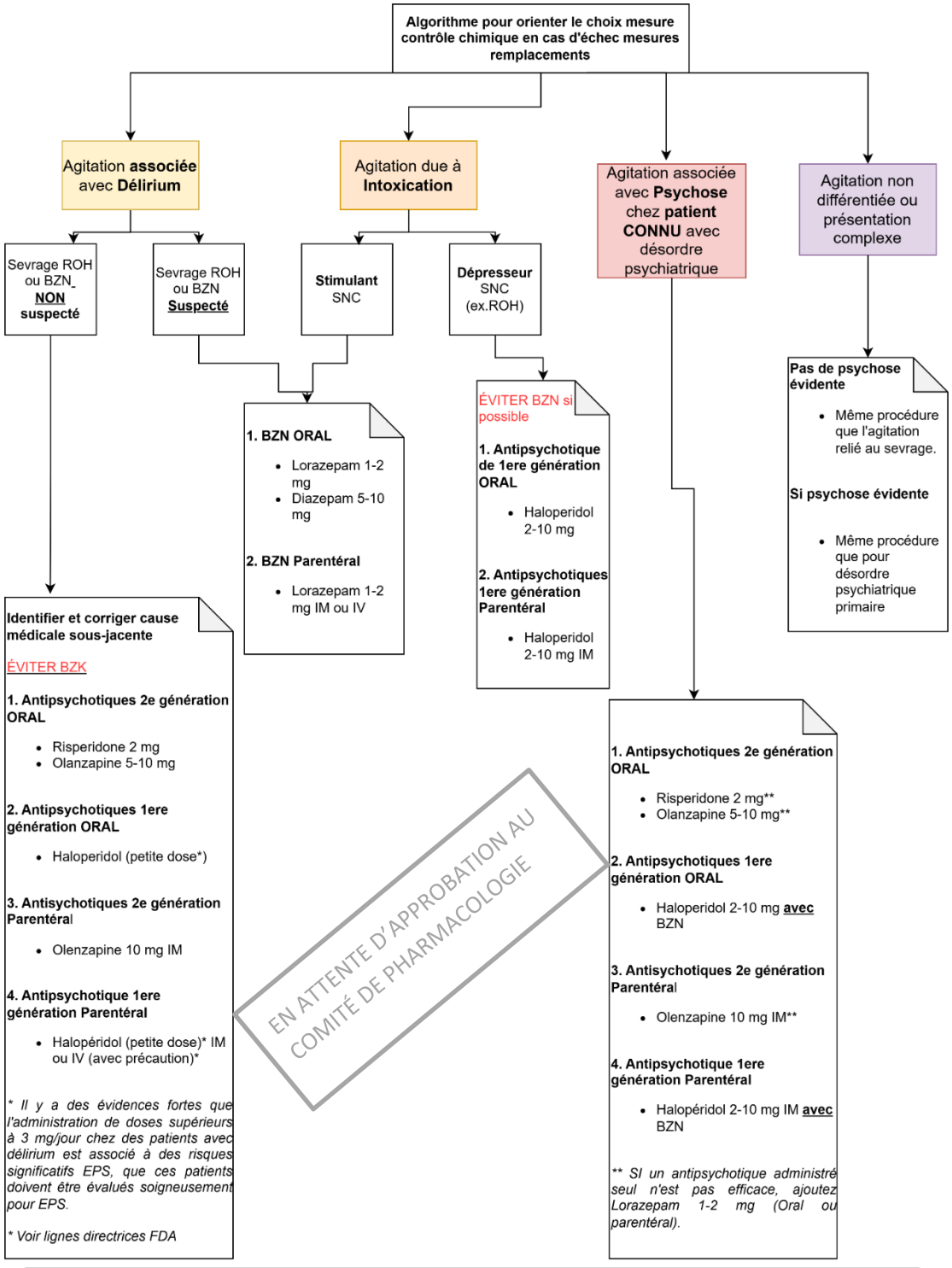


Figure. Protocole du traitement de l'agitation. BZN: Benzodiazépine; EPS: Effets extra-pyramidaux; ROH: Alcool, IM: Intra-musculaire
Élaboré par Nathalie Bélanger IPSPL en collaboration avec Dr.Hubert Côté psychiatre à partir de:
Source: Wilson, M. P., Pepper, D., Currier, G. W. et al (2012). The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine, 13*(1), 26. [Traduction libre par l'auteur]. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3298219/

Annexe 17-Dépliant informatif pour l'usager et ses proches

+ Comment le proche peut-il aider l'équipe de soins?

- Communiquer ce qu'il sait à propos des antécédents et des habitudes de l'usager.
- Proposer à l'équipe des mesures de remplacement qui pourrait s'adapter à la situation.

Avec l'accord de l'équipe de soins, le proche peut :

- Assurer une présence au chevet de l'usager.
- Participer à certains soins.
- Faire des activités avec lui (exemples : écouter sa musique préférée, jouer aux cartes, discuter de l'actualité, etc.).
- Partager ses observations sur l'approche des intervenants et les réactions de l'usager.

+ Comment obtenir plus d'informations sur l'utilisation d'une mesure de contrôle et sur vos droits?

- Communiquer avec un ou une membre de l'équipe soignante du secteur. Ils pourront répondre à vos questions.
- Si vous n'avez pas obtenu satisfaction, vous pouvez communiquer avec la direction des soins infirmiers au 418 986-2121, poste 8319, afin d'obtenir un rendez-vous avec le responsable local de l'application des mesures de contrôle.

