



# **Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle**

## **Les contentions physiques et l'isolement**

**Élaboré par:  
Clara Tomassini  
Conseillère-cadre en soins infirmiers  
Juillet 2007**

# Collaborateurs

*Membres du comité sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*

- **Réjean Ayotte**, conseiller en soins infirmiers, Centre d'hébergement Marie-Rollet et Robert-Cliche
- **Line Flamand**, infirmière CLSC Olivier Guimond
- **Suzette Ghoubril**, médecin, Centre d'hébergement Éloria-Lepage
- **Chantal Grandchamp**, infirmière, Centre d'hébergement Jeanne-LeBer
- **Nathalie Leblanc**, ergothérapeute, Centre d'hébergement Marie-Rollet
- **Geneviève Lemire**, ergothérapeute, CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- **Joçelyne Levesque**, conseillère en soins infirmiers, Centre d'hébergement J.-H. Charbonneau et Éloria-Lepage
- **Carolle Martin**, directrice des services à la clientèle, Centre d'hébergement J.-H. Charbonneau
- **Chantale Ménard**, travailleuse sociale équipe psycho-gériatrie, CLSC Hochelaga-Maisonneuve
- **Stéphanie Michaud**, thérapeute en réadaptation, Centre d'hébergement Rousselot
- **Monique Robin**, travailleuse sociale, CLSC Rosemont
- **Francine Savaria** ergothérapeute, Centre d'hébergement Jeanne-Leber
- **André Thibodeau**, directeur des services à la clientèle, Centre d'hébergement Éloria-Lepage
- **Clara Tomassini**, conseillère en soins infirmiers, Centre d'hébergement Jeanne-LeBer

# [ Buts de la formation ]

- Diffuser la nouvelle politique « mesures de contrôle »;
- Améliorer les connaissances sur les contentions;
- Susciter une réflexion sur l'utilisation des contentions et de l'isolement afin de les réduire;
- Susciter la créativité dans les choix des mesures de remplacement (alternatives);

# [ Définition: contention ]

- « Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap » (MSSS)

# [ Définition: isolement ]

- « Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement » (MSSS)

# [ Historique ]

- 1950: Contention physique considérée comme une bonne pratique de soins
- 1960-70: Publications nombreuses sur effets néfastes
- 1970-80: Au États-Unis début de programme de réduction des contentions
- 1990: Au États-Unis procédures strictes d'utilisation des contentions

# [ Historique (suite) ]

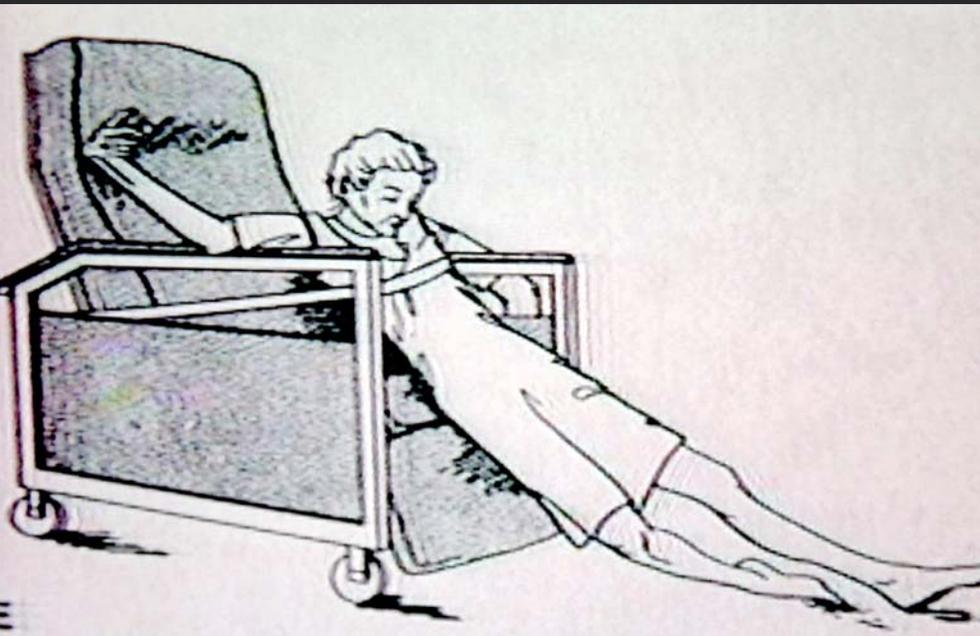
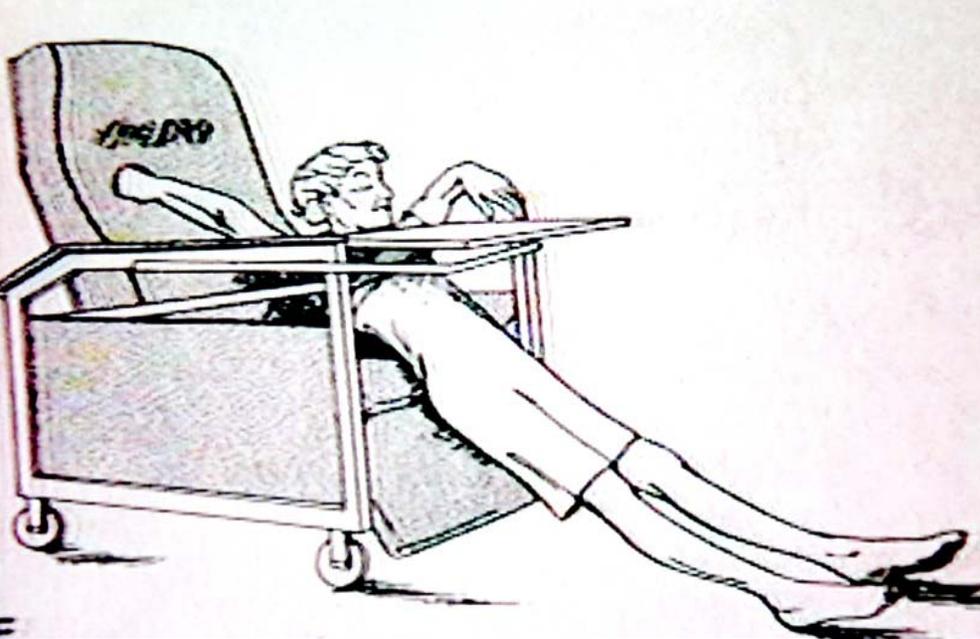
- 2000: Au Québec, document de référence: « L'utilisation de la contention physique » A.H.Q.
- 2002: -Orientations ministérielles du ministère de la santé et des services sociaux qui encadre l'utilisation contentions (2002);  
-Loi 113 obligation pour les centres de santé de gérer les risques à la clientèle

