Surveillance accrue d'une personne usagère			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2026-06-23
		Révisé	
Installations / Secteurs visés	Secteurs avec présence continue d'une infirmière ou infirmière auxiliaire au CISSS de la Montérégie-Ouest		
Outils cliniques associés	CLI-60103 Évaluation – Recours à la surveillance accrue CLI-60113 Observations cliniques-surveillance accrue CLI-60058 Mesures de remplacement POL-10071 L'exercice de la surveillance accrue d'un usager en milieu hospitalier		

1. Champs d'application/contexte légal

Cette règle de soins vise à encadrer la détermination du besoin, le suivi et l'application d'une surveillance accrue d'une personne usagère.

La surveillance accrue est de mise lorsque la surveillance usuelle est jugée insuffisante pour assurer la sécurité ou l'intégrité de la personne usagère ou, encore, celle d'autres personnes.

Il existe trois types de surveillance accrue. Pour chaque type, il y a une fréquence spécifique selon un niveau de risque identifié :

- Surveillance discrète : niveau de risque léger (minimalement aux 30 minutes).
- Surveillance étroite : niveau de risque modéré (minimalement aux 15 minutes).
- Surveillance constante : niveau de risque élevé (en continu).

L'exercice de la surveillance clinique fait partie des activités réservées du médecin. Cependant, il y a aussi l'infirmier(ère) qui est visé(e) par la détermination et le suivi du niveau de surveillance d'une personne usagère, comme en témoignent certains cadres légaux sur lesquels s'appuie cette règle de soins :

- Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées (chapitre I-8, r. 15.1.1.1).
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I 8).
- Charte des droits et libertés de la personne1 (art. 1) : « Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne ».
- Loi sur la gouvernance du système de santé et services sociaux (art. 8) : Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.
- Code des professions (art. 37 et 37.1).
- Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle, contention et isolement, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2015).

Dans ses démarches, l'infirmier(ère) doit tout de même préconiser l'approche interdisciplinaire, incluant la participation de la personne usagère et de ses proches selon le principe des soins centrés sur la personne.

Concernant l'activité elle-même, plusieurs intervenant(e)s peuvent assurer une surveillance accrue. Le choix de l'intervenant(e) dépend des besoins de la personne usagère en matière de surveillance et des activités professionnelles ou autorisées de l'intervenant(e).

Les surveillances découlant d'autres documents d'encadrement clinique du CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) ont préséance sur cette règle de soins (par exemple : la surveillance liée aux mesures de contrôle, la surveillance cardio-respiratoire du nouveau-né, la surveillance clinique des usagers sous anesthésie ACP, ou encore la surveillance par télémétrie ou moniteur cardiaque, etc.).

2. Professionnels/non-professionnels visés

Cette règle de soins s'adresse à l'ensemble des intervenant(e)s suivants, si applicable :

- Infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)·(IPS).
- Infirmier(ère) clinicien(ne) ou infirmier(ère) ou candidat(e) à l'exercice de la profession infirmier(ère) (CEPI).
- Infirmier(ère) auxiliaire ou candidat(e) à l'exercice de la profession infirmier(ère) auxiliaire (CEPIA).
- Assistant(e) au supérieur immédiat (ASI), infirmier(ère) clinicien(ne) assistant(e) au supérieur immédiat (ICASI), infirmier(ère) chef d'équipe (ICE) ou leur remplaçant(e).
- Intervenant(e)s membres de l'équipe interdisciplinaire (exemples : surveillant(e) en établissement, assistant(e) en réadaptation, éducateur(trice) spécialisé(e), préposé(e) aux bénéficiaires (PAB), préposé(e) à l'unité (PAU), aide de service (ADS), etc.).
- Infirmier(ère) clinicien(ne) soutien à la pratique.
- Conseiller(ère) en soins infirmiers.

3. Activités réservées/activités visées

IPS

- Diagnostiquer des maladies.
- Prescrire des examens diagnostiques.
- Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice.
- Déterminer des traitements médicaux.
- Prescrire des traitements médicaux, des médicaments et d'autres substances.
- Prescrire des médicaments et d'autres substances.
- Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Assistant(e) au supérieur immédiat (ASI), infirmier(ère) clinicien(ne) assistant(e) au supérieur immédiat (ICASI), infirmier(ère) chef d'équipe (ICE) ou leur remplaçant(e)

- Coordonner les activités quotidiennes de son service en fonction des priorités du moment.
- Collaborer, participer et/ou coordonner les activités entourant le continuum de soins des usagers de son secteur.

