

Université de Montréal

**Élaboration et validation d'un outil d'aide à la décision pour l'application des
contentions physiques aux soins intensifs**

par

**Catherine Derval
Faculté des sciences infirmières**

**Rapport de stage présenté
à la Faculté des sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières**

Décembre 2010

© Catherine Derval, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce rapport de stage intitulé :

Élaboration et validation d'un outil d'aide à la décision pour l'application des
contentions physiques aux soins intensifs

Présenté

par

Catherine Derval

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Dubois, inf., Ph.D., directrice de stage

Céline Corbeil, inf., M.Sc., membre du jury

Décembre 2010

RÉSUMÉ

L'usage des contentions dans les milieux cliniques interpelle le personnel des établissements de soins tant aux niveaux éthique, légal et clinique. Dans le domaine spécialisé des soins intensifs, où l'état de santé du patient est critique et les risques de complications élevées, les infirmières sont confrontées à des situations où la sécurité du patient est parfois compromise et l'application de contentions est requise. En ayant à cœur la préservation de la vie du patient, on remarque une tendance chez les infirmières à appliquer d'emblée les contentions physiques chez tous les patients ventilés mécaniquement. Or, les études démontrent que la contention représente aussi un risque pour le patient (Maccioli et al., 2003; Mion, 1996; Poulain, Vanpee, Swine & Schoevaerds, 2004).

Guidé par le modèle de Kayser-Jones (1992), un algorithme décisionnel pour la mise en application des contentions physiques aux soins intensifs a été développé en collaboration avec un comité d'experts du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et a été validé auprès d'un groupe d'infirmières exerçant dans ce milieu. Cet outil d'aide à la décision veut favoriser une démarche réflexive chez l'infirmière quant à sa pratique d'application de contentions physiques aux soins intensifs.

Mots clés : Contentions physiques, soins intensifs, algorithme, pratique réflexive, pratique infirmière, modèle de Kayser-Jones.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	vi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 APPLICATION DES CONTENTIONS PHYSIQUES AUX SOINS INTENSIFS	4
1.2 BUT DU STAGE	7
1.3 OBJECTIFS DE STAGE	7
1.4 OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE.....	8
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	9
2.1 ENJEUX ÉTHIQUES DE L'APPLICATION DES CONTENTIONS	10
2.2 ENJEUX LÉGAUX DE L'APPLICATION DES CONTENTIONS.....	11
2.3 ENJEUX CLINIQUES DE L'APPLICATION DES CONTENTIONS.....	13
2.4 PRATIQUE RÉFLEXIVE	16
2.5 MODÈLE THÉORIQUE : LE MODÈLE DE KAYSER-JONES (1992).....	17
2.5.1 Composantes du modèle de Kayser-Jones (1992).....	17
CHAPITRE 3 DÉROULEMENT DU STAGE.....	19
3.1 DESCRIPTION DU MILIEU DE STAGE	20
3.2 ACTIVITÉS PRÉALABLES AU STAGE	20
3.2.1 Supervision du stage.....	20
3.2.2 Participation au groupe de travail sur la contention physique et l'isolement.....	21
3.2.3 Rencontre avec le personnel infirmier du milieu.....	21
3.2.4 Réalisation des outils de travail	22
3.2.5 Recrutement des participantes et organisation des rencontres de validation.....	23
3.3 ÉLÉMENTS DE RÉALISATION DU STAGE.....	24
3.3.1 Élaboration de l'algorithme	24
3.3.2 Validation de l'algorithme.....	25
3.4 BILAN DES RENCONTRES DE VALIDATION.....	26
3.4.1 Données sur les rencontres de validation.....	26
3.4.2 Rôle de l'animatrice des rencontres de validation.....	27
3.4.3 Thèmes abordés lors des rencontres de validation	27
3.4.4 Résultats des questionnaires d'évaluation.....	29
CHAPITRE 4 DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	31
4.1 RETOMBÉES DU STAGE.....	32
4.1.1 Retombées pour la pratique clinique	32
4.1.2 Retombées pour les patients	34

4.2 LIMITES DU STAGE.....	35
4.2.1 Durée de stage.....	35
4.2.2 Participants : nombre et composition	35
4.2.3 Validation de l'algorithme.....	36
4.3 ATTEINTE DES OBJECTIFS DE STAGE ET D'APPRENTISSAGE.....	36
4.4 RECOMMANDATIONS POUR LE MILIEU ET LA PRATIQUE INFIRMIÈRE	37
4.4.1 Pertinence de la mise en place d'un algorithme	37
4.4.2 Déploiement d'un programme de formation	38
CONCLUSION.....	41
RÉFÉRENCES.....	43
ANNEXES	48
ANNEXE 1 MODÈLE DE KAYSER-JONES TRADUIT ET ADAPTÉ PAR GAGNON ET ROY (2006).....	49
ANNEXE 2 MANDAT DES GROUPES DE TRAVAIL SUR LA CONTENTION PHYSIQUE ET L'ISOLEMENT	51
ANNEXE 3 FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES SUR LES CONTENTIONS PHYSIQUES AUX SOINS INTENSIFS AU CHUM	56
ANNEXE 4 TABLEAU RÉSUMÉ DE L'APPLICATION DES CONTENTIONS PHYSIQUES SUR LES TROIS UNITÉS DE SOINS INTENSIFS DU CHUM	58
ANNEXE 5 CANEVAS D'ENTRETIEN.....	60
ANNEXE 6 LETTRE DE PRÉSENTATION.....	62
ANNEXE 7 QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION	64
ANNEXE 8 ALGORITHME PROPOSÉ AUX INFIRMIÈRES.....	67
ANNEXE 9 ALGORITHMES RÉALISÉS PAR LES PARTICIPANTES.....	70
ANNEXE 10 ALGORITHME RÉVISÉ ET VALIDÉ	74
ANNEXE 11 RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION.....	77
ANNEXE 12 FEUILLE DE NOTES D'ÉVOLUTION INFIRMIÈRE	79

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce stage enrichissant repose sur l'appui et la collaboration de plusieurs personnes envers qui je suis sincèrement reconnaissante.

En premier lieu, je tiens à adresser mes remerciements les plus chaleureux à mesdames Sylvie Dubois et Céline Corbeil, respectivement directrice de maîtrise et personne ressource du milieu. Merci de m'avoir guidée tout au long de cette expérience avec humour et expertise. Vos précieux conseils, votre soutien, votre disponibilité et votre volonté de croire en moi ont certainement contribué à mon épanouissement personnel et mon développement professionnel. Sources d'inspiration, vous êtes des modèles de rôle et avez su maintenir la flamme en moi malgré les défis rencontrés. Je peux en dire autant de mes professeurs et mes collègues du séminaire de stage qui m'ont offert un soutien pédagogique inconditionnel tout au long de mon apprentissage.

Je tiens aussi à souligner l'ouverture, le soutien et la collaboration de tous les membres du groupe de travail interdisciplinaire des soins intensifs sur les mesures de contrôle du CHUM avec qui j'ai eu le bonheur de travailler durant ce stage. Nos échanges m'ont grandement aidée à traverser toutes les étapes de mon stage.

Une attention particulière est aussi portée aux infirmières qui ont participé au projet et à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce stage. Je ne pourrais passer sous silence le soutien financier offert par la Direction des soins infirmiers du CHUM durant cette période.

Un grand merci à mes amis et collègues de travail qui m'ont accompagnée tout au long de ce projet. Vos encouragements, votre présence et vos conseils ont éclairé ma route et m'ont portée jusqu'à l'achèvement de ce stage.

Pour leur amour et leur soutien inconditionnel, j'exprime toute ma gratitude à ma famille, sans qui je ne serais pas la personne que je suis. Sans eux, rien de tout ceci n'aurait été possible.

INTRODUCTION

Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a émis en 2002 de nouvelles orientations relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. Par conséquent, tout établissement doit réviser son protocole d'application des mesures de contrôle, le diffuser auprès de ses professionnels et procéder à une évaluation de l'application de ces mesures (MSSS, 2002). Le CHUM a donc mis à jour son protocole d'application des mesures de contrôle afin de se conformer aux nouvelles normes ministérielles et à son plan d'action.

L'utilisation exceptionnelle des contentions fait, entre autres, partie des activités de l'exercice infirmier et son application fait désormais appel au jugement clinique de l'infirmière (*Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* [L.Q. 2002-C.33]). L'utilisation des contentions aux soins intensifs est largement répandue pour faciliter l'usage de procédures invasives et pour empêcher un risque potentiel d'arrêt de traitements (Benbenbishty, Adam & Endacott, 2010; Maccioli et al., 2003; Mion et al., 1996). Or, au sein des unités de soins critiques, l'organisation du travail ainsi que les différentes structures en place n'offrent pas toujours les conditions nécessaires pour que l'infirmière puisse entreprendre une longue démarche réflexive relative à sa pratique.

Dans le cadre de son stage de fin d'études de maîtrise, l'étudiante s'intéressait à l'élaboration d'un algorithme décisionnel d'application des contentions physiques aux soins intensifs et à la validation de cet outil auprès d'un groupe d'infirmières œuvrant aux soins intensifs. Ce rapport, divisé en quatre chapitres, débute par la description de la problématique qui sous-tend les objectifs et les buts du stage. Le deuxième chapitre présente une recension des écrits ainsi qu'une description du cadre de référence. Ensuite, les démarches préalables au stage ainsi que les activités réalisées durant celui-ci sont abordées dans le troisième chapitre. Finalement, une discussion, l'énoncé des retombées de ce stage et la présentation de recommandations pour la pratique infirmière complètent ce rapport.

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE

1.1 APPLICATION DES CONTENTIONS PHYSIQUES AUX SOINS INTENSIFS

Une contention physique est définie comme étant «une 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.» (MSSS, 2002, p.14). La prévalence de l'utilisation de cette mesure de contrôle aux soins intensifs varie considérablement d'un milieu à l'autre, et même d'un pays à l'autre. Une étude regroupant les données de neuf pays européens fait état que 39% des patients hospitalisés aux soins intensifs étaient porteurs de contentions physiques (Benbenbishty, Adam & Endacott, 2010). Selon une étude américaine, plus de 27 000 personnes sont porteuses de contentions physiques chaque jour. De ces 27 000 utilisations, 56% sont rapportées dans les unités de soins intensifs (Minnick, Mion, Johnson, Catrambone & Leipzig, 2007). Ces auteurs concluent que ces pourcentages élevés d'utilisation de contentions physiques aux soins intensifs indiquent une pratique courante chez les infirmières et le besoin de développer des stratégies pour diminuer le recours systématique aux contentions physiques tout en sachant que ces mesures de contrôle ont aussi des effets néfastes chez le patient.