# [ Statistiques ]

- Canada: 1980 entre 30% et 85% en soins de longue durée (entre 7% et 22% en soins aigus).
- États-Unis: idem au Canada
- Angleterre: utilisation rarissime (moins de 10% en soins de longue durée)

# [ **Statistiques** (suite) ]

- Au Québec, plus de 30 décès entre 1986 et 1998, à la suite de l'utilisation de contention physique



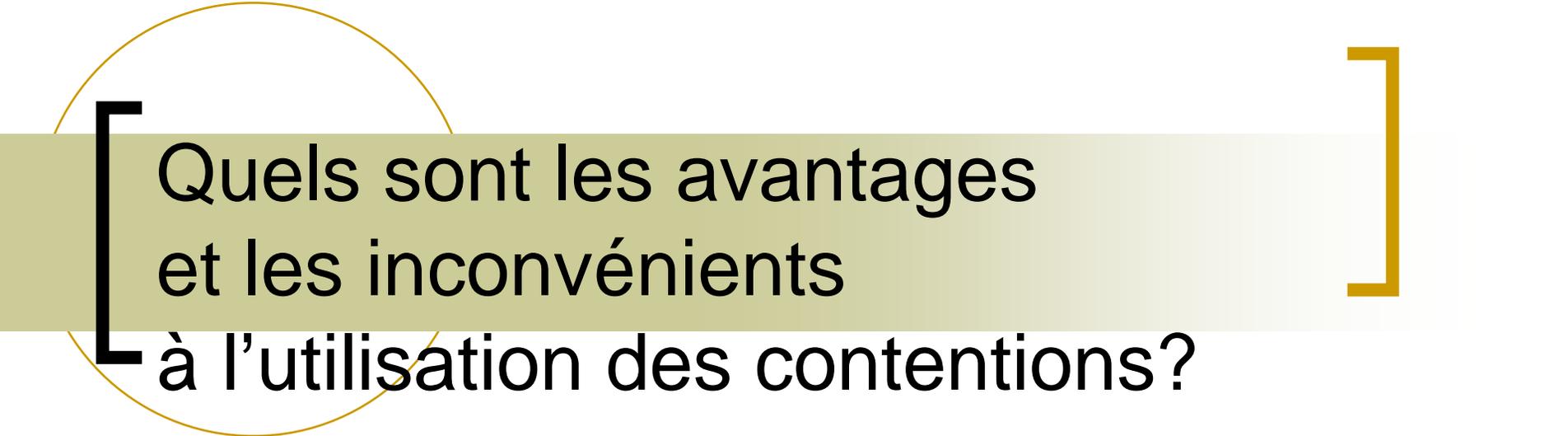
# [ Quizz ]

---

- Les contentions physiques sont-elles un « bon » traitement?
- Un usager sous contention physique est-il en sécurité?
- Un usager sous contention physique nécessite-il moins de soins?

# [ Réponse au quizz ]

- L'utilisation des mesures de contrôle n'est pas une bonne pratique car;
  - ne prévient pas les chutes, ni les blessures graves;
  - ne sécurise pas l'utilisateur agité;
  - les utilisateurs requièrent plus de soins et de surveillance.



Quels sont les avantages  
et les inconvénients  
à l'utilisation des contentions?

# Les avantages

- Les études et les faits ne démontrent pas d'évidence d'efficacité ou de sécurité à l'utilisation des contentions;
- Par contre, les programmes de réduction des contentions physiques démontrent une réduction du taux de blessures (Neufeld RR, JAGS 1999) ainsi que de la gravité des blessures;
- La recherche suggère que la contention physique cause plus de problème qu'elle en prévient.

# Les inconvénients associés à l'utilisation des contentions

- Plan physiologique:
  - Détérioration de l'état générale;
  - Perte d'autonomie fonctionnelle;
  - Blessures diverses liées aux tentatives de se défaire de sa contention;
  - Augmentation de blessures sévères lors de chute;

# Les inconvénients associés à l'utilisation des contentions

- Plan physiologique (suite):
  - Immobilité;
  - Fonte musculaire et osseuse;
  - Lésions de pression;
  - Incontinence;
  - Troubles pulmonaires et respiratoires;
  - Décès prématuré;

# Les inconvénients associés à l'utilisation des contentions

- Plan psychologique:
  - Anxiété, peur, agitation;
  - Augmentation de l'état confusionnel;
  - Colère, agressivité, dépression;
  - Abandon, résignation;
  - Diminution de l'estime de soi, sentiment de perte de contrôle;

# Les inconvénients associés à l'utilisation des contentions

- Famille
- Image négative de l'être cher
- Désolation, tristesse
- Gêne, impuissance
- Désintéressement
- Diminution des visites
- Intervenants
- Augmentation de la culpabilité
- Insatisfaction
- Modification dans la communication
- Surcharge de travail en raison des diverses interventions requises par l'utilisateur sous contention

# Principes directeurs pour utilisation des mesures de contrôle (Orientations SSS)

- 1) La contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent pour l'utilisateur ou autrui;
- 2) La contention et l'isolement ne doivent être envisagés qu'à titre exceptionnel et en dernier recours;
- 3) Lors de l'utilisation de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne;

# Principes directeurs pour utilisation des mesures de contrôles (suite)

- 4) L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne et doit faire l'objet d'une supervision attentive. En aucun temps, la contention doit être utilisée pour discipliner, punir, priver, corriger ou contrôler des comportements qui ne mettent pas en danger les personnes;
- 5) L'utilisation de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement être balisée et contrôlée afin d'assurer le respect de la politique.
- 6) L'utilisation de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de l'établissement.

