

UTILISATION JUDICIEUSE DES CONTENTIONS PHYSIQUES EN PRÉSENCE D'UN RISQUE D'INTERFÉRENCE AUX SOINS DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS (USI) ET À L'UNITÉ CORONARIENNE- CLIENTÈLE ADULTE

Émetteur	Direction des soins infirmiers Direction des services professionnels Direction de la fluidité et des unités hospitalières
Direction responsable	Direction de la fluidité et des unités hospitalières
Destinataires	Communauté œuvrant dans les unités de soins intensifs et à l'unité coronarienne du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Entrée en vigueur	2025-01-21
Adopté par	Nathalie Sheehan, Directrice de la fluidité et des unités hospitalières
Date	Choisissez la date

Table des matières

1. Mise en contexte	2
2. Objectifs	2
3. Définition des termes	2
4. Champs d'application	3
5. Cadre de référence	3
6. Étapes	3
7. Rôles et responsabilités.....	6
8. Ouvrages consultés.....	6
9. Processus d'élaboration	7
10.Processus d'adoption	9
11.Dispositions finales.....	9
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS.....	10
ANNEXE B - PROCESSUS DÉCISIONNEL	11

1. Mise en contexte

Les infirmières des unités de soins intensifs (USI) et de l'unité coronarienne sont particulièrement confrontées à des situations où la sécurité des usagers peut être compromise, car leur état de santé critique nécessite la présence d'équipement ou de traitements et que l'autoretrait de ceux-ci représente une menace imminente pour la vie de l'usager, comme l'intubation et la ventilation mécanique de l'usager.

Plusieurs études démontrent pourtant que l'utilisation des contentions physiques n'assure en rien l'autoextubation (Balon, 2011; Birkett et al., 2005; Curry et al. (2008); Chang et al, 2008; da Sylva et Fonseca, 2012).

De plus, l'utilisation de contentions physiques est associée à plusieurs issues cliniques défavorables à l'usager hospitalisé dans les unités de soins intensifs, à savoir des blessures qui résultent de l'autoretrait d'équipement, la détérioration neurologique, le développement d'un délirium, le développement de symptômes de stress post-traumatique et une durée de séjour moyen augmentée (Berger et al., 2024; Chang, et al., 2008; Demir, 2007; Jones et al, 2007; Luk et al. (2015); Mion et al. , 2007; Stafseth et.al., 2011, Van Rompaey et al, 2009).

Devant l'importance du problème et des conséquences spécifiques aux soins critiques pour la clientèle adulte, des travaux adaptés de Vance (2003) ont été élaborés pour l'application judicieuse des mesures de contrôle aux unités de soins intensifs et à l'unité coronarienne en présence d'un risque d'interférence aux soins.

2. Objectifs

Les objectifs de la présente procédure sont de faciliter et de soutenir l'implantation et l'intégration de la bonne pratique clinique de tous les soignants et intervenants en lien avec l'utilisation de la contention physique dans les USI et à l'unité coronarienne du CIUSSS de l'Estrie-CHUS en présence d'un risque d'interférence aux soins et ce, en contexte d'autoretrait d'équipements. En contexte d'autres situations qui peuvent être à risque de nécessiter une mesure de contrôle, comme un risque de chute, un risque d'auto ou d'hétéroagressivité, veuillez-vous référer au protocole interdisciplinaire « Application de mesures de contrôle – pour la clientèle hospitalisée en courte durée et en longue durée » (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2023).

La procédure vise spécifiquement à :

- Soutenir l'évaluation de la clientèle avant le recours à la contention physique;
- Connaître et appliquer les mesures de remplacement à la contention physique en présence d'un risque d'interférence aux soins;
- Soutenir la décision sur l'utilisation judicieuse des contentions physiques aux unités de soins intensifs (USI) et à l'unité coronarienne en présence d'un risque d'interférence aux soins.

3. Définition des termes

- Contention physique: 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. L'utilisation de certains vêtements peut également limiter la liberté de mouvement de l'usager, ceux-ci sont alors identifiés comme des vêtements de contention (CIUSSS Estrie-CHUS, 2023).
- Intervention planifiée : L'intervention en contexte d'intervention planifiée correspond aux situations dans lesquelles un comportement est susceptible de se reproduire et présente un risque grave et imminent

pour la personne ou autrui. La décision de recourir ou non à une mesure de contrôle constitue, selon le Code des professions, une activité réservée (CIUSSS Estrie-CHUS, 2023).