En ce sens, le *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (2002) a rapporté que les contentions aux soins intensifs ne préviennent pas toujours les accidents, n'ont pas les effets escomptés comme l'empêchement ultime du retrait de cathéters par le patient, et peuvent même être un risque pour le patient. Poulain, Vanpee, Swine et Schoevaerds (2004) soulignaient dans leur étude que des dommages corporels tels des abrasions cutanées et des compressions nerveuses, musculaires ou vasculaires ont été observés chez des porteurs de contentions. De plus, trois types d'effets de l'usage des contentions sont mentionnés : les effets de l'immobilisation, les effets psychosociaux et les effets sur le personnel soignant. Dans le contexte des soins intensifs, il faut cependant noter que l'immobilité du patient peut aussi être due à sa condition physique. La liberté de mouvement étant

brimée, les patients sont à risque de dépréciation du soi et de repli ainsi que de ressentir des sentiments comme l'humiliation et la résignation. Dans le même ordre d'idées, Mion (1996) mentionne que les effets psychologiques de l'utilisation des contentions sont sous-estimés. Plus d'un tiers des patients manifesteraient des symptômes psychologiques tels que la colère, l'anxiété, l'agitation et la dépression. Des conséquences psychologiques comprennent aussi une augmentation de la confusion et/ou une détérioration cognitive.

Pourtant, dans le contexte des soins intensifs, l'utilisation de contentions physiques peut paraître une solution simple au risque d'interférence aux traitements (Hine, 2007). Selon cette auteure, c'est d'ailleurs la principale raison évoquée par les infirmières pour l'utilisation des contentions dans le cadre de leur pratique dans ce milieu. Cependant, trop souvent, les contentions physiques sont utilisées pour prévenir l'interférence aux traitements lorsque le patient est agité; les infirmières sont ensuite réticentes à assumer le risque et les conséquences possibles d'un retrait de ces mesures de contrôle (Happ, 2000). Hantikainen (2001) a d'ailleurs démontré que la décision d'employer des contentions est influencée par plusieurs facteurs tels que les règlements institutionnels, les pressions externes, les comportements des patients et les valeurs personnelles et professionnelles de l'infirmière. De plus, dans certains milieux cliniques, le recours à la contention chez les patients ventilés mécaniquement fait partie de la pratique clinique courante des équipes de soins, jusqu'à devenir un acte systématique de la part des infirmières (Parenteau, Houle & Cloutier, 2010). Guidés par la peur d'une interférence aux traitements pouvant porter de graves préjudices, les professionnels de la santé aux soins intensifs évoluent dans un milieu hautement technologique et doivent composer avec l'état critique des patients et la notion de danger imminent et grave si le patient enlève un tube ou un cathéter jugé essentiel à sa survie.

Malgré cette possibilité, il est à se demander si toutes les situations rencontrées aux soins intensifs justifient le recours aux contentions physiques. L'évaluation de la condition physique et mentale du patient étant pourtant au cœur

des assises de la profession infirmière, il semble que l'évaluation pour l'application des contentions physiques doit être soutenue et des protocoles de soins soient élaborés et adaptés au quotidien des infirmières. En outre, le MSSS a énoncé des principes directeurs pour encadrer l'utilisation de mesures de contrôle. Afin de se conformer au plan d'action du MSSS sur l'utilisation des mesures de contrôle, incluant la contention physique, l'isolement et les substances chimiques, le CHUM a révisé et adopté un protocole d'application des mesures de contrôle, notamment pour la contention physique et l'isolement en début 2010. La mise en place de balises documentées dans un protocole représente un défi tant organisationnel que clinique pour les professionnels de la santé. Il appelle à un changement de culture et à une remise en question des pratiques cliniques courantes. Afin d'implanter son protocole d'application des mesures de contrôle et de s'interroger sur les pratiques dans les milieux de soins, le CHUM a mandaté différents groupes de travail pour préciser les modalités cliniques et les stratégies d'interventions adaptées à des clientèles particulières dont celles des soins intensifs. La pratique actuelle aux soins intensifs du CHUM illustre que l'utilisation des contentions fait partie courante de l'exercice infirmier. Ainsi, le dernier taux de prévalence de porteurs de contention de décembre 2009 pour les trois unités des soins intensifs au CHUM se chiffrait entre 33% et 73% selon le site (Direction des soins infirmiers – CHUM, 2010).

La contribution de l'infirmière pour l'application des contentions requiert un jugement clinique qui, en étant bien exercé, peut contribuer à une diminution de l'utilisation des mesures de contrôle ou les encadrer de façon sécuritaire et justifiée. Dans le contexte des soins intensifs, on ne peut éliminer le recours aux contentions. Il est donc conséquent de penser que le développement de critères et d'outils cliniques, comme un algorithme décisionnel, est une valeur ajoutée à une meilleure pratique.

1.2 BUT DU STAGE

Le but du stage était de co-développer avec un groupe interdisciplinaire un outil d'aide à la décision, soit un algorithme guidant le processus réflexif de l'infirmière pour l'application des contentions physiques aux soins intensifs, et de valider cet outil par une démarche collaborative auprès d'un groupe de six infirmières œuvrant aux soins intensifs. Cet algorithme est basé sur les résultats probants et conforme au protocole d'application des mesures de contrôle développé au CHUM.

1.3 OBJECTIFS DE STAGE

Les objectifs du stage étaient:

1. Procéder à une recension des écrits scientifiques sur l'utilisation des contentions physiques, particulièrement à l'unité des soins intensifs, ainsi que sur les pratiques infirmières reliées à leur utilisation.
2. Mettre en évidence les pratiques infirmières issues de la recension des écrits en regard de l'aspect décisionnel de l'utilisation des contentions physiques.
3. Évaluer le processus décisionnel actuel des infirmières sur une unité de soins intensifs du CHUM pour l'application des contentions physiques.
4. Participer à l'élaboration d'un algorithme avec un groupe de travail interdisciplinaire sur la contention physique du CHUM qui servira de guide aux infirmières en regard de l'utilisation des contentions physiques.
5. Valider cet outil clinique auprès d'un groupe d'infirmières d'une unité de soins intensifs du CHUM.
6. Émettre des recommandations pour soutenir le développement d'une pratique infirmière exemplaire dans l'application des contentions physiques aux soins intensifs.

1.4 OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Dans le cadre de son stage, l'étudiante visait l'atteinte des objectifs d'apprentissage suivants :

1. Approfondir ses connaissances sur l'utilisation des contentions physiques aux soins intensifs et sur le processus décisionnel de l'infirmière dans l'application des contentions aux soins intensifs.
2. Collaborer au sein d'un groupe de travail et développer le rôle de conseil auprès d'une équipe interdisciplinaire.
3. Développer et exercer son leadership clinique auprès de collègues infirmières afin d'initier un changement de pratique.
4. Améliorer sa capacité de communiquer en public.
5. Améliorer sa capacité de transfert des connaissances scientifiques au milieu clinique.

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS

Cette section débute par un aperçu de la situation actuelle dans les écrits au niveau des aspects éthiques, légaux et cliniques de la mise en place de contentions physiques en milieu de soins. L'approche réflexive sera ensuite abordée comme moyen privilégié pour une participation accrue des infirmières à leur développement professionnel. En dernier lieu, le modèle conceptuel retenu sera expliqué.

2.1 ENJEUX ÉTHIQUES DE L'APPLICATION DES CONTENTIONS

L'Association des hôpitaux du Québec [AHQ] (2004) propose six repères éthiques qui devraient guider les professionnels de la santé avant qu'ils n'aient recours à la contention : la franchise dans la relation avec la clientèle, la protection de la vie biologique, la qualité de vie, le respect de l'autonomie individuelle, la justice et l'équité dans la prestation des services.

Le principe de la franchise dans la relation avec la clientèle repose entre autre sur le droit à l'information du patient à l'égard de sa santé ainsi qu'aux soins et traitements qu'il peut ou non choisir de recevoir. Dans le cadre des soins intensifs, l'infirmière est quelques fois plongée dans une situation de risque imminent pour le patient. Dans ce cas, la sécurité du patient prévaut à une discussion sur son choix ou non de recourir à la contention. Par contre, il est du rôle de l'infirmière d'expliquer au patient et à sa famille les raisons motivant sa décision d'appliquer ces mesures de contrôle.

Selon l'AHQ (2004), la responsabilité des professionnels de la santé d'assurer la sécurité et la protection de la vie humaine des personnes hospitalisées par les soins qu'ils dispensent renvoie au principe de protection de la vie biologique. Il implique aussi les principes de bienfaisance et de non malfaisance à l'égard du patient. L'intervenant doit agir dans le meilleur intérêt de ce dernier.

La qualité de vie est une appréciation subjective que les infirmières doivent apprendre à connaître en questionnant le point de vue du patient et de ses proches.

L'évaluation des bienfaits et des risques associés à l'utilisation des contentions et le traitement des causes sous-jacentes à son utilisation le plus rapidement possible permettront d'en restreindre son usage.

L'autonomie se rapporte à la liberté d'action tout en maintenant l'intégrité de la personne (AHQ, 2004). Afin de respecter ce principe lors de l'utilisation des contentions, il est important de primer pour une contention la moins contraignante possible afin de ne pas brimer inutilement l'autonomie et la liberté du patient.

La justice et l'équité réfèrent à la dispensation équitable de soins et de services pour toutes les personnes ainsi que l'offre de ressources professionnelles de qualité et en quantité suffisante dans des situations comparables et dans un contexte similaire.

Ces repères éthiques se retrouvent, en partie, à l'intérieur du *Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement* (2010) élaboré par le CHUM. Ces aspects éthiques guident quotidiennement la pratique de l'infirmière et influencent ses prises de décision en regard de ses interventions auprès des personnes hospitalisées et leur famille. D'ailleurs, les articles 28, 29 et 40 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (2010) soutiennent la pertinence de ces enjeux éthiques, notamment pour le maintien d'une relation de confiance avec le patient, le devoir d'agir avec respect envers celui-ci et son environnement et l'importance de fournir des explications nécessaires à la compréhension des soins reçus.

2.2 ENJEUX LÉGAUX DE L'APPLICATION DES CONTENTIONS

L'utilisation des mesures de contrôle par un professionnel de la santé met en opposition les principes découlant des droits de la personne, tels le droit à la liberté et le droit de refuser les soins, et son obligation fondamentale d'assurer la sécurité

des patients et de leurs proches (CHUM, 2010). Ces droits se retrouvent dans un grand nombre de textes de loi.

Selon la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* (1975), tous ont droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité, à la liberté et à la sauvegarde de sa dignité, honneur et réputation.

Aussi, le *Code Civil du Québec* (1991) stipule à l'article 10 que «la personne est inviolable et a droit à son intégrité, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.» Cet article de loi vient corroborer le principe éthique de la franchise dans la relation avec la clientèle. Toutefois, dans un contexte de situation urgente, comme c'est parfois le cas aux soins intensifs, on peut agir sans avoir obtenu le consentement au moment de l'application de l'intervention. L'article 13 du *Code civil du Québec* prévoit des dispositions dans les cas d'urgence : «En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée, et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.» Le milieu des soins intensifs complexifie la notion d'urgence puisque certaines situations requièrent l'application des contentions physiques comme modalité de traitement. Ainsi, certains comportements répétitifs ou prévisibles comme le réveil d'un patient en période postopératoire immédiate, référant à un contexte d'intervention planifiée qui nécessiterait le consentement de la personne, peuvent devenir une situation critique qui influence la démarche clinique et le recours au consentement. La présence d'un danger prévisible doit guider les interventions des infirmières afin d'assurer la protection de la vie biologique. Il faut alors rechercher le consentement tacite du patient ou de sa famille en lui donnant toute l'information nécessaire, et ce, dans le meilleur intérêt du patient (CHUM, 2010).

