

La contention

Table des matières

Introduction	3
Qu'est-ce que la contention?	4
Principes	4
Principe directeur : la contention minimale	4
Des milieux de travail de qualité	5
Les responsabilités du personnel infirmier	5
Études de cas	6
Ressources	8



L'EXCELLENCE EN SOINS

VISION

Exemplifier l'excellence en réglementation

MISSION

Réglementer la profession infirmière dans l'intérêt de la population

La contention N° 51043

ISBN 978-1-77116-065-0

Copyright © Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2017

Il est interdit de reproduire ce document, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou lucratives sans l'autorisation écrite de l'OIIO. On peut toutefois le reproduire, intégralement ou partiellement, à des fins personnelles ou éducatives sans autorisation expresse, aux conditions suivantes :

- faire tout effort raisonnable pour en assurer la reproduction fidèle,
- préciser que l'OIIO en est l'auteur, et
- préciser que le document reproduit n'est pas une version officielle, et qu'il n'a pas été fait en collaboration avec l'Ordre ou avec son appui.

Première édition : mars 2003 sous le titre *Guide sur le recours à la contention*

Réimprimée : octobre, octobre 2000, juin 2004

Mise à jour : juin 2009. Mise à jour : février 2017.

On peut se procurer d'autres exemplaires du présent fascicule auprès du Centre des services à la clientèle au 416-928-0900 ou au 1-800-387-5526 (sans frais au Canada)

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

101, chemin Davenport

Toronto (Ontario) M5R 3P1

www.cno.org

This document is available in English under the title: *Restraints*, Pub. No. 41043

*Le féminin est employé sans préjudice et désigne aussi bien les hommes que les femmes.

Les normes d'exercice sont des attentes qui favorisent la protection du public. Elles informent les infirmières de leurs responsabilités et expliquent leur rôle au public. Les normes gouvernent toutes les infirmières, quel que soit leur rôle, leur description d'emploi ou leur domaine d'exercice.

– **Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario**

Introduction

Le présent document a pour objectif d'aider les infirmières¹ à comprendre leurs responsabilités et à prendre des décisions en matière de contention. La contention, qu'elle soit physique, environnementale ou chimique, est un moyen controversé visant à restreindre les mouvements d'un client ou à maîtriser son comportement.

Parmi les raisons motivant le recours à la contention, citons : empêcher les clients de se blesser, faciliter la poursuite du traitement et maîtriser un comportement perturbateur. Selon *Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult* (2002, Nursing Best Practice Guideline, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario), de nombreuses recherches indiquent que le recours à la contention accroît en fait la gravité des chutes et peut aggraver le comportement désorganisé, l'amyotrophie, la constipation chronique, l'incontinence, la perte de la masse osseuse et les ulcères de décubitus. Le recours à la contention serait aussi à l'origine de troubles émotionnels (sentiment de perte de la dignité et de l'autonomie personnelles, aspect déshumanisant de la contention, agitation accrue et dépression). Dans des cas graves, des clients ont été grièvement blessés ou sont décédés par suite du recours à la contention, telle qu'une ridelle. Enfin, selon des enquêtes de coroners nord-américains, le recours à la contention est la cause de nombreux décès par étranglement. Aucune étude ne démontre clairement que le recours à la contention protège davantage le client.

Des enjeux juridiques entourent le recours à la contention. La *Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*. Ce document législatif énonce les critères

relatifs à l'emploi de moyens de contention (types de situations, par ex.) et les principes de la contention minimale. La Loi rejoint les normes de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) en matière de contention; elle aborde plusieurs sujets, dont la formation du personnel, la réévaluation, la tenue de dossiers, le consentement du client, l'élaboration de politiques sur le recours à la contention et les solutions de rechange.

En Ontario, bien des établissements ont adopté un principe de contention minimale. Ce principe reconnaît que la qualité de vie de chaque client et le respect de sa dignité sont les valeurs qui sous-tendent l'exercice de tous les professionnels de la santé, y compris des infirmières². L'OIIO souscrit à ce principe, quel que soit le milieu où exercent les membres de la profession.