Contactez-nous

Si vous croyez que vous ou un membre de votre famille pourriez être non respectés dans vos droits et/ou que vous n'obtenez toujours pas satisfaction, ou si vous souhaitez recourir à un mécanisme de plainte, vous pouvez communiquer avec :

- Le comité des usagers au 418-986-2121 poste 8515
- La commissaire aux plaintes et à la qualité des services au 418 986-2121, poste 8501
- L'organisme Droits et Recours en Santé Mentale, Gaspésie–Les Îles au 418 388-2506 ou sur le site web http://www.droitsetrecours.org

L'utilisation des mesures de contrôle

AU CISSS DES ÎLES

Informations destinées aux usagers et ses proches

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

430, ch. Principal, Cap-aux-Meules (Qc) G4T 1R9
418 986-2121

Dépliant élaboré en 2016, dernière mise à jour novembre 2025.

+ Qu'est-ce qu'une mesure de contrôle?

- C'est une mesure appliquée avec l'accord de la personne ou en situation d'urgence.
- Elle inclut la force, l'immobilisation physique, l'isolement dans une pièce ou l'administration de certains médicaments.
- L'utilisation d'une mesure de contrôle est encadrée par des lois et des règlements.

+ Quel est le but d'une mesure de contrôle?

- Limiter les mouvements ou les déplace ments comme mesure de sécurité en cas de danger pour lui-même ou pour une autre personne.

+ Quels sont les risques et conséquences possibles de l'utilisation d'une mesure de contrôle?

- Raideurs musculaires, plaies, fragilisation osseuse, incontinence, perte d'appétit, risque d'étouffement, apparition ou aggravation d'un état de désorientation ou d'agitation.
- Chutes, perte d'autonomie, résignation, perte de dignité, sentiment d'emprisonnement, d'abandon, frustration, difficulté à communiquer, refus de s'alimenter ou de prendre sa médication, résistance aux soins.

+ Qu'est-ce qui encadre l'utilisation des mesures de contrôle ?

Un protocole est un document qui guide les professionnels de la santé sur ce qu'ils ont le droit de faire, comment ils doivent le faire et quelles mesures sont permises pour assurer la sécurité et le bon fonctionnement des soins.

Voici quelques exemples de bonnes pratiques:

- Une mesure de contrôle ne doit être envisagée qu'en dernier recours, lorsque d'autres mesures n'ont pas fonctionné.
- La décision d'utiliser une mesure de contrôle doit se prendre par l'équipe soignante et non par la famille.
- La mesure choisie doit être la moins pénible pour la personne.
- L'approbation de la personne, de son représentant ou du curateur, s'il y a lieu, doit être obtenue avant d'appliquer une mesure de contrôle, sauf en cas d'urgence.
- Il est possible de refuser les mesures de contrôle si la situation est justifiée et selon l'évaluation médicale.
- Après l'évènement, une rencontre a lieu avec toutes les personnes concernées pour éviter que cela se reproduise.
- La diminution des mesures de contrôle doit être prévue dès que la situation le permet.
- Son application doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
- Son utilisation doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi par les directions de l'établissement et Santé Québec.
- L'autonomie et la dignité de l'usager demeurent au centre des réflexions et des discussions avec les proches, et la recommandation finale est inscrite au dossier médical.

+ Quels sont les rôles et les responsabilités de l'usager et de ses proches en lien avec les mesures de contrôles?

Il est essentiel de travailler en équipe afin de répondre aux besoins de l'usager. Au CISSS des îles, l'usager et ses proches font partie de l'équipe. Ainsi, ils sont encouragés à :

- Exprimer leurs besoins ou leurs préoccupations aux intervenants.
- Participer à la recherche de solutions pour répondre aux besoins de l'usager.
- Être ouverts aux essais de mesures de remplacement.

Annexe 18- Utilisation du formulaire Évaluation infirmière-mesures de contrôle

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

Utilisation du formulaire *Évaluation infirmière-mesures de contrôle*

- **Vérification de la contention** : Toujours s'assurer du bon état du matériel avant l'installation de la contention et en cours d'utilisation. Les modifications aux équipements ne sont pas permises, à moins d'avoir eu l'autorisation du fabricant.
- **Comportement de l'usager** : Si comportement inadéquat, détailler celui-ci dans la note.
- **Alignement corporel** : Vérifier le confort de l'usager en s'assurant d'un bon alignement corporel et d'un bon positionnement.
- **Amplitude respiratoire** : Lors de bonne amplitude respiratoire, écrire simplement « N », sinon détailler celle-ci dans la note.
- **Intégrité de la peau** : Vérifier si présence de lésion ou tout type de bris d'intégrité de la peau au niveau de la contention.
- **Signe de compression** : En l'absence de signe de compression, écrire « N ». Sinon, détailler dans la note si pâleur, rougeur, cyanose, froideur, chaleur, douleur ou œdème.
- **SV** : Cocher si la prise de signes vitaux a été effectuée et les noter sur la feuille désignée à cet effet. S'ils n'ont pas été pris, une note justificative doit être complétée.
    - Si possible, ils doivent être pris avant l'application d'une mesure de contrôle.
    - Si isolement sans contention, prendre les S.V. seulement lorsque l'usager collabore et que l'environnement est sécuritaire pour le personnel soignant.
- **Satisfaction des besoins** :
    - S'assurer que les besoins de base sont comblés, soit l'hygiène, l'hydratation, l'élimination, l'alimentation et le sommeil.
    - S'assurer que la contention permette une amplitude de mouvement adaptée à l'état clinique de l'usager.
    - S'assurer la tenue d'exercices passifs et actifs à effectuer selon la fréquence du retrait de la mesure afin de maintenir l'autonomie, la force et l'amplitude musculo-squelettique.
    - S'assurer d'un soutien émotionnel en offrant de la réassurance, de l'écoute active et de la relation d'aide.
- **Retrait/pause de la contention** (5 min) : Si une contention est appliquée aux membres supérieurs ou inférieurs, un retrait de la contention est nécessaire q 2 heures pendant 5 minutes. Le retrait doit se faire en alternance de chaque membre pour permettre à l'usager de mobiliser chaque membre sous contention. Inscrire dans la grille de surveillance le membre libéré lors du retrait de la contention (membre supérieur droit : MSD, membre supérieur gauche : MSG, membre inférieur droit : MID, membre inférieur gauche : MIG). Une évaluation clinique est nécessaire au préalable pour assurer la sécurité de l'usager et de l'équipe soignante. Si le retrait n'est pas fait, inscrire une note au dossier pour décrire la raison.
- **Réévaluation de la pertinence de maintenir la mesure** : Comme la mesure de contrôle se doit d'être retirée dès que possible, une réévaluation de la pertinence de maintenir la mesure doit être effectuée au minimum à chaque heure en contexte non planifié, aux 8 h en contexte planifié en CH et aux 3 mois en contexte planifié en CHSLD. Dès qu'il y a un changement au niveau de la pertinence de la mesure de contrôle (décision de retrait de la mesure, d'ajout d'une mesure ou de cessation de celle-ci), compléter le formulaire de déclaration de mesure de contrôle.