Par ailleurs, la *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (L.Q. 2002-C.33), communément appelée *Loi 90*, a modifié certaines dispositions du code des professions et lois particulières.

Désormais, dans le cadre de l'exercice infirmier, il est autorisé à l'infirmière de décider de l'utilisation des contentions.

Conjointement, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* [LSSSS] (L.R.Q., 1998, c. 9-4.2.) à son article 118.1 régit l'utilisation des contentions.

«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. De plus, l'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle, doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne et faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Dans chaque établissement, l'utilisation des mesures de contrôle doit être balisée par des procédures et contrôlées afin d'assurer le respect des protocoles.»

L'adoption de la *Loi 90* a donc été un levier important des nouvelles orientations ministérielles en regard de l'application des mesures de contrôle et, par le fait même, de la mise à jour du *Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement* (2010) élaboré par le CHUM.

2.3 ENJEUX CLINIQUES DE L'APPLICATION DES CONTENTIONS

Dans le contexte des soins intensifs, le recours à la contention peut s'avérer indiqué pour diminuer le risque d'interférence aux traitements, d'autant plus que les personnes hospitalisées aux soins intensifs sont susceptibles de développer des épisodes de délirium et d'agitation (Ely et al., 2001; Hine, 2007). L'agitation d'un patient contribue fréquemment au stress de ses proches et peut affecter leur satisfaction vis-à-vis les soins dispensés par les professionnels de la santé (Maccioli et al., 2003). Les patients vivant des périodes transitoires de soins aigus demandant le recours à la ventilation mécanique et à des techniques invasives de soins reçoivent des sédatifs et des antipsychotiques pour contrôler leur agitation et prévenir des situations indésirables, tels le retrait du tube endotrachéal ou autres

cathéters. Selon certains auteurs, l'utilisation des contentions physiques permet de réduire l'administration de sédatifs (Minnick, Mion, Johnson, Catrambone & Leipzig, 2007). Pinder et Christensen (2008) rappellent que l'emploi de sédatifs ne doit pas devenir une forme de contention chimique par un abus de leur utilisation dans le but de remplacer la contention physique.

D'autre part, de plus en plus d'études démontrent que la mise en place de contentions physiques, comme les attaches aux poignets, n'est pas une garantie pour empêcher l'auto-extubation (Balon, 2001; Birkett, Southerland & Leslie, 2005; Chang, Wang & Chao, 2008; Curry, Cobb, Kutash & Diggs, 2008). Ces quatre études illustrent que de 44% à 87% des patients qui ont réussi à retirer eux-mêmes leur tube endotrachéal étaient porteurs de contentions physiques. Chang, Wang et Chao (2008) concluent même que ce risque est multiplié par 3,11 fois chez les patients porteurs de contentions physiques.

L'*American College of Critical Care Medicine* (Maccioli et al., 2003) a émis des recommandations pour guider la pratique clinique en regard de l'usage des contentions aux soins intensifs. Mentionnons quelques-unes de ces recommandations qui sous-tendent le développement d'une pratique infirmière exemplaire lors de l'application de contention physique.

En premier lieu, les établissements et les professionnels de la santé doivent s'efforcer de créer un environnement le moins contraignant possible tout en assurant la sécurité du patient. Pour ces auteurs, ceci implique pour l'équipe de soins d'assurer le confort du patient tout en préservant sa dignité et en maintenant des standards de soins excellents, conformément aux principes directeurs du MSSS (2002).

Ensuite, les mesures de contrôle doivent être utilisées seulement lors de situations cliniques appropriées, et non pas comme une routine de traitement. Dans une perspective de renouvellement de pratique, il incombe à l'agent de changement

d'être créatif et novateur pour mobiliser les équipes de soins et ébranler les croyances et automatismes fortement ancrés dans leur pratique.

Troisièmement, des mesures alternatives doivent être privilégiées pour diminuer le recours à la contention. En ce sens, des auteurs font état de stratégies simples à tester avant l'application de contentions telles que le camouflage des cathéters, le traitement de la douleur et la réorientation fréquente du patient (Bray et al., 2004; Happ, 2000; Hine, 2007; Mion, 1996; Swauger & Tomlin, 2000).

L'utilisation des contentions doit être bien documentée dans le dossier du patient. Tel que mentionné précédemment, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1997) stipule que l'utilisation des contentions doit faire l'objet d'une mention détaillée au dossier du patient.

Les professionnels de la santé doivent assurer une surveillance régulière du patient pour éviter l'apparition de complications suite à la mise en place de contentions. Rappelons que des risques tels des plaies de pression, une immobilité qui entraîne une plus longue réadaptation, une chance accrue de développer une infection nosocomiale ont été rapportés dans la littérature (Happ, 2000; Mion, 1996; Mion et al., 1996).

L'expertise infirmière en soins critiques dépasse largement la maîtrise des situations cliniques courantes et se traduit par un jugement clinique sûr d'une situation globale et des actions à poser (Durivage & Legault, 1996). Aucoin (2007) définit d'ailleurs la qualité des soins critiques comme suit :

«La qualité des soins critiques consiste à fournir au moment opportun, à une personne dont l'intégrité de la vie est menacée et à ses proches, des soins compétents aux plans technique, relationnel et éthique, dans un environnement optimal, avec les meilleurs résultats possibles en matière d'amélioration de l'état de santé ou de confort et au regard de la satisfaction de l'utilisateur et de ses proches, et de l'efficacité du système de soins.»

Afin d'optimiser les interventions infirmières et de promouvoir une pratique exemplaire en regard de l'application des contentions physiques aux soins intensifs, quelques auteurs (Chuang & Huang, 2007; Mion, 1996; Vance, 2003) avancent qu'il est important de poursuivre les recherches sur le développement de lignes directrices et d'outils d'aide à la décision pour les intervenants dans les milieux cliniques.

2.4 PRATIQUE RÉFLEXIVE

L'approche réflexive s'inscrit dans un contexte d'apprentissage comme étant un processus où la personne explore ses expériences antérieures pour y trouver une nouvelle compréhension (Atkins & Murphy, 1994). Duffy (2007) s'est intéressée au concept de pratique réflexive chez les infirmières et rapporte que ce principe renvoie à une évaluation et un processus de prise de décision conscient et méthodique. Les implications dans les milieux cliniques de cette approche permettent, entre autres, d'accentuer l'avancement des connaissances, le jugement clinique et, ultimement, l'amélioration des pratiques infirmières (Feitter, 2007).

Un algorithme est défini comme un processus systématique impliquant une séquence d'étapes ordonnées. Chaque étape est dépendante du résultat précédent (Stedman's Medical Dictionary, 2000). L'implantation d'un algorithme vient standardiser une pratique et fournir un outil d'aide à la décision pour la gestion d'un problème de santé. Conséquemment, il est possible d'établir un parallèle entre la pratique réflexive et un algorithme.

Ces deux concepts conjuguent processus, prise de décision et méthode. Ainsi, l'infirmière est appelée à user de son jugement clinique pour cheminer à travers le processus établi par un algorithme. Ce jugement clinique sera teinté de ses propres expériences antérieures dans des situations semblables. Finalement, une prise de décision réfléchie sera opérationnalisée.

2.5 MODÈLE THÉORIQUE : LE MODÈLE DE KAYSER-JONES (1992)

Le modèle théorique retenu pour guider l'intervention dans le cadre du stage de l'étudiante est celui élaboré par Kayser-Jones en 1992. Traduit et adapté par Gagnon et Roy (2006), ce modèle comporte cinq composantes soit la personne, l'aménagement physique, les structures organisationnelles, l'aspect psychosocial et culturel ainsi que l'environnement humain. Ce modèle théorique permet à l'infirmière de considérer les différentes composantes de l'environnement global lors de ses interventions directes auprès de la personne. Ainsi, la synergie entre les différentes composantes du modèle apporte des modifications sur les comportements et les réactions des personnes et sur la prise de décision des professionnels de la santé.

2.5.1 Composantes du modèle de Kayser-Jones (1992)

La personne hospitalisée est au cœur de ce modèle. Le respect de celle-ci est une valeur qui doit primer dans les interventions de l'infirmière peu importe l'âge de la personne, son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive, ses capacités à réaliser ses activités de la vie quotidienne, sa dignité et sa sécurité.

L'aménagement physique de l'environnement constitue une composante importante en regard des réactions de la personne hospitalisée. La disponibilité du matériel et des équipements ou un simple changement d'éclairage sont autant de facteurs qui auront une incidence sur la prise de décision du professionnel, de par les réactions qu'ils créeront chez la personne hospitalisée.

Les structures organisationnelles de l'environnement regroupent l'ensemble des moyens mis en place dans un établissement pour atteindre les objectifs visés dont ceux qui contribuent à une utilisation judicieuse des mesures de contrôle (Gagnon & Roy, 2006). Le protocole révisé de l'application des mesures de contrôle au CHUM en est un exemple. La culture organisationnelle et la

philosophie de soins en vigueur dans le centre de santé teintent aussi les prises de décisions des intervenants quant à l'utilisation des contentions.

Les valeurs, croyances, attitudes et normes renvoient à l'aspect psychosocial et culturel de l'environnement. Il est important de noter que les valeurs, croyances et attitudes ne concernent pas uniquement la personne hospitalisée, mais incluent aussi celles de ses proches et des professionnels de la santé.

L'environnement humain fait référence à toutes les personnes qui gravitent autour de la personne hospitalisée : les membres de sa famille, les amis, le personnel soignant, etc.

L'annexe 1 illustre le modèle et montre le lien bidirectionnel entre chacune de ses composantes. Ainsi, l'interaction entre les cinq composantes principales apporte un lot de réactions chez la personne concernée qui, à leur tour, influenceront les décisions de l'infirmière pour l'application des mesures de contrôle.

CHAPITRE 3
DÉROULEMENT DU STAGE

Dans un premier temps, nous décrivons le milieu de stage ainsi que les démarches préparatoires à cette activité d'apprentissage expérientielle. La section suivante s'articule autour des différentes réalisations lors de ce processus d'apprentissage. Finalement, un bilan des activités complète ce présent chapitre.

3.1 DESCRIPTION DU MILIEU DE STAGE

Le CHUM comporte trois unités de soins critiques et une unité de grands brûlés pour un total de 60 lits disponibles. Le stage clinique s'est déroulé à l'unité des soins intensifs de l'Hôpital Notre-Dame du CHUM qui compte seize lits. Ce milieu de stage a été identifié propice par la diversité de sa clientèle et le nombre important de patients admis annuellement, environ 800 (Direction des soins infirmiers du CHUM [CHUM – DSI], 2010). Les patients admis aux soins intensifs de l'Hôpital Notre-Dame présentent plusieurs pathologies appartenant à diverses spécialités. On y dénombre, entre autre, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la transplantation et la chirurgie thoracique. Les dernières données répertoriées de l'année 2008 illustrent que les patients ont en moyenne 15,6 diagnostics secondaires et séjournent 5,4 jours à l'unité des soins intensifs (CHUM – DSI, 2010). De plus, le dernier taux de prévalence de porteurs de contention de décembre 2009 pour le département des soins intensifs de l'Hôpital Notre-Dame se chiffrait à 73% (CHUM – DSI, 2010).