Les infirmières soutiennent ardemment le droit des clients à prendre leurs propres décisions à l'égard des soins qu'ils reçoivent. Si le client est mentalement incapable, son mandataire spécial devrait prendre une décision qui est conforme à celle qu'aurait prise le client s'il en avait été capable. En tant que défenseurs des clients, les infirmières doivent veiller à ce que le client ait reçu l'information pertinente, ait participé à la planification des soins et y ait consenti. Les infirmières respectent les désirs des clients, même ceux qui peuvent être dangereux.

De plus en plus d'établissements réussissent à prodiguer des soins sans jamais recourir à la contention. Cette réussite est le fruit de modifications aux politiques internes qui ont mené à l'élaboration de programmes éducatifs et d'outils d'évaluation visant à aider les prestataires de soins à trouver d'autres solutions que la contention. Ces programmes ont fourni aux infirmières un moyen de reconnaître les comportements déclencheurs et ont favorisé la mise en œuvre de politiques de contention minimale³. Les milieux de travail de qualité facilitent aussi la réalisation de cet objectif. La contention est une solution de dernier ressort et doit répondre aux besoins du client.

¹ Dans le présent document, le mot « infirmière » désigne l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA), l'infirmière autorisée (IA) et l'infirmière praticienne (IP).

² Ontario Hospital Association, *Position Paper on the Use of Restraints*, Toronto, OHA, 1993.

³ England, W., D. Godkin, J. Onyskiw. *Outcomes of Physical Restraint Reduction Programs for Elderly Residents in Long Term Care – A Systematic Overview*, Alberta Professional Council of Licensed Practical Nurses, 1997.

Qu'est-ce que la contention?

La contention, qu'elle soit appliquée par des moyens physiques, environnementaux ou chimiques, est un moyen servant à maîtriser les mouvements ou le comportement d'une personne ou à immobiliser une partie de son corps. Les instruments de contention physique restreignent les mouvements d'un client. Il s'agit, notamment, d'une table soudée à une chaise ou d'une ridelle que le client ne peut baisser. La contention environnementale vise à limiter la mobilité du client; en voici quelques exemples : une unité ou un jardin fermé, l'isolement ou une aire d'isolation. Par contention chimique s'entend tous les médicaments psychotropes visant, non pas à traiter une maladie, mais à inhiber intentionnellement un comportement ou un mouvement précis.

Les moyens de contention varient d'un établissement à l'autre. Ainsi, l'infirmière qui travaille dans un établissement correctionnel soigne des clients qui sont tous limités dans leurs mouvements par le milieu. En revanche, l'infirmière qui travaille dans une pouponnière ne considère pas, en général, que les lits à barreaux sont des moyens de contention. Voilà pourquoi l'Ordre reconnaît que les infirmières sont les mieux placées pour définir ce qu'est la contention dans leur milieu de travail.

Principes

Le jugement professionnel est un élément essentiel à la prise de décisions et implique l'organisation des données, leur compréhension et l'analyse menant à des conclusions.

1. ***Les interventions infirmières favorisent le bien-être et préviennent les souffrances.***
L'infirmière respecte la dignité de la personne et revendique un milieu qui favorise la qualité de vie des clients.
2. ***Une politique de contention minimale ne veut pas dire que l'infirmière doit accepter d'être maltraitée.***
3. ***L'infirmière implique les clients ou leurs mandataires spéciaux dans la planification des soins.*** Il est capital que l'infirmière élabore un plan de soins de concert avec le client et sa famille. L'équipe soignante, dont fait partie le client, discute des interventions proposées afin de cerner les besoins thérapeutiques du client et de faciliter la réalisation des objectifs

à court et à long terme. Pour faciliter la prise de décisions, l'infirmière sensibilise les clients, ou leur mandataire spécial, aux méthodes de contention minimale et au droit de refuser toute intervention proposée.