# [ Aspect éthique ]

- Droit à l'autonomie prime sur le droit à la protection;
- « Un établissement a le devoir de protéger un individu susceptible de se blesser. Cependant, il n'a pas le devoir de restreindre les usagers. » (Frengley JD, 1998);
- L'agitation conduit à la contention et la contention exacerbe l'agitation.

# [ Craintes légales ]

- « La jurisprudence porte surtout sur des cas où la contention physique a été utilisée de manière non appropriée plutôt que sur le fait de ne pas avoir appliqué cette mesure. » (Marshall BK 1999, Evans LK 1990)
- Les familles intentent des poursuites contre les intervenants et les établissements dans le cas de trauma ou décès ayant résulté de l'utilisation de contention physique et non la situation inverse.

# [ Aspects légaux ]

- Code criminel du Québec;  
« Négligence criminelle pour avoir dans l'utilisation de la contention montré une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui. »

# [ Aspects légaux (suite) ]

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

# Aspects légaux (suite)

- Code civil du Québec;

« Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur.

Si le majeur n'est pas représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. »

# [ Aspects légaux (suite) ]

- Code civil du Québec;  
« En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. »

# [ Aspects légaux (suite) ]

- Loi sur les services de santé et service sociaux;  
« ...lorsqu'une mesure de contrôle est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée au dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure. »

# L'utilisation des contentions ne doit pas:

- Habitude
- Routine
- Substitut pour un manque de surveillance

# Matériel de contention et d'isolement

## ■ Contention au lit:

- -Ceinture magnétique avec courroies latérales (en option bretelles et courroie pelvienne)
- -Courroie de poignets et chevilles (unité spécifique et clientèle multi handicapée)

## ■ Contention au fauteuil:

- -Ceinture magnétique (en option bretelles et courroie pelvienne)
- -Ceinture pelvienne
- -Tablette
- -Ceinture aux hanches (attache avant ou arrière)
- -Adaptation de l'équipement (ex.: fauteuil incliné, freins...)

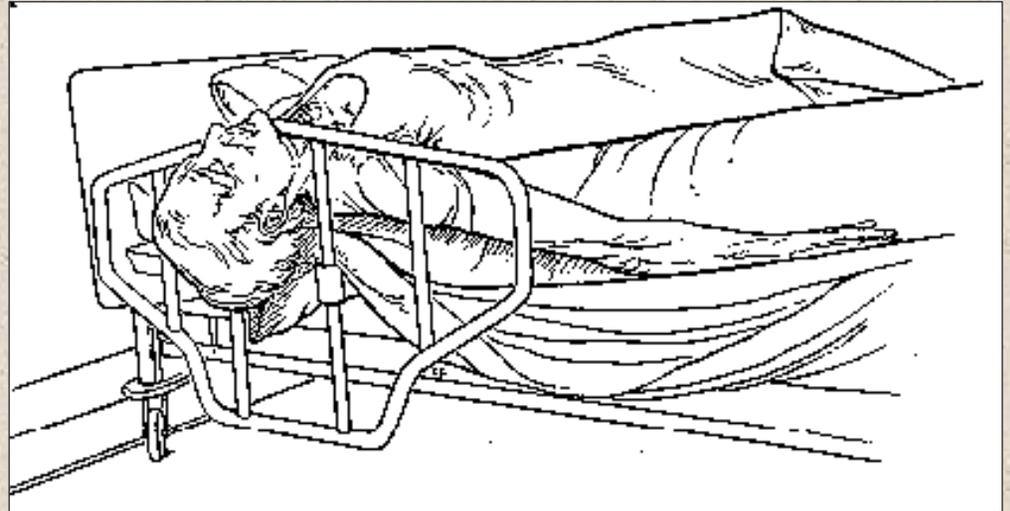
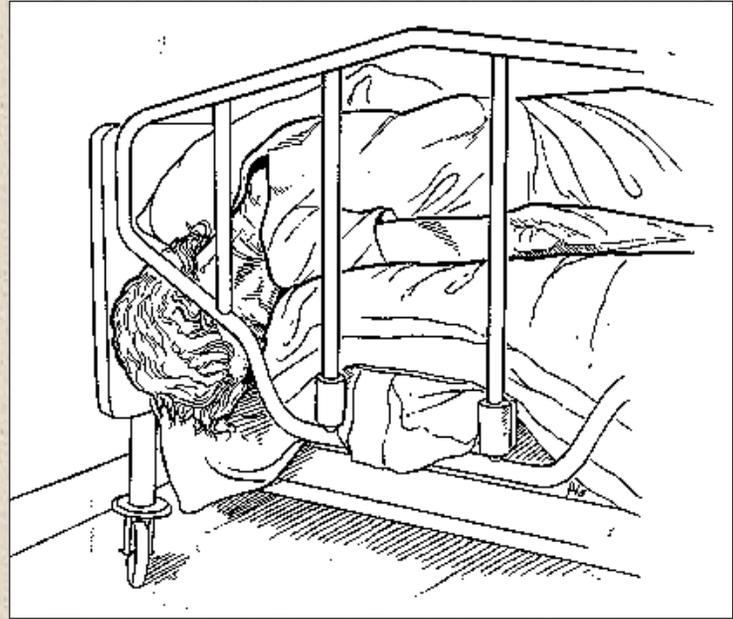
# Le matériel de contention et d'isolement (suite)