3.2 ACTIVITÉS PRÉALABLES AU STAGE

3.2.1 Supervision du stage

Madame Sylvie Dubois, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal et adjointe à la DSI – volet recherche du CHUM a assuré la direction du stage. Madame Céline Corbeil, directrice adjointe à la DSI du CHUM et chargée de projet pour l'implantation du protocole et du programme de soins interdisciplinaires des mesures de contrôle, a agi comme personne ressource du milieu.

3.2.2 Participation au groupe de travail sur la contention physique et l'isolement

En accord avec la directrice, le stage a débuté par une rencontre avec madame Céline Corbeil, responsable du projet de déploiement du protocole d'application des mesures de contrôle au CHUM. Afin de préciser les modalités cliniques pour implanter le nouveau protocole d'application des mesures de contrôle, le CHUM a formé différents groupes de travail pour répondre aux besoins de clientèles particulières dont celles des soins intensifs. Le début des travaux de ces groupes de travail coïncidant avec le début du stage, il a été convenu qu'il serait pertinent que l'étudiante intègre l'équipe de travail des soins intensifs. Le groupe de travail était composé de plusieurs professionnels de la santé dont un médecin, un infirmier-chef, une gestionnaire, une conseillère en soins spécialisés, une ergothérapeute, une physiothérapeute et une inhalothérapeute. Les mandats et la composition du groupe de travail sont décrits à l'annexe 2. Suite à quelques réunions, l'équipe interdisciplinaire a été appelée à se questionner sur les façons de faire, établir les écarts entre la réalité des milieux de soins et les résultats probants issus de la littérature et émettre des recommandations au gestionnaire de projet.

3.2.3 Rencontre avec le personnel infirmier du milieu

Une rencontre avec l'infirmier-chef de l'unité des soins intensifs de l'hôpital Notre-Dame a eu lieu avant le début des interventions de la stagiaire. Le but, les objectifs de stage ainsi que l'échéancier ont été clarifiés lors de cet entretien. De plus, l'infirmier-chef, prenant part lui aussi au groupe de travail sur la contention physique et l'isolement pour la clientèle des soins intensifs, était au courant de l'avancement et de la progression des activités de stage de l'étudiante.

La première rencontre avec le personnel infirmier de l'unité des soins intensifs s'est réalisée dans le cadre d'une activité répondant aux objectifs du groupe de travail. L'étudiante prit l'initiative de visiter les trois unités de soins intensifs en plus de l'unité coronarienne du CHUM pour dresser un portrait de l'utilisation des

contentions physiques dans le milieu. Cette collecte de données sera traitée à la section 3.2.4. Ce premier contact avec les intervenants du milieu de stage a permis à l'étudiante de se présenter à l'équipe du quart de travail de jour, de prendre le pouls sur les pratiques d'application des contentions physiques et d'exposer le but de son stage d'étude sous forme d'entretien informel individuel ou en petits groupes.

3.2.4 Réalisation des outils de travail

Tel qu'énoncé précédemment, des données ont été recueillies sur les trois unités des soins intensifs en incluant l'unité coronarienne du CHUM dans le but de répertorier les pratiques locales d'application des contentions physiques. Afin de recueillir les données, l'étudiante a créé un tableau de collecte de données (annexe 3). Ce tableau a été conçu en identifiant les thèmes récurrents issus de la littérature sur l'application des contentions physiques aux soins intensifs. Séparé en deux sections, chaque ligne du tableau permet d'identifier les caractéristiques du patient porteur de contentions physiques sur l'unité ainsi que les caractéristiques reliées à l'usage de la contention. Après approbation de tous les infirmiers-chef des unités de soins intensifs et unité coronarienne, la prise des données a été réalisée de manière ponctuelle. Ainsi, la collecte des données s'est déroulée dans la période allant du 31 mars 2010 au 7 avril 2010. À l'aide d'observations directes, d'entretiens informels avec les infirmières et de consultations des dossiers des patients, un tableau a été brossé pour chacune des unités de soins intensifs. Un tableau récapitulatif dresse le portrait de l'application des contentions physiques des trois centres hospitaliers du CHUM (annexe 4). Les résultats de cette collecte ont été présentés aux membres du groupe de travail ainsi qu'aux infirmières lors des entretiens de validation.

Préalablement aux rencontres avec les infirmières, un canevas d'entretien (annexe 5) a été approuvé par la directrice de stage et la personne ressource du milieu. Cet outil était à la disposition de la stagiaire pour guider et structurer ses

discussions avec les infirmières. Les infirmières désignées par l'infirmier-chef d'unité pour participer aux rencontres ont reçu une lettre de présentation (annexe 6) leur exposant le titre du projet, les responsables, le contexte de la réalisation du stage et les implications de leur participation aux entrevues. Finalement, un questionnaire d'évaluation (annexe 7) a été créé dans l'optique d'offrir une rétroaction à la stagiaire et de permettre les ajustements nécessaires lors des rencontres ultérieures.

3.2.5 Recrutement des participantes et organisation des rencontres de validation

Un des objectifs du stage était de valider l'outil d'aide à la décision auprès de six infirmières œuvrant aux soins intensifs. Après discussion avec l'infirmier-chef et l'infirmière monitrice de l'unité, il a été jugé pertinent de rencontrer au moins deux infirmières de chaque quart de travail. Le choix des infirmières s'est effectué avec la collaboration de l'infirmier-chef, de l'infirmière monitrice et de la technicienne responsable de la confection des horaires de travail aux soins intensifs. Afin d'optimiser la participation au projet, il allait de soi de procéder aux rencontres sur les heures de travail des infirmières consultées. Avec les structures organisationnelles et les types d'horaire de travail variables en place sur l'unité, il y a chevauchement des équipes de travail plusieurs fois par jour. Ces périodes d'une durée de 45 minutes ont été retenues pour le moment des rencontres. Pour chaque quart de travail, les deux infirmières ont été choisies en fonction de la possibilité d'être remplacées pendant cette période de chevauchement. La feuille de présentation du stage leur avait été remise avant la rencontre de validation par l'infirmière monitrice de l'unité.

Une salle de réunion située sur le département des soins intensifs a été réservée pour les rencontres. Convenablement meublée, cette salle offrait un environnement confortable pour les participantes tout en réduisant les déplacements. Une collation a été offerte lors des rencontres.

3.3 ÉLÉMENTS DE RÉALISATION DU STAGE

3.3.1 Élaboration de l'algorithme

Le but poursuivi par le stage comporte deux éléments importants qui se sont répercutés sur le plan d'intervention des activités. La première phase de ce projet était l'élaboration d'un algorithme. L'ébauche de cet outil s'est réalisée en partenariat avec quelques membres du groupe de travail interdisciplinaire. Ainsi, un sous-groupe de travail a été formé et des rencontres se sont ajoutées aux rendez-vous déjà planifiés du groupe de travail. La stagiaire a pris part au sous-groupe de travail composé de la conseillère en soins spécialisés des soins intensifs, deux infirmières monitrices et une conseillère en éthique. Afin de développer un outil applicable sur les trois unités de soins intensifs du CHUM en tenant compte de la pluralité des clientèles, chacun des centres était représenté dans la composition du sous-groupe de travail.

Lors des rencontres, tous les membres du sous-groupe ont statué que l'algorithme devait être concis, comporter les éléments issus des résultats probants et offrir une certaine latitude à l'infirmière pour lui permettre d'exercer son jugement clinique. L'option de la création d'un algorithme s'est avéré un choix judicieux pour amorcer un changement de pratique en favorisant une pratique réflexive. S'inspirant du modèle théorique de Kayser-Jones (1992) et guidé par les enjeux éthiques, légaux et cliniques de l'application des contentions physiques aux soins intensifs, cinq thèmes principaux ont servi de prémisses à la mise en œuvre de l'algorithme. L'évaluation du patient, l'application d'alternatives à la contention, l'information donnée au patient et à sa famille, la documentation des interventions infirmières et la surveillance ont été les éléments clés retenus. Chacun de ces thèmes était accompagné de propositions d'interventions infirmières au verso de l'algorithme (annexe 8). On se rappelle que le modèle de Kayser-Jones (1992) stipule que la prise de décision de l'infirmière est influencée par les comportements de la personne. Cette dernière étant au cœur des interventions en soins infirmiers, l'évaluation du patient et de la situation chapeaute l'algorithme. Parmi les

propositions d'interventions infirmières proposées sous le thème de l'application d'alternatives, on y retrouve des aspects reliés aux composantes du modèle théorique. Par exemple, il est suggéré à l'infirmière de modifier l'aménagement physique et d'impliquer l'environnement humain comme mesures alternatives. En créant un outil d'aide à la décision, il est souhaitable d'instaurer un questionnement sur les façons de faire courantes et d'affecter les prises de décision de l'infirmière par cette modification à la structure organisationnelle.

3.3.2 Validation de l'algorithme

Le deuxième objectif du stage était de valider cet outil d'aide à la décision. La validation de l'algorithme s'est réalisée lors de rencontres en petits groupes d'infirmières. Tel que vu précédemment, le canevas d'entretien contenait plusieurs sujets à aborder. Le contexte de la réalisation du stage a été rappelé aux participantes. Le but du stage et de la rencontre ont été exposés suivi par un échange avec les participantes. Durant cette discussion, des questions ouvertes sur leur pratique clinique d'application des contentions physiques ont été posées. Il a été intéressant de constater que cette période a suscité des échanges entre les participantes sur leur pratique professionnelle.

Suite à la discussion, une activité a été prévue pour les familiariser à la pratique réflexive. Les participantes étaient invitées à créer elles-mêmes un algorithme d'application de contentions physiques aux soins intensifs. Le but poursuivi par cette démarche était d'initier chez les participantes un processus d'apprentissage en leur permettant de mettre sur papier une démarche réflexive de soins. En équipe, elles ont donc réfléchi à leurs expériences antérieures et aiguisé leur jugement clinique afin de produire un algorithme de façon logique. Lorsque leur outil était terminé, les participantes présentaient leur algorithme avec les explications de leur démarche de soins. Les éléments clés ont été ciblés. L'annexe 9 présente un compte-rendu des algorithmes proposés par les participantes. En dernier lieu de la rencontre, l'algorithme élaboré par le sous-groupe de travail des soins intensifs sur la contention physique et l'isolement a été

présenté aux participantes. Celui du sous-groupe de travail a donc pu être modifié et amélioré en fonction des algorithmes conçus par les participantes. À chacune des rencontres, l'algorithme révisé a été validé en invitant les infirmières à l'utiliser en prenant un exemple d'une situation courante de leur pratique clinique. Suite à toutes les rencontres de validation, une version finale modifiée de l'algorithme a été produite en tenant compte des commentaires et suggestions exprimés par les intervenantes du milieu (annexe 10).