Annexe 19- Évaluation infirmière mesures de contrôle

ÉVALUATION INFIRMIÈRE
MESURES DE CONTRÔLE

LÉGENDE TYPE DE MESURE :

1) Isolement
2) Attache-poignets
3) Attache-chevilles
4) Substance(s) chimique(s)
5) Côtés de lit
6) Tablette
7) Contention abdominale
8) Surveillance constante
9) Freins de fauteuil
10) Autres *

DATE ET HEURE (aaaa-mm-jj) (hh:mm)

FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE (AU MINIMUM)

☐ CONTENTION PHYSIQUE PLANIFIÉE : ○ 1 H, SAUF RIDELLES ○ 2 H
☐ CONTENTION PHYSIQUE NON PLANIFIÉE : ○ 15 MIN PAR SURVEILLANT ET ○ 1 H PAR INF
☐ ISOLEMENT : ○ 15 MIN PAR SURVEILLANT ET ○ 1 H PAR INF

○ 1 H | ○ 2 H | CONTEXTE NON PLANIFIÉ : ○ 1 H ; CONTEXTE PLANIFIÉ CH : ○ 8 H ; CHSLD : ○ 3 MOIS

TYPE DE MESURE (VOIR LÉGENDE À GAUCHE)	COMPORTEMENT DE L'USAGER	VÉRIFICATION DE LA CONTENTION	ALIGNEMENT CORPOREL	AMPLITUDE RESPIRATOIRE	INTÉGRITÉ DE LA PEAU	SIGNE DE COMPRESSION	S.V. (INF OU INF. AUX.)	SATISFACTION DES BESOINS PHYSIOLOGIQUES HYDRATATION ÉLIMINATION EXERCICES	RETRAIT DE LA CONTENTION (5 MIN)	RÉÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE MAINTENIR LA MESURE (INF)* LORS DE CHANGEMENT, COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION	INITIALES
	Normal (N)	Normal (N)	Normal (N)	Normal (N)	Normal (N)	Normal (N)	Oui (✓)	Oui (✓)	Oui (✓) et inscrire : (MSD) (MSG) (MID) (MIG)		
	Non applicable (N/A)	Autre* (A)	Non applicable (N/A)	Non applicable (N/A)	Non applicable (N/A)	Non applicable (N/A)	Non* (–)	Non* (–)	Non applicable : (substance chimique) (N/A)		
	Autres* (A)		Autres* (A)	Autres* (A)	Autres* (A) Rougeur hématome Tempéra-ture etc.	Autre* (A) Pâleur Rougeur Cyanose Froideur Chaleur Douleur Œdème			Non* (–)		

Légende : * = Inscription note au dossier

Nom/Titre	Signature	Init.	Nom/Titre	Signature	Init.

Date (aaaa-mm-jj) de version de ce document : 2025-08-11 — Version du gabarit Cristal-Net : 2023-06-08

( )

ÉVALUATION INFIRMIÈRE
MESURES DE CONTRÔLE

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

Nom : Prénom : N° dossier :

LÉGENDE TYPE DE MESURE :

1) Isolement
2) Attache-poignets
3) Attache-chevilles
4) Substance(s) chimique(s)
5) Côtés de lit
6) Tablette
7) Contention abdominale
8) Surveillance constante
9) Freins de fauteuil
10) Autres *

DATE ET HEURE (aaaa-mm-jj) (hh:mm)

FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE (AU MINIMUM)

☐ CONTENTION PHYSIQUE PLANIFIÉE : ○ 1 H, SAUF RIDELLES ○ 2 H
☐ CONTENTION PHYSIQUE NON PLANIFIÉE : ○ 15 MIN PAR SURVEILLANT ET ○ 1 H PAR INF
☐ ISOLEMENT : ○ 15 MIN PAR SURVEILLANT ET ○ 1 H PAR INF

○ 1 H | ○ 2 H | CONTEXTE NON PLANIFIÉ : ○ 1 H ; CONTEXTE PLANIFIÉ CH : ○ 8 H ; CHSLD : ○ 3 MOIS

TYPE DE MESURE (VOIR LÉGENDE À GAUCHE)	COMPORTEMENT DE L'USAGER	VÉRIFICATION DE LA CONTENTION	ALIGNEMENT CORPOREL	AMPLITUDE RESPIRATOIRE	INTÉGRITÉ DE LA PEAU	SIGNE DE COMPRESSION	S.V. (INF OU INF. AUX.)	SATISFACTION DES BESOINS PHYSIOLOGIQUES HYDRATATION ELIMINATION EXERCICES	RETRAIT DE LA CONTENTION (5 MIN)	RÉÉVALUATION DE LA PERTINENCE DE MAINTENIR LA MESURE (INF)* LORS DE CHANGEMENT, COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE DÉCLARATION	INITIALES
	Normal (N)	Normal (N)	Normal (N)	Normal (N)	Normal (N)	Normal (N)	Oui (✓)	Oui (✓)	Oui (✓) et inscrire : (MSD) (MSG) (MID) (MIG)		
	Non applicable (N/A)	Autres* (A)	Non applicable (N/A)	Non applicable (N/A)	Non applicable (N/A)	Non applicable (N/A)	Non*	Non*	Non applicable (N/A) (substance chimique)		
	Autres* (A)		Autres* (A)	Autres* (A)	Autres* (A) Rougeur hématome Tempéra-ture etc.	Autre* (A) Pâleur Rougeur Cyanose Froideur Chaleur Douleur Œdème			Non*		

Légende : * = Inscription note au dossier

Nom/Titre	Signature	Init.	Nom/Titre	Signature	Init.

