

Modalités d'application d'une surveillance constante pour un usager en milieu hospitalier

Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers	Approuvé	2017-12-19
		Révisé	
Installations / Secteurs visés	Toutes les unités de soins de la mission hospitalière du CISSS de la Montérégie-Ouest		
Outils cliniques associés	Requête de surveillance constante CLI-60103 (2017-09) Suivi quotidien de surveillance constante (2017-04) Observations cliniques-surveillance accrue CLI-60113 (2017-11) Mesures de remplacement CLI-60058 (2017-01)		

Énoncé

Le recours à la surveillance constante en milieu hospitalier par l'assignation d'une ressource doit faire l'objet d'un encadrement rigoureux puisqu'elle est appliquée auprès d'une clientèle présentant des besoins particuliers ou une instabilité au niveau clinique. Un processus d'évaluation clinique menant à la décision doit être réalisé en fonction de l'identification du risque réel ou potentiel chez un usager. De ce fait, les différentes causes à la source d'un comportement pouvant mettre en danger un usager ou les personnes qui l'entoure doivent être identifiées (errance, risque de fugue, agressivité, risque de chute, interférence au traitement, risques suicidaires, etc.) et des interventions pour y remédier doivent être mises en place.

Les mesures de remplacement et les mesures de contrôle sont incluses dans le processus décisionnel et de la surveillance constante, mais n'en constituent pas une alternative automatique. Cette procédure clinique découle de la politique à l'égard de l'exercice de la surveillance accrue d'un usager en milieu hospitalier. Elle a pour but de guider la détermination du niveau de surveillance constante et ses modalités d'application, pour assurer la sécurité des usagers en milieu hospitalier du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie Ouest.

Champ d'application / Contexte légal

Les médecins et les infirmières ont des responsabilités au regard de la surveillance clinique à accorder aux personnes présentant des risques pour elle-même ou autrui. Ces responsabilités sont notamment définies par la *Loi médicale* et par la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* qui précisent les activités réservées à chacune de ces professions. Selon cette législation :

- Le médecin est responsable « [...] d'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes malades dont l'état de santé présente des risques »;
- L'infirmière est responsable « [...] d'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier ».

Compte tenu du cadre législatif, le médecin et l'infirmière sont deux professionnels qui peuvent décider d'appliquer un niveau de surveillance constante pour un usager. Donc, l'ordonnance médicale n'est pas nécessaire pour instaurer ce niveau de surveillance spécifique.

Toutefois, même si l'ordonnance médicale n'est pas requise pour instaurer, cesser ou modifier un niveau de surveillance, il est de la responsabilité de l'infirmière d'aviser le médecin au moment du changement de l'état clinique de l'usager. Par contre, l'infirmière ne peut pas modifier un niveau de surveillance prescrit par le médecin, mais doit l'aviser d'un changement de l'état clinique afin qu'il puisse modifier ou cesser un niveau de surveillance prescrit.

Définitions

SURVEILLANCE USUELLE

Mesure qui consiste à observer un usager dans le cadre des tournées habituelles de l'équipe de soins et dont la fréquence est établie en fonction des caractéristiques de la clientèle de l'unité de soins ainsi que du jugement clinique de l'infirmière.

SURVEILLANCE ACCRUE

Mesure qui consiste à effectuer une surveillance supplémentaire à la surveillance usuelle. Il existe trois niveaux de surveillance accrue : discrète, étroite ou constante. Ces niveaux de surveillance sont déterminés par l'infirmière ou le médecin, mais peuvent être réalisés par l'ensemble des membres du personnel infirmier, des professionnels ou autres intervenants dans l'objectif d'engagement thérapeutique.

SURVEILLANCE DISCRÈTE

Mesure requise lorsque l'usager qui présente un niveau léger de dangerosité pour lui-même ou pour autrui. Cette mesure consiste à accorder une surveillance aux 30 minutes ou plus souvent, si requise. Elle implique que les intervenants connaissent les déplacements de l'usager. Ce niveau de surveillance se distingue de la tournée générale effectuée régulièrement sur les unités, dans la mesure où l'usager visé doit être localisé de façon spécifique. Ce niveau de surveillance doit être intégré dans la planification du travail de l'équipe de soins et peut être instauré en tout temps.

