

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| Complétion du plan d'intervention lié aux mesures de contrôle (PIMC) en DPD |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |            |
| Direction(s)<br>responsable(s)                                              | Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire                                                                                                                                                                                                                                                                     | Approuvé | 2023-02-23 |
|                                                                             | Direction des programmes Déficiences                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Révisé   |            |
| Personne(s)<br>concernée(s)                                                 | Tous les professionnels de la DPD autorisés à décider d'une mesure de contrôle                                                                                                                                                                                                                                                        |          |            |
| Outils cliniques<br>associés                                                | PRO-10022 Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle<br>CLI-60058 Mesures de remplacement<br>CLI-60060 Plan d'intervention – Mesure de contrôle<br>CLI-60057 Consentement à l'application de mesures de contrôle<br>CLI-60066 Soins, interventions et surveillance liés aux mesures de contrôle CH/Déficience |          |            |

### COMPLÉTION DU FORMULAIRE CLI-60060

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|
| <p>Centre intégré<br/>de santé<br/>et de services sociaux<br/>de la Montérégie-Ouest</p> <p>Québec</p> <p>Installation : _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Dossier : _____</p> <p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M<br/>AAAA-MM-JJ</p> <p>NAM : _____ Exp. _____<br/>AAAA-MM</p> <p>Nom de la mère : _____</p> |                                                                |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |
| <p align="center"><b>PLAN D'INTERVENTION<br/>MESURES DE CONTRÔLE</b></p> <p>Date : _____ <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Réévaluation</p> <p>Date : _____ <input type="checkbox"/> Annulation/Cessation <input type="checkbox"/> Annulation/Transfert de milieu</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Installation</b> : milieu où la mesure de contrôle est appliquée auprès de l'utilisateur.</li> <li>• <b>Identification de l'utilisateur</b> : compléter toutes les informations demandées sur l'utilisateur.</li> <li>• Inscrire la date à laquelle se déroule la rencontre pour le PIMC et cocher une case parmi les 2 choix suivants :             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Initial</b> : lorsque c'est le premier PIMC de l'utilisateur</li> <li>◦ <b>Réévaluation</b> : lorsque le PIMC est réévalué ou lorsque le PIMC est reconduit après 1 an</li> </ul> </li> <li>• Lorsque le PIMC doit être annulé, inscrire la date et cocher parmi les 2 choix suivants :             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <b>Annulation/Cessation</b> : lorsque l'utilisateur ne requiert plus de mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée</li> <li>◦ <b>Annulation/Transfert de milieu</b> : lorsque l'utilisateur transfère d'installation (même si une mesure de contrôle en contexte d'intervention planifiée est requise dans la nouvelle installation)</li> </ul> </li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |
| <p align="center"><b>PROBLÉMATIQUE(S)</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Risque de suicide</td> <td><input type="checkbox"/> Errance</td> <td><input type="checkbox"/> Risque de chute</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maintien d'un traitement</td> <td><input type="checkbox"/> Aggressivité</td> <td><input type="checkbox"/> Comportement sexuel inapproprié</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Automutilation</td> <td><input type="checkbox"/> Sécurité</td> <td><input type="checkbox"/> Ingestion de substance non comestible</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Comportement perturbateur</td> <td><input type="checkbox"/> Fugue</td> <td><input type="checkbox"/> Autres : _____</td> </tr> </table> <p>Description (Comportements, fréquence, lieux et moments) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche de mesures de remplacements effectuées. Voir le formulaire « Mesures de remplacement »</p>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Risque de suicide                     | <input type="checkbox"/> Errance | <input type="checkbox"/> Risque de chute | <input type="checkbox"/> Maintien d'un traitement | <input type="checkbox"/> Aggressivité | <input type="checkbox"/> Comportement sexuel inapproprié | <input type="checkbox"/> Automutilation | <input type="checkbox"/> Sécurité | <input type="checkbox"/> Ingestion de substance non comestible | <input type="checkbox"/> Comportement perturbateur | <input type="checkbox"/> Fugue | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Risque de suicide                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Errance                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Risque de chute                       |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> Maintien d'un traitement                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Aggressivité                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Comportement sexuel inapproprié       |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> Automutilation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sécurité                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ingestion de substance non comestible |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> Comportement perturbateur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Fugue                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Autres : _____                        |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocher la nature de la problématique présente auprès de l'utilisateur. Il est possible de cocher plusieurs cases.</li> <li>• Décrire brièvement la problématique.</li> <li>• Cocher la case appropriée afin d'indiquer que toutes les mesures de remplacement ont été tentées.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                                  |                                          |                                                   |                                       |                                                          |                                         |                                   |                                                                |                                                    |                                |                                         |