- **Intervention non planifiée :** Le contexte d'intervention non planifiée correspond à une situation dans laquelle l'intervenant est appelé à agir auprès d'un usager qui présente un comportement inhabituel et imprévu, qui met en danger de façon imminente la sécurité de cette personne ou d'autrui. La décision de mettre en œuvre une mesure de contrôle en contexte d'intervention non planifiée pour faire face à une situation d'urgence qui présente un danger grave et imminent pour la personne n'est pas un acte réservé. Par contre, même dans un tel contexte, le travail interdisciplinaire est à favoriser autant que possible. Rappelons que dans une telle situation, l'obtention du consentement de l'usager ou de son représentant n'est pas requise, selon l'article 13 du C.c.Q. Cependant, le représentant légal doit être avisé de la situation dans les plus brefs délais. Face à la récurrence d'un même comportement, la planification d'une mesure de contrôle doit être envisagée. Les utilisations subséquentes de mesures de contrôle seraient alors réalisées en contexte d'intervention planifiée (CIUSSS Estrie-CHUS, 2023).
- **Mesure de remplacement :** Stratégie d'intervention qui vise à prévenir le recours aux mesures de contrôle appliquées à un usager. Elle peut être liée à la personne, à l'organisation de soins, aux équipements utilisés, à l'environnement physique ou être de nature psychosociale, récréative ou occupationnelle. Les mesures de remplacement sont parfois appelées mesures alternatives (CIUSSS Estrie-CHUS, 2023).

4. Champs d'application

Cette procédure s'adresse aux médecins et personnel soignant qui sont impliqués dans la décision d'un recours aux contentions lors de risques d'interférence aux soins et œuvrant dans les secteurs des unités de soins intensifs adultes et de l'unité coronarienne des centres hospitaliers du CIUSSS de l'Estrie- CHUS.

5. Cadre de référence

- Cadre de référence – « Application des mesures de contrôle » du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2019).
- Protocole interdisciplinaire – « Application de mesures de contrôle - Pour la clientèle hospitalisée en courte et en longue durée » du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (PID-MCO-001).
- Protocole interdisciplinaire relative à la surveillance constante (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2019).

6. Étapes

6.1 L'évaluation et analyse de la situation clinique

L'évaluation vise à décrire les comportements de l'usager et à déterminer les causes de ceux-ci. Cette évaluation doit se faire en interdisciplinarité et en partenariat avec l'usager, ses proches ou son représentant. L'évaluation interdisciplinaire permet de saisir la nature du problème, d'analyser les faits observés et rapportés, d'en comprendre les causes sous-jacentes, d'identifier les besoins de l'usager ainsi que d'identifier les conditions d'apparition du comportement. Puisque les causes sont, la plupart du temps, multifactorielles, l'évaluation doit être globale et exhaustive et tenir compte à la fois des caractéristiques de l'usager et des composantes de son environnement (physiques, sociales, culturelles et institutionnelles (Cadre de référence - Application des mesures de contrôle du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2019).

6.2 Les mesures de remplacement à la contention physique

Afin de diminuer le recours à des contentions physiques, des mesures de remplacement doivent toujours être tentées auparavant. Certaines mesures universelles pour les unités de soins critiques doivent être priorisées, voire même être appliquées en prévention telles que :

- Intégrer des membres de la famille ou d'un bénévole pour surveiller ou accompagner l'utilisateur.
- Réviser la médication à éviter ou à réduire en présence de délirium.
- Évaluer et soulager la douleur.
- Asseoir au fauteuil.
- Évaluer la pertinence des soins (perfusion intraveineuse (IV) vs cathéter intermittent, alimentation entérale vs gavage intermittent, etc.).
- Camoufler les différents tubes et cathéters (ex. : avec un bandage).
- Diminuer les stimuli (lumière, bruit, activités d'entretien ménager lors des périodes de repos, etc.).
- Questionner l'utilisateur et la famille sur les habitudes de sommeil et respecter les habitudes de sommeil de l'utilisateur.
- Diminuer les périodes de repos le jour pour faciliter le sommeil la nuit.
- Adopter des attitudes appropriées telles que :
 - Éviter d'argumenter;
 - Faire verbaliser;
 - Utiliser un ton calme et sécurisant;
 - Simplifier les demandes;
 - Réconforter, pratiquer de l'écoute active;
 - Vouvoyer.

Une liste non-exhaustive de mesures de remplacement est disponible en annexe 3 du Protocole interdisciplinaire relative à la surveillance constante (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2019).