Infirmier(ère) clinicien(ne), infirmier(ère) et CEPI

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier*.
- Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes*.

* **CEPI :** Se référer à :

- RSI-6015 - Annexe I - Répertoire des activités en soins infirmiers et d'assistance
- RSI-6032 Conditions exercice intégration candidates CEPI, CEPIA, externe

Infirmier(ère) auxiliaire et CEPIA

- Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins.
- Prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie.

Infirmier(ère) clinicien(ne) soutien à la pratique

- Exercer un leadership infirmier; agir comme modèle de rôle et agent de changement auprès de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire afin d'améliorer et de soutenir la pratique clinique.

Conseiller(ère) en soins infirmiers

- Exercer un leadership mobilisateur auprès de ses collaborateurs, des gestionnaires, de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire.

4. Situations visées/clientèles visées

La surveillance usuelle s'applique pour l'ensemble des personnes usagères au CISSSMO. Toutefois, selon la condition clinique de la personne usagère, les risques pour elle-même ou autrui et les facteurs contributoires, un niveau de surveillance additionnelle peut être mis en place, soit la surveillance accrue, comme dans les situations cliniques suivantes (liste non exhaustive) :

- Risque d'agressivité ou de violence.
- Agitation.
- Automutilation.
- Risque suicidaire.
- Errance.
- Risque de fugue.
- Risque de chute.
- Autres risques pertinents.

Pour certaines de ces situations, se référer aux documents d'encadrement clinique existants au CISSSMO pour l'évaluation du risque et la mise en place d'interventions sécuritaires pouvant ainsi réduire le risque (ex. : risque de violence, risque suicidaire et risque de chute, etc.).

5. Définitions

ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

Tous les intervenants qui offrent des soins ou services aux usagers selon leurs champs d'exercice respectifs, incluant l'usager et ses proches.

SURVEILLANCE USUELLE

La surveillance usuelle consiste à observer et localiser la personne usagère dans le cadre des tournées minimales ou intentionnelles et dont la fréquence est établie en fonction des caractéristiques et des besoins de la clientèle. Celle-ci est moins intensive qu'une surveillance accrue et vise à s'assurer du bien-être et de la sécurité de la personne dans le cadre des activités quotidiennes.

SURVEILLANCE ACCRUE

Mesure qui consiste à effectuer une surveillance supplémentaire à la surveillance usuelle pour une personne usagère présentant un risque léger, modéré ou élevé (*ANNEXE A*), pour elle-même ou autrui, lors de situations pouvant compromettre la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou psychologique. Il existe trois niveaux de surveillance accrue : discrète, étroite ou constante. Ces niveaux de surveillance sont déterminés par un médecin, une IPS ou une infirmière en fonction de l'évaluation clinique de la condition physique et mentale de la personne.

SURVEILLANCE DISCRÈTE

Surveillance requise la personne usagère présente un niveau de risque léger de dangerosité pour elle-même ou pour autrui *(ANNEXE A)*. Elle consiste à effectuer une surveillance **aux 30 minutes**, ou plus fréquemment si requise. La personne est localisée spécifiquement et ses déplacements connus.

SURVEILLANCE ÉTROITE

Surveillance requise la personne usagère présente un niveau de risque modéré de dangerosité pour elle-même ou pour autrui *(ANNEXE A)*. Elle consiste à effectuer une surveillance **aux 15 minutes** ou plus souvent, si requise. La personne est localisée spécifiquement et ce qu'elle fait est connu.

SURVEILLANCE CONSTANTE

Surveillance requise la personne usagère présente un niveau de risque élevé pour elle-même ou pour autrui *(ANNEXE A)*. Elle consiste à effectuer une surveillance **continue**. En aucun temps cette personne ne peut être laissée seule.

MESURES DE REMPLACEMENT

Stratégie d'intervention simple ou complexe faisant appel aux compétences et à la créativité des intervenant(e)s et qui permet d'éviter de recourir à une mesure de contrôle. Elle peut viser à prévenir, réduire ou à éliminer les causes des réactions et comportements de la personne usagère qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui. (MSSS, 2006).