SE RÉFÉRER À : *UTILISATION DU FORMULAIRE ÉVALUATION INFIRMIÈRE-MESURES DE CONTRÔLE* ET À L'*AIDE-MÉMOIRE POUR MESURE DE CONTENTION*

( )

ÉVALUATION INFIRMIÈRE MESURES DE CONTRÔLE

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

Annexe 20- Grille d'observation par un surveillant

GRILLE D'OBSERVATION PAR UN SURVEILLANT

Date (aaaa-mm-jj) : _____

Consignes pour l'intervenant qui assure la surveillance :

- Assurez-vous d'avoir reçu toutes les informations relatives à la surveillance demandée.
- Vous devez assurer une présence permanente et continue auprès de l'usager (ou selon les directives infirmières).
- Avec la collaboration de l'équipe de soins de l'unité, vous devez assister la personne dans ses activités quotidiennes et effectuer toute autre activité requise dans les circonstances, selon les directives infirmières.
- Notez le comportement de l'usager ainsi que toute observation pertinente.
- Avisez l'infirmière de tout changement de comportement ou de toute autre particularité.
- Ne quittez jamais avant l'arrivée du remplaçant et transmettez-lui un rapport verbal.

Comportement de l'usager					
Agression physique (AP)	Agitation verbale (AV)	Agitation motrice (AM)	Calme (C)	Repose (R)	Automutilation (AT)
Frapper, bousculer, contraindre, faire trébucher	Insulter, menacer, crier, parler constamment, demandes et sons répétitifs	Errer, fouiller, cogner des objets sans les briser	Circule, assis	Repose yeux clos, semble dormir	Se coupe, se cogne, se mord, se tire les cheveux

Nuit							
Heure hh:mm	Comportement	Observations ou particularités	Initiales	Heure hh:mm	Comportement	Observation ou particularité	Initiales
00:00				04:00			
00:15				04:15			
00:30				04:30			
00:45				04:45			
01:00				05:00			
01:15				05:15			
01:30				05:30			
01:45				05:45			
02:00				06:00			
02:15				06:15			
02:30				06:30			
02:45				06:45			
03:00				07:00			
03:15				07:15			
03:30				07:30			
03:45				07:45			

Initiales du surveillant : _____ Initiales de l'infirmière : _____

Signature du surveillant : _____ Signature de l'infirmière : _____

Date (aaaa-mm-jj) de version de ce document : 2025-04-25 Version du gabarit Cristal-Net : 2023-07-25

( ) GRILLE D'OBSERVATION PAR UN SURVEILLANT

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

Nom : Prénom : N° dossier :

Jour							
Heure hh:mm	Comportement	Observations ou particularités	Initiales	Heure hh:mm	Comportement	Observation ou particularité	Initiales
08:00				12:00			
08:15				12:15			
08:30				12:30			
08:45				12:45			
09:00				13:00			
09:15				13:15			
09:30				13:30			
09:45				13:45			
10:00				14:00			
10:15				14:15			
10:30				14 : 30			
10:45				14 : 45			
11:00				15 : 00			
11:15				15 : 15			
11:30				15 : 30			
11:45				15 : 45			

Initiales du surveillant : _____ Initiales de l'infirmière : _____

Signature du surveillant : _____ Signature de l'infirmière : _____

Soir							
Heure hh:mm	Comportement	Observations ou particularités	Initiales	Heure hh:mm	Comportement	Observation ou particularité	Initiales
16:00				20:00			
16:15				20:15			
16:30				20:30			
16:45				20:45			
17:00				21:00			
17:15				21:15			
17:30				21:30			
17:45				21:45			
18:00				22:00			
18:15				22:15			
18:30				22:30			
18:45				22:45			
19:00				23:00			
19:15				23:15			
19:30				23:30			
19:45				23:45			

Initiales du surveillant : _____ Initiales de l'infirmière : _____

Signature du surveillant : _____ Signature de l'infirmière : _____

Jour		Soir		Nuit	
Initiales	Signature et titre	Initiales	Signatures et titre	Initiales	Signature et titre

( )

GRILLE D'OBSERVATION PAR UN SURVEILLANT

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

Annexe 21-: Aide-mémoire niveau de surveillance et leurs particularités

Le surveillant qui effectue la surveillance d'un usager doit remplir la grille d'observation *« Grille de surveillance à l'intention d'un surveillant* ».

Surveillance discrète et normale

Est requise lorsque l'usager présente un niveau de risque léger pour lui-même ou autrui. Elle consiste à accorder une surveillance aux 30 minutes, pour une surveillance discrète, aux heures pour une surveillance normale, ou selon la directive de l'infirmière et implique que les intervenants impliqués dans la surveillance connaissent les déplacements de l'usager.[12]

Si l'usager veut quitter, lui offrir de rencontrer l'infirmière avant de quitter. N'hésitez pas à signaler au personnel infirmier toute situation anormale, que vous jugez dangereuse pour l'usager.

À la fin de votre quart de travail, faire un bref rapport verbal à l'infirmière et remettre la grille de surveillance à la personne qui prendra votre place.