SURVEILLANCE ÉTROITE

Mesure requise lorsque l'usager qui présente un niveau modéré de dangerosité pour lui-même ou pour autrui. Cette mesure consiste à accorder une surveillance aux 15 minutes ou plus souvent, si requise. Elle implique que les intervenants sachent où se trouve l'usager et ce qu'il fait. Ce niveau de surveillance doit être intégré dans la planification du travail de l'équipe de soins et peut être instauré en tout temps.

SURVEILLANCE CONSTANTE

Mesure requise lorsque l'usager qui présente un niveau élevé de dangerosité pour lui-même ou pour autrui. Cette mesure consiste à accorder une présence et un contact visuel continu auprès de l'usager par un membre de l'équipe de soins ou un autre intervenant désigné. En aucun temps l'usager ne peut être laissé seul, sans surveillance. Ce niveau de surveillance peut être mis en place sans prescription médicale.

MESURES DE REMPLACEMENT

L'identification de mesures de remplacement s'inscrit dans un processus de compréhension d'un problème menant à des stratégies d'interventions qui peuvent être liées à la personne, à l'aspect psychosocial et culturel, à l'aménagement physique, à l'environnement humain et aux structures organisationnelles (modèle Kayser-Jones).

Objectifs

- Assurer la sécurité des usagers ou celle d'autrui en ayant recours au moyen de surveillance clinique le plus approprié;
- Convenir d'une terminologie commune pour tous les intervenants concernés;
- Mettre en place des mesures encadrant la surveillance constante;
- Assurer une démarche décisionnelle uniforme et interdisciplinaire à la détermination de la surveillance constante;
- Assurer l'utilisation adéquate des ressources humaines reliées à la surveillance constante des usagers;
- Mettre en place un registre en temps réel permettant un suivi des recours à la surveillance constante des usagers dans l'organisation;
- Encourager la recherche de mesures de remplacement avant d'avoir recours à une surveillance constante;
- Clarifier les rôles et responsabilités des différents intervenants lors de l'application de la surveillance constante.

Intervenants concernés

La présente procédure s'applique aux médecins, aux personnels infirmiers, aux professionnels, aux non-professionnels et gestionnaires de soins du CISSS de la Montérégie-Ouest.

Rôles et responsabilités

Le médecin

- Participer à la recherche de solutions et de mesures de remplacement;
- Évaluer le risque et déterminer la nécessité d'instaurer une surveillance constante selon l'algorithme décisionnel présenté en annexe II;
- Si une surveillance constante est requise, compléter la « Requête de surveillance constante » (CLI-60103);
- Réévaluer à tous les 24 heures ou avant, en collaboration avec l'infirmière, la pertinence de poursuivre ou cesser la surveillance constante.

L'infirmière

- Évaluer le risque et déterminer la nécessité d'instaurer une surveillance constante selon l'algorithme décisionnel présenté en annexe II;
- Rechercher des mesures de remplacement à la surveillance constante en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et le médecin;
- Si une surveillance constante est requise, compléter la « Requête de surveillance constante » (CLI-60103);
- Réévaluer la pertinence d'une surveillance constante en place à tous les 8 heures ou avant;
- Impliquer les proches au regard des décisions à prendre en matière de surveillance clinique et encourager leur participation à la recherche de solutions;
- Communiquer les directives infirmières à l'équipe de soins, incluant la ressource responsable de la surveillance constante si tel est le cas, via le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le rapport interservice;
- Aviser l'assistante infirmière-chef et le médecin responsable de tout changement dans la condition clinique d'un usager justifiant une modification du niveau de surveillance clinique accrue.

Le professionnel membre de l'équipe interdisciplinaire

- Participer à l'évaluation de la condition clinique d'un usager et en déterminer les besoins;
- Démontrer une approche proactive afin de proposer la mise en place des mesures de remplacement adaptées à la condition de l'usager;
- Intervenir en procédant de façon précoce à leur évaluation spécifique et impliquer les proches en regard des solutions possibles.