6. Conditions

- L'évaluation de la condition physique et mentale, des risques et des facteurs contributoires visant à déterminer les besoins en matière de surveillance doit être réalisée minimalement à chaque quart de travail ou, pour certains milieux, dès le retour de l'infirmière.
- L'analyse des mesures de remplacement (CLI-60058) et la recherche de solutions auprès de l'équipe interdisciplinaire, incluant la personne usagère et ses proches, s'avèrent indispensables en contexte de précarité clinique et de besoin pour une surveillance accrue.
- L'analyse du besoin de surveillance doit tenir compte du respect des droits de la personne :
  - Droit à la sûreté.
  - Droit à la liberté et au respect de sa volonté.
  - Droit à l'intégrité.
- Les impacts positifs de la surveillance doivent l'emporter sur ses impacts négatifs pour la personne usagère.
- Le médecin ou l'IPS doit être avisé si le niveau de surveillance ne répond plus aux besoins. Selon le jugement clinique, cette communication doit être effectuée dans les plus brefs délais, particulièrement si le niveau de risque a augmenté et qu'une surveillance plus rapprochée s'impose.
- Il peut s'avérer nécessaire de considérer une réorientation de la personne usagère si, à la suite de l'évaluation de la situation, le milieu actuel n'est pas en mesure de répondre de façon optimale à ses capacités, limitations et besoins spécifiques, afin de favoriser son autonomie, sa sécurité et son bien-être.
- L'intervenant(e) qui assure une surveillance accrue doit posséder les compétences que celle-ci requiert.
- Lorsqu'un déplacement de la personne usagère est requis (par exemple, pour un transfert ou un examen), il est essentiel de procéder avant à une évaluation de la situation et du besoin de surveillance pour un déplacement sécuritaire, en tenant compte de l'environnement physique, de l'organisation du travail et de l'expertise des intervenant(e)s.

7. Rôles et responsabilités/directives

IPS

1. Évaluer la condition physique et mentale de la personne usagère.
2. Identifier les situations à risque et les risques pour la sécurité ou l'intégrité de la personne ou celle d'autrui (ex. agressivité, violence, agitation, automutilation, idées suicidaires, errance, fugue, chute, etc.).
3. Participer à la recherche de mesures de remplacement et de solutions adaptées à la condition de la personne.
4. Déterminer la nécessité d'instaurer, de maintenir, d'ajuster ou de cesser une surveillance accrue et faire la prescription le cas échéant.

Assistant(e) au supérieur immédiat (ASI), infirmier(ère) clinicien(ne) assistant(e) au supérieur immédiat (ICASI), infirmier(ère) chef d'équipe (ICE) ou leur remplaçant(e)

1. Contribuer à l'évaluation de l'infirmier(ère) pour la détermination des besoins de surveillance et du niveau de surveillance à instaurer, maintenir, ajuster ou cesser, à l'aide des outils suivants :
   a. RSI 6041 - ANNEXE I *Recours à une surveillance accrue.*
   b. ANNEXE A *Surveillance accrue - Soutien pour la détermination du niveau de surveillance*.
2. Assurer le suivi des besoins de surveillances accrues dans le milieu auprès des infirmier(ère)s :
   a. Revoir, au besoin, l'organisation du travail des membres de l'équipe de soins et la gestion des priorités afin qu'elles répondent aux besoins de surveillance des personnes usagères.
   b. Prévoir, au besoin, l'ajout d'un intervenant(e) si une réorganisation du travail ne suffit pas à répondre aux besoins de surveillance et déterminer le titre d'emploi de l'intervenant(e) à ajouter selon les activités qui lui sont autorisées.
3. Prévoir une discussion en interdisciplinarité lorsqu'une surveillance accrue perdure dans le temps (ex. : plus de 24 heures).