Surveillance étroite

Est requise lorsque l'usager présente un niveau de risque modéré pour lui-même ou autrui. Elle consiste à accorder une surveillance aux 15 minutes ou plus souvent, si requis et implique que les intervenants impliqués sachent en tout temps où se trouve l'usager et ce qu'il fait.[13]

Si vous devez vous absenter quelques minutes, vous devez informer le personnel de l'unité avant de quitter l'usager.

Si l'usager doit utiliser la salle de bain, lui demander de ne pas verrouiller la porte.

Si l'usager veut quitter, lui offrir de rencontrer l'infirmière avant de quitter. N'hésitez pas à signaler au personnel infirmier toute situation anormale, que vous jugez dangereuse pour l'usager.

À la fin de votre quart de travail, faire un bref rapport verbal à l'infirmière et remettre la grille de surveillance à la personne qui prendra votre place.

Surveillance maximale

Consiste à accorder une surveillance aux 5 minutes ou plus souvent, si requis implique que les intervenants impliqués sachent en tout temps où se trouve l'usager et ce qu'il fait. Aucune sortie n'est autorisée sauf pour la salle de bain/douche, accompagné.

Si vous devez vous absenter quelques minutes, vous devez informer le personnel de l'unité avant de quitter l'usager.

---

[12] AQIISM. *Surveillance de l'usager.* https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/interventions/surveillance-de-lusager/#:~:text=Surveillance%20%C3%A9troite%3A%20Mesure%20requise%20lorsque,et%20ce%20qu'il%20fait.

[13] *Ibid.*

Si l'usager doit utiliser la salle de bain, lui demander de ne pas verrouiller la porte.

Si l'usager veut quitter, lui offrir de rencontrer l'infirmière avant de quitter. N'hésitez pas à signaler au personnel infirmier toute situation anormale, que vous jugez dangereuse pour l'usager.

À la fin de votre quart de travail, faire un bref rapport verbal à l'infirmière et remettre la grille de surveillance à la personne qui prendra votre place.

Surveillance constante ou service privé

Est requise lorsque l'usager présente un niveau de risque élevé pour lui-même ou autrui. Elle consiste à accorder une présence continue auprès de l'usager et à contraindre ses déplacements dans un lieu restreint (ou non selon l'ordonnance). En aucun temps l'usager ne peut être laissé seul.[14]

Si vous devez vous absenter quelques minutes, vous devez informer le personnel de l'unité avant de quitter l'usager pour que quelqu'un prenne votre place.

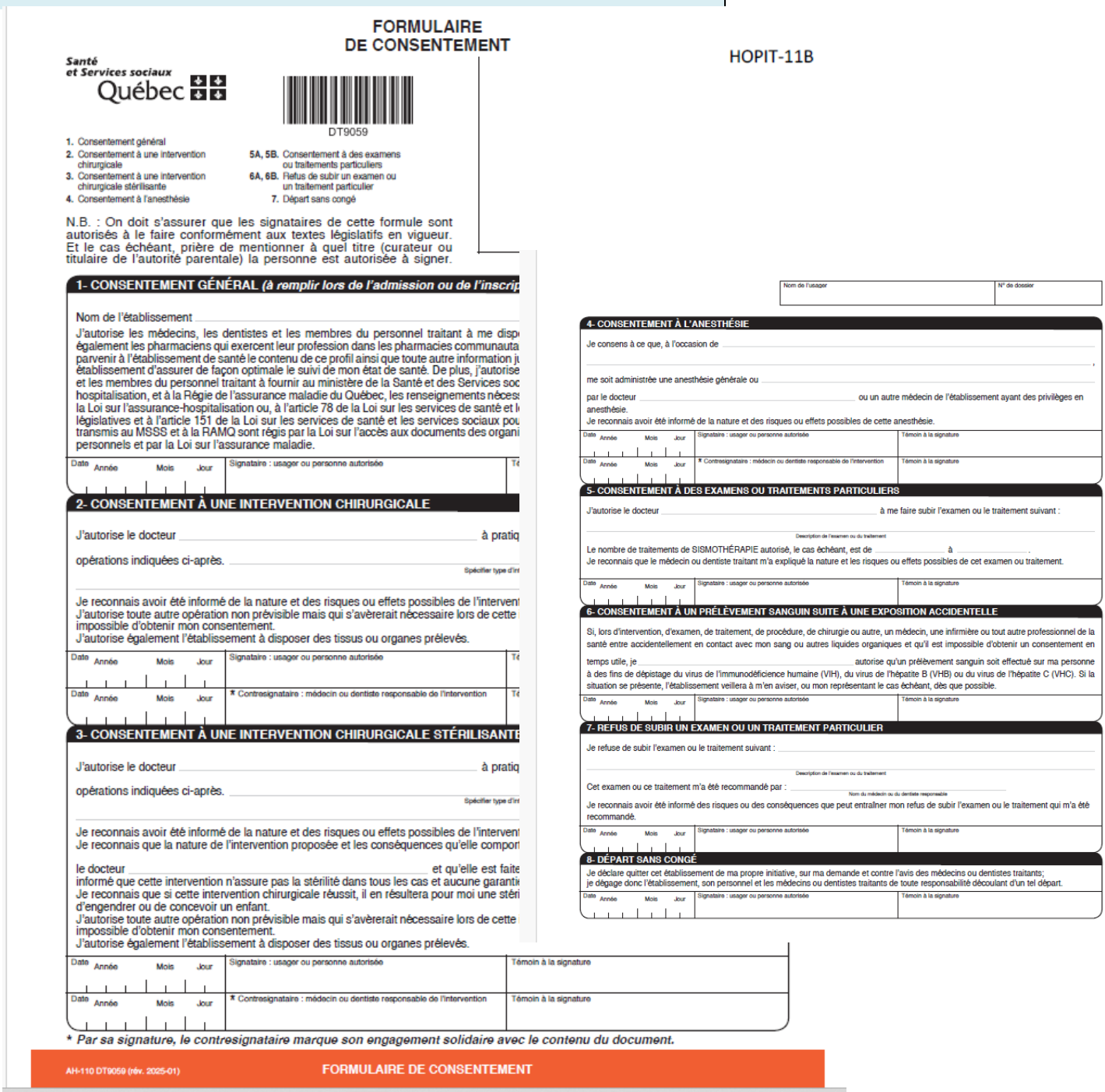
Si l'usager doit utiliser la salle de bain, lui demander de ne pas verrouiller la porte.