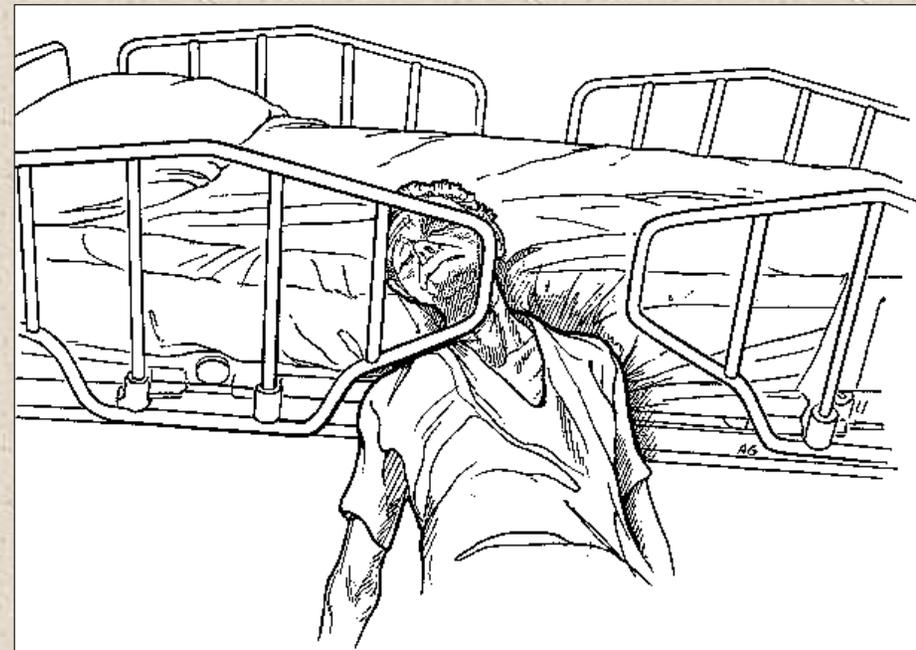
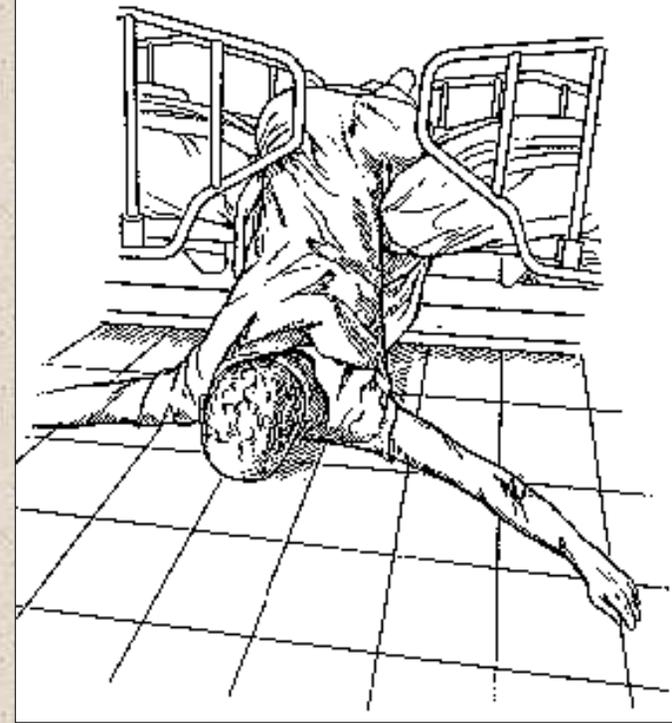
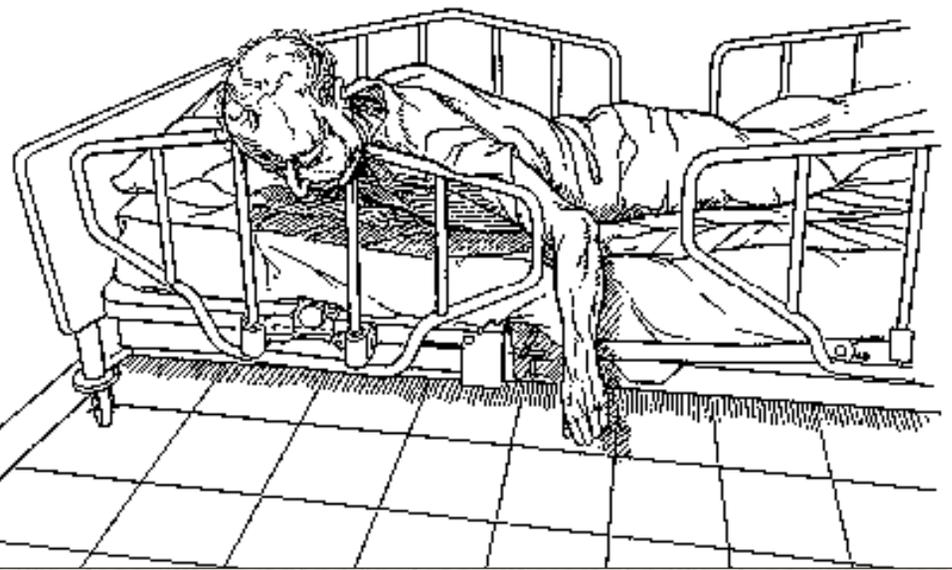
- Isolement:
- -Demi-porte ou barrière
- -Chambre d'observation à l'unité spécifique

N.B.: l'isolement nécessite une ordonnance médicale.

# [ Exceptions ]

- Positionnement favorisant la réalisation d'habitudes de vie ou la réduction d'une incapacité.
- Barrières psychologiques ex.; bandes sur le plancher, bannière au travers de la porte facilement amovible sont considérées comme des signaux dissuasifs.
- Les cotés de lit ne sont pas encore comptabilisés comme une contention (en attente des recommandations du ministère) mais peuvent aussi occasionner des décès.