Infirmier(ère) responsable de l'usager et *CEPI

1. Évaluer la condition physique et mentale de la personne usagère lors d'un changement dans la condition clinique de l'usager(ère).
2. Identifier les situations à risque et les risques pour la sécurité ou l'intégrité de la personne ou celle d'autrui (ex. : agressivité, violence, agitation, automutilation, idées suicidaires, errance, fugue, chute, etc.).
3. Mettre en place des interventions sécuritaires :
    a. Prioriser les interventions qui se trouvent déjà dans des documents d'encadrement du CISSSMO pour le(s) risque(s) identifié(s) (ex. : risque de violence, risque suicidaire, risque de chute, etc.).
    b. Rechercher des mesures de remplacement (CLI-60058) et des solutions auprès des membres de l'équipe interdisciplinaire, incluant la personne usagère et de ses proches, pouvant ainsi réduire le(s) risque(s) identifié(s).
4. Déterminer la surveillance à instaurer, maintenir, ajuster ou cesser, en s'appuyant sur les outils suivants :
    a. RSI 6041 – ANNEXE I *Recours à une surveillance accrue*.
    b. ANNEXE A *Surveillance accrue - Soutien pour la détermination du niveau de surveillance.*
5. Mettre en place la surveillance déterminée :
    a. Revoir, au besoin, l'organisation du travail d'équipe (ex. : en dyade ou en triade) et la gestion des priorités afin qu'elles répondent aux besoins de surveillance.
    b. Informer l'ICASI, l'ASI, l'ICE ou leur remplaçant si l'organisation du travail ne permet pas de répondre aux besoins de surveillance.
6. Documenter sa détermination du besoin de surveillance à instaurer, maintenir, ajuster ou cesser.
7. Inscrire ou ajuster les directives en lien avec les surveillances accrues sur le plan thérapeutique infirmier (PTI) ou au plan d'intervention (PI).
8. S'assurer que l'intervenant(e) qui effectue la surveillance a reçu les directives infirmières au PTI ou PI et les informations sur les soins planifiés à l'annexe RSI 6041 – ANNEXE B (modèle) Plan de travail – Intervenant(e) assigné(e) à la surveillance accrue.
    a. Si un autre outil de planification des soins est utilisé (ex. kardex), y référer l'intervenant(e) assigné(e) à la surveillance accrue.
9. Réévaluer le recours à la surveillance accrue, aux 8 heures ou plus fréquemment selon son jugement clinique, à l'aide des informations collectées lors de la surveillance et en s'appuyant sur les outils suivants :
    a. RSI 6041 – ANNEXE I *Recours à une surveillance accrue*.
    b. ANNEXE A *Surveillance accrue - Soutien pour la détermination du niveau de surveillance.*
10. Aviser le médecin, l'ICASI, l'ASI, l'ICE ou leur remplaçant(e), lors de changement dans la condition clinique de la personne justifiant une modification de la surveillance.
11. Assurer le transfert d'informations concernant la surveillance lorsqu'il y a un changement quant à la prise en charge de la personne (pauses, heures de repas, changement de quart de travail, transfert d'unité, etc.).

Infirmier(ère) auxiliaire et CEPIA.

1. Contribuer à l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne usagère.
2. Contribuer à l'identification des situations à risque et des risques pour la sécurité ou l'intégrité de la personne ou celle d'autrui (ex. : agressivité, violence, agitation, automutilation, idées suicidaires, errance, fugue, chute, etc.).
3. Participer à la recherche de mesures de remplacement (CLI-60058) et de solutions avec l'équipe interdisciplinaire, qui inclue la personne usagère et ses proches.
4. Aviser le plus tôt possible le médecin, l'IPS ou l'infirmière si la surveillance ne semble plus convenir aux besoins ou à la condition clinique de la personne.
5. Suivre les directives au PTI ou au PI en lien avec la surveillance accrue.

Dans l'attente des directives du médecin, de l'IPS ou de l'infirmier(ère) :

6. Planifier les interventions préventives requises selon les facteurs de risques ciblés.
7. Mettre en place une surveillance plus rapprochée si celle-ci semble la plus appropriée aux besoins de surveillance de la personne usagère.
8. Documenter au dossier les informations en lien avec la situation, ainsi que le(s) risque(s) identifié(s) et la surveillance accrue appliquée.
9. S'assurer de transmettre les informations en lien avec la surveillance accrue à l'intervenant(e) qui effectue la surveillance.

Intervenant(e) assigné(e) à la surveillance de l'usager.