Le gestionnaire responsable ou coordonnateur d'activités

- Assurer la diffusion de la présente procédure, le respect des directives et l'appropriation des outils associés pour tout le personnel sous leur responsabilité;
- Contribuer à l'évaluation de la pertinence de la surveillance constante et au suivi du recours à celle-ci à l'aide du registre « Suivi quotidien de surveillance constante » dans le cadre de la rencontre journalière de gestion des lits;
- Assurer une distribution des ressources ainsi qu'une organisation du travail efficiente lorsque le recours à une surveillance clinique accrue est nécessaire;
- Autoriser une ressource pour assurer une surveillance clinique constante.

L'infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI) ou l'assistante infirmière-chef (AIC)

- Effectuer à chaque quart de travail un suivi du recours à la surveillance constante;
- Consigner à chaque quart de travail les surveillances constantes en vigueur sur la feuille « Suivi quotidien de surveillance constante » ;
- Soutenir les infirmières et les médecins dans le processus décisionnel pour la détermination d'une surveillance constante en s'assurant que les alternatives à l'attribution d'une ressource dédiée ont été évaluées selon l'algorithme décisionnel présenté en annexe II;
- Organiser le travail de l'équipe de soins et la distribution des ressources afin qu'elles répondent aux besoins des usagers de l'unité en matière de surveillance clinique;
- Aviser le gestionnaire responsable lors d'un recours à une surveillance constante;

L'infirmière auxiliaire

- Assurer la surveillance clinique d'un usager selon les besoins de celui-ci et selon les directives émises par l'infirmière au PTI dans le cadre de son champ de pratique;
- Informer l'infirmière responsable de l'usager de tout changement dans l'évolution de la condition clinique de l'usager;
- Contribuer au processus décisionnel avec l'infirmière et le médecin pour la détermination d'un juste niveau de surveillance clinique;
- Contribuer à une communication efficace en matière de surveillance clinique avec l'ensemble des membres de l'équipe de soins;
- Participer à la recherche de mesures de remplacement.

L'intervenant assigné à la surveillance constante (préposé aux bénéficiaires, aide de service, agent de sécurité, etc.)

- Assurer la surveillance clinique d'un usager selon les besoins de celui-ci et les directives émises par l'infirmière en respectant les activités qui lui sont autorisées;
- S'assurer de posséder toutes les informations pertinentes et nécessaires à la surveillance constante;
- Compléter le formulaire « Observations cliniques – Surveillance accrue » (CLI-60113);
- Aviser l'infirmière responsable de l'usager de tout changement dans la condition clinique de l'usager;
- Assurer une relève avant de quitter et lui communiquer toutes les informations pertinentes;
- Se rapporter à l'infirmière responsable de l'usager à la fin de chaque quart de travail ou au besoin;
- Participer à la recherche de mesures de remplacement.

Matériel

N/A

Procédure

1. L'ÉVALUATION DU RISQUE

Le recours à la mise en place d'une surveillance constante doit être le résultat d'une démarche décisionnelle rigoureuse. De manière plus spécifique, elle doit se faire en se basant sur l'algorithme décisionnel présenté à l'annexe II. Lors de l'évaluation clinique de l'usager, le médecin ou l'infirmière doit être en mesure d'identifier les problématiques ou risques potentiels pour l'usager tel que :

- Risque d'errance ou de fugue;
- Agressivité ou comportement violent;
- Risque de chute;
- Interférence au traitement;
- Risque suicidaire;
- Autres risques pertinents.

Certains facteurs contributifs au risque doivent également être identifiés et intégrés dans le processus décisionnel comme :

- Aucune mesure de remplacement possible;
- La douleur;
- Le délirium;
- Les troubles cognitifs;
- Les troubles de santé mentale;
- Autre(s) facteur(s) ayant un impact sur le risque identifié.

Dans un milieu de soins, certains facteurs environnementaux doivent également être pris en considération puisqu'ils peuvent contribuer au risque pour un usager. À titre d'exemple, des facteurs de risques environnementaux peuvent être de l'ordre de :

- Transferts multiples de chambre (changements fréquents d'environnement);
- Encombrement visuel;
- Bruits;
- Éclairage déficient;
- Manque de repères temporels, spatiaux et humains;
- Baisse ou surcharge de stimuli.