# [Loi modifiant le code des professions]

- Avant la loi:

- Décision par le médecin

- Contention  
(ordonnance médicale)

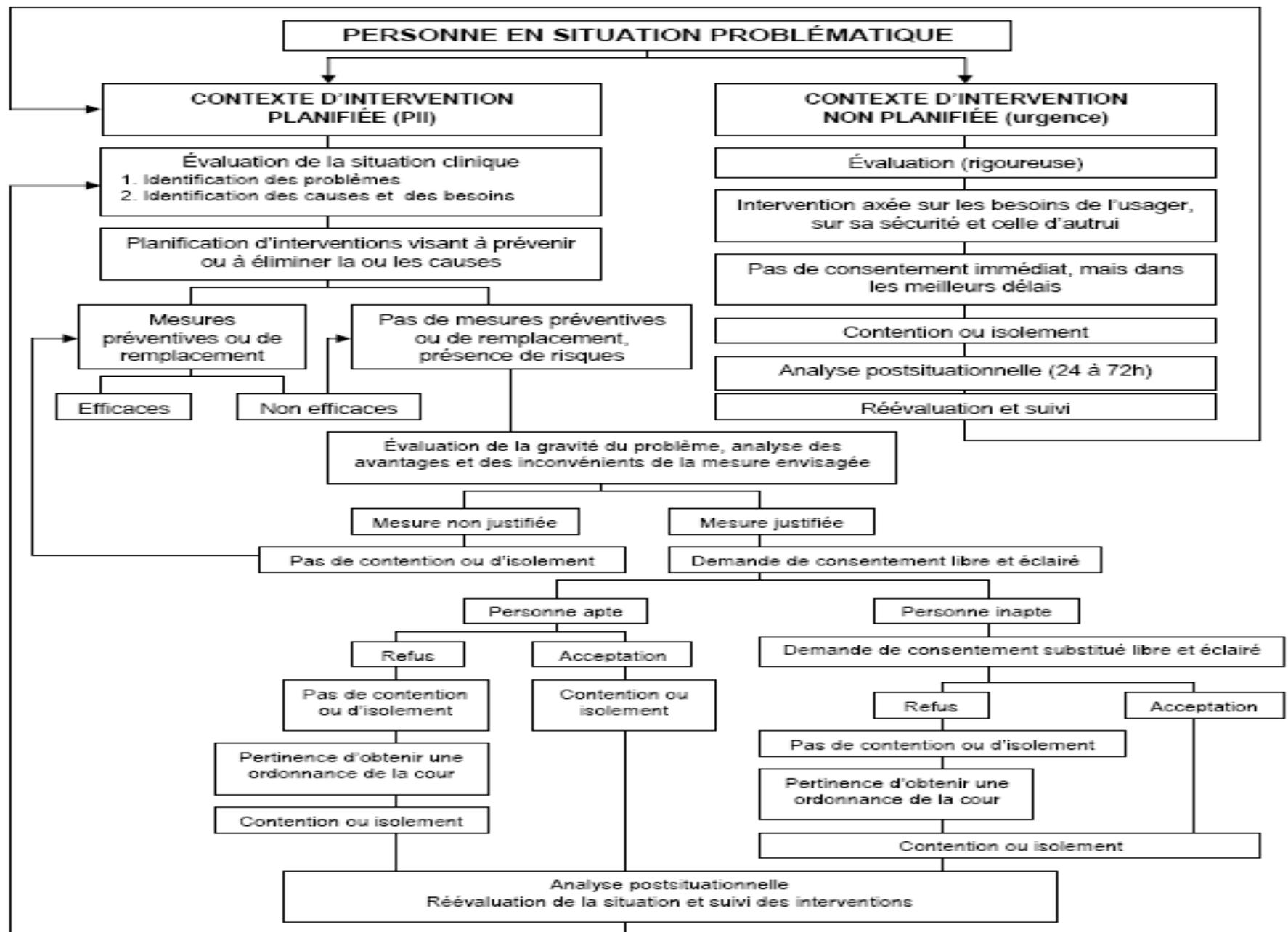
- Isolement  
(ordonnance médicale)

- Maintenant:

- Intervention interdisciplinaire

- Médecin, inf., ergo., physio.

- Ordonnance médicale

**ALGORITHME : DU PROCESSUS DE DÉCISION DES MESURES DE CONTRÔLE**

# [ Modalités d'application ]

- 1. Démarche préliminaire:
  - A) Grille d'observation du comportement à compléter sur les trois quarts de travail pendant 3 jours;

## GRILLE D'OBSERVATION CLINIQUE DU COMPORTEMENT

Raisons d'utilisation de la grille:

---

---

- Instructions:**
1. A compléter sur les **trois quarts de travail**, par le personnel autorisé à documenter le dossier
  2. Noter les faits tels qu'observés (minimum 3 jours)

DATE	HEURE	DESCRIPTION DU COMPORTEMENT PERTURBATEUR	ÉLÉMENT(S) DÉCLENCHANT(S) (environnement-activité-personne)	CE QUI EST FAIT PAR L'INTERVENANT (mesures alternatives)	RESULTATS	SIGNATURE

# [ Modalités d'application (suite) ]

- 1. Démarche préliminaire (suite):
  - B) Documenter le dossier:  
identifier les facteurs à l'origine des comportements, les causes, la signification du comportement, la fréquence, le moment de la journée, la durée de la situation problématique;

## ÉVALUATION DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES À L'ORIGINE DES COMPORTEMENTS MENANT À L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

### COMPORTEMENTS

Agitation et agressivité

### FACTEURS ÉTIOLOGIQUES POTENTIELS

#### Facteurs physiques et physiologiques :

- délirium
- dépression
- démence
- douleur
- sensation de froid, de chaud, de soif, de faim
- incontinence, constipation
- rétention urinaire
- fatigue

#### Facteurs environnementaux :

- excès de bruits
- sous-stimulation ou sur stimulation
- hausse ou baisse de la température ambiante
- manque de stabilité des équipes (trop grande rotation)
- travail orienté sur la tâche et non centré sur le résident
- formation inadéquate du personnel auxiliaire