3.4 BILAN DES RENCONTRES DE VALIDATION

3.4.1 Données sur les rencontres de validation

Quatre rencontres de validation d'une durée de 35 à 75 minutes chacune ont eu lieu. Le nombre de participantes par séance variait de 2 à 5 participantes. Au total, 11 infirmières ont été rejointes par les rencontres de validation. Initialement, il avait été décidé de valider l'outil auprès de 6 infirmières œuvrant aux soins intensifs. Finalement, une rencontre additionnelle avec le Comité de la pratique clinique des soins intensifs a permis de rejoindre davantage d'infirmières. Ce comité est composé d'au moins une infirmière travaillant aux soins intensifs de chacun des centres hospitaliers du CHUM en plus de la conseillère en soins spécialisés des soins intensifs. La rencontre avec le Comité de la pratique clinique a été de plus longue durée, car il n'y avait pas de restriction de temps, les participantes étant déjà libérées de leur unité pour participer à une journée de travail et réflexion sur divers sujets.

Une rencontre a été écourtée par la charge de travail des infirmières qui sont arrivées à la réunion plus tard que prévu. Lors de cet entretien, par contrainte de temps, les infirmières n'ont pu élaborer un algorithme en équipe. Il en résulte donc la création de 3 algorithmes par les participantes. Au moins deux infirmières de tous les quarts de travail ont pris part aux rencontres. L'expérience aux soins intensifs des infirmières variait considérablement, allant de 6 mois à 23 ans.

3.4.2 Rôle de l'animatrice des rencontres de validation

Le rôle de la stagiaire en tant qu'animatrice des rencontres consistait à démarrer et relancer les discussions parmi les participantes. Le déroulement des rencontres et leur contenu s'adaptait à la dynamique du groupe quoique les rencontres aient respecté globalement les thèmes élaborés dans le canevas d'entretien. En faisant preuve d'écoute active, l'animatrice suscitait la participation des personnes présentes et dirigeait la discussion pour respecter la contrainte de temps.

3.4.3 Thèmes abordés lors des rencontres de validation

Suite aux quatre rencontres de validation avec les infirmières, certains éléments clés ont émergé du discours des intervenantes. Ces éléments ont été regroupés en thèmes afin de faciliter le compte-rendu des informations recueillies lors des entretiens.

Culture organisationnelle

Le modèle de Kayser-Jones (1992) porte une attention sur l'influence des structures organisationnelles dans la prise de décision des professionnels de la santé. La culture du milieu est un aspect majeur des structures organisationnelles. Lors des discussions, une règle non écrite d'appliquer des contentions physiques à tous les patients ventilés mécaniquement ressortait des propos des participantes. La culture hospitalière du milieu, qui valorise la protection de la vie biologique, incite les professionnels à adopter certains comportements automatiques au détriment d'une évaluation clinique rigoureuse du patient. La responsabilité imputable à leurs fonctions ainsi que des pressions médicales semblent encourager cette pratique. Hantikainen (2001) invoque d'ailleurs que les pressions externes teintent les prises de décision des infirmières lors de l'application des contentions. Une infirmière mentionnait même que les contentions physiques représentaient une source de

sécurité pour les soignantes. Une autre, travaillant depuis quelques mois seulement aux soins intensifs, mentionnait qu'elle avait été impressionnée par le nombre de patients porteurs de contentions à ses débuts. Le manque de programme de formation bien structuré sur l'application des contentions spécifique à la clientèle des soins intensifs encourage la pérennité d'une pratique non réflexive. La pertinence de l'élaboration d'un algorithme pourra répondre à ce besoin clairement exprimé lors des rencontres. De plus, «le *Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement* vise également à transformer en profondeur la culture hospitalière dans l'application des mesures de contrôle en permettant aux équipes de soins de mieux apprécier les enjeux (CHUM, 2010).»

Évaluation du patient

L'évaluation de l'état du patient a été un thème soulevé par plusieurs infirmières. Alors que l'évaluation clinique du patient est au cœur de leur pratique quotidienne, certaines déploraient le manque d'évaluation clinique en regard de l'application des contentions physiques. À cet effet, il était rapporté que dans plusieurs situations, l'application des contentions précédait l'évaluation de la condition physique et mentale du patient, alors que le contraire devrait primer. Plusieurs avouaient aussi que la plupart des patients intubés étaient d'emblée porteurs de contentions, ce qui rejoint le constat établi par de nombreux auteurs (Happ, 2000; Hine 2007, Minnick, Mion, Johnson, Catrambone & Leipzig, 2007). Des éléments d'évaluation clinique tels le degré de sédation, le degré d'orientation du patient et le degré de collaboration ont été soulevés comme étant primordiaux dans la prise de décision de l'infirmière. Les participantes ont aussi noté que l'évaluation de la pertinence du maintien de la contention physique était peu faite dans le milieu. Toutes ont conclu que l'évaluation de l'application des contentions physiques n'est pas un élément prioritaire de leur pratique clinique. Les informations recueillies appuient la pertinence de mettre en place au sein des organisations des programmes de formation optimisant le rôle déterminant des

infirmières dans l'application des contentions physiques (Chuang & Huang, 2007; Maccioli et al., 2003).

Implication des familles

L'implication des familles comme source alternative à l'application des contentions a suscité un sentiment partagé parmi les participantes. Alors que certaines infirmières promouvaient cette pratique, d'autres étaient plus réticentes à laisser un membre de la famille assurer la surveillance du patient. Quelques auteurs encouragent la présence des familles comme moyen alternatif à la contention (Happ, 2000; Maccioli et al., 2003). Cependant, Happ (2000) précise aussi que certaines familles ne sont pas prêtes et ne désirent pas prendre la responsabilité d'un possible événement indésirable. À ce sujet, une infirmière évoquait qu'elle retirait les contentions physiques de type attaches aux poignets seulement si la famille le demandait. Selon quelques participantes, les familles peuvent aussi être utilisées comme intermédiaire dans la gestion de l'agitation. La présence des familles au chevet rassure et calme le patient. Dans ces cas, le maintien des contentions physiques peut être revu et suspendu.

3.4.4 Résultats des questionnaires d'évaluation

Un mode d'évaluation du stage retenu par la stagiaire était une rétroaction des participantes sous forme de questionnaires d'évaluation. Ainsi, toutes les infirmières qui ont pris part aux rencontres de validation ont été invitées à remplir un questionnaire d'évaluation de façon anonyme. La totalité des questionnaires (N=11) ont été complétés et les résultats compilés sous forme de tableau (annexe 11). Sept questions proposant une échelle de réponse allant de «tout à fait en désaccord» à «tout à fait d'accord» et un espace réservé aux commentaires ont permis d'établir que toutes les participantes étaient plutôt d'accord ou tout à fait d'accord que les informations offertes lors de la rencontre de validation étaient pertinentes. Pour 2 personnes, le but poursuivi d'inciter les infirmières à une pratique réflexive en portant une attention et en se questionnant sur leur pratique en regard de l'application des contentions

physiques n'a pas été atteint, les infirmières ne semblant pas démontrer de l'intérêt à renouveler leur pratique. De façon générale, les scores obtenus sont intéressants et une source d'inspiration pour offrir des recommandations au milieu.

CHAPITRE 4
DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette activité d'apprentissage expérientielle a suscité plusieurs réflexions personnelles et a su mettre en valeur des concepts clés de la pratique infirmière. La portée de ce stage offrant certaines limites qui seront abordées à la section 4.2, l'élaboration et la validation d'un algorithme pour l'application des contentions physiques aux soins intensifs s'avèrent un exercice dont il faut soutirer des propositions pour soutenir le développement d'une pratique infirmières exemplaire. Les retombées du stage sont analysées dans cette section, ainsi que l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage. Les recommandations pour le milieu et la pratique infirmière concluront ce chapitre.

4.1 RETOMBÉES DU STAGE

4.1.1 Retombées pour la pratique clinique

Les infirmières étaient directement ciblées par les interventions effectuées dans le cadre de ce stage. L'élaboration d'un algorithme, dans un premier temps, se voulait un outil pour soutenir le développement de pratiques exemplaires lors de l'application des contentions physiques aux soins intensifs. La souplesse de l'algorithme réalisé durant le stage permet aux infirmières d'user de leur jugement clinique et d'entreprendre une démarche réflexive sur les actions à poser. C'est d'ailleurs un élément de discussion qui est ressorti lors des rencontres de validation. Les infirmières appréciaient la simplicité, mais aussi la pertinence de l'algorithme et le peu d'étapes à suivre tout en laissant place à la réflexion, aux compétences cliniques et à la créativité. De plus, elles ont été en mesure d'appliquer l'outil en transposant ses principales composantes dans leur pratique clinique à l'aide d'un exemple qu'elles ont cité. Vance (2003) avance qu'un outil de référence disponible en tout temps peut être rassurant pour les infirmières. Ce soutien clinique offert par l'organisation vient appuyer leur démarche d'évaluation de la condition physique et mentale auprès du patient. La mise sur pied de structures organisationnelles comme l'algorithme influence la prise de décision des infirmières qui sont des acteurs clé présents 24 heures par jour au chevet du patient.

La validation de l'algorithme auprès des infirmières soutenait une démarche participative et réflexive. Bareil (2007) prône le changement par une participation des personnes qui forment l'organisation, sans quoi le changement serait utopique. Ce n'est que grâce à des concertations avec des personnes du milieu qu'un changement peut être opérationnalisé. L'algorithme n'aurait pas eu la même valeur ni la même portée sans une validation réalisée auprès des infirmières du milieu. En étant impliquées dès le départ dans un processus de changement, les infirmières présentes aux rencontres de validation ont approuvé un outil qui sera prochainement déployé auprès de leurs collègues. Ces infirmières ressources sauront être des agents facilitateurs lors du déploiement du nouveau protocole sur la contention physique. Sensibilisées sur leur pratique clinique d'application des contentions physiques, certaines participantes porteront un nouveau regard lors de leurs interventions auprès du patient. Les questionnements suscités lors des rencontres de validation sont l'amorce d'un renouvellement des pratiques dans l'application des contentions physiques aux soins intensifs.

La réalisation d'un algorithme en équipe par les participantes a favorisé l'émulsion de démarches individuelles de soins et un questionnement sur leurs pratiques. Ce moment privilégié entre collègues pour partager ses réflexions par rapport à l'application des contentions physiques aux soins intensifs est peu applicable dans le feu de l'action. Mion (1996) abonde dans le même sens en rapportant cette limite rencontrée lors de son étude. Malgré le fait qu'il soit difficile d'évaluer la portée des rencontres de validation sur la pratique des infirmières, les résultats des questionnaires d'évaluation révèlent que dans 9 cas sur 11, la rencontre avait suscité une réflexion quant à leur pratique infirmière.

