

# CONTENTION AUX SOINS INTENSIFS

*Le recours à la contention physique pour les patients ventilés mécaniquement impose une réflexion.*

PAR MÉLANIE PARENTEAU, INF., M.SC.(c.), JULIE HOULE, INF., PH.D.(c.) ET LYNE CLOUTIER, INF., PH.D.  
PHOTOS MARCEL LA HAYE

**QUELS SONT LES PRINCIPES DIRECTEURS DE L'UTILISATION DES MOYENS DE CONTENTION PHYSIQUE ? SONT-ILS TOUJOURS NÉCESSAIRES POUR LES PATIENTS INTUBÉS ? QUELLES EN SONT LES CONSÉQUENCES ? Y A-T-IL DES SOLUTIONS DE RECHANGE ?**



L'infirmière peut décider des mesures de contention selon l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers.

Les infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs (USI) décident fréquemment d'utiliser des moyens de contention physique auprès de patients ventilés mécaniquement. Leur principal objectif est d'éviter qu'ils ne se mettent en danger en interrompant eux-mêmes leur traitement par auto-extubation. Dans un contexte de surcharge de travail et de pénurie de personnel qualifié, plusieurs facteurs peuvent influencer la décision de l'infirmière.

Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) prône une utilisation exceptionnelle de ces mesures de contrôle, plusieurs établissements de santé y ont recours de façon systématique. Ainsi, les moyens de contention physique, notamment les attaches de poignets, sont automatiquement utilisés sur tous les patients ventilés mécaniquement dans certaines USI alors que dans d'autres, le jugement clinique de l'infirmière en décide.



Contention de poignet et abdominale de type Segufix



Contention de poignet de type Posey



Contention de poignet faite maison à l'aide d'un coussinet et d'un bandage omniforme

## PRINCIPES DIRECTEURS

Le MSSS définit la contention comme « toute mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap ». Il ajoute que « l'utilisation de toute contrainte, qu'elle soit physique ou chimique, ne doit s'effectuer qu'en dernier lieu, après l'évaluation complète de la situation propre à chacun des patients concernés et le recours aux méthodes alternatives » (MSSS, 2002).

En vertu de son activité réservée, l'infirmière peut, selon son jugement clinique, décider d'utiliser des mesures de contention auprès d'un patient à l'instar des médecins, des physiothérapeutes

et des ergothérapeutes (OIIQ, 2003). Afin de guider le processus décisionnel des infirmières, le MSSS (2002) a élaboré des principes directeurs. Ces principes découlent de l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui s'énonce ainsi :

- ▶ La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.
- ▶ Lorsqu'une mesure [...] est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.
- ▶ Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. Ces recommandations visent l'ensemble des unités de soins, y compris les USI.

Le MSSS propose une démarche systématique visant à réduire l'utilisation de mesures de contrôle par l'application, en tout premier

TABLEAU 1

### PRINCIPES DIRECTEURS ENCADRANT L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE

1. Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.
2. Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.
3. Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne.
4. L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
5. L'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.
6. L'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

MSSS, 2002.

TABLEAU 2

## ÉTUDES PORTANT SUR LES EXTUBATIONS EN PRÉSENCE DE MOYENS DE CONTENTION

| Auteur                       | But  | Pays       | Type   | Milieu                                | Population cible        | Taille de l'échantillon                          | Résultats   |
|------------------------------|--|------------|--|---------------------------------------|-------------------------|--|---|
| Ballon (2001)                | Incidence et facteurs communs aux extubations            | États-Unis | Rétrospective effectuée sur une période de 14 mois | Soins intensifs médicaux-chirurgicaux | Patients de 1 à 88 ans  | 68 cas d'extubation                              | 60 sur 68 patients extubés sous contentions (80 %)                  |
| Birkett <i>et al.</i> (2005) | Fréquence et facteurs de risque associés aux extubations | Australie  | Rétrospective effectuée annuellement pendant 7 ans | Soins intensifs médicaux-chirurgicaux | Patients de 16 à 90 ans | 14 à 26 cas d'extubation                         | Taux de 44 % à 67 % d'extubations sous contentions                  |
| Curry <i>et al.</i> (2008)   | Facteurs de risque associés aux extubations              | États-Unis | Rétrospective (8 mois) sept. 2005 à avril 2006     | Soins intensifs chirurgicaux          | n.d.                    | 31 cas d'extubation                              | 27 sur 31 patients extubés sous contentions (87 %)                  |
| Chang <i>et al.</i> (2008)   | Influence de la contention sur les extubations           | Chine      | Rétrospective effectuée sur une période de 21 mois | Soins intensifs médicaux-chirurgicaux | n.d.                    | 300 patients dont 100 extubés et 200 non-extubés | Le taux d'extubation (8,7 %) augmente de 3,11 fois sous contentions |

