

<p>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale</p> <p>Québec </p>	PROCÉDURE
	Code : PR-R-16-3
	Direction responsable : Direction des soins infirmiers et de la santé physique
	Présentée et adoptée au comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle le : 13 novembre 2019 Révisée le : 17 janvier 2023
	Entrée en vigueur le : 15 février 2023 Cette procédure annule la procédure antérieure traitant du même sujet.
<p>TITRE : Procédure relative au protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle</p> <p>Direction programme Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et Déficience physique (DDITSADP)</p>	

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

CONSULTATIONS

- Comité directeur sur l'utilisation des mesures de contrôle : le 17 janvier 2023
- Comité exécutif du conseil multidisciplinaire : le 21 novembre 2019
- Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens : le 12 décembre 2019
- Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers : le 12 décembre 2019

TABLE DES MATIÈRES

OBJECTIFS	3
CHAMPS D'APPLICATION	3
CLIENTÈLE VISÉE	3
DÉFINITIONS	4
MARCHE À SUIVRE RAC, URCI, URFI ET MLSV	8
MARCHE À SUIVRE SERVICES SOCIOPROFESSIONNELS	19
MARCHE À SUIVRE RESSOURCE INTERMÉDIAIRE (RI) RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL (RTF)	26
MARCHE A SUIVRE MILIEU NATUREL DE L'USAGER MILIEU SCOLAIRE.....	37
MARCHE À SUIVRE DANS UN TRANSPORT	44
MARCHE À SUIVRE SERVICES AMBULATOIRES	48
RÉFÉRENCES	50
ANNEXES.....	51
ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT	52
ANNEXE II : RISQUES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE	56

OBJECTIFS

Ce document vise à décrire les procédures spécifiques en matière de recours à une mesure de contrôle à la direction du programme Déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et Déficience physique (DITSADP) tout en respectant les balises émises par le *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle de l'établissement* (R-16).

CHAMPS D'APPLICATION

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

La procédure s'applique à tout moment et en tout lieu si une mesure de contrôle est appliquée par l'une ou l'autre des catégories de personnes mentionnées ci-dessus dans le cadre d'une prestation de soins et de services de l'Établissement.

CLIENTÈLE VISÉE

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

- Les ressources à assistance continue (RAC);
- Les unités de réadaptation fonctionnelle intensive;
- Les services socioprofessionnels;
- Les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de type familial (RTF);
- Le milieu naturel de l'utilisateur et le milieu scolaire;
- Le transport;
- Les services ambulatoires.

DÉFINITIONS

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

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

RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS <i>ARTICLE 346.0.1</i> LSSSS	Tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide-domestique, services de sécurité ou de loisirs. Le coût de ces services peut être inclus dans le loyer ou être payé suivant un autre mode.
USAGER	Pour les fins de la présente procédure, il s'agit d'une personne qui reçoit des soins et services de l'Établissement. Le terme « usager » inclut celui de « résident » parfois utilisé dans les ressources d'hébergement.

CONTENTIONS MÉCANIQUES

ALÈSE OU LITERIE ENROULÉE	Utilisation d'une alèse pour emmailloter le corps et les membres de l'utilisateur de façon serrée afin de l'empêcher de bouger.
ATTACHE-POIGNET / ATTACHE-CHEVILLE	Moyen physique installé aux poignets ou aux chevilles pour immobiliser, restreindre ou limiter les mouvements d'un ou des membres de l'utilisateur lors d'un traitement.
CASQUE DE PROTECTION	Casque avec ou sans visière absorbant les chocs lors d'impact ou limitant l'accès de l'utilisateur à des zones de son crâne ou du visage.
CEINTURE AU FAUTEUIL QUE L'USAGER NE PEUT DÉTACHER LUI-MÊME	Toute ceinture au fauteuil que l'utilisateur n'est pas en mesure de détacher seul.
CEINTURE DE PANTALON AVEC BOUTON MAGNÉTIQUE	Utilisation d'un bouton magnétique pour attacher la ceinture de l'utilisateur afin qu'il ne puisse pas la détacher seul.
CHAISE HAUTE	Chaise permettant d'asseoir un enfant à la hauteur d'adulte. Elle est généralement munie d'un repose-pied et de courroies pour retenir le bassin.
CHAISE HAUTE MULTIFONCTION	Chaise permettant d'asseoir un enfant à la hauteur d'adulte. Cette chaise est réglable en hauteur et profondeur. Ce type de chaise vient avec plusieurs options : Arceau, dossier et harnais.
COMBINAISON ARGENTINO	Combinaison permettant de maintenir un usager en décubitus dorsal sans limiter l'amplitude de ses mouvements aux membres.
DÔME SUR UN LIT	Dôme en plastique souple et transparent qui peut être installé afin de recouvrir un lit et qui empêche l'enfant d'en sortir.
FAUTEUIL BAS ET INCLINABLE	Fauteuil à ajustements variables, utilisé avec une bascule et/ou inclinaison pour empêcher l'utilisateur de se lever.
FAUTEUIL GÉRIATRIQUE SANS CEINTURE	Considérant les limitations motrices de l'utilisateur, utiliser la bascule du fauteuil pour l'empêcher de se lever.
FREINS DE FAUTEUIL OU MISE EN MODE MANUEL	Application des freins sur un fauteuil roulant ou mise en mode manuel d'un fauteuil roulant électrique pour empêcher l'utilisateur de pouvoir se déplacer.

JAQUETTE À L'ENVERS	Jaquette dont l'ouverture des manches est utilisée pour y insérer les jambes afin d'empêcher l'utilisateur d'accéder à ses sous-vêtements.
LIT À PROFIL BAS	Lit permettant d'être abaissé près du sol qui est utilisé pour limiter la capacité d'un usager de se lever seul.
MASQUE ANTI-CRACHAT	Capuchon de tissu qu'on enfle sur le visage, comportant une partie en filet à la hauteur des yeux et une partie filtration recouvrant la bouche juste sous le nez.
MÉTHODE D'EMMAILOTEMENT AVEC UN DRAP OU UNE COUVERTURE	Immobilisation d'un enfant entre 1 et 6 ans dans un drap ou couverture pour effectuer une intervention. La technique est de déposer l'enfant au centre de la couverture (ou drap) et d'enrouler le tiers gauche de la couverture par-dessus l'épaule et la hanche droite, puis le tiers droit par-dessus le côté gauche. La partie inférieure de la couverture est ramenée sur les jambes et le torse de l'enfant.
MITAINE DE PROTECTION	Mitaine empêchant l'utilisateur de tirer ou d'agripper des objets, de retirer les dispositifs médicaux en place ou de s'infliger des blessures.
OBJETS LESTÉS	Les couvertures et les vestes lestées font partie d'un vaste éventail d'outils utilisés dans le but de calmer des personnes ou d'accroître leur niveau d'attention à la tâche.
PANTALON OU CULOTTE DE PROTECTION MIS DEVANT DERRIÈRE	Pantalon ou culotte de protection mis de telle sorte que le devant de celui-ci se retrouve sur la partie postérieure de l'utilisateur.
PARC MOBILE	Cadre fixé au lit avec un filet entourant le lit. Cette structure permet de fournir un environnement clos à l'intérieur duquel l'enfant conserve sa liberté de mouvement, mais ne peut sortir du lit.
RETRAIT D'UN ACCESSOIRE DE MARCHE OU FAUTEUIL	La mise hors de portée un accessoire de marche nécessaire aux déplacements de l'utilisateur afin de l'empêcher de se déplacer.
RIDELLES PLEINES (X2) OU DEMI-RIDELLES (X4)	Deux côtés de lit pleine longueur ou quatre côtés de demi-longueur montés pour empêcher l'utilisateur de sortir, peu importe le modèle de lit.
SYSTÈME DE CONTENTION ABDOMINALE MAGNÉTIQUE AU LIT	Ceinture abdominale qui limite les mouvements de l'utilisateur ne lui permettant pas de sortir du lit. Toutefois, la latéralisation et les mouvements de haut en bas demeurent possibles. La bande pelvienne doit toujours être ajoutée pour empêcher le glissement de la ceinture abdominale vers le haut. Des bretelles peuvent être ajoutées pour empêcher le glissement de la ceinture vers le bas.
TABLETTE AU FAUTEUIL	Tablette qu'on fixe au fauteuil pour empêcher l'utilisateur de se lever.
TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)	Système de bandes velcro utilisées pour attacher les poignets et les chevilles pendant un déplacement.
VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE	Combinaison généralement portée sous les vêtements, en tissu (polyester et coton) ou en filet (polyester) pour empêcher l'utilisateur d'avoir accès à son corps.

CONTENTIONS PAR FORCE HUMAINE

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

ISOLEMENT

PIÈCE AVEC PORTE ET ACCÈS VISUEL	Isolement d'un usager dans une pièce fermée avec une porte et un accès visuel à l'ensemble de la pièce sans angle mort (fenêtre, judas, etc.).
PIÈCE AVEC DEMI-PORTE	Isolement d'un usager dans une pièce fermée par une demi-porte.
CHAMBRE PERSONNELLE SÉCURISÉE	Chambre comportant une fenêtre dans la porte et dont le choix du mobilier et les effets personnels sont déterminés afin de diminuer les risques liés au comportement de l'usager.
SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT	Cette mesure consiste à accorder une présence continue auprès de l'usager par un intervenant et à contraindre ses déplacements dans un lieu restreint. En aucun temps l'usager ne peut pas être laissé seul.
DISPOSITIF AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE	Mise en place de stratégies empêchant psychologiquement l'usager à sortir d'une pièce (Ex. : Filet velcro, bande sur le plancher).
ISOLEMENT INVERSÉ	Retrait des autres usagers et du personnel du lieu où se trouve un usager considéré comme dangereux pour autrui à un moment précis et non planifié.