1. Assurer la surveillance d'une personne usagère :
   a. En respectant les activités qui lui sont autorisées.
   b. Selon les directives infirmières verbales et/ou écrites au PTI ou PI.
   c. Selon les soins planifiés à l'annexe RSI 6041 – ANNEXE B (modèle) *Plan de travail – Intervenant(e) assigné(e) à la surveillance accrue.*
      - Si un autre outil de planification de soins est utilisé (ex. *kardex*), l'infirmière vous y réfèrera.
   d. Selon les indications que l'on retrouve à l'annexe RSI 6041 - ANNEXE II *Intervenant(e) assigné(e) à une surveillance accrue.*
2. Compléter, selon les directives de l'infirmière, le *CLI-60113 Observations cliniques-surveillance accrue,* en respectant la confidentialité, notamment en prenant soin de ne pas laisser le formulaire dans un endroit susceptible d'être consulté par des visiteurs ou autres.
3. Se référer à l'infirmier(ère) ou l'infirmier(ère) auxiliaire de la personne usagère pour tous besoins, questions, précisions ou autres en lien avec la surveillance.
4. Informer l'infirmier(ère) ou l'infirmière auxiliaire, responsable de la personne usagère, de tout changement dans l'évolution de la condition de cette personne.
5. Contribuer à une communication efficace en matière de surveillance accrue avec l'ensemble des membres de l'équipe de soins, tout au long de son quart de travail, avant de quitter pour sa pause et à la fin de son quart de travail, selon le modèle IDÉA.

Intervenant(e) membre de l'équipe interdisciplinaire.

1. Contribuer, à la hauteur de ses activités professionnelles ou autorisées, à l'évaluation pour la détermination du niveau de surveillance :
   a. Participer à la recherche de mesures de remplacement et de solutions adaptées à la condition de la personne usagère à l'aide du *CLI-60058 Mesures de remplacement*.

Conseiller(ère) en soins infirmiers et infirmier(ère) clinicien(ne) soutien à la pratique

1. Agir à titre de personne-ressource lors de situations cliniques complexes associées aux surveillances accrues.
2. Exercer un rôle de vigie dans l'adoption des meilleures pratiques en matière de surveillance accrue.
3. Offrir du soutien clinique et de la formation au personnel impliqué dans l'application de la présente règle de soins.
4. Collaborer à l'élaboration d'outils cliniques en matière de surveillance et à leur implantation.
5. Réaliser des audits de qualité des soins, en faire la compilation et l'analyse.

8. Notes au dossier

IPS

- Notes d'évolution ou CLI-60103 *Évaluation - Recours à la surveillance accrue.*
  - L'évaluation et l'ordonnance du besoin de surveillance accrue.

Infirmier(ère) clinicien(ne), infirmier(ère) et CEPI

- Notes d'observation ou CLI-60103 *Évaluation – Recours à la surveillance accrue.*

  Les informations portent sur l'évaluation du recours à la surveillance accrue à la suite de l'identification d'une problématique ou d'un risque lors de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne usagère, incluant les éléments suivants :
  - Le(s) facteur(s) de risques.
  - Les mesures de remplacement (CLI-60058).
  - Les réactions, la collaboration et les comportements de la personne.
  - Les informations en lien avec la recherche de solutions auprès de l'équipe interdisciplinaire, qui inclue la personne usagère ou de ses proches.
  - La justification de l'instauration, du maintien, de la poursuite de l'ajustement ou du retrait de la surveillance accrue.
- Plan thérapeutique infirmier (PTI) ou au plan d'intervention (PI).
  - Les directives associées au besoin de surveillance accrue.

Infirmier(ère) auxiliaire et CEPIA.

- Notes d'observations.

  Les informations portent sur les données objectives et subjectives en lien avec la condition physique et mentale de la personne usagère :

  - Le(s) facteur(s) de risque identifié(s).
  - Les mesures de remplacement.
  - Les réactions, la collaboration et les comportements de la personne.
  - Les informations pertinentes communiquées ou reçues de la personne ou de ses proches.

Intervenant(e) qui effectue la surveillance de l'usager(ère)

- CLI-60113 Observations cliniques-surveillance accrue.
  - Observations durant la surveillance.