recours, de mesures de remplacement efficaces, efficientes et respectueuses de la personne, de son autonomie, de son environnement et des ses proches (OIIQ, 2003). Le tableau 1 présente les six principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle.

## FACTEURS DE DÉCISION

Kielb *et al.* (2005) soulignent dans leur étude que la majorité des infirmières affirme utiliser la contention afin d'assurer la sécurité du patient et de prévenir l'auto-extubation. Cette croyance reflète une conviction solidement ancrée chez le personnel soignant selon laquelle les moyens de contention empêchent l'auto-extubation. L'étude de Happ (2000) se penche sur un élément bien particulier de cet aspect. En effet, lors de la prise de décision quant au recours à des mesures de contrôle, une majorité d'infirmières préfère utiliser des moyens de contention par crainte de représailles du corps médical ou de collègues de travail dans le cas de patients considérés comme susceptibles de s'auto-extuber. Cette observation ravive le débat sur les responsabilités de l'infirmière principalement à une époque où son rôle n'est plus simplement celui d'une exécutante de protocoles.

À cet égard, la pratique infirmière découle d'une science basée *primo* sur de solides connaissances et *secundo*, sur des expériences vécues et des résultats positifs obtenus en milieu de travail. Ainsi, de plus en plus d'études démontrent l'inefficacité des moyens de contention dans les cas d'extubation, par exemple celles citées dans le tableau 2.

## EFFETS NÉFASTES de l'utilisation systématique de la contention physique

La littérature consultée révèle que le recours à la contention entraîne des effets néfastes pour les patients, tant physiques que psychologiques (Fletcher, 1996 ; Happ, 2000 ; Martin, 2000 ; MSSS, 2006 ; Reigle, 1996 ; Nirmalan *et al.*, 2004 ; Swauger et Tomlin, 2000). De même, les familles, les intervenants et les établissements de soins supportent des impacts négatifs découlant de leur utilisation comme l'indique le tableau 3 (Bray *et al.*, 2004 ; MSSS, 2006).

Il faut toutefois préciser que malgré la démonstration d'effets néfastes et d'impacts négatifs, le recours à la contention physique s'impose pour certains patients intubés qui répondent à des critères précis.

## CRITÈRES POUR RECOURIR à la contention physique à l'USI

Afin d'aider à la prise de décision relative à l'utilisation des mesures de contention dans les USI, Vance (2003) a élaboré un algorithme décisionnel comportant certains critères qui permettent d'évaluer la pertinence de recourir à la contention pour le patient hospitalisé aux soins intensifs (voir figure 1).

Cet outil se base sur une évaluation systématique de trois aspects, soit :

- 1) l'état mental du patient ;
- 2) la menace imminente pour la vie du patient selon la nature du traitement qu'il reçoit ;
- 3) les équipements technologiques utilisés pour traiter le patient.

Trois aspects font appel à trois niveaux d'application distincts auxquels l'infirmière se réfère pour codifier son patient.