Dès l'admission et tout au long de l'épisode de soins, l'infirmière, le médecin et les membres de l'équipe interdisciplinaire doivent solliciter les proches de l'usager afin de connaître l'expérience de vie de celui-ci dans le but de recréer ses habitudes de vie quotidienne, dans la mesure du possible, et de trouver des mesures de remplacement qui lui conviennent. Lorsque ces interventions sont inefficaces et que le comportement ou la condition clinique de l'usager présente un risque pour lui-même ou pour autrui, certaines mesures doivent être mises en place afin d'assurer sa sécurité. Le modèle de Kayser-Jones présenté dans la politique et procédure d'application des mesures de contrôle du CISSS de la Montérégie-Ouest doit également être pris en compte dans la mise en place d'interventions préventives.

2. LA DÉTERMINATION DE LA SURVEILLANCE CONSTANTE

Après avoir identifié le ou les risques pour un usager, l'infirmière ou le médecin doit :

- Déterminer s'il est possible d'impliquer la famille ou le proche significatif à la recherche de solutions
- Évaluer la possibilité d'utiliser des mesures de remplacement en se référant au document « Mesures de remplacement » (CLI-60058)
- Évaluer la pertinence d'utiliser une mesure de contrôle avec l'équipe interdisciplinaire. Cette dernière doit demeurer temporaire, peu limitative et la moins contraignante possible (se référer à la politique et procédure d'application de mesures de contrôle).

La démarche décisionnelle décrite est basée sur la contribution de chaque professionnel impliqué de l'équipe interdisciplinaire. Selon le risque identifié et le besoin de l'usager, l'infirmière ou le médecin peuvent ensuite considérer d'autres types de surveillance accrue dont la surveillance discrète et étroite en fonction des critères établis dans le « Guide pour déterminer la fréquence de la surveillance clinique accrue » (Annexe I).

- Lorsqu'une surveillance clinique discrète ou étroite peut être instaurée, l'infirmière inscrit obligatoirement au plan thérapeutique infirmier (PTI) le ou les constats qui découlent de son évaluation ainsi que ses directives infirmières liées à la surveillance attendue. Les notes d'observations au dossier doivent quant à elles faire état de l'évaluation, des motifs de surveillance et du résultat de celle-ci.

Si à la suite du processus décisionnel une surveillance constante est requise, certaines modalités pour sa détermination doivent être respectées :

- L'approbation du chef d'unité ou du coordonnateur d'activités est requise en tout temps.
- L'infirmière ou le médecin décideur doit compléter le formulaire « Requête de surveillance constante » (CLI-60103).
- La concertation et la collaboration interdisciplinaire sont requises pour la recherche de mesures de remplacement si la surveillance clinique constante est en place plus de 24 h.

3. L'APPLICATION DU NIVEAU DE SURVEILLANCE CONSTANTE

La mise en place de la surveillance constante doit être coordonnée par l'infirmière avec la collaboration de l'assistante et de l'équipe de soins. L'infirmière doit s'assurer du respect des directives établies pour une surveillance par l'intervenant assigné. Elle doit assurer un suivi étroit des activités de surveillance constante. Tout changement de comportement pouvant entraîner une modification de la surveillance constante doit être signalé à l'infirmière.

Advenant que la condition de l'usager le permette, la surveillance peut être effectuée par les proches, s'ils acceptent de s'impliquer et si cela répond aux besoins spécifiques de l'usager. L'infirmière convient alors avec eux d'une entente claire, dont les heures d'arrivée et de départ, et les éléments de surveillance requis doivent être mentionnés. Les composantes de cette entente sont inscrites dans la note d'évolution et dans le PTI. L'infirmière demeure responsable en tout temps du suivi de la surveillance lorsque la famille est impliquée.

Lors d'un transfert d'unité ou pour l'accompagnement d'un usager hors de l'unité, la surveillance constante doit être évaluée par l'infirmière. Celle-ci doit ajuster le type et les modalités d'accompagnement et en faire la documentation au dossier. Lors d'un transfert définitif d'unité de soins, la surveillance constante doit être réévaluée en collaboration entre assistantes infirmières-chefs des deux unités.