#### Facteurs psychosociaux :

- envahissement de l'espace personnel du résident
- perte de liberté de choix, perte de contrôle
- sentiment de perte d'identité
- sentiment d'insécurité lié à une admission récente, un transfert de chambre, du nouveau personnel soignant, une nouvelle routine

#### Facteurs de risque :

- antécédent de chute
- admission ou transfert récent
- déficits perceptuels et cognitifs
- témérité
- agitation
- médication
- hypotension orthostatique
- problème de mobilité
- troubles d'élimination
- troubles visuels et auditifs
- facteurs extrinsèques : chaussures, plancher luisant, éclairage, hauteur du lit, cloche d'appel, disposition du mobilier, encombrement du corridor, aide technique inadéquate, manque de somme
- malaises physiques et psychologiques liés à la présence de dispositifs, tels qu'une sonde urinaire, un masque à oxygène, une sonde nasogastrique, un cathéter intraveineux, etc.
- altération du statut mental

Chute(s)

(Voir le protocole de soins :  
« Prévention des chutes, guide  
d'évaluation et d'intervention

Résistance à un traitement

# [ Modalités d'application (suite) ]

- 1. Démarche préliminaire (suite):
  - C) Tenter des mesures alternatives: pour prévenir, réduire ou éliminer les comportements qui mettent en danger l'utilisateur ou son entourage;
  - D) Demander une évaluation des professionnels (ergothérapeute, technicien en réadaptation...).

# [ Mesures alternatives ]

- Personne

- Réviser la médication
- Utiliser aides techniques (lunettes, appareil auditif, marchette)
- Horaire régulier d'élimination
- Agir sur les causes physiologiques potentielles de l'agitation (douleur, soif, faim, besoin de marcher)

# [ Mesures alternatives (suite) ]

- Personne (suite)

- Tenir compte des habitudes de vie (sommeil, bain etc.)

- Faire diversion (TV, magazines, plier du linge etc.)

- Individualiser les interventions

# [ Mesures alternatives (suite) ]

## ■ Soins et intervenants

- Retirer temporairement la contention (soins, visiteurs)
- Intégrer les familles
- Consulter d'autres professionnels (ergo, physio)
- Surveillance accrue (ex.; rapprocher l'usager près du poste de l'unité, etc.)

# [ Mesures alternatives (suite) ]

- Équipement et environnement
  - tapis sur plancher (point chute)
  - coussin de positionnement (rouleaux...)
  - Trapèze
  - Chaise d'aisance dans chambre
  - Chaise ou table près du lit
  - Lit bas
  - Matelas sur le plancher ou sur plate-forme

# Mesures alternatives (suite)

- Équipement et environnement (suite)
  - Alarme (au vêtement, sur le lit ou fauteuil)
  - Lit collé sur le mur
  - Demi côtés de lit
  - Veilleuse
  - Bandes antidérapantes sur plancher près du lit, etc.
  - Diminution des stimuli (lumière, bruit, etc.)

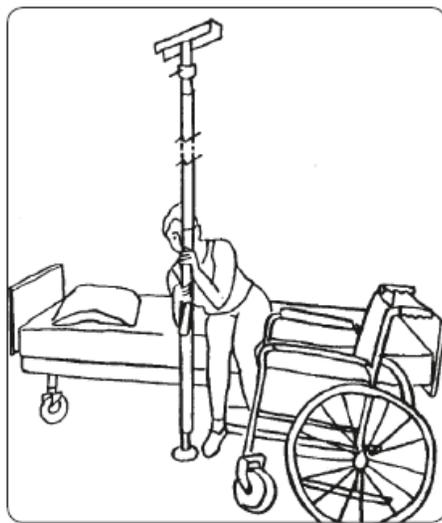
N.B.: Autres suggestions à l'annexe 2 de la politique sur les mesures de contrôle.



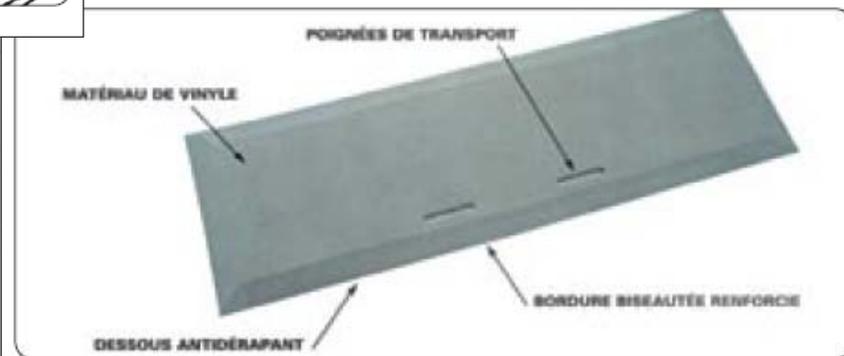
2. Comme mesure alternative à la contention, une barre d'appui plancher/plafond est installée près du lit abaissé au plus bas.



Appuis fixes ou mobiles : les demi-ridelles et le pôle plancher/plafond\* favorisent la mobilité du client en lui offrant un appui pour se lever du lit ou se coucher.



Protecteur de hanche : culotte moulante munie d'une paire de coquilles protectrices qui recouvrent les hanches. Les surfaces rembourrées agissent comme des diffuseurs d'impact lors d'une chute afin de réduire les risques de blessure.



Tapis de chute : placé au sol le long du lit, ce tapis amortit la chute du client, s'il y a lieu.



*Fauteuil berçant autobloquant : dès que le client se lève, le fauteuil se stabilise grâce à un mécanisme autobloquant et arrête de bercer. Il est muni d'appuie-bras allongés, d'un système antibascule et il est ajustable en hauteur.*



*Freins automatiques : les freins s'appliquent automatiquement dès que le client se lève.*

*Coussin et bande sonores : ces équipements se placent sur le fauteuil roulant ou dans le lit. Ils émettent un signal qui peut être relié au poste infirmier lorsque le client se lève.*



# [ Modalités d'application (suite) ]

- 2. Application d'une mesure de contrôle:
  - A) Décision prise en équipe interdisciplinaire (incluant usager ou son représentant);
  - B) Consentement de l'utilisateur ou son représentant légal;
  - C) Application de grille de surveillance.