Ces trois aspects font ensuite appel à trois niveaux d'application distincts auxquels l'infirmière doit se référer pour codifier son patient (Vance, 2003, traduction MSSS, 2006) :

- > Le **niveau 1** est caractérisé par un ensemble de conditions et de situations usuelles non problématiques dont la présence rendrait non pertinente l'utilisation de la contention chez le patient hospitalisé en soins intensifs.
- > Le **niveau 2** est caractérisé par la présence de traitements et d'équipements technologiques considérés comme ne mettant pas en danger la vie du patient, mais pouvant causer certains préjudices s'ils sont accidentellement délogés ou retirés. Ainsi, l'utilisation d'une contention peut-elle devenir pertinente et justifiable, mais seulement après avoir constaté l'échec des mesures de remplacement.

- > Le **niveau 3** est caractérisé par la présence de traitements et d'équipements technologiques qui pourraient mettre en danger la vie du patient s'ils étaient accidentellement délogés ou retirés. Dans pareille situation clinique, l'utilisation d'une contention s'avère pertinente s'il y a absence d'indicateurs de niveau 1.

**L'utilisation d'une contention peut devenir pertinente après avoir constaté l'échec des mesures de remplacement.**

**CRITÈRES POUR NE PAS RECOURIR**

*à la contention physique à l'USI*

Selon cet algorithme décisionnel, l'infirmière peut juger qu'il est inadéquat et inapproprié d'appliquer une contention dans l'une des trois situations suivantes :

- 1) si le patient est inconscient ou paralysé sur le plan physiologique et/ou thérapeutique (curare) ;
- 2) s'il est alerte et bien orienté dans les trois sphères ;
- 3) s'il est en observation constante de la part du personnel soignant ou d'une personne significative.