3.1 L'assignation de la ressource

La surveillance constante peut être effectuée par différents types de ressources selon leur disponibilité et selon la condition clinique de l'usager. Les types de ressources sont :

- Une infirmière;
- Une infirmière auxiliaire;
- Un préposé aux bénéficiaires;
- Un agent de sécurité ou autre intervenant (cas exceptionnels, avec l'accord de l'assistante ou du gestionnaire responsable, et ce en attendant qu'un membre de l'équipe de soins soit disponible)

3.2 Critères d'identification de la catégorie de ressource assignée à la surveillance constante

Ce sont les besoins en matière de surveillance constante et les soins que requiert l'usager qui doivent être considérés lors de l'identification du type de ressource.

La ressource peut être de type professionnel (infirmière et infirmière auxiliaire) ou non professionnel (préposé aux bénéficiaires, agent de sécurité, autre intervenant), selon les besoins et les soins identifiés. La personne assignée à la surveillance doit effectuer les soins requis par l'usager et déterminés par l'infirmière dans le respect de son champ d'activités autorisés.

3.3 Consignes à la ressource assignée à la surveillance constante

La ressource assignée à la surveillance doit :

- Se présenter à l'assistante de l'unité concernée;
- Prendre note des directives reliées à la surveillance clinique constante communiquées par l'infirmière;
- Selon les activités permises, effectuer les soins de base à l'usager (hygiène personnelle, AVQ), l'aider à se lever et à circuler, aider le personnel infirmier dans les soins à prodiguer selon les directives de l'infirmière ou au besoin;
- Compléter le formulaire « Observations cliniques - surveillance accrue » (CLI-60113) de l'usager à une fréquence de 15 minutes ou selon les directives de l'infirmière;
- S'assurer de maintenir en garde à vue l'usager et demeurer à proximité (même lors de déplacement à l'interne);
- Assister, au besoin, le personnel infirmier dans les cas où l'usager est agressif, agité ou non coopératif;
- Signaler immédiatement tout élément ou situation problématique à l'égard de la condition de l'usager à l'infirmière responsable ou à l'assistante;
- Communiquer les informations pertinentes relatives à l'usager, lors des périodes de pause et aux changements de quart de travail;
- S'assurer d'avoir une relève compétente si elle doit quitter son poste de travail;
- Respecter la confidentialité, tant à l'égard de l'usager que concernant toutes situations survenant sur l'unité de soins;
- Respecter les mesures en prévention et contrôle des infections en vigueur dans l'établissement.

N.B. L'usage de téléphone, d'ordinateur portable, de radio, de toute autre technologie, de livres, de journaux ou de quelconque dispositif susceptible de détourner l'attention de la ressource assurant la surveillance constante est strictement **interdit**.

4 LA RÉÉVALUATION DE LA SURVEILLANCE CONSTANTE

L'application de la surveillance constante est réévaluée au minimum à tous les quarts de travail par l'infirmière responsable de l'usager. De ce fait, le PTI doit être ajusté au besoin. Une communication avec l'usager, les proches et les membres de l'équipe de soins est primordiale afin d'assurer une coordination efficace de la surveillance. Une concertation en équipe interdisciplinaire est obligatoire lorsqu'une surveillance constante est d'une durée supérieure à 24 heures, selon le motif de la surveillance. En tout temps, des mesures de remplacement à la surveillance constante doivent être tentées si la condition de l'usager le permet en plus d'envisager de diminuer la surveillance à un niveau discret ou étroit.

4.1 Modalités en lien avec le demandeur

Si une surveillance constante a été émise par l'infirmière, cette dernière ou l'assistante infirmière-chef questionnera à chaque 8 heures, ou lors de tout changement clinique, la pertinence de la surveillance dans le but de déterminer la nécessité de poursuivre cette surveillance.

Si une requête de surveillance constante a été émise par un médecin, celle-ci est valide pour une durée de 24 h. L'infirmière doit valider cette prescription auprès du médecin lors de tout changement clinique pouvant mener à une modification ou lorsque le délai de 24 h de validation est échu

5 TENUE D'UN REGISTRE DES SURVEILLANCES CONSTANTES

Dans le but d'assurer un recours exceptionnel et pertinent à la surveillance constante ainsi que de gérer efficacement les ressources humaines, l'assistante doit consigner dans le registre « Suivi quotidien de surveillance constante » tout recours à ce type de surveillance pour chaque unité. L'assistante doit ensuite le transmettre au chef d'unité à tous les matins pour la rencontre de gestion de lits. Cette activité permet ainsi à l'assistante de suivre la mise en place des surveillances constantes, d'en évaluer la pertinence et d'apporter le soutien nécessaire aux équipes de soins.