| ÉTAPE 1 : ÉVALUATION (MODÈLE DE KAYSER-JONES) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Composantes                                   | Influences possibles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Personne</b>                               | <input type="checkbox"/> Agitation/anxiété <input type="checkbox"/> Automutilation <input type="checkbox"/> Agressivité<br><input type="checkbox"/> Comportement perturbateur <input type="checkbox"/> Désorienté/confusion <input type="checkbox"/> Douleur<br><input type="checkbox"/> Non-respect des consignes <input type="checkbox"/> Difficulté de sommeil <input type="checkbox"/> Errance<br><input type="checkbox"/> Effet(s) de la médication <input type="checkbox"/> Instabilité à la marche <input type="checkbox"/> Faiblesse<br><input type="checkbox"/> Positionnement difficile <input type="checkbox"/> Hallucination <input type="checkbox"/> Peur<br><input type="checkbox"/> Problème visuel/auditif <input type="checkbox"/> Problème d'équilibre <input type="checkbox"/> Somnolence<br><input type="checkbox"/> Résistance aux soins <input type="checkbox"/> Diminution de l'autonomie<br><input type="checkbox"/> Incompréhension <input type="checkbox"/> Diminution de la capacité physique<br><input type="checkbox"/> Incapacité de faire des nouveaux apprentissages<br><input type="checkbox"/> Autres ou précision : _____ |
| <b>Aspect psychosocial et culturel</b>        | <input type="checkbox"/> Barrière de langage <input type="checkbox"/> Croyances religieuses <input type="checkbox"/> Isolement<br><input type="checkbox"/> Méconnaissance <input type="checkbox"/> Habitudes de vie <input type="checkbox"/> Valeurs<br><input type="checkbox"/> Autres ou précision : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Aménagement physique</b>                   | <input type="checkbox"/> Absence de matériels adaptés <input type="checkbox"/> Milieu non sécuritaire (chambre, etc.)<br><input type="checkbox"/> Cloche d'appel inaccessible <input type="checkbox"/> Indisponibilité des demi-ridelles<br><input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Bruit<br><input type="checkbox"/> Indisponibilité du matériel de remplacement <input type="checkbox"/> Emplacement éloigné de la chambre<br><input type="checkbox"/> Autres ou précision : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Structure de l'organisation</b>            | <input type="checkbox"/> Plan de travail <input type="checkbox"/> Communication<br><input type="checkbox"/> Disponibilité du personnel <input type="checkbox"/> Rapport inter-service <input type="checkbox"/> Procédure non respectée<br><input type="checkbox"/> Autres ou précision : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Environnement humain</b>                   | <input type="checkbox"/> Absence de réseaux sociaux <input type="checkbox"/> Interaction du personnel <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Proches<br><input type="checkbox"/> Manque de stimulation <input type="checkbox"/> Craintes exprimées (famille/employés) <input type="checkbox"/> Famille<br><input type="checkbox"/> Autres ou précision : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

- Après l'évaluation de l'usager par les professionnels selon leur champ d'exercice, déterminer les influences possibles à la problématique mentionnée pour chaque composante du modèle Kayser-Jones. Il est possible de cocher plusieurs cases. Garder en tête que, pour chaque composante ou influence possible, au moins une mesure de remplacement aurait dû être tentée.

| ÉTAPE 2 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION                                                                                                         |                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Risque : <input type="checkbox"/> Nul <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Imminent | Gravité : <input type="checkbox"/> Bénin <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Incertain |
| Hypothèses :                                                                                                                                |                                                                                                                                            |
| _____                                                                                                                                       |                                                                                                                                            |
| _____                                                                                                                                       |                                                                                                                                            |
| _____                                                                                                                                       |                                                                                                                                            |