Si l'usager veut quitter, lui offrir de rencontrer l'infirmière avant de quitter. N'hésitez pas à signaler au personnel infirmier toute situation anormale, que vous jugez dangereuse pour l'usager.

À la fin de votre quart de travail, faire un bref rapport verbal à l'infirmière et remettre la grille de surveillance à la personne qui prendra votre place.

[14] AQIISM. *Surveillance de l'usager*. https://aqiism.org/publications/prevention-et-gestion-des-conduites-suicidaires-en-milieu-hospitalier/interventions/surveillance-de-lusager/#:~:text=Surveillance%20%C3%A9troite%3A%20Mesure%20requise%20lorsque,et%20ce%20qu'il%20fait.

Annexe 22- Formulaire de consentement



FORMULAIRE
DE CONSENTEMENT

HOPIT-11B

Santé et Services sociaux Québec

DT9059

1. Consentement général
2. Consentement à une intervention chirurgicale
3. Consentement à une intervention chirurgicale stérilisante
4. Consentement à l'anesthésie
5A, 5B. Consentement à des examens ou traitements particuliers
6A, 6B. Refus de subir un examen ou un traitement particulier
7. Départ sans congé

N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.

Nom de l'usager | N° de dossier

1- CONSENTEMENT GÉNÉRAL *(à remplir lors de l'admission ou de l'inscrip*

Nom de l'établissement

J'autorise les médecins, les dentistes et les membres du personnel traitant à me disp
également les pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communauta
parvenir à l'établissement de santé le contenu de ce profil ainsi que toute autre information ju
établissement d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé. De plus, j'autorise
et les membres du personnel traitant à fournir au ministère de la Santé et des Services soc
hospitalisation, et à la Régie de l'assurance maladie du Québec, les renseignements néces
la Loi sur l'assurance-hospitalisation ou, à l'article 78 de la Loi sur les services de santé et l
législatives et à l'article 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pou
transmis au MSSS et à la RAMQ sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organi
personnels et par la Loi sur l'assurance maladie.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Té

2- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

J'autorise le docteur _____ à pratiq

opérations indiquées ci-après. _____
Spécifier type d'in

Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de l'interven
J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avèrerait nécessaire lors de cette
impossible d'obtenir mon consentement.
J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Té
Date Année Mois Jour	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention	Té

3- CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE STÉRILISANTE

J'autorise le docteur _____ à pratiq

opérations indiquées ci-après. _____
Spécifier type d'in

Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de l'interven
Je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comport

le docteur _____ et qu'elle est faite
informé que cette intervention n'assure pas la stérilité dans tous les cas et aucune garanti
Je reconnais que si cette intervention chirurgicale réussit, il en résultera pour moi une stéri
d'engendrer ou de concevoir un enfant.
J'autorise toute autre opération non prévisible mais qui s'avèrerait nécessaire lors de cette
impossible d'obtenir mon consentement.
J'autorise également l'établissement à disposer des tissus ou organes prélevés.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date Année Mois Jour	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention	Témoin à la signature

4- CONSENTEMENT À L'ANESTHÉSIE

Je consens à ce que, à l'occasion de _____,

me soit administrée une anesthésie générale ou _____

par le docteur _____ ou un autre médecin de l'établissement ayant des privilèges en anesthésie.
Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de cette anesthésie.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
Date Année Mois Jour	* Contresignataire : médecin ou dentiste responsable de l'intervention	Témoin à la signature

5- CONSENTEMENT À DES EXAMENS OU TRAITEMENTS PARTICULIERS

J'autorise le docteur _____ à me faire subir l'examen ou le traitement suivant :

Description de l'examen ou du traitement

Le nombre de traitements de SISMOTHÉRAPIE autorisé, le cas échéant, est de _____ à _____.
Je reconnais que le médecin ou dentiste traitant m'a expliqué la nature et les risques ou effets possibles de cet examen ou traitement.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

6- CONSENTEMENT À UN PRÉLÈVEMENT SANGUIN SUITE À UNE EXPOSITION ACCIDENTELLE

Si, lors d'intervention, d'examen, de traitement, de procédure, de chirurgie ou autre, un médecin, une infirmière ou tout autre professionnel de la santé entre accidentellement en contact avec mon sang ou autres liquides organiques et qu'il est impossible d'obtenir un consentement en temps utile, je _____ autorise qu'un prélèvement sanguin soit effectué sur ma personne à des fins de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB) ou du virus de l'hépatite C (VHC). Si la situation se présente, l'établissement veillera à m'en aviser, ou mon représentant le cas échéant, dès que possible.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

7- REFUS DE SUBIR UN EXAMEN OU UN TRAITEMENT PARTICULIER

Je refuse de subir l'examen ou le traitement suivant : _____

Description de l'examen ou du traitement

Cet examen ou ce traitement m'a été recommandé par : _____
Nom du médecin ou du dentiste responsable

Je reconnais avoir été informé des risques ou des conséquences que peut entraîner mon refus de subir l'examen ou le traitement qui m'a été recommandé.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

8- DÉPART SANS CONGÉ

Je déclare quitter cet établissement de ma propre initiative, sur ma demande et contre l'avis des médecins ou dentistes traitants; je dégage donc l'établissement, son personnel et les médecins ou dentistes traitants de toute responsabilité découlant d'un tel départ.