4. ***Le consentement est essentiel.*** Les clients ont le droit de prendre des décisions à l'égard des soins et des traitements qu'ils reçoivent. L'infirmière renseigne le client, ou son mandataire spécial, sur les interventions proposées et les solutions de rechange. Il est interdit d'utiliser quelque moyen de contention que ce soit sans le consentement du client, sauf dans les situations d'urgence qui mettent en danger le client ou d'autres personnes et si aucune autre mesure n'a porté fruit. Ces situations sont limitées dans le temps; dès qu'elles ne sont plus critiques, l'infirmière doit obtenir le consentement du client. (Pour plus de détails, consulter les documents de l'OIIO *Déontologie infirmière* et *Le consentement*.)
5. ***Minimiser le recours à la contention est un processus interprofessionnel.*** L'infirmière fait participer l'équipe soignante, y compris le client ou son mandataire spécial, à l'évaluation et à la planification des soins à prodiguer afin d'éliminer le recours à la contention. L'infirmière doit aussi partager avec l'équipe interprofessionnelle ses connaissances sur les dangers que pose la contention.

Principe directeur : la contention minimale

Le principe de contention minimale suppose qu'on a épuisé toutes les autres solutions possibles avant de décider d'utiliser un moyen de contention.

Ceci implique évaluer et analyser la ou les causes du comportement. La majorité des comportements ont une motivation. Dès que la raison du comportement est connue, on peut planifier des interventions afin de régler la situation qui incite l'équipe soignante à songer à la contention. Prenons l'exemple d'un client qui manque d'équilibre ou qui tombe souvent. On peut trouver des moyens de le protéger tout en lui permettant de se déplacer (lui donner une marchette, par exemple). Une politique de contention minimale suppose que l'équipe soignante a examiné et/ou mis en œuvre d'autres interventions visant à corriger le comportement qui menace la sécurité du client.

L'OIIO souscrit au principe de la contention minimale. L'infirmière doit évaluer et mettre en œuvre d'autres mesures avant d'utiliser quelque moyen de contention que ce soit. S'il est nécessaire de recourir à la contention, elle doit utiliser le moyen le moins restrictif qui réponde aux besoins du client.

Des milieux de travail de qualité

Les organismes voués à la création de milieux de travail de qualité instaurent et maintiennent des mécanismes favorisant l'exercice de la profession infirmière, notamment :

1. Favoriser la prestation de soins infirmiers conformes aux normes d'excellence et de sécurité. Les milieux de travail dotés d'une politique de contention minimale offrent à leurs employés et leurs clients un milieu sûr.
2. Faire participer les infirmières à l'élaboration d'une politique de contention minimale, y compris au recensement des ressources propres à leur milieu de travail qui aident le personnel infirmier à ne pas recourir à la contention.
3. Offrir des ressources telles que : des niveaux de dotation adéquats, des mécanismes d'évaluation des clients qui risquent d'être soumis à la contention et un milieu qui préconise le recours aux solutions de rechange.
4. Sensibiliser le personnel à l'évaluation, à la planification, à la mise en œuvre et à la défense des méthodes de contention minimale et des droits des clients.
5. Mettre en œuvre des mécanismes visant à évaluer les retombées du programme de sensibilisation du personnel et la nécessité de soutien continu ou d'autres stratégies afin d'aider le personnel à mettre en œuvre la politique de contention minimale.

Les responsabilités du personnel infirmier

Pour pouvoir prodiguer des soins de qualité aux clients, le personnel infirmier doit :