MARCHE À SUIVRE
RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC) ADULTE
RESSOURCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC) ENFANT
UNITÉ DE RÉADAPTATION COMPORTEMENTALE INTENSIVE (URCI)
UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (URFI)
MAISON LÉMERVEIL SUZANNE VACHON

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section vise les usagers enfants ou adultes :

- Qui habitent une ou l'autre des ressources à assistance continue du CIUSSS de la Capitale-Nationale;
- Inscrits sur une unité de réadaptation comportementale intensive (URCI)
- Admis sur une unité de réadaptation fonctionnelle intensive des installations Hamel et Saint-Louis;
- Inscrits à la Maison Lémerville Suzanne Vachon (MLSV).

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> • Casque de protection; • Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul; • Fauteuil bas et inclinable; • Lit à profil bas; • Mitaines de protection ; • Système de contention abdominale magnétique au lit avec ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) montées; • Tablette sur un fauteuil muni d'une ceinture; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce; • Transport accompagné sécuritaire (TAS); • Chaise haute pour enfant avec ceinture; • Chaise haute multifonction; • Dôme sur un lit; • Parc mobile sur un lit; • Méthode d'emballotement avec drap ou couverture chez l'enfant entre un (1) et six (6) ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alèse ou literie enroulée; • Attache-poignet/attache-cheville; • Ceinture de pantalon avec bouton magnétique; • Combinaison Argentino; • Fauteuil gériatrique sans ceinture; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel; • Jaquette à l'envers; • Matériel maison ou adaptation de matériel; • Masque anti-crachat; • Objets lestés; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil • Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) utilisées sans ceinture abdominale; • Tablette au fauteuil sans ceinture.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE

Il existe différents modèles de vêtement de contention, disponibles à manches courtes ou longues avec jambes longues ou courtes. Ils sont généralement munis d'une fermeture éclair et de fermetures de sécurité au dos.

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

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

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

LE SYSTÈME DE TRANSPORT ACCOMPAGNÉ SÉCURITAIRE (TAS)

*** Pour les usagers de 12 ans et plus seulement**

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

CERTAINS ÉQUIPEMENTS POUR ENFANT

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

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

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

LES RIDELLES DE LIT

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

En effet, l'utilisation des quatre demi-ridelles de lit (x4) ou des deux ridelles pleines (x2) constitue une mesure de contrôle lorsque l'intention est de contraindre l'utilisateur à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever. L'utilisation d'une à trois demi-ridelles de lit ou d'une ridelle pleine est donc privilégiée.

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

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'utilisateur lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que ce dernier soit en mesure de comprendre les risques potentiels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à un usager des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir ou d'y entrer;
- Lors d'un épisode aigu de soins physiques en réanimation;
- Lorsqu'un usager est incapable de se mobiliser (usager grabataire ou fin de vie).

IMPORTANT

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

Selon la condition et le comportement de l'utilisateur, la bande pelvienne et/ou les bretelles peuvent être ajoutées pour éviter le glissement de la ceinture vers le haut ou vers le bas.

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

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> Les techniques de restriction gestuelle sont autorisées lors du déplacement d'un usager vers un lieu d'isolement. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintien par la force humaine par restriction gestuelle ou par contrôle articulaire pour immobiliser l'usager.
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> Maintien par la force par le nombre minimal sécuritaire d'intervenants selon les techniques privilégiées par la formation de prévention de la violence : OMEGA ou la formation intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA). 	<ul style="list-style-type: none"> Maintien par contrôle articulaire. Maintien au sol d'un usager avec compression thoracique.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

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

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> Pièce avec porte et accès visuel; Pièce avec demi-porte; Surveillance constante dans un lieu restreint; Dispositif agissant comme barrière psychologique; Isolement inversé. 	<ul style="list-style-type: none"> Pièce avec porte sans accès visuel.

2.4.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES À L'ISOLEMENT

LA DEMI-PORTE (uniquement chez l'usager adulte)

Son utilisation doit se limiter aux situations particulières où il n'y a pas d'alternatives valables et raisonnablement accessibles. La hauteur de la demi-porte doit être suffisante pour empêcher l'usager de passer par-dessus et doit permettre d'assurer une surveillance visuelle par l'ensemble des intervenants concernés. Lorsque cette mesure est utilisée, une évaluation rigoureuse doit être faite pour s'assurer que l'usager ne sera pas porté à essayer de passer par-dessus la demi-porte.

L'ISOLEMENT INVERSÉ (uniquement dans les RAC)

L'isolement inversé peut uniquement être utilisé lorsque le danger pour autrui est imminent et dans un contexte d'intervention non planifié, c'est-à-dire en urgence.

LA SURVEILLANCE CONSTANTE DANS UN LIEU RESTREINT

Cette mesure est appliquée lorsque l'état clinique de l'utilisateur le requiert et qu'aucune autre mesure moins contraignante ne permet de diminuer les risques (se référer à la *Procédure relative au recours à la surveillance des usagers*).

LES DISPOSITIFS AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE

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

- L'utilisation de matériel tel du ruban adhésif coloré au sol;
- L'utilisation d'un filet ou d'une bande fixée par velcro à l'entrée de la chambre;
- Fermer la porte de la chambre de la salle (non barrée);
- Mettre un meuble devant la sortie;
- Se placer devant la porte ou à proximité de celle-ci (imposer une présence humaine).

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIEE

3.1 DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

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

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

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

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

3.2.2 POUR LA CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

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

La prescription comprend :

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

Il est conseillé de s'inspirer du *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* afin de bien documenter le moment ou le contexte approprié pour l'administration de la médication (signes précurseurs). En fonction de la prescription et de son évaluation de la condition de santé physique et mentale de l'utilisateur, l'infirmière responsable de l'utilisateur peut administrer elle-même la médication ou confier l'administration de la médication comme prévu dans la Règle de soins CIUSSSCN-DSI-RSI-001 : *Encadrement clinique des aides-soignants*. Finalement, elle doit mettre en place les différents moyens afin d'assurer le suivi et la surveillance requise dans ce contexte et assumer pleinement son rôle et ses responsabilités comme prévu dans la Règle de soins CIUSSSCN-DSI-RSI-001.

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

3.3 INSTALLATION

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

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

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

3.4.1 PREMIERE REEVALUATION

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

3.4.2 RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

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

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIEE

4.1 DÉCISION

La décision d'utiliser une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant qui décide de l'application d'une mesure de contrôle n'a pas à remplir le formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)*. Cependant, il doit remplir le formulaire *Application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée* (référer au Protocole) ou rédiger une note au dossier de l'utilisateur incluant :

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

PARTICULARITÉ DES USAGERS MINEURS

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

En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant doit :

Contention mécanique : Aviser le gestionnaire du secteur au plus tard le prochain jour ouvrable;

Isolement ou force humaine : Aviser le gestionnaire responsable au moment des faits (gestionnaire du secteur, son remplaçant, coordonnateur d'activités, etc.) dès l'application de la mesure et même, si cela est possible, dès que la mesure est envisagée.

4.2 ANALYSE POSTSITUATIONNELLE

La présente section complète la section 11.2.3 du Protocole.

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

5. SURVEILLANCE

5.1 ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

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

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

5.1.1 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

Répondre aux besoins de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins physiques (ex. : hydratation, élimination); • Besoins psychologiques (ex. : socialisation, intimité, sécurité); • Bon positionnement; • Confort.
Observer les signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Amplitude respiratoire (changement dans la respiration); • Intégrité de la peau en contact avec la contention (irritation locale); • Signes de compression (marque, enflure, coloration/rougeur, douleur, chaleur); • Comportement.
Vérifier l'équipement utilisé	<ul style="list-style-type: none"> • État (ex. : déchirure, attache manquante); • Ajustement autour de l'utilisateur (ex. : serrage des courroies aux poignets); • Ancrage (fixation à la chaise ou au lit); • Clé à proximité lorsque requis.

5.2 SURVEILLANCE EN CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉ

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

MARCHE À SUIVRE RAC, URCI, URFI ET MLSV

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

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

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

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

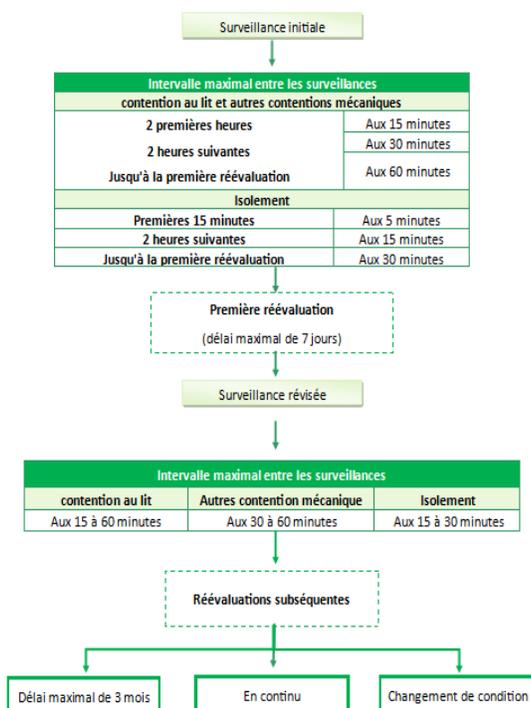
5.2.1 SURVEILLANCE INITIALE

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

5.2.2 SURVEILLANCE REVISEE

Après la première réévaluation, soit au plus tard sept (7) jours suivant l'application d'une mesure de contrôle, il est possible d'ajuster les modalités de surveillance. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'utilisateur. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies. Ces modalités sont déterminées en tenant compte du risque relié à la mesure, des réactions de l'utilisateur face à cette mesure ainsi que de la condition de l'utilisateur.