Date Année Mois Jour	Signataire : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature

** Par sa signature, le contresignataire marque son engagement solidaire avec le contenu du document.*

AH-110 DT9059 (rév. 2025-01) FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Annexe 23-Mesures de Contrôles, inspection sommaire

Mesure de contrôle inspection sommaire

POURQUOI?
Pour s'assurer de sa conformité, du bon fonctionnement de celle-ci et minimiser les risques de blessures.

QUI?
Tout intervenant qui installe une contention



Avant chaque utilisation

Vérifiez l'état des coutures
Vérifiez la présence sur le tissu:

- de déchirure
- de trou
- d'usure excessive
- d'effilochage
- de décoloration
- etc.

Touchez pour vérifier la présence:

- de changement de texture : rugosité, rigidité, etc.
- de zones fragiles, etc

Cessez l'utilisation de toute contention non conforme. Retirez-la de la circulation et informez le gestionnaire de la présence d'irrégularité.

Annexe 24- Feuille d'inspection du matériel de contention

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

Suivi et vérification du matériel de contention

Nom du vérificateur	Date (aaaa-mm-jj)	Vérification faite (cocher) iso, contentions, civière	Signature	Commentaires

À compléter en début de semaine de travail.
Remettre au gestionnaire, lorsque complet.
Feuilles vierges disponible au : K:\Informations Soins Infirmiers\Mesures de contrôles

Date de version : 04 août 2025
Fichier : K:\DOCUMENTS CLINIQUES\CIOP\4. Originaux Word\Mesures de contrôle\ Suivi et vérification du matériel de contention_2025-07-29

Annexe 25 OMISP IL00718- Santé mentale usagers observés ou hospitalisés examens et surveillance

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

OMISP SANTÉ MENTALE USAGERS OBSERVÉS OU HOSPITALISÉS EXAMENS ET SURVEILLANCE

☐ **Observation** ☐ **Admission (compléter formulaire AH-228)** ☐ Jaquette d'hôpital ☐ Vêtements personnels

Appliquer la Politique C-509 *Gestion des effets personnels des effets personnels* et/ou la D-402 F*ouille des effets personnels* PRN

SURVEILLANCE ET INTERVENTION

S'assurer que l'OMISP *privilèges et modalités module psychiatrie* soit complétée

☐ **Surveillance normale** : Visite au chevet *q* heure

☐ **Surveillance discrète** : Visite au chevet *q* 30 minutes

☐ **Surveillance étroite** : Visite au chevet q 15–20 minutes et vérifier présence aux toilettes / à la douche *q* 5 minutes
- ☐ Vaisselle et ustensiles en plastique. S'assurer du retour de ceux-ci
- ☐ Vaisselle et ustensiles usuels. S'assurer du retour de ceux-ci
- ☐ Retirer bijoux
- ☐ Retirer souliers (pantoufles bleues autorisées)

☐ **Surveillance maximale** : Contact visuel *q* 5 minutes ou constant, mais compléter la grille du surveillant q 15 min
Stimuler hydratation *q* 1 h
Aucune sortie autorisée sauf pour Rdv dans l'hôpital. Accompagné
- ☐ Vaisselle et ustensiles en plastique. S'assurer du retour de ceux-ci
- ☐ Vaisselle et ustensiles usuels. S'assurer du retour de ceux-ci
- ☐ Retirer bijoux
- ☐ Retirer souliers (pantoufles bleues autorisées)
- ☐ Salle sécuritaire en permanence
- ☐ Plan de chambre régulière

☐ **Service privé**

Réévaluation service privé *q* 24 h

Date (aaaa-mm-jj) : _____ Motif : _____ Initiales : _____

Date (aaaa-mm-jj) : _____ Motif : _____ Initiales : _____

Date (aaaa-mm-jj) : _____ Motif : _____ Initiales : _____

Signature du médecin	Numéro de permis	Signature de l'infirmière	Numéro de permis
Date (aaaa-mm-jj)	Heure (hh:mm)	Date (aaaa-mm-jj)	Heure (hh:mm)

( )

OMISP SANTÉ MENTALE USAGERS OBSERVÉS OU HOSPITALISÉS examens et surveillance

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

Nom : Prénom : # Dossier :

☐ **Signes vitaux *q* :** _____
☐ **Signes neurologiques *q* :** _____

** Les prescriptions d'**isolement** et/ou de **contentions** sont **valides 24 heures** ou *ad* évaluation par le psychiatre. **

☐ **Isolement**

☐ **Contentions :**
- ☐ Sangles aux poignets
- ☐ Sangles aux chevilles
- ☐ Sangles poignets et chevilles
- ☐ Ridelles de lit × 4
- ☐ Contention abdominale

→ Assurer surveillance telle que recommandée par la règle de soins
DSI-02 : Intervention des infirmières face à l'utilisation d'une mesure de contrôle.

→ Compléter la déclaration des mesures de contrôle dans Cristal Net et l'acheminer à la DSI.

→ Compléter les grilles d'évaluation de l'infirmière et du surveillant.

TYPE DE GARDE

☐ **Garde préventive**
À partir de (aaaa-mm-jj hh:mm) : _____ _____ (max 72 heures)
➔ Aviser DSPH (formulaire prévu, télécopier) **Initiales inf. :** _____

☐ **Garde provisoire**
À partir de (aaaa-mm-jj hh:mm) : _____ _____ (max 48 heures avec garde préventive, 96 heures sans garde préventive)
➔ Aviser DSPH (formulaire prévu, télécopier) **Initiales inf. :** _____

☐ **Garde en établissement** → aviser psychiatre
À partir de (aaaa-mm-jj hh:mm) : _____ _____
1er examen (aaaa-mm-jj) : _____
2e examen (aaaa-mm-jj) : _____