9. Annexes

Annexe A : Surveillance accrue - Soutien pour la détermination du niveau de surveillance

Annexe B (modèle) : Plan de travail – Intervenant(e) assigné(e) à la surveillance accrue

Annexe I : Recours à une surveillance accrue

Annexe II : Intervenant(e) assigné(e) à une surveillance accrue

10. Références

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2020) Aide-mémoire - équipe interdisciplinaire sur les unités de soins - bonification de l'offre de service de la DSMREU. Repéré à : https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/aide-equipe-interdisciplinaire-sur-les-unites-de-soins-bonification-de-offre-de-service-de-la-dsmreu

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2020) Référentiel infirmière ICASI_Générique (VF) Repéré à : https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/referentiel-infirmiere-icasi-generique-vf

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2023) Rôle et responsabilités - Infirmière clinicienne soutien à la pratique. Repéré à : https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/role-infirmiere-clinicienne-soutien-la-pratique

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2023) Rôle et responsabilités - Conseillère en soins infirmiers. Repéré à : https://intranet.cisssmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/role-conseillere-en-soins-infirmiers

Charte canadienne des droits et libertés. (1981). Repéré à : https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/dlc-rfc/ccdl-ccrf/pdf/charte-poster.pdf

Charte des droits et libertés de la personne. RLRQ, c C-12. Repéré à : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-12

CISSS de la Montérégie-Centre. (2024). RSI – MC – 037 Surveillance des usagers. 8 p.

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2023). POL-045 Encadrement du recours, de l'ajustement et de la cessation de la surveillance accrues des usagers. 15 p.

MESS. (2025). Code des professions. RLRQ, c. C-26. Repéré à : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26

MESS. (2025). Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, RLRQ, c. G-1.021. Repéré à : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021

MESS. (2025) Loi sur les infirmières et les infirmiers. LRQ, chapitre I-8. Repéré à : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-8

MESS. (2025). Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées. I-8, r. 15.1.1.1 Repéré à : https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/I-8,%20r.%2015.1.1.1

MSSS. (2015). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle-contention, isolement et substances chimiques. Édition révisée mars 2015. 34 p.

OIIQ. (2016). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières. Repéré à : https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers

OIIAQ. (2020). Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire : Champ d'exercice, activités réservées et autorisées. Repéré à : https://www.oiiaq.org/publications/activites-professionnelles-infirmiere-auxiliaire

OIIQ. (2021). L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique. Repéré à : https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Brigitte Gareau, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2026-01-12
Personnes consultées	Amélie Roy, conseillère cadre spécialisée, DSIEU	2026-06-22
	Carine Durocher, chef d'unité, DPSCS	2025-11-13
	Dr Philippe Smith, DSPEM	2025-07-22
	Natacha Bernier, Adjoint(e) à la direction DSHAPPA	2025-11-10
	Elisabeth Picard, Chef de service gestion de la qualité et des risques DSHAPPA-DSSADG	2025-11-10
	Lyne Archambault, Chef de programme – unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	2025-10-17
	Annie Halpin-Benoit, Coordonnatrice gestion de la qualité et des risques par intérim, DQEPE	2025-10-30
	Fannie Di Pasquale, coordonnatrice, DPSMD	2025-11-04
	Christelle Robert, Coordonnatrice activités cliniques et pratiques professionnelles en soins infirmiers, DSIEU	2026-04-07
	Jany Tremblay, conseillère cadre spécialisée, DSIEU	2026-04-07
	Josée Ferland, conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers - volet SHAPPA, DSIEU	2025-10-17
	Josée-Anne Laporte, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2025-10-23
	Vanessa Guimond Dandurand, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2025-11-05
	Suzy Bonnier, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2025-10-15
	Marie-Josée Pitre, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2025-10-21
	Catherine Boyer, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, DSHAPPA	2025-04-08
	Jamie Lewis, infirmière clinicienne, DSHAPPA	2025-04-14
	Solveig Camiré, infirmière, DPD	2025-05-16
	Frédéric Roiné, gestionnaire, DSHAPPA	2025-11-10
	Marie-Claude Patry, gestionnaire, DSHAPPA	2025-03-26
	Cynthia Charland, Infirmière-chef d'équipe, DSHAPPA	2025-11-03
	Karine Parent, infirmière clinicienne, DSIEU	2025-05-15
	Mélanie Dupuis, infirmière, DPD	2025-10-24
	Annabelle Rioux, conseillère cadre infirmière praticienne spécialisée, DSIEU	2026-01-12
	Catherine St-Jean, Cheffe de service à la qualité de la pratique clinique, DSMREU	2025-07-08
	Christine Maheu, Agent(e) de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2025-07-08
	Cindy Sebes, Agent(e) de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2025-07-08
	Mireille Clermont, directrice adjointe, DSIEU	2026-06-03
	Dave Métras, conseiller en soins infirmiers, volet hébergement, DSIEU	2025-07-10