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



5.2.4 PARTICULARITÉ POUR LA GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENTS ADAPTÉS UNE PIÈCE

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

30 premières minutes	Aux 15 minutes
Heure suivante	Aux 30 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	Aux 120 minutes
Après la première réévaluation	Le jour : Aux 120 minutes La nuit : Au coucher, au lever et lors des soins

5.2.5 CONTENTION CHIMIQUE

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

5.3 SURVEILLANCE EN CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

INTERVALLE MAXIMAL ENTRE LES SURVEILLANCES			
Contention au lit		Autres contentions mécaniques	
Premières 15 minutes	Aux 5 minutes	Deux (2) premières heures	Aux 15 minutes
Deux (2) heures suivantes	Aux 15 minutes	Deux (2) heures suivantes	Aux 30 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	Aux 30 minutes	Jusqu'à la cessation	Aux 60 minutes
ISOLEMENT			
Premières 15 minutes		Aux 5 minutes	
Heure suivante		Aux 15 minutes	
Après une (1) heure d'utilisation continue		Faire un suivi au supérieur immédiat pour réévaluer la situation.	

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

5.4 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

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

- Le personnel juge que l'application de la mesure de contrôle a eu des conséquences (physiques ou psychologiques) sur la personne;

MARCHE À SUIVRE RAC, URCI, URFI ET MLSV

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

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

7. ROLES ET RESPONSABILITES CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

8. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'EQUIPEMENT

8.1 ENTREPOSAGE

La direction est responsable de ses secteurs d'activités :

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

8.2 ENTRETIEN

- Le matériel doit être lavé selon les directives du fabricant.
- L'intervenant doit s'assurer de l'intégrité de l'équipement avant son utilisation.
- Tout équipement présentant un bris doit être réparé et seul le fabricant peut procéder à cette réparation.

MARCHE À SUIVRE SERVICES SOCIOPROFESSIONNELS

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section vise la clientèle DITSA adulte recevant des services de réadaptation socioprofessionnelle dans :

- Un centre de jour;
- Un atelier de travail.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none"> • Casque de protection; • Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul; • Fauteuil bas et inclinable; • Tablette sur un fauteuil muni d'une ceinture; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceinture de pantalon avec bouton magnétique; • Fauteuil gériatrique sans ceinture; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel; • Matériel maison ou adaptation de matériel; • Masque anti-crachat; • Objets lestés; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil; • Tablette au fauteuil sans ceinture.

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Aucune mesure n'est autorisée	
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> • Maintien par la force par le nombre minimal sécuritaire d'intervenants selon techniques privilégiées par la formation de prévention de la violence : OMÉGA ou la formation intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien par contrôle articulaire; • Maintien au sol d'un usager avec compression thoracique.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

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

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ
Mesure non autorisée

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

Professionnels	Contention mécanique	Substance chimique
Médecin	Oui	Oui
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui
Infirmière	Oui	Non
Ergothérapeute	Oui	Non
Physiothérapeute	Oui	Non

Les travailleurs sociaux, psychologues et psychoéducateurs ne peuvent décider de l'utilisation des mesures de contrôle lorsque la décision doit se prendre à l'extérieur d'un établissement tenu par la LSSSS (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)).

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1 POUR LA CONTENTION MÉCANIQUE

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

3.2.2 POUR LA CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE EN CONTEXTE PLANIFIÉ

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous **prescription** uniquement. Le moment ou le contexte d'administration doit être déterminé par le prescripteur ou, lors d'un médicament au besoin (PRN), l'administration peut être modulée par l'infirmière, avec la contribution d'autres professionnels selon les besoins. Il est conseillé de s'inspirer du *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* afin de bien documenter le moment ou le contexte approprié pour l'administration de la médication (signes précurseurs). Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

3.3 INSTALLATION

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

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

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

3.4.1 PREMIERE REEVALUATION

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

3.4.2 RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

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

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIEE

4.1 DÉCISION

La décision d'utiliser une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant qui décide de l'application d'une mesure de contrôle n'a pas à remplir le formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)*. Cependant, il doit remplir le formulaire *Application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée* (référer au Protocole) ou rédiger une note au dossier de l'utilisateur incluant :

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

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

4.2 ANALYSE POSTSITUATIONNELLE

La présente section complète la section 11.2.3 du Protocole.

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

5. SURVEILLANCE

5.1 ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

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

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

5.1.1 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

Répondre aux besoins de l'utilisateur	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins physiques (ex. : hydratation, élimination); • Besoins psychologiques (ex. : socialisation, intimité, sécurité); • Bon positionnement; • Confort.
Observer les signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Amplitude respiratoire (changement dans la respiration); • Intégrité de la peau en contact avec la contention (irritation locale); • Signes de compression (marque, enflure, coloration/rougeur, douleur, chaleur); • Comportement.
Vérifier l'équipement utilisé	<ul style="list-style-type: none"> • État (ex. : déchirure, attache manquante); • Ajustement autour de l'utilisateur (ex. : serrage des courroies aux poignets); • Ancrage (fixation à la chaise ou au lit); • Clé à proximité lorsque requis.

5.2 SURVEILLANCE EN CONTEXTE PLANIFIÉ

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

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

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

- La fréquence des surveillances se situe entre 30 et 60 minutes;
- Les éléments de surveillance spécifiques;
- Le formulaire de surveillance à compléter selon les données à recueillir.

Les professionnels ayant complété et signé le formulaire de décision doivent s'assurer de faire un suivi de l'application de ces modalités et doivent informer leur supérieur immédiat si des écarts de surveillance sont constatés ainsi que remplir le formulaire AH-223 (voir section 5.3).

5.2.1 SURVEILLANCE INITIALE

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

5.2.2 SURVEILLANCE REVISEE

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

5.2.3 PARTICULARITÉ POUR LA GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENTS ADAPTÉS UNE PIÈCE

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

30 premières minutes	Aux 15 minutes
Heure suivante	Aux 30 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	Aux 120 minutes
Après la première réévaluation	Le jour : Aux 120 minutes La nuit : Au coucher, au lever et lors des soins

5.2.4 CONTENTION CHIMIQUE

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

5.3 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

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

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

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

7. ROLES ET RESPONSABILITES CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

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

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section vise la clientèle de tout âge vivant en RI ou RTF et recevant des services au programme DITSADP

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES DANS LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES (non autorisées)
<ul style="list-style-type: none"> • Casques (avec ou sans grillage / visière); • Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul; • Fauteuil bas et inclinable; • Lit à profil bas; • Mitaines de protection; • Tablette sur fauteuil muni d'une ceinture; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce; • Chaise haute pour enfant avec ceinture; • Chaise multifonction; • Parc mobile sur un lit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alèse ou literie enroulée; • Attache poignet/attache cheville; • Ceinture de pantalon avec bouton magnétique; • Combinaison Argentino; • Fauteuil gériatrique sans ceinture; • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel; • Jaquette mise à l'envers; • Masque anti-crachat; • Matériel maison ou adaptation de matériel; • Objets lestés; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil; • Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4); • Système de contention abdominale magnétique au lit; • Système de transport accompagné sécuritaire (TAS); • Tablette au fauteuil sans ceinture.

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE

Il existe différents modèles de vêtement de contention, disponibles à manches courtes ou longues avec jambes longues ou courtes. Ils sont généralement munis d'une fermeture éclair et de fermetures de sécurité au dos.

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

- Le tissu est similaire à celui d'un vêtement, soit suffisamment souple pour ne pas restreindre les mouvements;
- Aucun élément rigide autour du cou;
- L'attache est située au dos.

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

LES RIDELLES DE LIT

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

En effet, l'utilisation des quatre demi-ridelles de lit (x4) ou des deux ridelles pleines (x2) constitue une mesure de contrôle lorsque l'intention est de contraindre l'utilisateur à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever. L'utilisation d'une à trois demi-ridelles de lit ou d'une ridelle pleine est donc privilégiée.

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

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'utilisateur lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que ce dernier soit en mesure de comprendre les risques potentiels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à un usager des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir ou d'y entrer.

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Aucune mesure n'est autorisée	
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> • Maintien par la force par le nombre minimal sécuritaire d'intervenants selon techniques privilégiées par la formation de prévention de la violence : OMÉGA ou la formation intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien par contrôle articulaire; • Maintien au sol d'un usager avec compression thoracique.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

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

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ
Mesure non autorisée

RAPPEL IMPORTANT

LES DISPOSITIFS AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE

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

- L'utilisation de matériel tel du ruban adhésif coloré au sol;
- L'utilisation d'un filet ou d'une bande fixée par velcro à l'entrée de la chambre;
- Fermer la porte de la chambre de la salle (non barrée);
- Mettre un meuble devant la sortie;
- Se placer devant la porte ou à proximité de celle-ci (imposer une présence humaine).