Lors des entretiens de validation, les infirmières confirmaient que l'application des contentions était un acte qui leur était réservé au même titre que la surveillance des paramètres vitaux. Alors que ces derniers font partie intégrante de la surveillance horaire de l'infirmière aux soins intensifs et que la trace des signes vitaux au dossier est facilement visible, le sort en est tout autre quant à la

surveillance et la documentation de l'application des contentions physiques. Cette affirmation est soutenue par des observations personnelles de notes aux dossiers qui contiennent rarement la description de la situation et la surveillance assurée lors de l'application des contentions physiques. La collecte de données répertoriées sur toutes les unités de soins intensifs en début de stage a permis de révéler cette lacune. Ceci concorde avec l'état de la situation rapporté par quelques auteurs (Maccioli et al., 2003, MSSS, 2006). Afin d'initier un changement de pratique, la feuille de notes d'évolution infirmière a été modifiée pour enrichir la documentation de la surveillance des contentions physiques. Cette activité non prévue dans le cadre du stage s'est déroulée concomitamment avec les autres éléments de stage. La feuille de notes d'évolution infirmière devant être modifiée pour respecter les critères de numérisation de dossier, une révision complète des éléments de la feuille a été effectuée. En collaboration avec la conseillère en soins spécialisés, l'étudiante a élaboré une section destinée à la surveillance de la contention physique (annexe 12). Cette nouvelle feuille de notes d'évolution infirmière a été approuvée par la direction et est déjà en usage sur toutes les unités de soins critiques du CHUM.

4.1.2 Retombées pour les patients

L'élaboration d'un outil d'aide à la décision veut encadrer une démarche de soins dans l'application des contentions physiques tout en favorisant une pratique réflexive chez les professionnels de la santé. Cette façon de faire préconise l'usage d'un jugement clinique aiguisé, vise une amélioration des pratiques infirmières et engendre un impact direct sur la qualité des soins dispensés aux patients. Les effets néfastes des contentions physiques sont bien documentés. D'un point de vue physique, les conséquences de l'immobilité telles une réduction de la masse osseuse et une diminution de la force physique entraînent une prolongation de la durée de séjour (Happ 2000; MSSS 2006). Il en est de même pour les effets psychologiques possibles encourus lors d'une hospitalisation aux soins intensifs. Nous n'avons qu'à penser à l'exacerbation de la confusion et l'augmentation de l'agitation.

La synergie entre les différentes composantes du modèle de Kayser-Jones (1992) rappelle l'importance de la personne hospitalisée au cœur des priorités de soins. Lors des rencontres de validation, les infirmières portaient une grande attention à la sécurité et au bien-être du patient à travers leurs discours. Bien que l'algorithme n'ait pas été testé directement au chevet des patients, il n'en demeure pas moins que les rencontres de validation ont pu créer un environnement de discussion empreint de pratique réflexive, et ceci a permis aux infirmières présentes de poser un regard sur leur pratique dont pourra bénéficier le patient.

4.2 LIMITES DU STAGE

4.2.1 Durée de stage

Le stage s'est déroulé sur une période de neuf mois allant de février 2010 à octobre de la même année. Le facteur temps pourrait être considéré comme une limite en songeant à la portée des activités et l'implication de la stagiaire. À cet effet, afin de respecter le nombre d'heures de stage, des choix ont été faits tant sur le nombre de participantes à recruter que le temps à consacrer à la validation de l'outil limitant la quantité de données à collecter.

4.2.2 Participants : nombre et composition

Onze infirmières ont participé aux rencontres de validation. De plus, la validation a été recensée sur une seule unité de soins intensifs du CHUM. Bien que ces modalités fussent circonscrites dans le cadre d'un projet de stage de maîtrise, un nombre plus important de participants sur les trois quarts de travail des trois unités de soins intensifs assurerait une meilleure représentativité de la pratique infirmière en regard de l'application des contentions physiques aux soins intensifs dans le milieu et tiendrait compte de la diversité des clientèles réparties sur les trois sites du CHUM. En ce sens, durant les rencontres de validation, certaines infirmières exprimaient un manque de continuité à travers les quarts de travail en regard de l'utilisation des contentions physiques. Même si la collecte de données réalisée

pendant le stage a permis de dresser un portrait de l'application des mesures de contentions physiques, elle ne s'appliquait qu'aux infirmières de jour. Il faut noter que cinq participantes de plus que les six initialement prévues ont quand même pu procéder à la validation de l'algorithme.

4.2.3 Validation de l'algorithme

L'étape de validation de l'algorithme tel que proposée dans le cadre du stage est une première ébauche du processus de validation de l'outil d'aide à la décision. Afin d'assurer une validité interne et externe à l'algorithme, celui-ci doit être testé auprès des patients. Certes, à la suite d'une revue de littérature exhaustive, l'élaboration de l'algorithme a été réalisée à l'intérieur d'un groupe de travail composé d'experts et avec la collaboration des infirmières du milieu, mais sa pertinence repose sur son utilisation auprès des patients. Une période d'essai de l'outil dans la pratique quotidienne des infirmières permettrait de confirmer ou d'infirmer la démarche et le processus logique de l'outil d'aide à la décision. La dernière version de l'algorithme a été rendue possible grâce aux commentaires reçus et aux différents modèles d'algorithme proposés par les infirmières. Cette première étape de validation a permis de mettre en lumière des composantes importantes de l'algorithme et de clarifier certains éléments de surveillance.

4.3 ATTEINTE DES OBJECTIFS DE STAGE ET D'APPRENTISSAGE

L'ensemble des objectifs de stage et d'apprentissage a été atteint par la tenue de ce stage. Les différents éléments de réalisation planifiés tout au long du stage ont permis à l'étudiante, dans un premier temps, de procéder à une recension des écrits scientifiques sur l'utilisation des contentions physiques, particulièrement dans le contexte des soins intensifs, accompagnée d'une revue de littérature sur les pratiques infirmières et sur le processus décisionnel reliés à leur utilisation. La présentation de la collecte de données aux membres du groupe de travail ainsi que toutes les rencontres de validation ont grandement contribué à améliorer les habiletés de communication et de vulgarisation de l'animatrice dans une perspective

de transfert de connaissances. Les résultats obtenus dans le questionnaire d'évaluation concernant la clarté et la pertinence des informations données lors de la présentation sont éloquentes à ce sujet.

La participation à un groupe de travail interdisciplinaire a été pour l'étudiante un moyen de s'initier aux six compétences de l'infirmière en pratique avancée tel que suggérées par Hamric, Spross et Hanson (2005). Ces auteures proposent six sphères qui rejoignent le rôle attendu de l'infirmière en pratique avancée : la pratique clinique, le coaching, la consultation, la recherche, le leadership et la collaboration. Toutes ces compétences ont été utilisées et même améliorées dans le cadre du stage. La collaboration interdisciplinaire est un élément positif de la mise en commun d'expertise, ce qui a d'ailleurs soutenu la création de l'algorithme. Dans la même lignée, Hancock, Butler, Olivier, Fox, Morrison, & Burger (2001) ont illustré qu'une approche interdisciplinaire pouvait contribuer à la réduction du recours à la contention physique. Cependant, une nuance s'impose quant à l'atteinte totale de l'objectif d'apprentissage de développer et exercer un leadership clinique auprès de collègues infirmières afin d'initier un changement de pratique. Les discussions réalisées lors des entretiens de validation poursuivaient le but d'appliquer une démarche réflexive dans une perspective de changement de pratique. Ce dernier n'ayant pu être mesuré, il serait exagéré d'affirmer la complète atteinte de cet objectif. Aussi, notons que le développement et la consolidation des six compétences de l'infirmière en pratique avancée ne peuvent se réaliser suite à une seule activité d'apprentissage expérientielle.

4.4 RECOMMANDATIONS POUR LE MILIEU ET LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

4.4.1 Pertinence de la mise en place d'un algorithme

L'avantage d'un algorithme repose sur son pouvoir de baliser une pratique tout en outillant l'infirmière dans sa prise de décision relative à la gestion d'une situation précise. En d'autres termes, même si un nouveau protocole d'application des mesures de contrôle est à la base de la réalisation de cet outil d'aide à la

décision, l'algorithme vient circonscrire les informations pertinentes de façon simple et sous forme schématisée. Cet algorithme se veut le reflet d'un processus de réflexion de la part des intervenants impliqués dans la prise de décision. Chaque patient étant évalué sur une base individuelle, cet outil s'applique à tous les patients. Un outil de référence disponible en tout temps peut être rassurant pour les infirmières, et ce, même s'il n'est pas toujours utilisé (Vance, 2003). Nul ne conteste que l'algorithme doive être expérimenté auprès des patients avant d'être déployé dans le cadre d'une quelconque activité de formation. Les discussions lors des rencontres de validation rappellent que l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement a été rapportée comme étant un automatisme chez certaines infirmières. Afin de briser cette pratique traditionnelle qui tend à se transmettre de génération en génération d'infirmières, un intérêt doit être porté au développement d'outils cliniques efficaces, tels un algorithme, afin d'encourager une pratique infirmière basée sur les données probantes et empreinte de gestes réfléchis.

4.4.2 Déploiement d'un programme de formation

La mise en valeur de l'algorithme doit sans contredit être accompagnée d'un programme de formation sur le nouveau *Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement* (2010) élaboré par le CHUM. Plusieurs auteurs sont en faveur de la poursuite de recherches et de l'importance de développer des programmes de formation (Benbenbishty, Adam & Endacoot, 2010; Chuang & Huang, 2005; Maccioli et al., 2003). Dans le cadre des nouvelles orientations ministérielles en regard de l'application des mesures de contrôle, le MSSS (2006) a développé un programme de formation. Ce programme dédié aux infirmières à la formation détaille, entre autres, les mythes reliés à l'usage de la contention, les effets physiques et psychologiques encourus par la mise en place de mesures de contrôle et les raisons motivant leur application. Assez complet, ce programme de formation est destiné à toutes les infirmières peu importe leur domaine de pratique. La combinaison de l'algorithme destiné aux infirmières

pratiquant aux soins intensifs et d'un programme de formation permet l'arrimage entre la théorie et l'application clinique. Chuang et Huang (2005) proposent aussi de ne pas négliger l'exploration des sentiments des infirmières vis-à-vis l'application de contentions lors de programmes de formation. De plus, afin de prendre en considération les réalités inhérentes au milieu de stage, l'étudiante suggère les recommandations suivantes :

- Dispenser la formation sur le protocole des mesures de contrôle aux infirmières et préposés aux bénéficiaires.
- Intégrer la formation sur l'application des contentions physiques dans le programme d'orientation des nouvelles recrues aux soins intensifs.
- Former des personnes-ressources dans le milieu clinique afin d'assurer un accompagnement et un soutien à l'équipe lors de l'implantation du protocole.
- Ajuster la documentation destinée aux patients et familles en regard des nouvelles pratiques sur l'utilisation des contentions aux soins intensifs.
- Encourager et promouvoir une démarche participative lors des activités de formation.

Ces propositions sont le fruit d'échanges lors des séances du groupe de travail et de discussions au sein des rencontres de validation. Les infirmières travaillent conjointement avec les préposés aux bénéficiaires. Même si la décision d'utiliser des mesures de contention est une activité réservée, entre autres, à l'infirmière, les préposés peuvent quand même installer une contention physique. Afin d'encourager une uniformisation des pratiques et une communication au sein de cette dyade, il est fortement souhaité qu'à la fois infirmières et préposés aux bénéficiaires bénéficient d'un programme de formation.