Processus de recommandation		
Recommandé par le Comité exécutif du CII	Sandra Desrochers, présidente du CECII	2026-01-29

Historique du document		
Approuvé par	Marie-Eve Sévigny Directrice de la direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers	2026-06-23
Commentaires		

Annulation d'outils cliniques existants
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette règle de soins vient annuler les outils cliniques suivants :

Installation(s)	**Annulation**
CISSSMO	PRO-10072 Modalités d'application d'une surveillance constante pour un usager en milieu hospitalier

ANNEXE A

SURVEILLANCE ACCRUE - SOUTIEN POUR LA DÉTERMINATION DU NIVEAU DE SURVEILLANCE

Cette annexe est fournie à titre de référence et ne remplace en aucun cas le jugement clinique.
Une surveillance accrue est nécessaire lorsque la surveillance usuelle est insuffisante pour assurer la sécurité.

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 : indice de danger faible.

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

Exemples de situations nécessitant ce type de surveillance :

- Risque suicidaire : indice de danger grave à court terme.
- Interférence au traitement qui entraînerait 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.
- 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 : indice de danger grave et imminent.
- Interférence au traitement qui entraînerait 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).

Référence(s)/Source : Document adapté de : CHU DE QUÉBEC, POLITIQUE ET PROCÉDURE RELATIVES AU RECOURS À LA SURVEILLANCE DES PATIENTS DU CHU DE QUÉBEC, 2014.

ANNEXE B

MODÈLE

PLAN DE TRAVAIL - INTERVENANT À LA SURVEILLANCE ACCRUE

Niveau de surveillance : ☐ Discrète (aux 30 minutes) ☐ Étroite (aux 15 minutes) ☐ Constante (en continu)

Consignes : Compléter ou ajuster par l'infirmière et remis à l'intervenant(e) assigné à la surveillance au besoin.

MOTIF DE LA SURVEILLANCE				
☐ Agressivité/violence	☐ Agitation	☐ Automutilation	☐ Risque suicidaire	☐ Errance
☐ Risque de fugue	☐ Risque de chute	☐ Autre(s) : _____		

MOBILISATION ET OCCUPATION

☐ Autonome ☐ Aide 1 personne ☐ Aide 2 personnes ☐ Canne ☐ Marchette
☐ Restriction(s) : _____ ☐ Aucune restriction en votre présence
☐ Faire marcher _____ fois par quart (jour/soir) ☐ Changer de position aux _____ h
☐ Activités à pratiquer avec l'usager : _____
☐ Sieste: _____ ☐ Particularité sommeil : _____
☐ Autre(s) directive(s) : _____

HYGIÈNE

☐ Autonome ☐ Aide complète ☐ Aide partielle pour : _____
☐ Au lit ☐ Au lavabo ☐ Au bain/douche

ÉLIMINATION

☐ Autonome ☐ Amener à la toilette aux _____ h.
☐ Chaise d'aisance ☐ Urinal/bassine ☐ Sonde urinaire ☐ Culotte d'incontinence (grandeur) : _____
☐ Décompte des selles ☐ Autre(s) directive(s) : _____

ALIMENTATION ET HYDRATATION

☐ Autonome ☐ Aide partielle pour : _____ ☐ Aide complète
☐ Présenter un plat à la fois ☐ Stimuler à manger ☐ Offrir à boire aux _____ h.
☐ Diète ☐ Limite liquidienne : _____ml ☐ Dosage ingesta/excreta ☐ Bilan nutritionnel
☐ Autre(s) directive(s) :_____

ÉTAT COGNITF ET COMMUNICATION

☐ Orienter fréquemment (temps lieux, personnes) ☐ Camoufler l'appareillage
☐ S'assurer du port de lunette ☐ S'assurer du port des appareils auditifs

BESOINS ET SOINS SUPPLÉMENTAIRES

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____