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

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

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

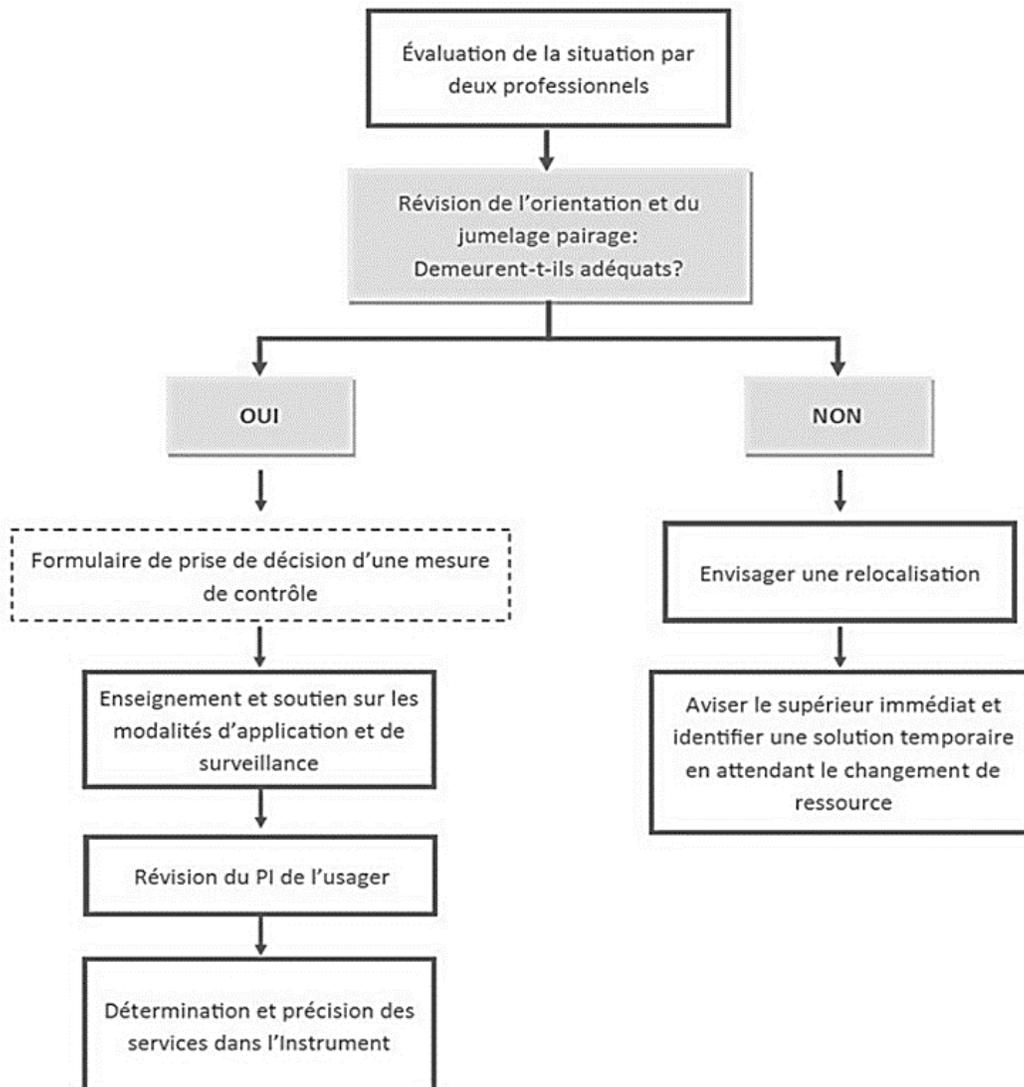
3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1 POUR LA CONTENTION MECANIQUE

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

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

Les professionnels doivent également s'assurer que ce service et les recommandations qui en découlent (modalités d'application et de surveillance) soient inscrits dans *l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance de l'utilisateur*.



3.2.2 POUR LA CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous **prescription** uniquement. Il est conseillé de s'inspirer du *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* afin de bien documenter le moment ou le contexte approprié pour l'administration de la médication (signes précurseurs). Le moment d'administration peut être déterminé par la prescription ou, lors d'un médicament au besoin (PRN), par l'évaluation de la condition de santé physique et mentale de l'utilisateur par l'infirmière responsable de l'utilisateur. Elle peut administrer elle-même la médication ou confier l'administration de la médication comme prévu dans la *Règle de soins infirmiers CIUSSSCN-DSI-RSI-001*². Finalement, elle doit mettre en place les différents moyens afin d'assurer le suivi et la surveillance requise dans ce contexte et assumer pleinement son rôle et ses responsabilités comme prévu dans la règle de soins. En l'absence d'infirmière dans la ressource, l'infirmière du soutien à domicile pourra moduler l'administration du PRN. Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

3.3 INSTALLATION

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

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

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

3.4.1 PREMIERE REEVALUATION

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

3.4.2 REEVALUATIONS SUBSEQUENTES

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

² Cette règle de soins a pour objet l'encadrement clinique des soins infirmiers confiés à des aides-soignants.

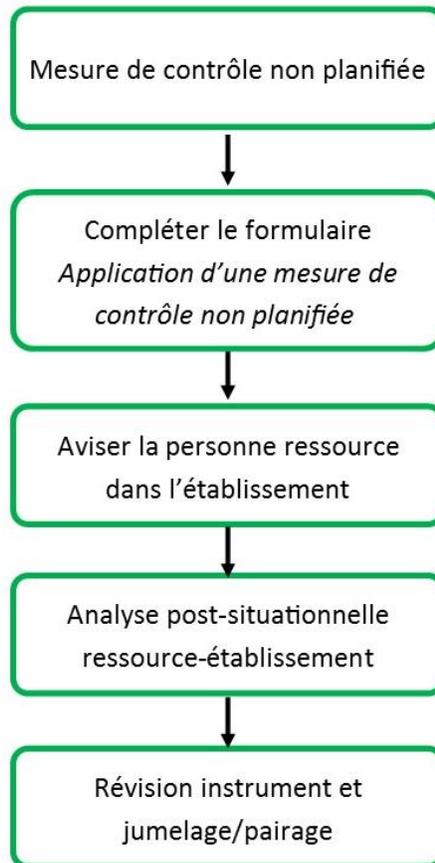
4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

4.1 DÉCISION

Tel que stipulé dans le Cadre de référence *Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial* du Ministère de la Santé et des services sociaux (2016) :

« Dans un contexte d'urgence concernant un usager et lorsqu'il n'y a pas de mesure de contrôle de planifiée pour cette situation, la RI ou la RTF doit recourir à des interventions ou à des mesures de remplacement visant la sécurité des autres usagers, de l'utilisateur lui-même et de l'environnement en attendant l'aide requise. Cependant, il est possible que le comportement de l'utilisateur signale un danger immédiat pour lui ou pour autrui et qu'une intervention non planifiée soit nécessaire. Dans ce contexte, la décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé et le consentement de l'utilisateur n'est pas obligatoire, mais sa collaboration est souhaitée en tout temps.

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



En contexte d'intervention non planifiée, le personnel de la RI ou RTF pouvant décider d'utiliser une mesure de contrôle est déterminée par la ressource.

Lorsque cette situation se présente, la ressource doit remplir le formulaire *Application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée* et communiquer avec le gestionnaire en responsabilité de l'Établissement dans les meilleurs délais.

4.2 ANALYSE POSTSITUATIONNELLE

Cette section compète la section 11.2.3 du Protocole.

Chaque mesure appliquée en contexte d'intervention non planifiée nécessite de procéder à une analyse postsituationnelle et d'évaluer si l'orientation et le pairage/jumelage de cet usager sont encore adéquats dans le cas de RI-RTF. L'intervenant pivot est responsable de la réalisation de l'analyse postsituationnelle. Selon les circonstances, il interpelle les personnes pertinentes à la situation (l'usager, le représentant, le cas échéant, son supérieur immédiat, l'équipe interprofessionnelle). Lorsque l'analyse mène à penser que la situation peut se reproduire, le processus décisionnel du contexte d'intervention planifiée s'applique.

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

5. SURVEILLANCE

5.1 ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

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

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

5.1.1 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE

Répondre aux besoins de l'usager	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins physiques (ex. : hydratation, élimination); • Besoins psychologiques (ex. : socialisation, intimité, sécurité); • Bon positionnement; • Confort.
Observer les signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Amplitude respiratoire (changement dans la respiration); • Intégrité de la peau en contact avec la contention (irritation locale); • Signes de compression (marque, enflure, coloration/rougeur, douleur, chaleur); • Comportement.
Vérifier l'équipement utilisé	<ul style="list-style-type: none"> • État (ex. : déchirure, attache manquante); • Ajustement autour de l'usager (ex. : serrage des courroies aux poignets); • Ancrage (fixation à la chaise ou au lit); • Clé à proximité lorsque requis.

5.2 SURVEILLANCE EN CONTEXTE PLANIFIÉ

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

Les professionnels sont responsables de l'enseignement fait auprès des personnes à qui ils ont fait l'enseignement. Ils ne sont pas responsables :

- Si les personnes appliquent la contention de manière qui ne respecte pas l'enseignement donné;
- Si des personnes autres que ceux qui ont reçu l'enseignement appliquent la contention.

Les principaux risques associés à l'utilisation des mesures de contrôle sont présentés à l'annexe II. Les modalités de surveillance convenues devront figurer dans l'instrument. La ressource devra donc appliquer la surveillance recommandée et remplir les formulaires de surveillance requis. Les modèles de formulaire se trouvent à l'annexe IV du Protocole (R-16).