## PROCESSUS DE DÉCISION : CONTENTION PHYSIQUE OU ISOLEMENT

### Étapes charnières du processus de décision

- Évaluation initiale et continue :  
Manifestations cliniques de l'usager (annexe 7)  
Facteurs étiologiques potentiels (annexe 8)
  - Physiques et physiologiques;
  - Psychosociaux et environnementaux.
- Jugement clinique :
  - État de santé de l'usager;
  - Niveau de sévérité du problème de l'usager : risque pour soi ou pour autrui.
- Choix des interventions infirmières :
  - Mesures alternatives à la contention physique (annexe 2);
  - Contention, en dernier recours.
- Analyse des avantages et des effets indésirables (annexe 3) liés à chacune des interventions possibles.

### Questions qu'on doit de poser

- Quels sont les manifestations cliniques et les comportements que présente l'usager?
- Que signifient ces comportements?
- Quels sont les facteurs en cause?
- Quelles en sont les conséquences?
- Quel est le degré de sévérité du problème : existe-t-il un risque pour l'usager et pour les autres ?
- Quelles sont les mesures qui peuvent éviter l'utilisation de la contention?
- Quels sont les motifs qui justifient la contention physique?
- En fonction de la situation et du risque que présente l'usager pour lui-même et les autres, quels sont l'efficacité, les avantages et les inconvénients associés à chacune des interventions possibles?
- Qu'en pense l'usager ou son représentant?
- La situation conduit-elle à un dilemme?

- Planification des soins :
  - Description de la problématique que présente l'utilisateur (annexe 7);
  - Choix des interventions, notamment les mesures alternatives visant à éviter la contention physique;
  - Rencontre interdisciplinaire;
  - Choix du type de contention, de la grandeur et de l'endroit susceptible d'être utilisée;
  - Précision d'une durée maximale d'application continue et d'une période de repos sans contention;
  - Précision de la durée de validité de l'application de la contention physique;
  - Précision des soins, des éléments à surveiller et de la fréquence des visites;
  - Précision des interventions de soutien et d'accompagnement requis.
- Obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant (annexe 10).
- Évaluation des interventions :
  - Mesures alternatives;
  - Contention physique.
- Établissement d'une documentation, notamment la note d'évolution de l'infirmière et le plan de soins et de traitements infirmiers (progiciel clinique, exemple : Sichel)
  - Est-ce que toutes les mesures alternatives à la contention ont été clairement indiquées dans la documentation?
  - La communication avec le médecin, les autres membres de l'équipe, professionnels et non professionnels, a-t-elle été assurée (consultation, réunion interdisciplinaire, etc.)?
  - Le choix de la contention s'est-il fait en considérant le comportement à contraindre, le bien-être et la sécurité de l'utilisateur?
  - Les soins et la surveillance tiennent-ils compte des besoins physiques, psychologiques et relationnels de l'utilisateur et des lignes directrices de pratique?
  - L'utilisateur ou son représentant a-t-il reçu toute l'information pour être en mesure de procéder à un consentement libre et éclairé? Le suivi est-il assuré?
  - Les mesures alternatives sont-elles efficaces?
  - La réévaluation de la pertinence de la contention physique a-t-elle été faite régulièrement, le suivi est-il assuré?
  - La documentation ou la tenue de dossier reflète-t-elle le processus de décision?

# [ Notes au dossier ]

- Bilan de la rencontre interdisciplinaire;
- Consentement;
- Raisons motivant l'utilisation d'une mesure de contrôle;
- Mesures alternatives utilisées et les résultats;
- Type de contention ou d'isolement;
- Surveillance exercée et soins prodigués.

# DÉCISION DE CONTENTION PHYSIQUE – ISOLEMENT

PROCESSUS DE DÉCISION INTERDISCIPLINAIRE : VOIR VERSO

## Section 1

MOTIFS :  Danger pour (lui ou elle-même)  Danger pour les autres

TYPE DE CONTENTION : AU LIT

Ceinture magnétique  
 Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AU FAUTEUIL

Ceinture magnétique  
 Ceinture pelvienne  
 Autre ceinture \_\_\_\_\_  
 Tablette  
 Autres : \_\_\_\_\_

TYPE D'ISOLEMENT :  chambre d'observation à l'unité spécifique  
 Demi-porte ou barrière

Signature du médecin pour l'isolement : \_\_\_\_\_

DURÉE :  24/24 heures  moins de 24 heures  au besoin à l'unité spécifique

## Section 2

### CONSENTEMENT OU REFUS POUR L'APPLICATION D'UNE CONTENTION OU ISOLEMENT

J'ai été informé par le personnel professionnel de l'état de santé de : \_\_\_\_\_

- J'autorise** | expressément l'application de mesure de contention, sur moi ou sur la personne que je représente. Je comprends les conséquences de mon choix et celui-ci est fait uniquement dans le but de servir le meilleur intérêt de cette personne
- Je refuse**
- Consentement téléphonique temporaire, donné par :**

\_\_\_\_\_ Témoin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Signataire : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Témoin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Une nouvelle demande de consentement devra être obtenue s'il y a un changement majeur dans la présentation du problème clinique et/ou dans le type de mesures de contrôle. Cette décision peut être révisée à tout moment.