6.3 L'application du processus décisionnel se définit par 3 niveaux :

Dans tous les cas, l'utilisation d'une contention ne peut être envisagée qu'en présence d'un risque imminent d'interférence aux soins avec conséquences superficielles ou graves et en dernier recours lorsque les mesures alternatives ont échoué. Aussi, la mesure appliquée doit être celle qui est la moins contraignante pour la personne.

L'outil suivant élaboré a été inspiré par le modèle de Vance (2003). Il décrit les critères définissant trois niveaux permettant d'évaluer la gravité des conséquences de l'interférence aux soins tant en contexte d'intervention planifiée que non planifiée (annexe B).

Le niveau 1, soit une gravité des conséquences BÉNIGNE se caractérise par la présence d'équipement et de traitements chez un usager ayant un des profils suivants :

- Absence d'altération de l'état cognitif
- Absence de comportements perturbateurs
- Inconscient
- Paralysé
- Observé constamment par le personnel ou une personne significative

Dans ce contexte, l'utilisation de la contention physique n'est pas justifiée.

Le niveau 2, soit une gravité des conséquences SUPERFICIELLE, se caractérise par la présence d'équipement et de traitements dont l'autoretrait n'est pas une menace pour la vie de l'utilisateur en présence de comportements d'interférence imminente aux soins tels :

- Cathéter intraveineux périphérique

- Sonde nasogastrique
- Sonde urinaire
- Moniteur cardiaque
- Masque ou canule nasale avec oxygène
- Drain (ex. : Jackson-Pratt, Hémovac, Double J, drain lombaire)
- Pansements (ex. : Traitement des plaies par pression négative | VAC)
- Saturométrie
- Sonde suspubienne
- Doppler implantable
- Dispositif de compression par approche radiale (Hémoband)

Cette liste n'est pas exhaustive et la condition de l'utilisateur est à prendre en considération.

Dans ce contexte, des mesures alternatives de remplacement à la contention physique doivent être identifiées et appliquées. Si elles sont inefficaces **à répétition** selon le jugement clinique, une décision d'utilisation d'une mesure **en contexte planifié** peut s'avérer justifiée.

Le niveau 3, soit une gravité des conséquences GRAVE se caractérise par la présence d'équipement et de traitements dont l'autoretrait est une menace imminente pour la vie de l'utilisateur en présence de comportements d'interférence imminente aux soins tels :

- Moniteur de la pression intracrânienne (PIC)
- Cathéter artériel (ex : canule artérielle)
- Cathéter veineux central (CVC)
- Tube endotrachéal / ventilation mécanique
- Drain thoracique / péricardique
- Stimulateur cardiaque temporaire
- Tube de Blakemore

Cette liste n'est pas exhaustive et la condition de l'utilisateur est à prendre en considération.

Dans ce contexte, des mesures alternatives de remplacement à la contention physique doivent être identifiées et appliquées. Si elles sont inefficaces selon le jugement clinique, l'utilisation d'une mesure de contrôle est justifiée en présence d'un risque imminent.

6.4 Consentement de l'utilisateur, de ses proches ou de son représentant légal

Toute la démarche doit respecter le cadre légal pour le consentement aux soins.

En situation d'intervention planifiée, tout usager, ou son représentant légal, doit être obligatoirement informé et impliqué dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé.

En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de l'utilisateur est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile (C.c.Q., art. 13).

Par ailleurs, vous référer à la section 5.2 du protocole interdisciplinaire – « Application de mesures de contrôle – pour la clientèle hospitalisée en courte durée et en longue durée » (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2023).

6.5 Évaluation et réévaluation

L'évaluation et la réévaluation seront complétées selon l'état de santé de l'utilisateur et minimalement à tous les quarts de travail mais plus particulièrement lors de la tournée interdisciplinaire quotidienne. La mesure doit être cessée dès qu'un risque imminent n'est plus présent.

6.6 Documentation au dossier de l'utilisateur

Chaque décision d'utilisation, de modification ou de cessation d'une mesure de contrôle doit être consignée au dossier.

7. Rôles et responsabilités

En contexte planifié dans ces unités de soins, ce sont les médecins et infirmières qui décident de l'utilisation d'une contention lorsqu'il s'agit de risque d'interférence aux soins. Les autres intervenants peuvent apporter une contribution par leurs évaluations et observations.

Par ailleurs, vous référer à la section 6 du protocole interdisciplinaire – « Application de mesures de contrôle – pour la clientèle hospitalisée en courte durée et en longue durée » (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2023).