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

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

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

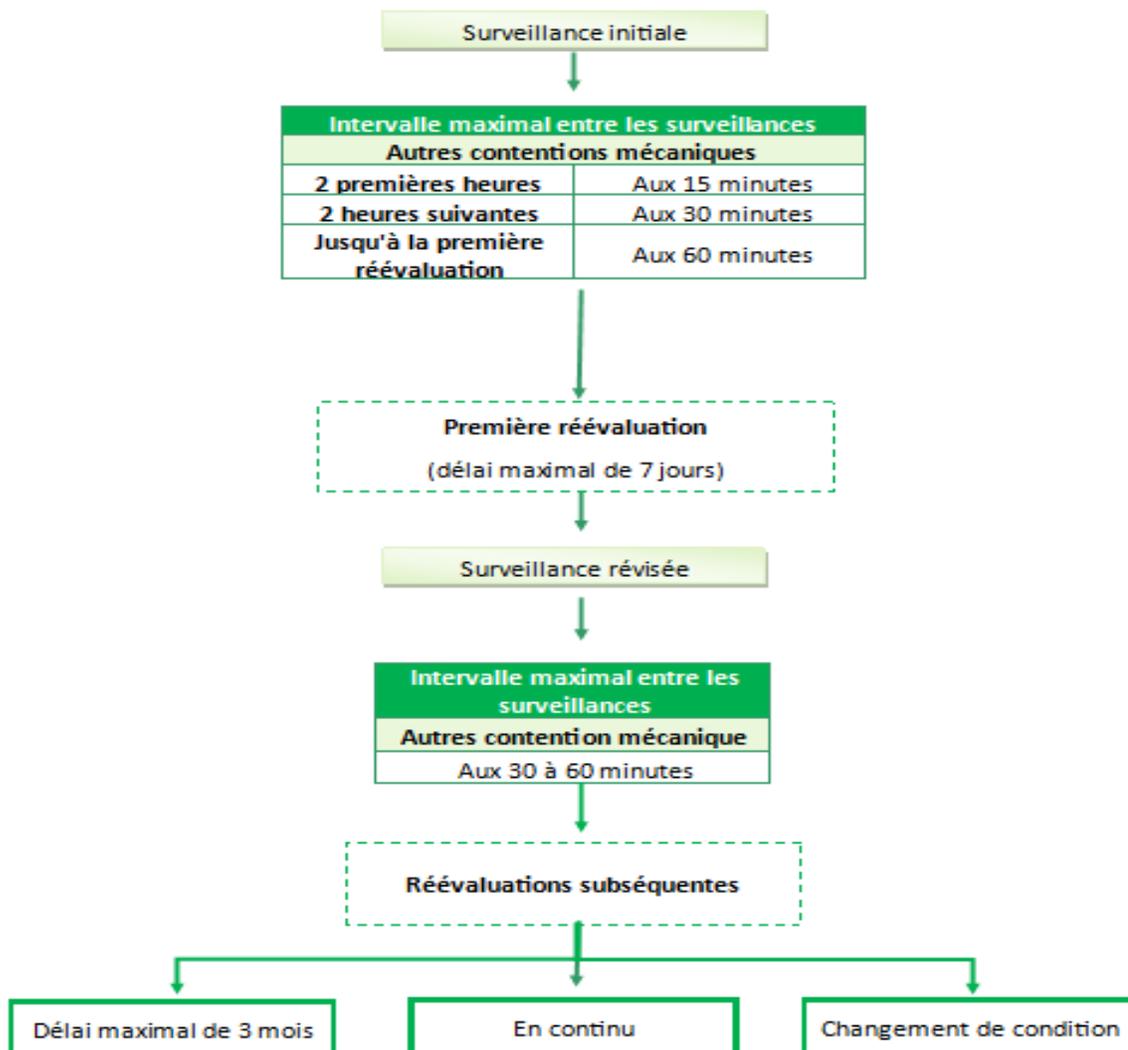
5.2.1 SURVEILLANCE INITIALE

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

5.2.2 SURVEILLANCE REVISEE

Après la première réévaluation, soit au plus tard sept (7) jours suivant l'application d'une mesure de contrôle, il est possible d'ajuster les modalités de surveillance. En effet, cette période aura permis d'observer l'effet de la mesure sur la condition physique et psychologique de l'utilisateur. La fréquence et les éléments à surveiller pourront donc diminuer, demeurer les mêmes ou augmenter selon les observations recueillies. Ces modalités seront déterminées en tenant compte du risque relié à la mesure, des réactions de l'utilisateur face à la mesure ainsi que de la condition de l'utilisateur.

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



5.2.4 PARTICULARITÉ POUR LA GRENOUILLÈRE ET VÊTEMENTS ADAPTÉS UNE PIÈCE

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

30 premières minutes	Aux 15 minutes
Heure suivante	Aux 30 minutes
Jusqu'à la première réévaluation	Aux 120 minutes
Après la première réévaluation	Le jour : Aux 120 minutes La nuit : Au coucher, au lever et lors des soins

5.2.5 CONTENTION CHIMIQUE

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

5.3 DÉCLARATION D'UN INCIDENT/ACCIDENT

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

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

6. TENUE DE DOSSIER

Lorsque l'intervenant impliqué dans l'application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée communique avec le professionnel désigné de l'Établissement, ce dernier doit documenter la situation de façon détaillée au dossier de l'utilisateur et indiquer toutes les démarches et personnes informées dans le processus d'intervention. Le lecteur est invité à se référer à la section 14 du Protocole.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

8. ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

8.1 ENTREPOSAGE

La direction est responsable de ses secteurs d'activités :

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

8.2 ENTRETIEN

- Le matériel doit être lavé selon les directives du fabricant.
- L'intervenant doit s'assurer de l'intégrité de l'équipement avant son utilisation.
- Tout équipement présentant un bris doit être réparé et seul le fabricant peut procéder à cette réparation.

**MARCHE A SUIVRE
MILIEU NATUREL DE L'USAGER
MILIEU SCOLAIRE**

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section vise la clientèle de tout âge recevant des services programme DITSADP :

- Dans son milieu naturel (domicile);
- Dans un milieu scolaire.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> • Casque de protection; • Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul; • Fauteuil bas et inclinable; • Lit à profil bas; • Mitaines de protection; • Tablette sur un fauteuil muni d'une ceinture; • Vêtement de contention de type grenouillère, vêtement adapté une pièce; • Chaise haute pour enfant avec ceinture; • Chaise multifonction; • Dôme sur un lit ; • Parc mobile sur un lit; • Méthode d'emballotement avec drap ou couverture chez l'enfant entre un (1) et six (6) ans. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alèse ou literie enroulée • Attache-poignet/attache-cheville • Ceinture de pantalon avec bouton magnétique • Combinaison Argentino • Jaquette mise à l'envers • Matériel maison ou adaptation de matériel • Masque anti-crachat • Objets lestés; • Retrait d'un accessoire de marche ou fauteuil • Système de contention abdominale magnétique au lit • Tablette au fauteuil sans ceinture • Freins de fauteuil ou mise en mode manuel • Ridelles pleines (x2) ou demi-ridelles (x4) utilisées sans ceinture

2.1.1 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES LIÉES AUX CONTENTIONS MÉCANIQUES

VÊTEMENT DE CONTENTION DE TYPE GRENOUILLÈRE, VÊTEMENT ADAPTÉ UNE PIÈCE

Il existe différents modèles de vêtement de contention, disponibles à manches courtes ou longues avec jambes longues ou courtes. Ils sont généralement munis d'une fermeture éclair et de fermetures de sécurité au dos.

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

- Le tissu est similaire à celui d'un vêtement, soit suffisamment souple pour ne pas restreindre les mouvements;
- Aucun élément rigide autour du cou;
- L'attache est située au dos.

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

CERTAINS ÉQUIPEMENTS POUR ENFANT

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

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

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

LES RIDELLES DE LIT

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

En effet, l'utilisation des quatre demi-ridelles de lit (x4) ou des deux ridelles pleines (x2) constitue une mesure de contrôle lorsque l'intention est de contraindre l'utilisateur à demeurer dans son lit alors qu'il souhaite se lever. L'utilisation d'une à trois demi-ridelles de lit ou d'une ridelle pleine est donc privilégiée.

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

- Lorsqu'elles sont levées à la demande de l'utilisateur lui-même parce qu'il a peur de tomber, à la condition que ce dernier soit en mesure de comprendre les risques potentiels et d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'il le désire;
- Lorsqu'elles ont pour but de fournir à un usager des appuis lui permettant de se déplacer dans le lit, d'en sortir ou d'y entrer;
- Lors d'un épisode aigu de soins physiques en réanimation;

2.2 CONTENTION PAR LA FORCE HUMAINE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Aucune mesure n'est autorisée	
EN CONTEXTE NON PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> • Maintien par la force par le nombre minimal sécuritaire d'intervenants selon techniques privilégiées par la formation de prévention de la violence : OMÉGA ou la formation intervention thérapeutique lors de conduite agressive (ITCA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien par contrôle articulaire; • Maintien au sol d'un usager avec compression thoracique.

2.3 CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

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

2.4 ISOLEMENT

EN CONTEXTE PLANIFIÉ ET NON PLANIFIÉ
Cette mesure est non autorisée

RAPPEL IMPORTANT

LES DISPOSITIFS AGISSANT COMME BARRIÈRE PSYCHOLOGIQUE

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

- L'utilisation de matériel tel du ruban adhésif coloré au sol
- L'utilisation d'un filet ou d'une bande fixée par velcro à l'entrée de la chambre
- Fermer la porte de la chambre de la salle (non barrée)
- Mettre un meuble devant la sortie
- Se placer devant la porte ou à proximité de celle-ci (imposer une présence humaine)

3. CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE

3.1 DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

Professionnels	Contention	Substance chimique
Médecin	Oui	Oui
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui
Infirmière	Oui	Non
Ergothérapeute	Oui	Non
Physiothérapeute	Oui	Non

Les travailleurs sociaux, psychologues et psychoéducateurs ne peuvent décider de l'utilisation des mesures de contrôle lorsque la décision doit se prendre à l'extérieur d'un établissement tenu par la LSSSS (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)).