☐ En attente de jugement ☐ Garde autorisée en date du (aaaa-mm-jj) : _____
☐ Réévaluation 21 jours (aaaa-mm-jj) : _____
☐ Réévaluation 3 mois du 1er examen (aaaa-mm-jj) : _____
➔ Aviser DSPH (télécopier rapports) **Initiales inf. :** _____

Signature du médecin	Numéro de permis	Signature de l'infirmière	Numéro de permis
Date (aaaa-mm-jj)	Heure (hh:mm)	Date (aaaa-mm-jj)	Heure (hh:mm)

Nom du fichier : k:\documents cliniques\ciop\4. originaux word\psychiatrie - module\omisp_usagers_sante_mentale_hospit_exam_et_surv.docx (version du gabarit : novembre 2022)
VERSION DE L'OMISP : 2023-04-12

( )

OMISP SANTÉ MENTALE USAGERS OBSERVÉS OU HOSPITALISÉS examens et surveillance

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

Annexe 26 Aide-mémoire général pour mesure de contrôle

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

AIDE-MÉMOIRE GÉNÉRAL POUR MESURE DE CONTROLE

En lien avec le protocole interdisciplinaire de mesure de contrôle, la règle de soins DSI – 02 et la procédure D-400A

Consentement

Obligatoire en tout temps sauf en situation d'urgence pour laquelle aucune autre alternative n'est envisageable.

Par contre, le personnel soignant doit constamment tenter d'obtenir la collaboration de l'usager et/ou son consentement de façon libre et éclairé.

Autorisation d'initier une mesure de contention

- Selon son jugement clinique, l'infirmière a le droit d'initier une mesure de contention (physique et isolement) dans une situation non planifiée.
- Le professionnel se doit d'aviser le médecin dans les meilleurs délais et celui-ci ne doit pas dépasser 24 heures.
- Si la mesure doit être maintenue durant plus de 16 heures, le professionnel doit obtenir une prescription du médecin.
- Un intervenant non autorisé à initier une mesure de contention (inf. auxiliaire, PAB...) peut appliquer une mesure de contrôle inscrite au plan d'intervention ou de traitement. De façon exceptionnelle en situation d'urgence, il peut agir promptement afin d'empêcher ou de limiter les blessures. Il doit toutefois aviser un professionnel autorisé dès que possible.

Indications :

- Usager à risque de :
  - Se blesser lui-même;
  - Blesser autrui (incluant l'équipe de soins);
  - Détruire l'environnement physique et la propriété d'autrui.
- Usager qui doit être éloigné des stimuli environnementaux;
- À utiliser seulement en dernier recours, après avoir tenté toutes les mesures de remplacements disponibles.

Contrindications relatives:

(Selon le type de mesure et l'endroit où elle est appliquée à évaluer en équipe multidisciplinaire)

- Usagère enceinte;
- Usager ayant subi une chirurgie récente dans la région couverte par la mesure de contrôle;
- Usager avec une canule artérielle;
- Intégrité de la peau altérée ou présence de plaie;
- Œdème périphérique important;
- Problème vasculaire périphérique important;
- Condition cardiorespiratoire chronique ou aiguë;
- Stimulateur cardiaque (clé magnétique si placée à moins de 10 cm).

La personne qui débute la mesure de contrôle doit **toujours compléter la déclaration de mesure de contrôle**. Il est requis de la compléter en version informatisée (Cristal-Net) sauf si non disponible. Dans un tel cas, le format papier se retrouve via la règle de soins DSI - 02. L'original est conservé au dossier (l'imprimer si vous avez un dossier papier) et transmettre une copie à la DSI dans un délai de 72h.

Surveillance

Pendant toute la durée de l'application de la mesure de contrôle non planifiée, la fréquence de la surveillance doit être:

- Minimalement Q 15 min par un membre du personnel désigné (ex. : surveillant, PAB, aide de service, etc.);
- Minimalement Q heure par l'infirmière;
- Si agitation ou agressivité : q 5 à 15 min;
- Usager moins de 18 ans : surveillance constante.

Elle peut être plus fréquente au besoin, selon le jugement clinique du professionnel. L'isolement, l'attache-cheville et l'attache-poignet peuvent même nécessiter une surveillance constante.

En général, l'infirmière assume la responsabilité d'évaluer la pertinence d'utiliser la mesure, elle supervise et contrôle les soins dispensés à la personne soumise à une telle mesure. Elle consigne sur la grille d'évaluation infirmière ses observations. De plus, elle s'assure de la surveillance adéquate de l'usager en signant la grille à l'intention du surveillant à la fin de son quart.

Critères de retrait

- Doit être fait le plus rapidement possible (de concertation avec l'équipe multi si requis) :
    - Lorsque l'usager ne rencontre plus les critères d'indication.
- Peut s'effectuer **à tout moment** ou lors d'évaluation des paramètres de surveillance;
- Idéalement, il doit être fait de façon progressive, ex. : débuter le retrait par les membres inférieurs tout en gardant la mesure de contention aux membres supérieurs. Ensuite, si l'usager collabore bien retirer la contention au niveau des membres supérieurs.

Post retrait

- Aviser l'équipe multidisciplinaire;
- Consigner toute information pertinente au dossier;
- Faire un retour post évènement lorsque possible avec le patient, la famille et l'équipe soignante au besoin.

Notes au dossier

Inclure :

- Le processus décisionnel;
- Si substances chimiques :
    - Heure d'administration;
    - Dose et voie d'administration;
    - Raison d'administration ;
    - Effets thérapeutiques et indésirables.
- La mesure et les accessoires utilisés;
- L'heure du début et/ou de fin de l'application de la mesure;
- Toutes particularités identifiées avec une « * » sur la feuille de surveillance « Grille d'évaluation infirmière - Mesure de contrôle » doivent être précisées dans la note au dossier;
- Les conséquences de la mesure sur l'usager s'il y a lieu;
- Les informations sur le retour post évènement ou le moment convenu pour le faire ainsi que les personnes impliquées.