- Les professionnels habilités analysent les données et posent un jugement clinique sur la condition de la personne et le niveau de risque qu'elle présente pour elle-même et pour autrui afin de déterminer l'hypothèse principale en lien avec les causes sous-jacentes à la problématique. Inscrire l'hypothèse trouvée dans l'encadré.
- Évaluer le niveau de risque et le niveau de gravité à l'aide des 2 questions suivantes :
  - Quel est le risque que la problématique survienne ou se réalise et entraîne une conséquence pour la personne ou pour autrui?*  
Choisir parmi : nul, possible, probable ou imminent.
  - Si la problématique survenait, quel serait l'impact sur la personne ou pour autrui ?*  
Choisir parmi : bénin, modéré, grave ou incertain.

| ÉTAPE 3 : PLANIFICATION DES INTERVENTIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mesures de contrôle justifiées malgré la mise en place de mesures de remplacement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 1. Ridelles (2/2 ou 4/4)<br><input type="checkbox"/> 2. Ceinture abdominale aimantée<br><input type="checkbox"/> 3. Attaches chevilles <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche<br><input type="checkbox"/> 4. Attaches poignets <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche<br><input type="checkbox"/> 5. Ceinture à boucle : _____<br><input type="checkbox"/> 6. Ceinture pelvienne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 7. Tablette fixe<br><input type="checkbox"/> 8. Vêtements restrictifs : _____<br><input type="checkbox"/> 9. Autres contentions : _____<br><input type="checkbox"/> 10. Isolement<br><input type="checkbox"/> 11. Substances chimiques : _____<br><input type="checkbox"/> 12. Humaine : _____ |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| Informations supplémentaires / précisions :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Lors de la complétion du PIMC, les professionnels habilités, en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, l'utilisateur et/ou son représentant indiquent les mesures de remplacement à instaurer pour éliminer la problématique. Dans cette section de l'outil, il est nécessaire de répondre à la question suivante : <i>Est-ce que la mesure de contrôle est justifiée malgré la mise en place de mesures de remplacement ?</i> Cocher parmi les 2 choix suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Oui</b> : aucune des mesures de remplacement tentées ne résout la problématique</li> <li><b>Non</b> : au moins une des mesures de remplacement tentées résout la problématique</li> </ul> </li> <li>Si la réponse à la question est « oui », cocher la mesure de contrôle la moins contraignante possible.</li> <li>Inscrire dans l'encadré toutes les informations supplémentaires en lien avec la mesure de contrôle choisie soit les modalités d'application, de soins, d'intervention et de surveillance.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| No Type de mesure (#)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| Lieu d'application (préciser)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Lit<br><input type="checkbox"/> Fauteuil<br><input type="checkbox"/> Autre : _____                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Lit<br><input type="checkbox"/> Fauteuil<br><input type="checkbox"/> Autre : _____                                                                  | <input type="checkbox"/> Lit<br><input type="checkbox"/> Fauteuil<br><input type="checkbox"/> Autre : _____                                                                  |
| Moment d'application (préciser)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| Durée d'application (préciser)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| Particularités                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| Installation initiale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> q 15 min. X 1 h et q 30 min. X 2 h                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> q 15 min. X 1 h et q 30 min. X 2 h                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> q 15 min. X 1 h et q 30 min. X 2 h                                                                                                                  |
| Surveillance minimale requise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> 15 min.<br><input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min.<br><input type="checkbox"/> 60 min.                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> 15 min.<br><input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min.<br><input type="checkbox"/> 60 min. | <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> 15 min.<br><input type="checkbox"/> 30 min. <input type="checkbox"/> 45 min.<br><input type="checkbox"/> 60 min. |
| <input type="checkbox"/> Mettre en place le formulaire « Soins, interventions et surveillance liés aux mesures de contrôle »                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Compléter les informations suivantes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Numéro de la mesure de contrôle choisie précédemment. Pour une même problématique, il pourrait donc y avoir plusieurs mesures à mettre en place.</li> <li>Lieu d'application de la mesure de contrôle</li> <li>Moment où sera appliquée la mesure de contrôle</li> <li>Durée d'application de la mesure de contrôle</li> <li>Particularités en lien avec la mesure de contrôle</li> <li>Surveillance lors de l'installation initiale est requise</li> <li>Fréquence de surveillance minimale à effectuer pendant l'application de la mesure de contrôle</li> </ul> </li> <li>Cocher pour indiquer que le formulaire <i>Soins, interventions et surveillance liées aux mesures de contrôle CH/Déficience</i> (CLI-60066) a bien été mis en place.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |

| <b>ÉTAPE 4 : COMMUNICATION (AIDE-MÉMOIRE/RESPONSABILITÉ DE COMMUNICATION)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                    |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compléter outils cliniques de communication</li> <li>- Transmettre l'information à l'équipe, à la personne et/ou représentant légal</li> <li>- Obtenir le consentement</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |                    |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Le succès de l'application du PIMC requiert qu'il soit élaboré en partenariat avec l'utilisateur et son représentant ainsi que la nécessité d'obtenir le consentement de ceux-ci et de compléter le formulaire <i>Consentement à l'application de mesures de contrôle</i> (CLI-60057).</li> <li>Cet encadré permet aussi de rappeler que le professionnel doit compléter tous les outils de communication requis afin d'informer les intervenants concernés par l'application de la mesure de contrôle.</li> </ul> |                        |                    |  |  |  |  |
| <b>ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                    |  |  |  |  |
| Date de réévaluation prévue : <span style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 20px;">aaaa/mm/jj</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        |                    |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire la date prévue à laquelle le PIMC doit être réévalué.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                    |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Nom en lettres moulées</th> <th style="width: 50%; padding: 5px;">Signature et titre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                        | Nom en lettres moulées | Signature et titre |  |  |  |  |
| Nom en lettres moulées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Signature et titre     |                    |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                    |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                    |  |  |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Inscrire le nom complet en lettres moulées et apposer la signature et le titre de tous les professionnels qui complètent le PIMC.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                    |  |  |  |  |

**Dépôt au SIPAD :**

PIMC Initial (CLI-60060) : Envoyer toutes les pages à l'agente administrative pour les RAC. Les PIMC des autres milieux sont envoyés à [dpd.mesuresdecontrôle.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dpd.mesuresdecontrôle.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca)

Pages 3 et 4 Réévaluation PIMC (CLI-60060) : À compléter aux révisions (maximum aux 3 mois) : envoyer toutes les pages du PIMC et la page de la réévaluation à l'agente administrative (pour les RAC; pour les autres milieux, voir adresse ci-haut).

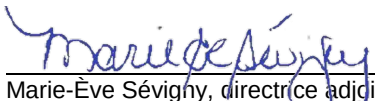
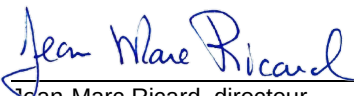
Formulaire de mesures de remplacement (CLI-60058) : Envoyer à chaque fois en même temps que le PIMC (initial, révisions, réévaluation).

Formulaire de consentement (CLI-60057) : Envoyer à chaque fois qu'il est signé en même temps que le PIMC, donc au début du PIMC (initial ou réévaluation).

|            |
|------------|
| Références |
|------------|

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contentions, isolement et substances chimiques*, Édition Révisée. 34 pages.

| Processus d'élaboration/Révision |                                                                                  |            |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Rédigé par</b>                | Andreia Mendes, conseillère en soins infirmiers, clientèle DI-TSA                | 2022-01-22 |
| <b>Révisé par</b>                |                                                                                  |            |
| <b>Personnes consultées</b>      | Isabelle Perreault, Coordonnatrice au programme spécialisé TC-TGC                | 2022-02-16 |
|                                  | Carole Labelle, psychologue au programme spécialisé TC-TGC                       | 2022-02-17 |
|                                  | Geneviève Huberdeau, ergothérapeute au programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans | 2022-02-17 |
|                                  | Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques       | 2022-11-20 |
|                                  | Geneviève Leboeuf, Chef de la coordination des activités cliniques par intérim   | 2022-04-21 |
|                                  | Josée-Anne Laporte, conseillère en soins infirmiers, clientèle DI--TSA           | 2022-09-21 |
|                                  | Marie-Ève Cuillèrier, psychoéducatrice et spécialiste en activités cliniques     | 2022-09-23 |
|                                  | Élodie Labrie, psychoéducatrice au programme spécialisé TC-TGC                   | 2022-09-23 |

| Historique du document |                                                                                                                                                                                                     |            |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Approuvé par</b>    | <br>Marie-Ève Sévigny, directrice adjointe<br>Direction des soins infirmiers / Qualité et évolution de la pratique | 2022-12-02 |
|                        | <br>Jean-Marc Ricard, directeur<br>Direction des programmes Déficiences                                           | 2022-02-23 |