- comprendre le comportement du client. Ceci est essentiel pour déterminer avec précision l'utilité de la contention. Une évaluation infirmière exhaustive cernera les facteurs qui mènent à un comportement difficile pouvant exiger des mesures de contention. Cette évaluation portera sur des facteurs individuels (état de santé, forces, aptitudes et médicaments du client, etc.) et sur des facteurs ambiants (niveau de bruit, etc.);
- élaborer un plan de soins personnalisé qui réponde aux besoins du client (accroissement de la sécurité ou diminution de l'agitation, par ex.);
- élaborer et mettre en œuvre le plan de soins en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante. Les physiothérapeutes, par exemple, peuvent aider à évaluer et à traiter les anomalies de la démarche afin de réduire le recours à la contention. L'ergothérapie pourrait aider le client confus par la mise en place dans son milieu d'aides à l'orientation. La résolution de problèmes repose, en partie, sur la collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante, y compris le client et sa famille;
- évaluer le plan de et le modifier s'il n'est pas efficace. Il faudra peut-être plusieurs essais avant de trouver le plan qui évite le recours à la contention;
- utiliser les moyens de contention les moins restrictifs. Si les tentatives pour modifier ou éliminer les facteurs de risque sont infructueuses et que la contention est inévitable, l'infirmière doit, après avoir consulté le client ou son mandataire spécial, utiliser le moyen de contention le moins restrictif. En voici deux exemples : mettre un client qui déambule dans une pièce fermée plutôt que de l'attacher à un fauteuil; utiliser un lit avec une demi-ridelle plutôt qu'une ridelle complète;
- discuter avec le client, ou son mandataire spécial, des options et des risques associés afin de l'aider à prendre une décision éclairée. Par exemple, on envisage d'administrer un médicament à une cliente confuse pour l'empêcher d'arracher sa sonde nasogastrique. Mais, à la lumière des renseignements obtenus sur les autres options, la famille peut décider de prolonger les heures de garde auprès de la cliente plutôt que de lui donner un médicament qui risque d'augmenter le nombre de chutes et sa confusion. L'infirmière doit comprendre ses propres valeurs et veiller à ce qu'elle n'intervienne pas dans la prise de décisions. Parfois, les clients préfèrent courir certains risques plutôt que d'être soumis à la contention;
- connaître les politiques des différents organismes sur la contention. Dans certains établissements, il faut peut-être obtenir un ordre du médecin avant de procéder; ailleurs, c'est une décision du personnel infirmier;

- revoir régulièrement le recours prolongé à la contention. L'infirmière qui soigne un client dont les mouvements sont limités par des moyens physiques, environnementaux ou chimiques est tenue de revoir régulièrement le recours prolongé à la contention. C'est elle qui doit cerner tout nouveau besoin que peut engendrer ce type d'intervention;
- comprendre que la contention, lorsqu'elle est inévitable, est une solution à court terme ou temporaire; ce n'est pas une intervention à long terme planifiée. Une seule exception possible : le recours à un moyen de contention environnemental; et
- consigner l'évaluation du client, les interventions visant l'élimination des moyens de contention, les discussions avec le client et son mandataire spécial, les résultats de l'évaluation continue et les modifications au plan de soins.

Études de cas

Exemple

Depuis cinq ans, Marie réside dans un établissement de soins prolongés qui ne pratique pas la contention. Au début, Marie, qui a des problèmes d'équilibre, tombait souvent. En l'évaluant, le personnel a constaté qu'il était fort probable que Marie essaie de déambuler toute seule lorsqu'elle s'ennuierait ou qu'elle voudrait aller aux toilettes. Une équipe interprofessionnelle a donc élaboré un plan de soins qui comporte les éléments suivants : l'amener aux toilettes toutes les deux heures; un lit bas avec ridelle d'un côté pour l'aider à garder l'équilibre en position assise; un siège spécial sur son fauteuil roulant; et des activités récréatives pour la stimuler et la désennuyer.

Comme Marie souffrait depuis longtemps d'un ulcère à la jambe, ses médecins ont prescrit une greffe cutanée, qui serait effectuée à l'hôpital local. Elle y resterait environ sept jours pour la thérapie intraveineuse postopératoire. Or, le personnel de l'établissement de soins prolongés craignait que Marie, en raison de son manque d'équilibre, fasse d'autres chutes durant son séjour à l'hôpital et qu'on envisage de l'attacher. S'ajoute à cela le fait que l'immobilisation entraîne l'atrophie musculaire et que l'aptitude de Marie à déambuler risquait d'en souffrir à tel point qu'elle exigerait une gamme différente de soins.

Analyse

Les craintes soulevées par l'hospitalisation de Marie ont incité le personnel à planifier de manière proactive. Ainsi, avant qu'elle ne soit admise à l'hôpital, le personnel a organisé une conférence téléphonique sur la planification des soins réunissant les infirmières-clés à l'hôpital, la famille et l'infirmière gestionnaire de l'établissement. On a expliqué au personnel infirmier de l'hôpital le plan de soins en vigueur.