FIGURE 1

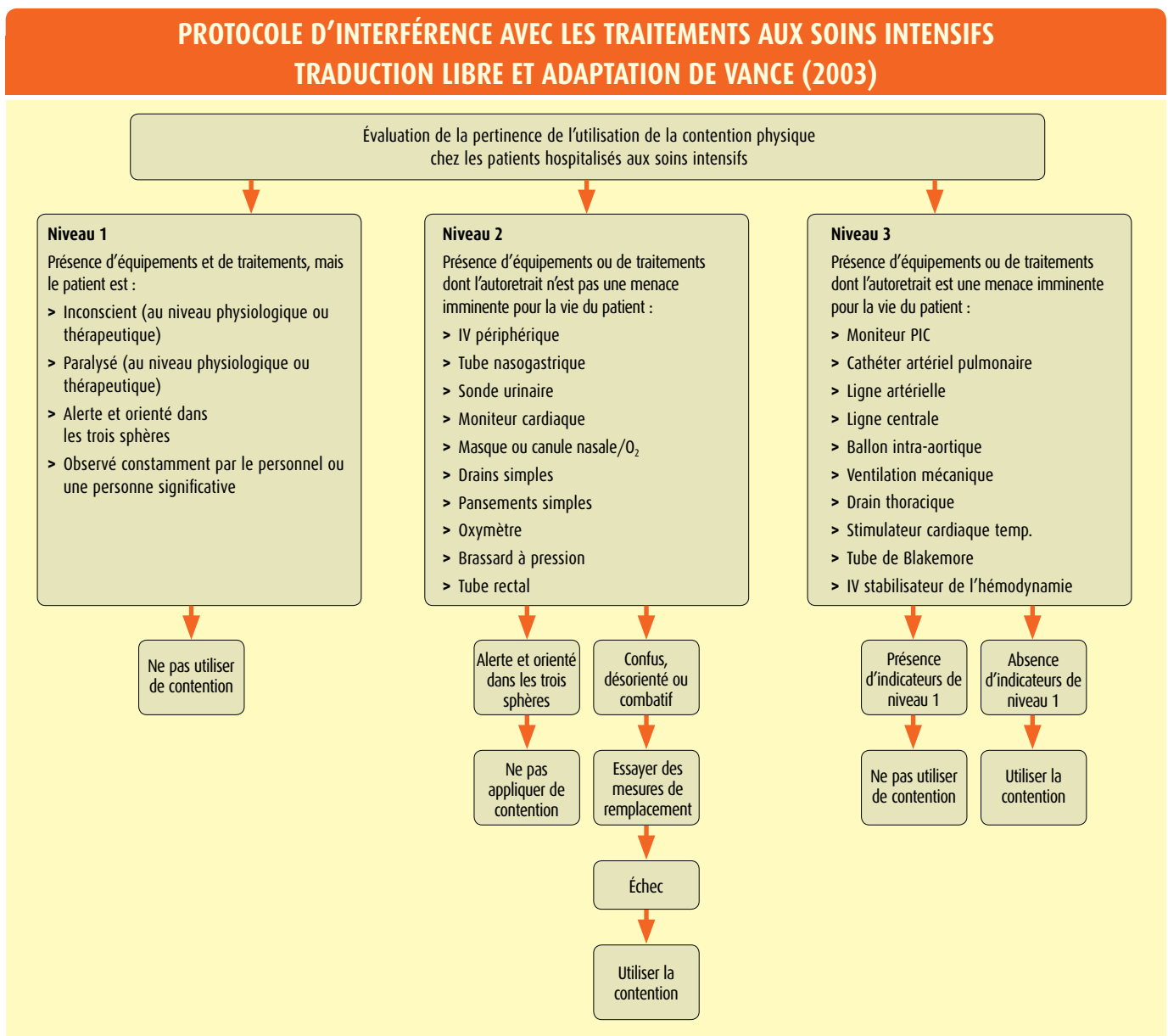


TABLEAU 3

## EFFETS NÉFASTES ET IMPACTS NÉGATIFS ASSOCIÉS À L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>PLAN PHYSIQUE</b>                 | Blessures cutanées, plaies de pression, atrophie musculaire, infections nosocomiales, constipation, incontinence, douleur, hypertension, tachycardie, aspiration, asphyxie.  |
| <b>PLAN PSYCHOLOGIQUE</b>            | Agitation, panique, peur, colère, dépression, léthargie, sentiment d'abandon, perte de dignité et d'estime de soi, désorientation, humiliation, augmentation de l'agitation, augmentation du risque de délirium, résignation et déclin de l'état cognitif. |
| <b>IMPACT SUR LES FAMILLES</b>       | Sentiment d'impuissance et d'incompréhension, sentiment de frustration, sentiment de colère envers l'établissement et les intervenants, réduction des manifestations affectueuses, éloignement affectif.   |
| <b>IMPACT SUR LES INTERVENANTS</b>   | Conflit de valeur, culpabilité, sentiment d'incompétence, sentiment d'abus de pouvoir et sentiment d'incompréhension relativement à la situation clinique.   |
| <b>IMPACT SUR LES ÉTABLISSEMENTS</b> | Prolongation de la durée du séjour, augmentation de la mortalité et de la morbidité, mauvaise réputation de l'établissement, augmentation des coûts et des poursuites juridiques.  |

Bray *et al.*, 2004 ; Fletcher, 1996 ; Happ, 2000 ; Martin, 2002 ; MSSS, 2006 ; Reigle, 1996 ; Nirmalan *et al.*, 2004 ; Swauger et Tomlin, 2000.

Ces critères d'exclusion étant établis, il convient maintenant d'explorer quelques méthodes préventives et des solutions de rechange pouvant pallier l'usage systématique de moyens de contention physique chez les patients ventilés mécaniquement.

### MESURES PRÉVENTIVES *pouvant diminuer les risques d'agitation et de délirium*

Selon l'algorithme décisionnel de Vance, il n'est pas nécessaire de mettre en contention un patient calme, alerte et bien orienté dans les trois sphères (espace, personne et temps) simplement parce qu'il est intubé. Il importe donc de diminuer les risques de voir le patient évoluer vers un délirium, là où dans certains cas la contention deviendrait inévitable. Le tableau 4 indique différentes mesures préventives propres à diminuer les risques de délirium et d'agitation et pouvant contrer les interférences avec les traitements.