Un changement de pratique passe par une mobilisation des intervenants et par une révision des structures organisationnelles déjà en place. Afin de maximiser la réussite d'un changement de pratique, toutes les sphères et outils de travail doivent être touchés pour assurer une pérennité du changement. Parallèlement au

stage, la feuille de notes d'évolution infirmières a été révisée pour répondre à ce besoin. Dans cette même lignée, l'information distribuée aux patients et familles doit être cohérente avec les nouvelles pratiques.

Les rencontres de validation ont mis en lumière l'importance d'une participation des infirmières au service de leur apprentissage. La pratique quotidienne aux soins intensifs laisse peu de place à des moments de réflexion, d'échanges et de partage avec les collègues de travail sur divers aspects des activités réservées en lien avec le titre d'infirmière. Les rencontres de validation ont été appréciées de la part des participantes et la mise sur pied d'activités, par exemple un «*journal club*», promouvant la discussion et la réflexion des infirmières sur des éléments de la pratique clinique peut être une suggestion à un changement de culture orienté vers une démarche réflexive.

CONCLUSION

Dans l'environnement des soins intensifs, la condition de santé du patient évolue de façon parfois imprévisible; alors, les infirmières sont confrontées à des situations où la sécurité du patient peut être compromise et l'application de contentions requise. L'état des pratiques actuelles met en évidence certaines lacunes. L'introduction d'un outil d'aide à la décision destiné aux infirmières de soins intensifs et sa validation auprès d'un groupe de ces professionnelles a offert des moments d'échanges et de réflexions intéressants qui ont su mettre en valeur des pratiques cliniques disparates.

Dans un deuxième temps, l'expérience de ce stage a permis, selon une approche participative, de soulever l'intérêt des infirmières à se questionner sur leur pratique en regard de l'application de contentions physiques aux soins intensifs. Une pratique exemplaire passe avant tout par une évaluation rigoureuse du patient. La création d'un algorithme permet de baliser une pratique de soins tout en inculquant aux infirmières une démarche réflexive.

De surcroît, l'utilisation du modèle de Kayser-Jones (1992) a permis de guider l'étudiante pour l'élaboration et la validation de l'algorithme. Favorisant une approche basée sur la personne et son environnement, ce modèle met au cœur les prises de décision de l'infirmière dont pourra bénéficier le patient. Ce cadre théorique a permis à la stagiaire de mettre en perspective sa propre pratique d'application des mesures de contrôle avant d'intervenir auprès de collègues infirmières.

En conclusion, le fait de mener à terme cette activité d'apprentissage, et ce, malgré les limites du stage, a permis de présenter aux infirmières un outil d'aide à la décision et d'assurer sa pertinence par une validation de leur part. Les rencontres de validation ont suscité un processus réflexif qui contribue à l'avancement et au perfectionnement des pratiques et qui aidera les infirmières à prodiguer des soins de qualité aux patients et à leur famille.

RÉFÉRENCES

- Association des hôpitaux du Québec. (2004). *Cadre de référence. Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*. Montréal : Auteur.
- Atkins, S., & Murphy, K. (1994). Reflective practice. *Nursing Standard*, 22(8), 49-55.
- Aucoin, S. (2007). *Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Balon, J.A. (2001). Common factors of spontaneous self-extubation in a critical care setting. *International Journal of Trauma Nursing*, 7(3), 93-99.
- Bareil, C. (2007). *Gérer le volet humain du changement*. Québec : Éditions Transcontinental et Éditions de la Fondation de l'entrepreneurship.
- Benbenbishty, J., Adam, S., & Endacott, R. (2010). Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 241-245.
- Birkett, K.M., Southerland, K.A., & Leslie, G.D. (2005). Reporting unplanned extubation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(2), 65-75.
- Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., et al. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care*, 9(5), 199-212.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2010). *Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement*. Montréal : Auteur.
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (en développement). *Programme de soins interdisciplinaires découlant du Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement*.
- Chang, L-Y., Wang, K.K., & Chao, Y-F. (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.
- Charte des droits et libertés de la personne*. (1975). L.R.Q., C-12.
- Chuang, Y-H., & Huang, H-T. (2007). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 486-494.

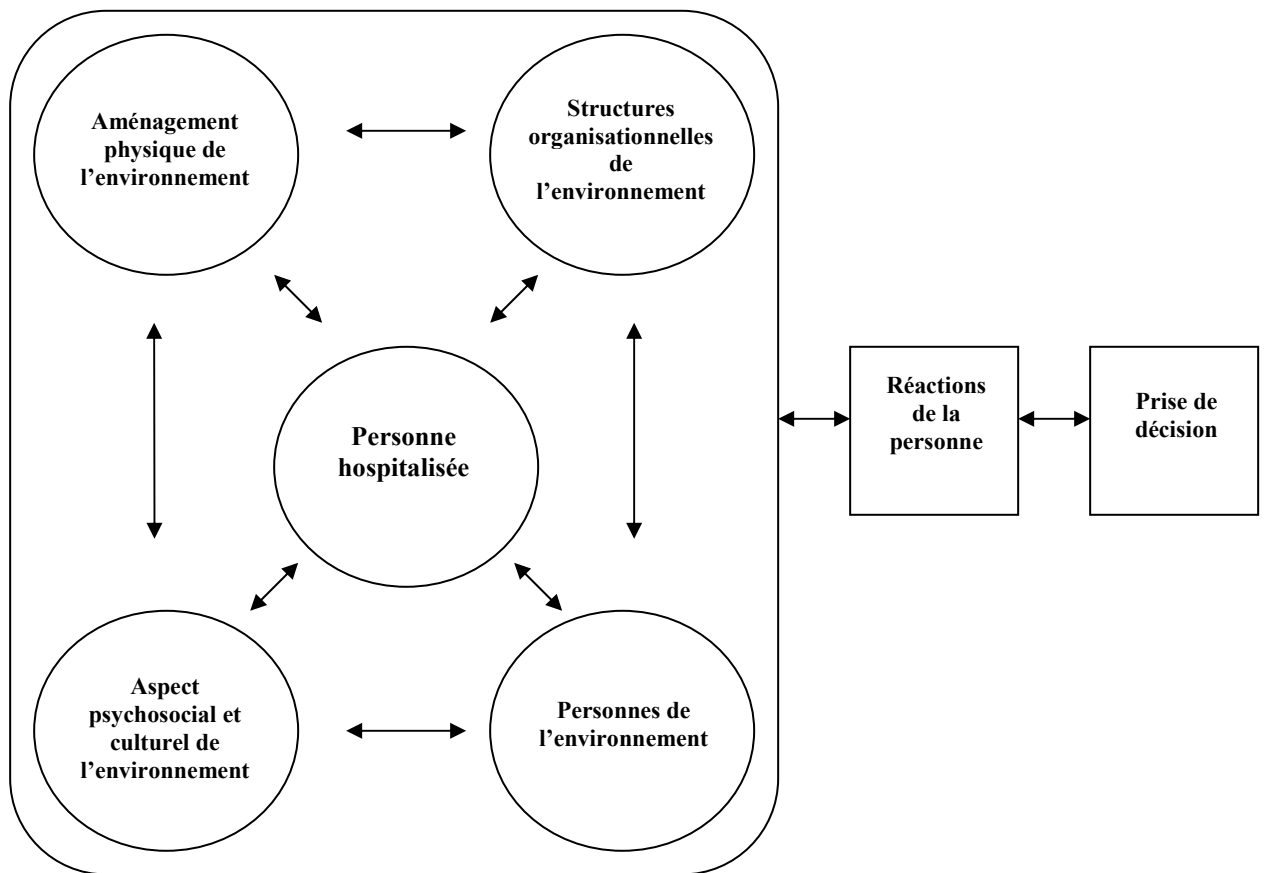
- Code civil du Québec.* (1991). L.Q., C.64.
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers.* (2010). L.R.Q., C-26
- Curry, K., Cobb, S., Kutash, M., & Diggs, C. (2008). Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 17*(1), 45-52.
- Direction des soins infirmiers – CHUM. (2010). *Taux de prévalence de l'utilisation des contentions.* Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
- Duffy, A. (2007). A concept analysis of reflective practice: determining its value to nurses. *British Journal of Nursing, 16*(22), 1400-1407.
- Durivage, D., & Legault, J. (1996). *L'exercice infirmier en soins critiques.* Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ely, E.W., Margolin, R., Francis, J., May, L., Truman, B., Dittus, R., et al. (2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical Care Medicine, 29*(7), 1370-1379.
- Feiter, J. (2007). *Développement d'une approche réflexive, sur la pratique clinique d'infirmières relativement à la gestion de la douleur de personnes âgées atteintes de déficits cognitifs.* Rapport de stage de maîtrise, Université de Montréal.
- Gagnon, R., & Roy, O. (2006). Module Kayser-Jones : Un cadre de référence pour guider le changement de pratique. Dans Ministère de la Santé et des Services sociaux (Éd.), *Programme de formation. Cahier du formateur. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et l'isolement.* Québec : Gouvernement du Québec.
- Kayser-Jones, J. (1992). Culture, Environment, and Restraints: A Conceptual Model for Research and Practice. *Journal of Gerontological Nursing, 18*(11), 13-20.
- Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (2005). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach,* (3^e éd.). Saint-Louis: Elsevier Saunders.
- Hancock, C., Butler, P., Olivier, M., Fox, S., Morrisson, E., & Burger, S. (2001). Restraint reduction in acute care. *Journal of Nursing Administration, 31*(2), 74-77.

- Hantikainen, V. (2001). Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 246-256.
- Happ, M.B. (2000). Using a Best Practice Approach to Prevent Treatment Interference in Critical Care. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15, 58-62.
- Hine, K. (2007). The use of physical restraint in critical care. *Nursing in Critical Care*, 12(1), 6-11.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2002). *Restraint and Seclusion: Complying with Joint Commission Standards*. Oakbrook Terrace : Joint Commission Resources.
- Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. L.R.Q. 2002-C.33.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*. (1998). L.R.Q., c. 9-4.2.
- Maccioli, G.A., Dorman, T., Brown, B.R., Mazuski, J.E., McLean, B.A., Kuszaj, J.M., & al. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit : Use of restraining therapies – American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Journal of Critical Care Medicine*, 31(11), 2665-2676.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Montréal : Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Programme de formation. Cahier du formateur. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et l'isolement*. Montréal : Auteur..
- Minnick, A.F., Mion, L.C., Johnson, M.E., Catrambone, C. & Leipzig, R. (2007). Prevalence and Variation of Physical Restraint Use in Acute Care Settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 30-37.
- Mion, L.C. (1996). Establishing Alternatives to Physical Restraint in the Acute Care Setting : A Conceptual Framework to Assist Nurses' Decision Making. *AACN Clinical Issues*, 7(4), 592-602.
- Mion, L.C., Minnick, A.F., Leipzig, R.M., Catrambone, C.D., & Johnson, M.E. (2007). Patient-initiated device removal in intensive care units : A national prevalence study. *Journal of Critical Care Medicine*, 35(12), 2714-2720.