## Section 3

### À RÉÉVALUER CHAQUE 3 à 4 MOIS :

Date :	Initiales :	Date :	Initiales :	Date :	Initiales :
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

## Section 4

Mesure de contrôle cessée le : \_\_\_\_\_  Mesure de contrôle modifiée le \_\_\_\_\_

Compléter un nouveau formulaire

Verso →

Date de LA rencontre interdisciplinaire : \_\_\_\_\_

Liste des présences :

Nom

Signature

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ou :

Déjà réalisée (voir formulaire à cet effet)

Grille d'observation clinique du comportement complétée (annexe 7)

Analyse de la situation justifiant un recours à la mesure de contrôle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mesures alternatives tentées avant la contention ou l'isolement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

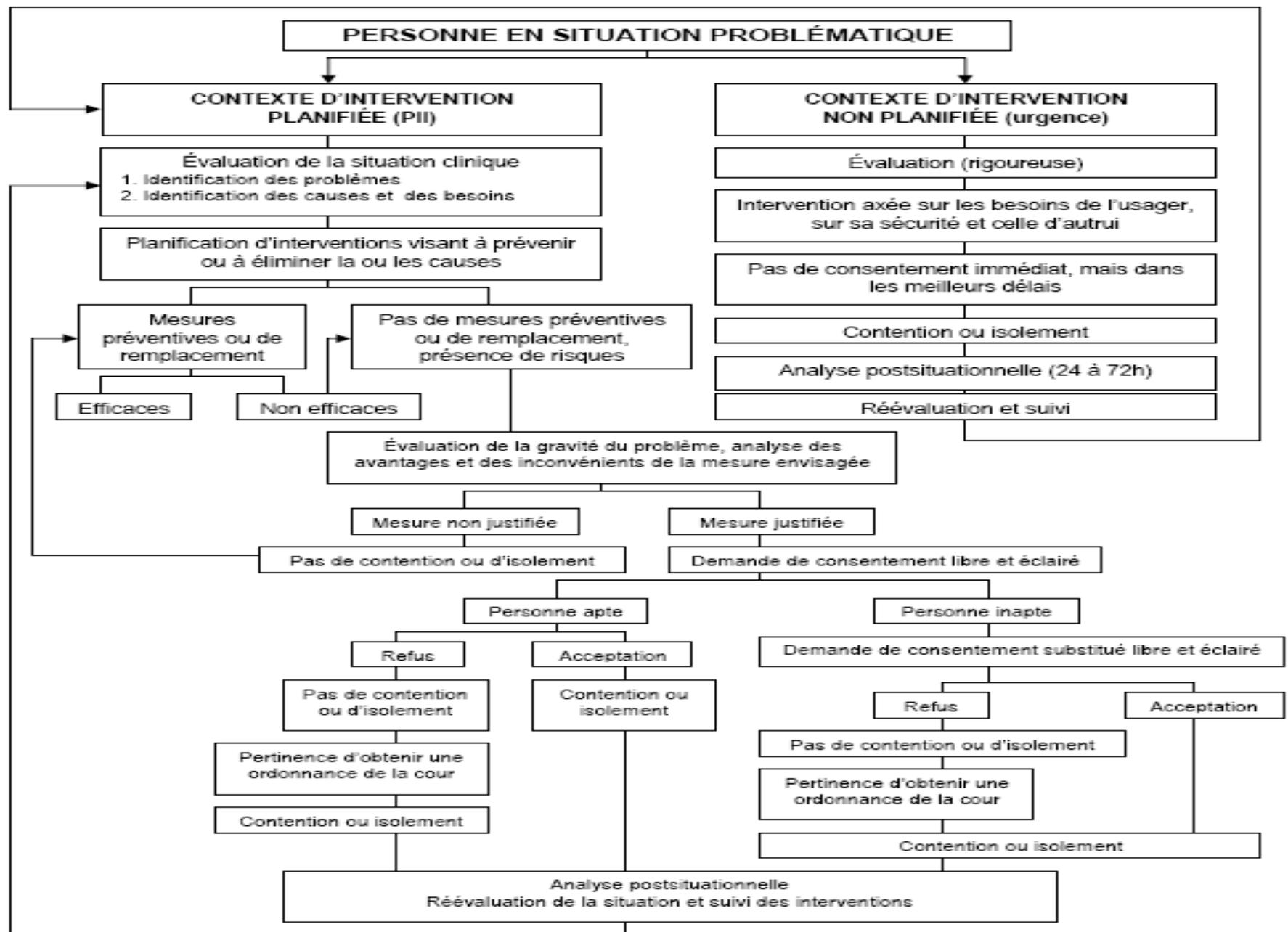
Informations données à l'usager ou à son représentant légal concernant les avantages et les effets indésirables (annexe 3)

Surveillance des mesures de contention et d'isolement annexe 11 à compléter.

Inscription des mesures de contrôle et d'isolement : contention « info/soins » dans Clinibase.

# [ Situation d'urgence ]

- Lors d'un comportement inhabituel et non prévu qui met en danger de façon imminente la sécurité de l'utilisateur ou celle d'autrui.
- La contention physique: peut s'appliquer sans consentement X 24 à 72 h

**ALGORITHME : DU PROCESSUS DE DÉCISION DES MESURES DE CONTRÔLE**

# [ Situation d'urgence (suite) ]

- Pour l'isolement une ordonnance médicale est nécessaire

# [ Surveillance ]

- Sécurité et confort de l'utilisateur doivent être assurés en tout temps;
- L'équipe de soins utilisera le formulaire de surveillance



# [ Réévaluation de la mesure de contrôle ]

---

- Aux 3 à 4 mois par l'équipe interdisciplinaire

# Relevé des mesures de contrôle

- Inscription des mesures de contrôle dans Clinibase;
- Relevé périodique fait sur chaque unité;
- Relevé périodique fait pour l'ensemble du site;
- Ces rapports sont acheminés à la direction concernée (direction de l'hébergement ou direction des personnes en perte d'autonomie) et à direction soins infirmiers;
- Qui en fera un suivi au conseil d'administration de notre CSSS.

# Démarche de décontention

- Les équipes identifient les usagers présentant un potentiel de décontention;
- Contacter leur famille pour les aviser;
- Évaluation par comité de décontention (interdisciplinaire) pour des alternatives;
- Installer un signal ex.; ballon rouge à entrée porte afin d'informer le personnel;
- Observer l'usager X 3 jours (grille surveillance).