### SOLUTIONS DE RECHANGE *pour prévenir les interférences avec les traitements*

Parce que la contention physique ne devrait être utilisée qu'après avoir employé des mesures de remplacement et constaté leur échec, les infirmières doivent se familiariser avec ces solutions de rechange. En voici quelques-unes :

- Utiliser une fixation rigide optimale afin de sécuriser le tube endotrachéal.
- Limiter le nombre de tubulures lorsque c'est possible.

- Garder les tubulures hors de la vue du patient, par exemple à la tête du lit.
- Dissuader le patient en camouflant les équipements avec des draps ou des pansements.
- Assurer une surveillance visuelle constante du patient avec l'aide de la famille ou d'autres intervenants.
- Rendre possible une surveillance visuelle constante lors de l'assignation des lits si l'environnement de soins ne le permet pas.

(Bray *et al.*, 2004 ; MSSS, 2006).



Dans une perspective de changement de pratique, l'éclairage particulier apporté par la littérature consultée permet de constater que le recours aux mesures de contrôle physique sans jugement clinique préalable porterait plus de risques que de bénéfices.

Dans son ouvrage sur l'application de pratiques fondées sur des résultats probants, Doyon (2000) explique bien l'importance de

TABLEAU 4

## MESURES PRÉVENTIVES POUVANT CONTRER LES INTERFÉRENCES AVEC LES TRAITEMENTS

| MESURES PRÉVENTIVES  | EFFETS SOUHAITÉS   |
|--|--|
| Installer une radio à portée d'écoute.   | Favorise une bonne orientation sur le plan des trois sphères : |
| Installer une horloge et un calendrier sur le mur à la vue du patient.                                 |  |
| Assurer une bonne communication verbale avec le patient.   |  |
| Utiliser un tableau ou une table de communication pour communiquer avec le patient.                    | ➤ Temps<br>➤ Personnes<br>➤ Lieux                              |
| Évaluer et soulager la douleur.  | Favorise la relaxation, le confort et le sommeil               |
| Favoriser une position confortable.  |  |
| Regrouper les soins.   |  |
| Diminuer les stimuli auditifs et visuels.  |  |
| Faire écouter au patient de la musique significative pour lui.   |  |
| Utiliser judicieusement les médicaments ayant un effet sur le système nerveux central.                 | Rassure le patient et diminue son anxiété                      |
| Informer le patient des gestes qui seront posés avant de les exécuter.                                 |  |
| Demander à la famille d'apporter au patient des objets familiers (couverture, oreiller, photos, etc.). |  |
| Favoriser la présence de la famille au chevet du patient.  |  |
| Faire participer la famille aux différents soins (mobilisation, stimulation cognitive).                |  |
| Favoriser une continuité de soins en affectant les mêmes intervenants aux soins du patient.            |  |

Bray *et al.*, 2004 ; MSSS, 2006.

tenir compte des résultats de recherche disponibles et de l'obligation qu'ont les professionnels de la santé de recourir à des pratiques soignantes exemplaires. Mais malgré les données probantes recueillies, l'utilisation systématique de la contention physique persiste encore dans certaines USI.

Kapp (1996) définit cette problématique ainsi : l'utilisation inconvenante de la contrainte physique expose le patient à des risques inévitables de blessures corporelles, psychologiques et viole l'éthique infirmière. Une utilisation systématique de la contention pourrait même, dans certaines circonstances, exposer les centres hospitaliers à des poursuites judiciaires.

Les infirmières doivent juger de la pertinence d'utiliser la contention et en évaluer les conséquences en se basant notamment sur les résultats probants. Pour assurer la sécurité des patients, il a été clairement établi que les mesures de contrôle ne doivent s'appliquer qu'après l'essai infructueux de mesures de remplacement.