8. Ouvrages consultés

Berger et al. (2024). Adverse events related to physical restraint use in intensive care units: A review of the literature, *Journal of intensive medicine*, (4), p. 318-325.

Balon, J.A. (2001). Common factors of spontaneous self-extubation in a critical care setting. *International Journal of Trauma Nursing*, 7 (3), 93-99.

Birkett, K.M., Southerland, K.A. et Leslie, G.D. (2005). Reporting unplanned extubation, *Intensive & Critical Care Nursing*, 21 (2), 65-75.

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

CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2019). Cadre de référence – Application des mesures de contrôle, 33 pages.

CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2023). Protocole interdisciplinaire – Application de mesures de contrôle – pour la clientèle hospitalisée en courte durée et en longue durée, 27 pages.

Code Civil du Québec (article 13).

Curry, K. S., Cobb, M. Kutash et Diggs, C. (2008). Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit, *American Journal of Critical Care*, 17 (1), 45-52.

Da Sylva, P.S. et Fonseca, M.C. (2012). Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Society of Critical Care Anesthesiologists*, 114 (5), 1003-14.

Demir, A. (2007). Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals, *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 38-45.

Derval, C. et al. (2012). Le recours à la contention physique aux soins intensifs, CHUM - L'avant-Garde, 12 (2), 1-4.

Jones, C. et al. (2007). Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care. A hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine*, 33, 978-985.

Luk, E. et al. (2015). Critical care nurses' decisions regarding physical restraints in two Canadian ICUs : A prospective observational study, *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 26 (4), 16-22.

Mehta, S. et al., (2012). Daily sedation interruption in mechanically ventilated critically ill patients cared for with a sedation protocol: A randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Association*, 308, 1985-1992.

Mion, L.C. et al. (2007). patient-initiated device removal in intensive care units: A national prevalence study. *Critical Care Medicine*, 35, 2712-2720.

MSSS. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle - Contention, isolement et substances chimiques. 2015.

Parenteau, M., Houle, J. et Cloutier, L. (2010). Contentions aux soins intensifs, *Perspective infirmière*, nov.-déc., 35-40.

Stafseth, S.K. et al. (2011). The characteristics of workload and nursing staff allocation in intensive care units: A descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway, *Intensive Care and Critical Care Nursing*, 27, 290-294.

Vance, D.L. (2003). Effect of a treatment interference protocol on a clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: a pilot study, *AACN Clinical issues*, 14(1), 82-91.

Van Rompaey, B et al. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study, *Critical Care*, 13, R77.

Wen et al. (2008). Least restraint or not: A observational study on the prevalence of physical restraint use in intensive care. *Dynamics*, 19, 43-44.

9. Processus d'élaboration

9.1 Rédaction

Nom : Rodrigue Prénom : Marie-Claude

Titre du collaborateur : Conseillère cadre clinicienne, DSI Date : 2024-12-05

Nom : Audet Prénom : Myria

Titre du collaborateur : Conseillère en soins, DSI Date : 2024-12-05

Nom : Savard Prénom : Kathleen

Titre du collaborateur : Coordonnatrice Soins intensifs, traumatologie et don d'organes, DFUH Date : 2024-07-10

Nom : Leclair Prénom : Marc-André

Titre du collaborateur : Chef médical Soins intensifs, traumatologie et don d'organes, DFUH Date : 2024-07-10

9.2 Consultation/collaboration

Nom : Bilodeau Prénom : Jenissa
Titre du collaborateur : Conseillère en soins, DSI Date : 2024-07-10

Nom : Boucher Prénom : Stéphanie
Titre du collaborateur : Conseillère en soins, DSI Date : 2024-07-10

Nom : Duval-Martin Prénom : Annie-Laurence
Titre du collaborateur : Conseillère cadre clinicienne, DSI Date : 2024-07-10

Nom : Cortes Prénom : Antoine
Titre du collaborateur : Chef de service des soins intensifs médicaux de Fleurimont, DFUH Date : 2024-07-10

Nom : Lebond Prénom : Véronique
Titre du collaborateur : Cheffe de service des soins intensifs chirurgicaux de Fleurimont, DFUH Date : 2024-07-10

Nom : Jetté Prénom : Raphaëlle
Titre du collaborateur : Cheffe de service des soins intensifs de l'Hôtel-Dieu, DFUH Date : 2024-07-10

Nom : Deslauriers Prénom : Mathieu
Titre du collaborateur : Chef de service des soins intensifs de Granby et Cowansville, DFUH Date : 2024-07-10