Grâce à cette rencontre, le personnel de l'hôpital a pu respecter le plan de soins établi par l'établissement de soins prolongés, à l'exception des activités récréatives. Afin de prévenir les chutes provoquées par l'ennui, et anticipant que l'analgésique risquait d'aggraver les troubles de l'équilibre dont souffre Marie, la famille a élaboré un horaire des visites leur permettant d'être auprès d'elle et de participer à la prestation des soins. On a installé Marie dans une chambre située à proximité du poste des infirmières et on a installé sur son lit une sonnette qui s'active chaque fois qu'elle essaie de se lever. Un employé du service de physiothérapie de l'hôpital venait aider Marie à faire des exercices pour renforcer sa jambe.

Une infection est survenue après l'opération, ce qui a retardé le départ de Marie. Deux semaines plus tard, elle est retournée à l'établissement de soins prolongés et à sa routine. Malgré la confusion postopératoire, Marie n'est pas tombée une seule fois durant son séjour à l'hôpital et, grâce à la planification proactive effectuée par le personnel et la famille, le plan de soins ne prévoyait pas le recours à la contention.

Exemple

Une cliente, transférée par l'hôpital local, est admise à un établissement de soins prolongés. L'établissement a adopté une politique de contention minimale. Aucun moyen de contention n'a été utilisé depuis un an. Afin d'aider le personnel du service d'admission à élaborer un plan de soins approprié faisant ressortir les comportements qui pourraient entraîner le recours à la contention, l'établissement a adopté un protocole d'évaluation du risque. Depuis l'adoption de la politique de contention minimale, le nombre de chutes n'a pas augmenté et les chutes qui se sont produites ont causé beaucoup moins de blessures. En outre, le nombre de lésions cutanées a baissé de moitié.

Or, la famille insiste pour que l'on ait recours à la contention, comme mesure de protection. Elle prévient l'infirmière que si la cliente fait une chute parce qu'aucune mesure de contention n'a été prise, la famille intentera une poursuite.

Analyse

Cette situation, comme bien d'autres où surgit la question de la contention, pose un dilemme déontologique. L'infirmière doit respecter le choix du client, mais il y a des limites. Comme l'explique la norme d'exercice de l'Ordre *Déontologie infirmière*, les choix du client peuvent être limités par des politiques qui favorisent la santé ou par les ressources disponibles dans une situation donnée. Lorsqu'un client demande à une infirmière d'accomplir un acte qui pourrait être dangereux, celle-ci doit informer le client, sans porter de jugement, des risques et des préjudices que peut avoir l'acte en question.

Dans l'exemple ci-dessus, l'infirmière doit explorer les conséquences de la demande. La famille croit que la contention minimale mettra en danger la mère. Mais, l'infirmière peut sensibiliser les proches aux risques que pose la contention et aux solutions de rechange. Si la famille persiste à exiger des mesures de contention, l'infirmière doit respecter ce choix, mais doit aussi expliquer qu'en raison de sa politique de contention minimale l'établissement n'a ni instruments de contention ni ressources pour les utiliser de façon sécuritaire. À la lumière de ces renseignements, la famille pourra alors choisir de façon éclairée dans quel établissement placer la mère. Il est plus facile de répondre aux besoins du client et de la famille si cette discussion a lieu avant d'admettre le client.

Exemple

Lucie travaille à l'urgence d'un hôpital communautaire. Un jour, un client d'un établissement correctionnel de la région vient faire soigner une grande plaie à la jambe. Il a les menottes aux poignets et est accompagné par deux travailleurs correctionnels. L'infirmière demande aux travailleurs d'ôter les menottes au client et de respecter son droit à l'intimité pendant qu'il est à l'urgence. Bien que Lucie soit capable d'évaluer et de soigner la plaie du client alors qu'il est menotté, sa liberté de mouvement réduite la met mal à l'aise.