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1 POUR LA CONTENTION MÉCANIQUE ET LA CONTENTION PAR FORCE HUMAINE

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

3.2.2 POUR LA CONTENTION PAR SUBSTANCE CHIMIQUE

La décision d'utiliser une contention par substance chimique en contexte d'intervention planifiée se fait sous **prescription** uniquement. Le moment ou le contexte d'administration peut être déterminé par la prescription, ou lors d'un médicament au besoin (PRN), l'administration peut être modulée par l'infirmière, avec la contribution d'autres professionnels selon les besoins. Il est conseillé de s'inspirer du *Formulaire de décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)* afin de bien documenter le moment ou le contexte approprié pour l'administration de la médication (signes précurseurs). Un suivi doit également être fait auprès du prescripteur selon les modalités convenues avec ce dernier.

3.3 INSTALLATION

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

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

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

3.4.1 PREMIÈRE RÉÉVALUATION

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

3.4.2 RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

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

4. CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

Pour le milieu naturel de l'utilisateur, seules les mesures non planifiées effectuées en prestation de services d'un intervenant sont encadrées par cette procédure.

4.1 DÉCISION

La décision d'utiliser une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée (en urgence) n'est pas une activité réservée. En contexte d'intervention non planifiée, l'intervenant qui décide de l'application d'une mesure de contrôle n'a pas à remplir le formulaire de *Décision et révision d'une mesure de contrôle (contention et isolement)*. Cependant, il doit remplir le formulaire *Application d'une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée* (référer au Protocole) ou rédiger une note au dossier de l'utilisateur incluant :

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

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

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

Contention mécanique : Le prochain jour ouvrable.

4.2 ANALYSE POSTSITUATIONNELLE

La présente section complète la section 11.2.3 du Protocole.

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

5. SURVEILLANCE

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques. Les professionnels ayant décidé d'utiliser une mesure de contrôle doivent déterminer et consigner au plan d'intervention, l'application et les modalités de surveillance en tenant compte du contexte d'utilisation, des risques associés à la mesure et de la condition clinique de l'utilisateur.

Les professionnels doivent s'assurer que les personnes qui appliqueront la mesure au domicile soient habilités à appliquer la contention. Pour ce faire, ils doivent faire l'enseignement et valider visuellement que la personne est capable de procéder à l'application telle qu'enseignée.

Les professionnels sont responsables de l'enseignement fait auprès des personnes à qui ils ont fait l'enseignement. Ils ne sont pas responsables :

- Si les personnes appliquent la contention de manière qui ne respecte pas l'enseignement donné;
- Si des personnes autres que ceux qui ont reçu l'enseignement appliquent la contention.

MARCHE À SUIVRE MILIEU NATUREL DE L'USAGER ET MILIEU SCOLAIRE

Dans le milieu naturel de l'utilisateur, la contention sera appliquée par une personne qui n'est pas un employé du CIUSSS. Dans ce contexte, les professionnels décideurs doivent s'assurer :

- Que les risques liés à l'utilisation de la mesure soient bien expliqués;
- Que les éléments de surveillance soient clairement identifiés;
- Qu'une fréquence de surveillance soit établie avec le(s) personne(s) concernées en fonction de la situation de l'utilisateur et des risques encourus.

Enfin, les professionnels peuvent recommander à ou aux personne(s) à qui l'enseignement a été fait de compléter une grille de surveillance. Ces derniers sont en droit de consentir ou refuser de compléter une telle grille.

Au domicile de l'utilisateur en contexte non planifié, la mesure devrait être ponctuelle et la surveillance dure le moment de l'application.

6. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

De plus, les professionnels ayant procédé à l'enseignement de l'application et la surveillance d'une mesure de contrôle doivent noter quand, comment et à qui cet enseignement a été fait.

7. RÔLES ET RESPONSABILITÉS CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

8. ACHAT, ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'ÉQUIPEMENT

8.1 ACHAT

Le matériel utilisé comme contention mécanique en milieu naturel peut provenir de l'établissement ou peut être acheté par l'utilisateur et ses proches.

Le matériel acheté par l'utilisateur et ses proches doit cependant être conforme aux directives du Protocole et de la présente procédure.

8.2 ENTREPOSAGE

Pour le matériel en provenance de l'établissement, la direction est responsable de ce secteur d'activités :

- D'identifier le matériel qui peut être prêté;
- D'en constituer un inventaire;
- D'avoir un lieu pour entreposer le matériel;
- De s'assurer que les membres du personnel connaissent ce lieu d'entreposage.

8.3 ENTRETIEN

Les professionnels décideurs doivent informer l'utilisateur et ses proches:

- De laver le matériel selon les directives du fabricant;
- De vérifier l'intégrité de l'équipement avant son utilisation;
- De ne pas utiliser un équipement présentant un bris et de ne pas tenter de le réparer seul.

MARCHE À SUIVRE DANS UN TRANSPORT

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section vise la clientèle de tout âge recevant des services du CIUSSS et pour laquelle des interventions sont nécessaires afin de favoriser l'utilisation du transport scolaire, du transport thérapeutique ou du véhicule personnel d'un intervenant ou d'un proche.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

2.1 CONTENTION MÉCANIQUE

EN CONTEXTE PLANIFIÉ	
Mesures AUTORISÉES	Mesures PROSCRITES
<ul style="list-style-type: none"> Dispositif pour empêcher de se détacher dans le transport. Ensemble de retenue conçu pour être utilisé avec le siège d'un véhicule pour retenir un enfant ou une personne handicapée (harnais). 	<ul style="list-style-type: none"> Tout équipement qui altère la fonction de compartimentage d'un autobus. Modification ou mise hors d'usage d'une ceinture de sécurité dont sont équipés les sièges d'un véhicule routier.

3. CONTEXTE D'INTERVENTION

L'utilisation d'une contention mécanique dans un véhicule routier se fait toujours en contexte planifié. Les motifs justifiant l'utilisation d'une mesure de contrôle dans un transport sont la protection et l'agression (voir section 8.1 du Protocole R-16).

3.1 DÉCISION ET APPLICATION

3.1.1 PROFESSIONNELS AUTORISÉS À DÉCIDER D'UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

Professionnels	Contention	Substance chimique
Médecin	Oui	Oui
Infirmière praticienne spécialisée	Oui	Oui
Infirmière	Oui	Non
Ergothérapeute	Oui	Non
Physiothérapeute	Oui	Non

Les travailleurs sociaux, psychologues et psychoéducateurs ne peuvent décider de l'utilisation des mesures de contrôle lorsque la décision doit se prendre à l'extérieur d'un établissement tenu par la LSSSS (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)).

3.1.2 INTERVENANTS AUTORISÉS À APPLIQUER UNE MESURE DE CONTRÔLE

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

3.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

3.2.1 POUR LA CONTENTION MÉCANIQUE

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

RAPPEL

Lorsque la demande vient d'une tierce personne, soit la commission scolaire, l'obtention du consentement de l'utilisateur ou son représentant est nécessaire.

3.3 INSTALLATION

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

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

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

3.4.1 PREMIÈRE RÉÉVALUATION

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

3.4.2 RÉÉVALUATIONS SUBSÉQUENTES

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

4. SURVEILLANCE

L'utilisation d'une mesure de contrôle comporte des risques. Les professionnels ayant décidé d'utiliser une mesure de contrôle doivent déterminer et consigner au plan d'intervention, l'application et les modalités de surveillance en tenant compte du contexte d'utilisation, des risques associés à la mesure et de la condition clinique de l'utilisateur.

Les professionnels doivent s'assurer que les personnes qui appliqueront la mesure dans le transport soient habilités à appliquer la contention. Pour ce faire, ils doivent faire l'enseignement et valider visuellement que la personne est capable de procéder à l'application telle qu'enseignée.

MARCHE À SUIVRE DANS UN TRANSPORT

Les professionnels sont responsables de l'enseignement fait auprès des personnes à qui ils ont fait l'enseignement. Ils ne sont pas responsables :

- Si les personnes appliquent la contention de manière qui ne respecte pas l'enseignement donné;
- Si des personnes autres que ceux qui ont reçu l'enseignement appliquent la contention.

Dans le transport, la contention sera appliquée par une personne qui n'est pas nécessairement un employé du CIUSSS. Dans ce contexte, les professionnels décideurs doivent s'assurer :

- Que les risques liés à l'utilisation de la mesure soient bien expliqués;
- Que les éléments de surveillance soient clairement identifiés;
- Que soit identifiée la manière de procéder à la sortie de l'utilisateur du véhicule en cas d'urgence.

Enfin, lorsque les personnes qui appliquent la mesure ne sont pas des employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale, les professionnels ne peuvent exiger qu'une grille de surveillance soit complétée, ils peuvent cependant en faire la recommandation. Une telle grille vise à consigner le moment de l'installation et du retrait de la mesure pour chaque période de transport.

- Pour une contention dans un véhicule personnel, les personnes qui conduisent l'utilisateur et à qui l'enseignement a été fait ont le droit de consentir ou refuser de compléter une telle grille;
- Pour les chauffeurs scolaires, les professionnels décideurs déterminent avec la commission scolaire responsable du contrat avec les transporteurs, la manière de procéder.

5. TENUE DE DOSSIER

La section 14 du Protocole s'applique.