Documentation

L'infirmière responsable de l'usager ou le médecin requérant une surveillance constante s'assure d'aviser les membres de l'équipe de soins chargés d'effectuer la surveillance.

De plus, l'infirmière inscrit dans sa note, à tous les quarts de travail, son évaluation de la situation en lien avec la surveillance constante, notamment :

- L'évaluation de la condition physique et mentale et les risques identifiés;
- La réévaluation des mesures de remplacement;
- L'évaluation de la collaboration de l'usager et la justification de l'instauration, de la poursuite ou du retrait de la surveillance;
- Les discussions avec l'équipe interdisciplinaire ou avec le médecin;
- Les réactions, la collaboration et les comportements de l'usager au regard de l'application des mesures retenues (mesures de remplacement ou de surveillance);
- Les réactions et la collaboration des proches de l'usager, s'il y a lieu;
- La rédaction ou la mise à jour du PTI selon le suivi effectué;
- Les directives pour le personnel qui effectue la surveillance constante.

L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire doit, à tous les quarts de travail, consigner les éléments suivants dans les notes d'observations :

- La surveillance constante;
- Le type d'intervenant qui effectue la surveillance;
- La description des mesures de remplacement utilisées;

- Les réactions, la collaboration et les comportements de l'usager en regard à l'application des mesures retenues;
- Remplir la requête de surveillance constante incluant les réévaluations à chaque quart de travail.

La ressource qui effectue la surveillance doit :

- Compléter le formulaire « Observations cliniques -surveillance accrue » (CLI-60113)

Annexes

- Annexe I : Guide pour déterminer la fréquence de la surveillance accrue
- Annexe II : Algorithme décisionnel pour déterminer le recours à la surveillance constante

Références

Centre hospitalier universitaire de Québec. 2014. *Politique et procédure relatives au recours à la surveillance des patients du CHU de Québec.*

Centre de santé et de services sociaux de Gatineau. 2014. *Processus clinico-administratif sur les niveaux de surveillance des usagers.*

Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières. 2014. *Procédure relative à l'application d'une surveillance constante.*

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. 2017. *Procédure : Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.* Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire.

Gouvernement du Québec. Ministère de la Justice. Loi médicale, RLRQ, c. M-9, [En ligne].

Gouvernement du Québec. Ministère de la Justice. Loi sur les infirmières et infirmiers, RLRQ, c. I-8, [En ligne].

Centre hospitalier universitaire de Québec. 2012. *Rapport d'évaluation : Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez les adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement.*

Processus d'élaboration / révision		
Rédigé par	Christine Leboeuf, chef d'unité médecine-pédiatrie 3 ^e et unité de débordement, composante Suroît Chantal Laroche et Brigitte Gareau, conseillères en soins infirmiers	2017-03-01
Personnes consultées	Isabelle Allaire, coordonnatrice des soins infirmiers aux opérations - 2 ^e ligne (hôpitaux), DSIEU	2017-03-29
	Manon Tardif, Directrice adjointe des soins infirmiers, volet opérations, DSIEU	2017-03-29
	Maud Carrier, chef de la coordination des activités cliniques, volet conseil DSIEU	2017-04-05
	Chantal Careau, Directrice adjointe des soins infirmiers, volet qualité et l'évolution de la pratique, DSIEU	2017-06-02
	Lyne Daoust, Directrice adjointe des services professionnels - opérations	2017-08-01
	Dominique Lecuyer, Coordonnatrice soutien à l'autonomie personnes âgées pôle 1 – Jardins-Roussillon et Haut-Saint-Laurent	2017-07-07
	Suzanne Chevretils, Coordonnatrice clinico-administrative médecine spécialisée	2017-07-07
	Danielle Paquin, Chef de service soutien gestion de la qualité et des risques DSI-DSM-DSP	2017-07-07
	Manon Rousse, Coordonnatrice soutien à l'autonomie personnes âgées pôle 2 - Suroît et Vaudreuil-Soulanges	2017-07-07
	Sylvie Fortin, Chef de l'unité de psychiatrie Hôpital du Suroît	2017-07-07
	Diane Roy, Chef de service unité de psychiatrie – Hôpital Anna-Laberge	2017-07-07
	Dre Michèle Lemay, Chef médecine générale	2017-07-27
	Dr Eduard Milovan, Adjoint-chef santé mentale	2017-07-27
	Dre Élise Gilbert, Chef médecine spécialisée	2017-08-24
	Hélène Lamalice, Directrice adjointe, DSMEU	2017-10-12