Analyse

Dans le cas présent, c'est l'établissement correctionnel, et non l'infirmière, qui a décidé de recourir à la contention. L'établissement est doté d'une politique de contention minimale et a conclu que si le client n'était pas menotté et accompagné par des travailleurs correctionnels, il poserait un risque pour les autres. Si les menottes entravaient le traitement, l'infirmière devrait en discuter avec les travailleurs correctionnels. Il faudrait alors songer à d'autres mesures de sécurité. Lucie doit également revendiquer, auprès de son employeur, des cours sur le traitement à accorder aux clients d'établissements correctionnels et sur les différents moyens de contention à utiliser avec eux.

Exemple

Zoé, une enfant de trois ans, vient de subir une intervention au cerveau. Après l'opération, on a installé une sonde endotrachéale reliée à un ventilateur. Pour empêcher qu'elle n'arrache la sonde, on lui a mis des mitaines. Cette mesure de contention a été expliquée aux parents avant l'intervention, et ces derniers ont donné leur consentement.

Analyse

Il s'agit d'une mesure appropriée qui cessera dès que possible. Pour ne pas effrayer la fillette, l'infirmière a pris les arrangements nécessaires pour que la famille puisse la rassurer durant la période postopératoire. Et elle a elle-même expliqué à Zoé, avec des mots simples, pourquoi elle devait porter des mitaines. Dans certaines circonstances, il se peut que l'infirmière doive attacher des clients s'ils sont incapables de comprendre l'importance de l'intervention qu'ils doivent subir. L'infirmière doit examiner tous les faits et recourir à la contention minimale.

Ressources

Alberta Association of Registered Nurses. *AARN Position statement on the use of restraints in client care settings*, Edmonton, AARN, 1995.

Alberta Association of Registered Nurses. *Professional Boundaries: A Discussion Paper on Expectations for Nurse-Client Relationships*, Edmonton, AARN, 1997.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Nursing Best Practice Guidelines. Toronto, RNAO, 2002.

Bath, H. « The Physical Restraint of Children: Is it Therapeutic? », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 64, n° 1 (1994), p. 40-49.

Castle, N. et V. Mor. « Physical restraints in nursing homes: A review of the literature since the Nursing Home Reform », *Medical Care Research & Review*, vol. 55, n° 2, 1998, p. 139-171.

England, W., D. Godkin et J. Onyskiw. *Outcomes of Physical Restraint Reduction Programs for Elderly Residents in Long Term Care — A Systematic Overview*, Edmonton, Alberta Professional Council of Licensed Practical Nurses, 1997.

English, R.A. « Implementing a non-restraint Philosophy », *L'infirmière canadienne*, vol. 85, n° 3 (1989), p. 8-20, 22.

Ontario Hospital Association. *Position Paper on the Use of Restraints*, Toronto, OHA, 1993.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. *Déontologie infirmière*, Toronto, OIIO, 2004.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. *Le consentement*, Toronto, OIIO, 2004.

Schwartz, D. et N. Strumpf. « Achieving Restraint-Free Care in Hospital Settings », *Untie the Elderly Resource Manual*, Kennett Square (Pennsylvanie), The Kendal Corporation, 1998.

Selekman, J. et B. Snyder. « Institutional policies on the use of physical restraints on children », *Pediatric Nursing*, vol. 23, n° 5, 1997, p. 531-537.

Société Alzheimer du Canada. *Normes des soins*, Toronto, Société Alzheimer du Canada, 1992.

Stratmann, D., M. Vinson, R. Magee et S. Hardin. « The effects of research on clinical practice: the use of restraints », *Applied Nursing Research*, vol. 10, n° 1 (1997), p. 39-43.

Terpstra, T., T.L. Terpstra et E. Van Doren. « Reducing restraints: Where to start », *The Journal of Continuing Education in Nursing*, vol. 29, n° 1 (1998), p. 10-16.

Notes :

Notes :

Notes :



**COLLEGE OF NURSES
OF ONTARIO**
**ORDRE DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO**

L'EXCELLENCE EN SOINS

101, chemin Davenport
Toronto (Ontario)
M5R 3P1
www.cno.org
Téléphone : 416-928-0900
Sans frais au Canada : 1-800-387-5526
Télécopieur : 416-928-6507
Courriel : cno@cnomail.org