De plus, les professionnels ayant procédé à l'enseignement de l'application et la surveillance d'une mesure de contrôle doivent noter quand, comment et à qui cet enseignement a été fait.

6. ROLES ET RESPONSABILITES CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

7. ACHAT, ENTREPOSAGE ET ENTRETIEN DE L'EQUIPEMENT

7.1 ACHAT

Le matériel utilisé comme contention mécanique dans le transport peut provenir de l'établissement, de la commission scolaire ou peut être acheté par l'utilisateur et ses proches.

Le matériel acheté par la commission scolaire ou par l'utilisateur et ses proches doit cependant être conforme aux directives du Protocole et de la présente procédure.

7.2 ENTREPOSAGE

Pour le matériel en provenance de l'établissement, la direction est responsable de ce secteur d'activités :

- D'identifier le matériel qui peut être prêté;
- D'en constituer un inventaire;
- D'avoir un lieu pour entreposer le matériel;
- De s'assurer que les membres du personnel connaissent ce lieu d'entreposage.

7.3 ENTRETIEN

Les professionnels décideurs doivent informer l'utilisateur et ses proches que :

- De laver le matériel selon les directives du fabricant;
- De vérifier l'intégrité de l'équipement avant son utilisation;
- De ne pas utiliser un équipement présentant un bris et de ne pas tenter de le réparer seul.

MARCHE À SUIVRE SERVICES AMBULATOIRES

1. USAGERS VISÉS ET MILIEUX D'APPLICATION

Cette section vise la clientèle inscrite de tout âge recevant des soins et/ou des services en externe au programme DITSADP.

2. MESURES DE CONTRÔLES AUTORISÉES ET PROSCRITES PAR LA DIRECTION

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

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

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

3. TENUE DE DOSSIER

Documenter au dossier de l'usager :

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

4. ROLES ET RESPONSABILITES CLINICO-ADMINISTRATIVES

La section 15 du Protocole s'applique.

RÉFÉRENCES

- AFSSAPS (2011). *Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique*. 10 pages.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004). *Cadre de référence – Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement* (Édition révisée).
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Politique relative à la gestion des personnes violentes « Code blanc »*. PO-34.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (PO-40).
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE NATIONALE (2018) : *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*. R-016.
- CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE DE QUÉBEC (2012). *Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimique*.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE (2013). *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention et Isolement*.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL (2017). *Procédure : Application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. Programme du continuum en DI/TSA 1^{re}, 2^e, 3^e ligne et Programme du continuum des services de réadaptation en milieux de vie substitués
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE DE-MONTRÉAL (2017). *Procédure : Application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. Programme santé mentale et dépendance
- INSTITUT UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC. Comité interdisciplinaire de soutien pour l'utilisation judicieuse des mesures de contention et d'isolement. *Prévention de l'utilisation de la contention - Stratégies de prévention et mesures de remplacement*. (2007).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2008). *Aide-mémoire – mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2016). *Cadre de référence : Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*.
- O'DOWD N. et COLL. *Les mesures de contrôle en soutien à domicile : les alternatives et l'utilisation exceptionnelle des contentions*. Équipe de consultation sur les aides techniques. Centre Interval. 2005.
- SOCIÉTÉ ALZHEIMER. Les contentions. Pris sur le site :
[http://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-tough-issues/tough issues restraints f.pdf](http://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/brochures-tough-issues/tough%20issues%20restraints%20f.pdf)

ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE I : MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER PRÉSENTANT UN RISQUE DE CHUTE
Mesures de remplacement reliées à la personne
<ul style="list-style-type: none">• Documenter l'histoire de chute de l'utilisateur, chercher à traiter la cause;• Connaître les habitudes de vie antérieures de l'utilisateur, tenter de les reproduire;• Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique;• S'assurer de répondre aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.);• Mettre en application une routine mictionnelle personnalisée et vérifier fréquemment la culotte d'incontinence;• Permettre des séances de repos (au lit ou au fauteuil) et varier régulièrement le positionnement;• Fournir les auxiliaires à la marche selon le besoin (marchette, canne, etc.), enseigner à l'utilisateur la manière de les utiliser de façon sécuritaire et toujours s'assurer qu'ils sont à proximité de l'utilisateur;• S'assurer du port de chaussures et de vêtements sécuritaires;• S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs;• Rappeler à l'utilisateur de demander de l'aide avant de se lever;• Élaborer et mettre en application un programme d'exercices et d'assistance aux transferts et à la marche.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
<ul style="list-style-type: none">• Adapter la routine selon les besoins de l'utilisateur; mettre en place des tournées standardisées aux heures :• Offrir d'aller aux toilettes;• Demander si l'utilisateur est confortable;• Avant de quitter la chambre : Est-ce que je peux faire autre chose pour vous avant de quitter la chambre?• Respecter le rythme de l'utilisateur;• Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue, intégrer les proches dans les activités de surveillance.• Établir un horaire de marche.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
<ul style="list-style-type: none">• Réfléchir à la localisation de la chambre pour faciliter la surveillance;• Analyser les habitudes de déplacement de l'utilisateur dans sa chambre et aménager une voie sans obstacle et avec appuis fixes;• Offrir des espaces extérieurs adaptés et sécuritaires;• Ajuster l'éclairage selon les besoins et les périodes de la journée;• Aménager des espaces de repos dans les longs corridors;• Assurer la sécurité optimale dans les salles de toilette (désencombrement, barre d'appui);• Mettre en place des technologies de surveillance (détecteur de mobilité, moniteur infrarouge et bracelet anti-fugue) au lit et au fauteuil;• Éclairer adéquatement les espaces de vie et de circulation et réduire les stimuli visuels inutiles;• Fournir des vêtements adaptés (protecteurs de hanche);• Utiliser un tapis de chute près du lit;• Installer les effets personnels de l'utilisateur à sa portée (lunettes, montre, photographies, etc.);• Ajuster le lit au plus bas ou à la hauteur favorisant l'autonomie de l'utilisateur ou utiliser un lit à profil bas;• Utiliser des ridelles souples ou des rouleaux de positionnement;• Utiliser des demi-ridelles ou une barre d'appui fixée au lit pour faciliter le transfert;• Utiliser un fauteuil autobloquant;• Revoir la disposition plancher des meubles et en assurer la stabilité;• Installer des barres d'appui aux endroits stratégiques;• Installer des bandes antidérapantes au plancher.

ANNEXE I: MESURES DE REMPLACEMENT

USAGER DONT LE COMPORTEMENT INTERFÈRE AVEC LES TRAITEMENTS
Mesures de remplacement reliées à la personne
<ul style="list-style-type: none"> • Soulager la douleur ou l'inconfort lié au traitement (ex. : lubrifier les narines dans le cas d'oxygénothérapie via lunettes nasales); • Expliquer clairement le traitement et rassurer la personne; • Évaluer la possibilité de voies d'administration alternative; • Favoriser la participation de l'utilisateur à ses soins, lui permettre de faire des choix.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer d'une bonne communication avec l'utilisateur, lui expliquer clairement le traitement; • Être à l'écoute de ses craintes et préoccupations; • Donner un analgésique avant un soin douloureux au besoin; • S'interroger sur la pertinence du traitement dans le cas d'actes répétitifs douloureux.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
<ul style="list-style-type: none"> • Fixer les tubulures des sondes/cathéters/tubes de gavage; • S'assurer d'un positionnement confortable; • Dissimuler les tubulures/sites d'injection avec un bandage/drap/vêtement.
USAGER QUI PRÉSENTE DE L'ERRANCE
Mesures de remplacement reliées à la personne
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les habitudes de vie antérieures de l'utilisateur et tenter de les reproduire; • Se renseigner sur le milieu de vie antérieur pour créer un aménagement s'y rapprochant; • Utiliser la diversion (télévision, radio, musique, etc.); • Organiser des activités de loisirs et de socialisation (musicothérapie, zoothérapie, aromathérapie, etc.); • Planifier des activités occupationnelles à caractère répétitif (ex. plier des serviettes); • Respecter le besoin de l'utilisateur de se sentir utile par des activités significatives; • Fournir les auxiliaires à la marche selon le besoin (marchette, canne, etc.) et en enseigner à l'utilisateur l'utilisation sécuritaire; • S'assurer du port de chaussures et de vêtements sécuritaires; • S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
<ul style="list-style-type: none"> • Orienter l'utilisateur (ex. : le saluer, le guider dans l'unité); • Adapter la routine selon les besoins de l'utilisateur; • Respecter le rythme de l'utilisateur; • Vérifier que les besoins physiologiques de base sont répondus au bon moment (hydratation, alimentation, élimination, etc.); • Adopter une attitude rassurante et chaleureuse auprès des usagers; • Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue; • Intégrer les proches dans les soins et les loisirs; • Favoriser la participation de bénévoles; • Élaborer un registre avec photo des usagers (requiert le consentement de l'utilisateur ou son représentant) à risque de fugue; • Accorder du temps à la personne.