Processus de recommandation		
Recommandé par des instances distinctives (si pertinence seulement)	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2017-10-30
	Conseil exécutif, conseil des infirmières et infirmiers	2017-11-09
	Comité d'amélioration continue de la qualité et de la performance	2017-11-13
	Conseil multidisciplinaire	2017-11-29

Historique du document		
Approuvé par	Comité de direction du CISSS de la Montérégie-Ouest	2017-12-19
Commentaires		

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette procédure clinique vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation
CSSS du Suroît	Politique de niveaux de surveillance des usagers hospitalisés, hébergés ou gardés sous observation No : 034

ANNEXE I

GUIDE POUR DÉTERMINER LA FRÉQUENCE DE LA SURVEILLANCE ACCRUE

Surveillance discrète (aux 30 minutes) ➡ Niveau léger de dangerosité pour lui-même ou pour autrui.

Exemples de situations nécessitant ce type de surveillance :

- Risque de fugue chez un usager qui se déplace très lentement (avec aide technique ou fauteuil roulant);
- Errance sans risque de fugue (exemple : unité de soins sécurisée, mais usager qui va dans les chambres des autres, dans les lieux réservés au personnel, etc.);
- Risque d'agressivité verbale ou de conflits avec les autres personnes présentes sur l'unité (autre usager ou visiteur);
- Risque de chute chez un usager qui n'a pas de problème cognitif (exemple : usager téméraire qui a des troubles d'équilibre importants, mais qui refuse les ridelles);
- Risque suicidaire : niveau d'urgence léger.

Surveillance étroite (aux 15 minutes) ➡ Niveau modéré de dangerosité pour lui-même ou pour autrui.

Exemples de situations nécessitant ce type de surveillance :

- Usager mis récemment sous contention;
- Risque suicidaire : niveau d'urgence modéré;
- Interférence au traitement qui aurait des conséquences, mais non graves (retrait d'un pansement);
- Risque modéré d'agressivité physique avec les autres personnes présentes sur l'unité (autre usager ou visiteur);
- Risque de chute chez un usager qui présente des troubles cognitifs, dont les proches sont avisés des risques encourus et qui n'a pas de mesure de contrôle;
- Usager en isolement ;
- Errance avec risque modéré de fugue à l'extérieur (exemples : unité sécurisée ou non, usager qui peut suivre un visiteur dans l'escalier ou l'ascenseur)

Surveillance constante ➡ Niveau élevé de dangerosité pour lui-même ou pour autrui.
***** Présence continue auprès de la personne qui ne peut en aucun temps être laissée seule**

Exemples de situations nécessitant ce type de surveillance :

- Risque suicidaire : niveau d'urgence élevé;
- Interférence au traitement qui aurait des conséquences graves, voire fatales (exemple : retrait d'une voie centrale);
- Risque élevé de fugue (exemple : usager en garde en établissement qui menace de partir et dont l'unité de soins est non sécurisée avec présence d'issues, d'escaliers ou d'ascenseurs);
- Risque élevé d'agressivité physique envers le personnel ou les usagers (exemple : usager avec antécédents de violence physique, en psychose aiguë ou sous l'effet de substances qui fait des menaces de passage à l'acte);
- Usager sous contention qui présente une agitation très élevée (suivre directives de la politique en vigueur).

ANNEXE II

ALGORITHME DÉCISIONNEL POUR DÉTERMINER LE RECOURS À UNE SURVEILLANCE CONSTANTE

La recherche de solution doit être effectuée à chaque quart de travail.