Nom : Dubé Prénom : Frédéric
Titre du collaborateur : Chef de service, unité coronarienne, Fleurimont, DFUH Date : 2024-07-10

Nom : Daneault Prénom : Benoit
Titre du collaborateur : Cardiologue, DSPM Date : 2024-07-10

Nom : Thivierge Prénom : Alain
Titre du collaborateur : Conseiller cadre clinique, DSM Date : 2024-12-30

Nom : Amzallag Prénom : Daniel
Titre du collaborateur : Interniste, DSPM Date : 2024-09-12

Nom : Audet Prénom : Daniel
Titre du collaborateur : Interniste, DSPM Date : 2024-09-12

9.3 Approbation

- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
- Comité des documents d'encadrement clinique et des formulaires

10. Processus d'adoption

Nom, prénom : Sheehan, Nathalie Signature : Document original signé , Directrice de la fluidité et des unités hospitalières Date : 2025-01-21

Nom, prénom : Signature : , Directeur Date :

11. Dispositions finales

11.1 Version antérieure

Non applicable.

11.2 Prochaine révision

La présente procédure doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Historique des versions

Description	Auteur/Responsable	Date / Période
Création	Marie-Claude Rodrigue, conseillère cadre clinicienne, DSI Myria Audet, Conseillère en soins, DSI	2024-12-05
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période
Description (Création, Adoption, Révision avec modification, Révision sans modification, etc.)	Nom, fonction (Acronyme de la direction)	Date ou période

Annexe B - PROCESSUS DÉCISIONNEL POUR L'UTILISATION JUDICIEUSE DES CONTENTIONS PHYSIQUES EN PRÉSENCE D'UN RISQUE D'INTERFÉRENCE AUX SOINS DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS ET À L'UNITÉ CORONARIENNE - CLIENTÈLE ADULTE



Utilisation judicieuse des contentions physiques en présence d'un risque d'interférence aux soins dans les unités de soins intensifs (USI) et à l'unité coronarienne – clientèle adulte (Dans un contexte d'intervention planifiée ou non)

NIVEAU 1 - Gravité des conséquences : BÉNIGNE

Présence d'équipement et de traitements **MAIS L'USAGER A L'UN DES PROFILS SUIVANTS :**

- Absence d'altération de l'état cognitif (alerte et orienté dans les 2 sphères)
- Absence de comportements perturbateurs
- Inconscient
- Paralysé
- Observé constamment par le personnel ou une personne significative

Ne pas utiliser la contention physique

NIVEAU 2 - Gravité des conséquences : SUPERFICIELLE

Présence d'équipement ou de traitements dont **L'AUTORETRAIT N'EST PAS UNE MENACE IMMEDIATE** pour la vie de l'utilisateur **ET PRÉSENCE DE COMPORTEMENTS PERTURBATEURS :**

- Cathéter intraveineux périphérique
- Sonde nasogastrique
- Sonde urinaire
- Moniteur cardiaque
- Masque ou canule nasale avec O2 (ex : Optiflow)
- Drain (ex : JP, Hémovac, Double J, drain lombaire)
- Pansements (ex : VAC)
- Saturométrie
- Sonde suspubienne
- Doppler implantable
- Dispositif de compression par approche radiale (Hemoband)

Appliquer les mesures alternatives de remplacement à la contention physique

Non efficaces à répétition et selon jugement clinique

Appliquer la contention physique

Réévaluer selon l'évolution de la condition de l'utilisateur, et minimale q8h
Documenter au dossier + PTI
Obtenir le consentement

NIVEAU 3 - Gravité des conséquences : GRAVE

Présence d'équipement ou de traitements dont **L'AUTORETRAIT EST UNE MENACE IMMEDIATE** pour la vie de l'utilisateur **ET PRÉSENCE DE COMPORTEMENTS PERTURBATEURS :**

- Moniteur de la pression intracrânienne [PIC] (ex : LICOX et DVE)
- Cathéter artériel (ex : canule artérielle)
- Cathéter veineux central [CVC] (ex : 3 voies, cathéter hémofiltration / hémodialyse)
- Tube endotrachéal (ventilation mécanique)
- Drain thoracique / péricardique
- Stimulateur cardiaque temporaire
- Tube de Blakemore

Appliquer les mesures alternatives de remplacement à la contention physique

Non efficaces

Appliquer la contention physique

Réévaluer selon l'évolution de la condition de l'utilisateur, et minimale q8h
Documenter au dossier + PTI
Obtenir le consentement