ANNEXE I: MESURES DE REMPLACEMENT

Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
<ul style="list-style-type: none">• Identifier la chambre de l'utilisateur par son nom, par une photographie;• Présence d'objets familiers à la chambre;• Utiliser des repères environnementaux (identifier les toilettes, la chambre, les zones communes, etc.);• Offrir des espaces extérieurs adaptés et sécuritaires;• Mettre en place des mesures d'aménagement territorial pour le respect de l'intimité des autres usagers (demi-porte, rideaux);• Installer des barrières psychologiques, camoufler les portes ou les endroits dangereux auxquels l'utilisateur ne doit pas avoir accès;• Aménager des espaces de repos dans les grands corridors;• Éclairer adéquatement les espaces de vie et de circulation et réduire les stimuli visuels inutiles;• Fournir des vêtements adaptés (protecteurs de hanche);• Installer des barres d'appui aux endroits stratégiques;• Installer des bandes antidérapantes au plancher.
USAGER PRÉSENTANT DE L'AGRESSIVITÉ
Mesures de remplacement reliées à la personne
<ul style="list-style-type: none">• Permettre à l'utilisateur de verbaliser;• Soustraire l'utilisateur aux stimuli provocateurs;• Proposer des méthodes de relaxation;• Proposer des activités de diversion;• Permettre à l'utilisateur de prendre certaines décisions et de faire des choix;• Respecter l'intimité de l'utilisateur (ex. : frapper avant d'entrer dans la chambre);• Respecter le niveau d'autonomie, les capacités et les limites de l'utilisateur;• Clarifier les situations et expliquer les raisons de certaines décisions;• Informer l'utilisateur de ce qui est fait pour répondre à ses besoins;• Reconnaître la réalité et l'intensité du vécu émotif de l'utilisateur.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
<ul style="list-style-type: none">• Utiliser les techniques de pacification;• Identifier les causes de l'agressivité et les signes avant-coureurs pour éviter l'escalade;• Éviter l'argumentation;• Maintenir la communication et adapter le langage et le mode de communication selon les capacités de la personne;• Documenter les comportements agressifs à partir d'une grille d'observation pour en identifier les déclencheurs (ex grille de Cohen-Mansfield);• Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
<ul style="list-style-type: none">• Prévoir un espace sécuritaire, exempt de tout objet pouvant représenter une arme potentielle, où la personne peut se retirer ou se reposer;• Réduire les stimuli visuels et auditifs inutiles;• Assurer une température confortable (ex. : climatisation, ventilation, chauffage);• Favoriser l'aménagement d'une chambre seule;• Mettre en place des mesures d'aménagement territorial pour le respect de l'intimité des autres usagers (demi-porte, rideaux).

USAGER PRÉSENTANT DE L'AGITATION OU DES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS
Mesures de remplacement reliées à la personne
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et respecter dans la mesure du possible les habitudes de vie antérieures de l'usager; • Surveiller les effets de la médication et évaluer le profil pharmacologique; • S'assurer de répondre rapidement aux besoins physiologiques de base (hydratation, alimentation, etc.); • Mettre en application une routine mictionnelle personnalisée et vérifier fréquemment la culotte d'incontinence; • Soulager la douleur; • Favoriser des périodes d'activités physiques pour canaliser l'énergie; • Rechercher et reconnaître les manifestations d'un delirium, identifier et traiter la cause; • Agir sur les causes physiologiques de l'agitation comme la douleur, l'infection et la constipation ; • Documenter les comportements perturbateurs à l'aide d'une grille d'observation pour identifier le patron de récurrence; • Respecter le cycle et les habitudes de sommeil; • S'assurer du port et de l'ajustement adéquat des verres correcteurs et/ou des appareils auditifs.
Mesures de remplacement reliées à la dispensation et à l'organisation des soins
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en application des techniques de l'approche relationnelle de soins; • Faciliter la communication, donner des consignes courtes et claires, adapter la communication au niveau cognitif; • Concevoir un tableau de communication; • Faire appel à un interprète; • Connaître les habitudes de vie antérieures de l'usager, tenter de les reproduire; • Adapter la routine selon les besoins de l'usager; par exemple, si l'usager refuse ses soins d'hygiène, lui proposer l'activité plus tard; • Respecter le niveau d'autonomie de l'usager et encourager sa participation active à ses soins; • Respecter le rythme de l'usager; • Adopter un ton calme et une attitude rassurante et chaleureuse auprès des usagers; • Favoriser la stabilité du personnel soignant; • Assurer la continuité dans les soins sur les différents quarts de travail; • Assurer une surveillance adéquate et une observation accrue; • Intégrer les proches dans les soins et les loisirs; • Favoriser la participation de bénévoles; • Élaborer et mettre en application un programme d'exercices ou identifier une occupation pour canaliser l'énergie; • Respecter le besoin de l'usager de se sentir utile par des activités significatives; • Utiliser la diversion (télévision, radio, musique, etc.); • Organiser des activités de loisirs, de stimulation cognitive et de socialisation (musicothérapie, zoothérapie, aromathérapie, etc.); • Planifier des activités occupationnelles à caractère répétitif (ex. : plier des serviettes); • Mettre en place un horaire de marche; • Renforcer les comportements positifs.
Mesures de remplacement reliées à l'équipement et à l'environnement physique
<ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir à la localisation de la chambre, la choisir près des lieux d'activités; • Identifier la chambre par son nom, par une photographie; • Aménager un environnement prothétique; • Camoufler les portes et les armoires qui ne doivent pas être utilisées par les usagers; • Installer les effets personnels près de l'usager, à sa portée (lunettes, montre, photographies, etc.); • Diminuer les stimuli ambiants (lumière, bruit, etc.); • Ajuster le besoin de stimulation en cas de sous-stimulation (ex. : chaise berçante, musique, aromathérapie); • Proposer des objets transitionnels (ex. : photos des proches de l'usager, animaux en peluche).

ANNEXES

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

PRINCIPAUX EFFETS DE L'UTILISATION DE MESURES DE CONTRÔLE SUR LA SANTÉ DE L'USAGER			
Effet sur la santé physique	Effets sur la santé psychologiques		
<ul style="list-style-type: none"> • Détérioration de l'état général; • Blessures diverses souvent liées aux tentatives de la personne pour se défaire de sa contention; • Inconfort; • Compression; • Augmentation du risque de blessures sévères lors de chutes; • Syndrome d'immobilisation ou grabatisation; • Décès par strangulation; • Troubles du sommeil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impression que les employés manquent d'empathie à leur égard • Baisse de l'estime de soi • Augmentation de l'agitation • Apparition ou exacerbation des états confusionnels, delirium • Sentiments négatifs (ex. : Agressivité, peur, colère, dépression, humiliation, abandon) • Aggravation de l'apathie, de la dépression et de la paranoïa • Résistance au traitement • Sentiment d'impuissance • Déshumanisation • Insécurité (sentiment de ne pas être en mesure de se protéger/défendre s'il arrive un évènement) • Sentiment d'être puni ou d'être emprisonné • Isolement • Retrait social 		
Effets indirects			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire et fécale • Constipation • Diminution de l'appétit • Déshydratation • Perte de poids • Perte d'autonomie fonctionnelle </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Risque accru d'infection • Troubles pulmonaires et circulatoires • Déprivation sensorielle • Fonte musculaire • Lésions de pression • Hypotension orthostatique • Raideur articulaire </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire et fécale • Constipation • Diminution de l'appétit • Déshydratation • Perte de poids • Perte d'autonomie fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque accru d'infection • Troubles pulmonaires et circulatoires • Déprivation sensorielle • Fonte musculaire • Lésions de pression • Hypotension orthostatique • Raideur articulaire 	
<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire et fécale • Constipation • Diminution de l'appétit • Déshydratation • Perte de poids • Perte d'autonomie fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque accru d'infection • Troubles pulmonaires et circulatoires • Déprivation sensorielle • Fonte musculaire • Lésions de pression • Hypotension orthostatique • Raideur articulaire 		

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

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

Risques spécifiques associés aux mesures de contrôles autorisées.

MESURE DE CONTRÔLE	RISQUES POSSIBLES
CONTENTION MÉCANIQUE	
Grenouillère	<ul style="list-style-type: none"> Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur. Risque possible, mais rare : Strangulation lorsque l'utilisateur peut difficilement se mobiliser dans son lit ou lors de tentative de la retirer..
Mitaines de protection	<ul style="list-style-type: none"> Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur. Risque possible, mais rare : Suffocation si l'utilisateur pousse la mitaine dans sa bouche.
Attache-poignet et attache-cheville	<ul style="list-style-type: none"> Irritation cutanée et effets sur la santé psychologique et le comportement de l'utilisateur.
Ceinture au fauteuil que l'utilisateur ne peut détacher seul ET Tablette au fauteuil avec ceinture	<ul style="list-style-type: none"> Irritation cutanée, chute vers l'avant³. Risque possible, mais rare : Suffocation (décès) si l'utilisateur parvient à se glisser sous la ceinture⁴.
Fauteuil bas et inclinable	<ul style="list-style-type: none"> Chute.
Lit à profil bas	<ul style="list-style-type: none"> Chute.
Système de contention magnétique au lit	<ul style="list-style-type: none"> Irritation cutanée. Risque possible, mais rare : Suffocation⁴ (décès).
ISOLEMENT	
Porte avec accès visuel	<ul style="list-style-type: none"> Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents), détérioration de la condition physique et mentale Blessures (automutilation, objet de la pièce), détérioration de la condition physique et mentale.
Demi-porte	<ul style="list-style-type: none"> Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents). Blessures (automutilation, objet de la pièce), détérioration de la condition physique et mentale, chute d'une hauteur élevée.
Surveillance constante dans un lieu restreint	<ul style="list-style-type: none"> Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents).
Dispositif agissant comme barrière psychologique	<ul style="list-style-type: none"> Effet sur la santé psychologique et sur le comportement de l'utilisateur (comportements violents).

³ La chute vers l'avant avec un fauteuil se produit généralement lorsque la ceinture est mal ajustée

⁴ Un usager qui se glisse sous une ceinture au fauteuil se produit généralement lorsque la ceinture est mal ajustée. Il en est de même pour la ceinture magnétique au lit.