Afin de mieux comprendre les raisons expliquant pourquoi les infirmières emploient la contention physique auprès de patients ventilés mécaniquement, une étude est en cours dans deux USI de la Mauricie. Elle vise notamment à établir quels facteurs influencent les infirmières quant à leur intention d'appliquer des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Une meilleure connaissance de ces facteurs permettra d'élaborer des programmes de formation et des outils d'évaluation adaptés à la réalité des soins intensifs et ainsi d'améliorer la sécurité et la qualité des soins offerts aux patients intubés. ■

## LES AUTEURES



**Mélanie Parenteau** travaille en soins cliniques à la Clinique d'apprentissage en sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières où elle termine sa maîtrise spécialisée en soins critiques. Son mémoire porte sur l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement.



**Julie Houle** est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ses intérêts pour l'enseignement et la recherche concernent principalement les soins critiques et la santé cardiovasculaire.



**Lyne Cloutier** est professeure titulaire au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ses intérêts pour la recherche concernent principalement le dépistage, le traitement et le suivi des personnes atteintes d'hypertension artérielle ainsi que l'examen clinique dans la pratique infirmière.

### Références :

Balon, J.A. « Common factors of spontaneous self-extubation in a critical care setting », *International Journal of Trauma Nursing*, vol. 7, n° 3, juin-sept. 2001, p. 93-99.

Birkett, K.M., K.A. Southerland et G.D. Leslie. « Reporting unplanned extubation », *Intensive & Critical Care Nursing*, vol. 21, n° 2, avril 2005, p. 65-75.

Bray, K., K. Hill, W. Robson, G. Leaver, N. Walker, M. O'Leary et al. « British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units », *Nursing in Critical Care*, vol. 9, n° 5, sept./oct. 2004, p. 199-212.

Chang, L., K.K. Wang et Y. Chao. « Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study », *American Journal of Critical Care*, vol. 17, n° 5, sept. 2008, p. 408-416.

Curry, K., S. Cobb, M. Kutash et C. Diggs. « Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit », *American Journal of Critical Care*, vol. 17, n° 1, janv. 2008, p. 45-52.

Doyon, O. « L'application des pratiques fondées sur les résultats probants : une démarche de changement au quotidien, un signe de maturité professionnelle », in C. Sliwka et P. Delmas (ss la dir. de), *Profession infirmière : Quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?*, Paris, Lamarre, 2009, chap. 10.

Fletcher, K. « Use of restraints in the elderly », *AACN Clinical Issues*, vol. 7, n° 4, nov. 1996, p. 611-635.

Happ, M.B. « Preventing treatment interference: the nurse's role in maintaining technologic devices », *Heart & Lung*, vol. 29, n° 1, janv./févr. 2000, p. 60-69.

Kapp, M.B. « Physical restraint use in critical care: legal issues », *AACN Clinical Issues*, vol. 7, n° 4, nov. 1996, p. 579-584.

Kielb, C., C. Hurlock-Chorostecki et D. Sipprell. « Can minimal patient restraint be safely implemented in the intensive care unit? », *Dynamics*, vol. 16, n° 1, printemps 2005, p. 16-19.

*Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, L.R.Q., c. C-29, art. 39.6 à 39.10 (projet de loi 90).

*Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1998), L.R.Q., c. S-4-2, art. 118.1.

Martin, B. « Restraint use in acute and critical care settings: changing practice », *AACN Clinical Issues*, vol. 13, n° 2, mai 2002, p. 294-306.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, MSSS, 2002.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Programme de formation du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention*, MSSS, 2006.

Nirmalan, M., P.M. Dark, P. Nightingale et J. Harris. « Editorial IV: physical and pharmacological restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations », *British Journal Anaesthesia*, vol. 92, n° 6, juin 2004, p. 789-792.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières - Mise à jour du guide d'application publié en 2003*, Montréal, OIIQ, 2010.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ, 2003.

Reigle, J. « The ethics of physical restraints in critical care », *AACN Clinical Issues*, vol. 7, n° 4, nov. 1996, p. 585-591.

Swauger, K.C. et C.C. Tomlin. « Moving toward restraint-free patient care », *Journal of Nursing Administration*, vol. 30, n° 6, juin 2000, p. 325-329.

Vance, D.L. « Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: a pilot study », *AACN Clinical Issues*, vol. 14, n° 1, févr. 2003, p. 82-91.