- Parenteau, M., Houle, J., & Cloutier, L. (2010). Contentions aux soins intensifs. Le recours à la contention physique pour les patients ventilés mécaniquement impose une réflexion. *Perspective infirmière*, 7(6), 35-40.
- Pinder, S., & Christensen, M. (2008). Sedation breaks: are they good for the critically ill patient? A review. *Nursing in Critical Care*, 13(2), 64-70.
- Poulain, G., Vanpee, D., Swine, C., & Schoevaerds, D. (2004). Réflexion sur l'usage de la contention dans un service de médecine gériatrique. *Ethica Clinica*, 34, 14-17.
- Stedman's Medical Dictionnary*. (27^e éd.). (2000). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Swauger, K.C., & Tomlin, C.C. (2000). Moving Toward Restraint-Free Patient Care. *Journal of Nursing Administration*, 30(6), 325-329.
- Vance, D.L. (2003). Effect of a Treatment Interference Protocol on Clinical Decision Making for Restraint Use in the Intensive Care Unit. *AACN Clinical Issues*, 14(1), 82-91.

ANNEXES

ANNEXE 1
MODÈLE DE KAYSER-JONES TRADUIT ET ADAPTÉ PAR
GAGNON ET ROY (2006)



ANNEXE 2
MANDAT DES GROUPES DE TRAVAIL
SUR LA CONTENTION PHYSIQUE ET L'ISOLEMENT

**MANDAT DES GROUPEs DE TRAVAIL SUR
LA CONTENTION PHYSIQUE ET L'ISOLEMENT
ÉLABORATION DU PROGRAMME DE SOINS**

- 4 GROUPEs** :
- Les soins intensifs, les grands brûlés, les salles de réveil et l'unité coronarienne
 - Les urgences
 - La médecine / chirurgie
 - incluant les soins de longue durée
 - La psychiatrie

MANDAT: À partir du document « Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement », règlement du conseil d'administration 2009, préciser les modalités cliniques pour implanter le protocole dans les milieux de soins

ACTIVITÉS :

- Faire le portrait de l'utilisation des mesures de contrôle pour leur clientèle spécifique
 - Le type
 - Les motifs
 - Le processus de décision
 - Les forces de l'équipe en regard de l'utilisation de la contention et l'isolement
 - Prendre connaissance des résultats d'utilisation des mesures de contrôle par unité de soins
- Questionner les façons de faire
- Identifier les écarts entre ce qui est et ce qui devrait être
- Développer une stratégie d'utilisation et d'accompagnement du feuillet d'information destiné au patient et à sa famille
 - Qu'est-ce que le feuillet doit contenir selon la clientèle spécifique
 - Développer la section risques, conséquences possibles et avantages
 - Identifier la collaboration requise de la famille pour éviter la contention ou l'isolement (cet outil servira à aider le patient et sa famille à donner un consentement éclairé)

- Recommander au gestionnaire de projet les points suivants :
 - Les éléments à considérer pour le plan de communication CHUM
 - Les modalités de surveillance lors de l'application d'une mesure de contrôle :
 - Distinguer l'utilisation des ridelles des autres types de contention
 - Fréquence de la surveillance minimale par situation effectuée par les infirmières, les infirmières auxiliaires et les PAB
 - Fréquence de la réévaluation de la prise de décision, validité maximale pour la situation planifiée et non planifiée
 - En situation planifiée et non planifiée, le délai pour aviser le médecin de l'application d'une mesure de contrôle
 - Comment on rend compte de la surveillance effectuée
 - Un outil unique?
 - Documentation pour la continuité et la documentation des soins intra et inter unités
 - Les notes au dossier, PIII, PTI, plan de soins, plan de travail du PAB et rapport interservices et interunités
 - Les stratégies d'implantation du programme de soins concernant :
 - les sources de difficultés et les enjeux par rapport à l'implantation du protocole
 - le type de contention, par exemple les ridelles
 - le matériel
 - les normes de soins (ex : consultation obligatoire, PIII)
 - l'information au personnel
 - la formation
 - l'identification des répondants par unité
 - l'échéancier et la séquence d'implantation
 - le support requis (expert)
 - les outils de soins (outil de décision, grille de surveillance)
 - les modalités de suivi de l'implantation du protocole et qui en est imputable
- Suggérer des indicateurs d'évaluation et de contrôle de la qualité, spécifiques à la clientèle

DOCUMENTS DE SOUTIEN À LA DÉCISION :

- Protocole d'application des mesures de contrôle : la contention physique et l'isolement, CHUM (2009)
- Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. MSSS. 2002
- Articles divers spécifiques à la clientèle
- Structure du projet programme de soins interdisciplinaires sur le protocole d'application des mesures de contrôle : les contentions physiques et l'isolement
- Algorithme de décision
- Formulaire de décision incluant la partie consentement
- Grille de surveillance
- Norme de documentation des soins pour rendre compte de la surveillance effectuée

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU GROUPE :

Chaque groupe de travail doit :

- Valider le représentant afin que celui-ci rende compte des travaux au gestionnaire de projet
- Définir la répartition des tâches
- Établir un calendrier de réunion
- Envoyer des avis de convocation
- Prévoir la réservation de salle

COMPOSITION DES GROUPES :

Soins intensifs, grands brûlés, salles de réveil et unité coronarienne
<u>Responsable</u> : gestionnaire de projet
Conseillère en soins spécialisés
Infirmier-chef des soins intensifs
Cogestionnaire clinico-administrative - Soins intensifs
Conseillère en éthique
Ergothérapeute
Physiothérapeute
Assistante-infirmière-chef de la salle de réveil
Infirmières monitrices désignées – Soins intensifs (2)
Intensivistes (2)
Inhalothérapeute

ANNEXE 3
FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES SUR LES CONTENTIONS
PHYSIQUES AUX SOINS INTENSIFS AU CHUM

ANNEXE 4

**TABLEAU RÉSUMÉ DE L'APPLICATION DES CONTENTIONS
PHYSIQUES SUR LES TROIS UNITÉS DE SOINS INTENSIFS DU CHUM**

ANNEXE 5
CANEVAS D'ENTRETIEN

Canevas d'entretien lors des rencontres de validation

Contexte

- Nouvelles orientations ministérielles
- Nouveau protocole du CHUM sur les contentions (professionnels qui peuvent décider de l'usage des contentions, etc.)
- Mandat du groupe de travail

But du stage

- Mon implication et présentation de ce qui a été fait jusqu'à présent (présentation du portrait de l'usage des contentions aux S.I. du CHUM)
- Raison de leur présence aujourd'hui (explorer avec elles leur raisonnement clinique lors de l'application des contentions aux S.I. et élaborer avec elles un algorithme qui tient compte de la réalité des S.I.)

Échange avec les participantes

- Échanger sur leur pratique infirmière en fonction de leur réalité
- Dans quelle situation installez-vous des contentions?
- Dans quelle situation les retirez-vous?
- Avez-vous recours à des méthodes alternatives?
- Comment documentez-vous l'usage des contentions?
- Quels sont les éléments de surveillance que vous respectez lorsque vous appliquez des contentions?

Élaboration d'un algorithme entre les participantes

- Suite aux discussions que nous venons d'avoir, regroupez-vous ensemble afin d'élaborer un algorithme.
- Ressortir les éléments clés de l'algorithme présenté.
- Présentation de l'algorithme élaboré par le groupe de travail.
- Discussion sur les 2 algorithmes et comment l'algorithme du groupe de travail peut être amélioré.

Recommandations

- Prise en note des recommandations à transmettre au groupe de travail afin de bonifier l'algorithme décisionnel de l'application des contentions aux soins intensifs.

ANNEXE 6
LETTRE DE PRÉSENTATION



Participation à un projet de stage en sciences infirmières

Titre du projet de stage

ÉLABORATION ET VALIDATION D'UN OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION POUR L'APPLICATION DES CONTENTIONS PHYSIQUES AUX SOINS INTENSIFS

Responsable du projet de stage

Étudiante stagiaire : Catherine Derval, M.Sc. (étudiante) Université de Montréal
Directrice de stage : Mme Sylvie Dubois, professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal et adjointe à la DSI - volet recherche du CHUM
Personne-ressource : Mme Céline Corbeil, directrice adjointe à la DSI et responsable du volet clinique au CHUM

Présentation du projet

Nous invitons les infirmières à participer à un projet qui porte sur l'élaboration d'un algorithme pour l'application des contentions physiques aux soins intensifs. Les participant(e)s à ce projet doivent être infirmiers(ères) aux soins intensifs du CHUM.

Contexte

Des orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ont vu le jour en 2002. Par conséquent, tout établissement doit réviser son protocole d'application des mesures de contrôle, le diffuser auprès de ses professionnels et procéder à une évaluation de l'application de ces mesures. Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a donc mis à jour son protocole d'application des mesures de contrôle afin de se conformer aux nouvelles normes ministérielles et à son plan d'action. Afin de préciser les modalités cliniques pour implanter le protocole dans les milieux de soins, un groupe de travail a été mandaté pour faire le portrait de l'utilisation des contentions aux soins intensifs, développer un outil d'aide à la décision et émettre des recommandations à la direction en regard de la clientèle spécifique des soins intensifs.

Participation au stage

Votre participation comprend une (1) seule rencontre d'une durée de 45 minutes où vous serez appelées à discuter de votre pratique infirmière et de votre raisonnement clinique en regard de l'application des contentions physiques aux soins intensifs et à participer à l'élaboration d'un algorithme décisionnel. À la fin de la présentation, il vous sera demandé de remplir un questionnaire d'appréciation.

ANNEXE 7
QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION



Questionnaire d'évaluation

- 1- Selon vous, les informations données par l'étudiante sur le projet de stage vous ont-elles aidé à bien comprendre le but du projet? (Veuillez encercler la réponse)

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	plus ou moins d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord

- 2- De manière générale, considérez-vous que les informations données lors de la présentation étaient claires et pertinentes? (Veuillez encercler la réponse)

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	plus ou moins d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord

- 3- La présentatrice a-t-elle répondu à vos questions clairement? (Veuillez encercler la réponse)

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	plus ou moins d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord

- 4- Considérez-vous que la présentation d'aujourd'hui a suscité une réflexion quant à votre pratique infirmière? (Veuillez encercler la réponse)

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	plus ou moins d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord

- 5- Selon vous, est-ce que le matériel utilisé et distribué avant et lors de la présentation vous a aidé à mieux comprendre la pertinence de la démarche du projet de stage? (Veuillez encercler la réponse)

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	plus ou moins d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord

- 6- Selon vous, la présentation faite par l'étudiante a-t-elle répondu à vos attentes? (Veuillez encercler la réponse)

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	plus ou moins d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord

- 7- De manière générale, êtes-vous satisfait(e) de la présentation? (Veuillez encercler la réponse)

1	2	3	4	5
tout à fait en désaccord	plutôt en désaccord	plus ou moins d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord

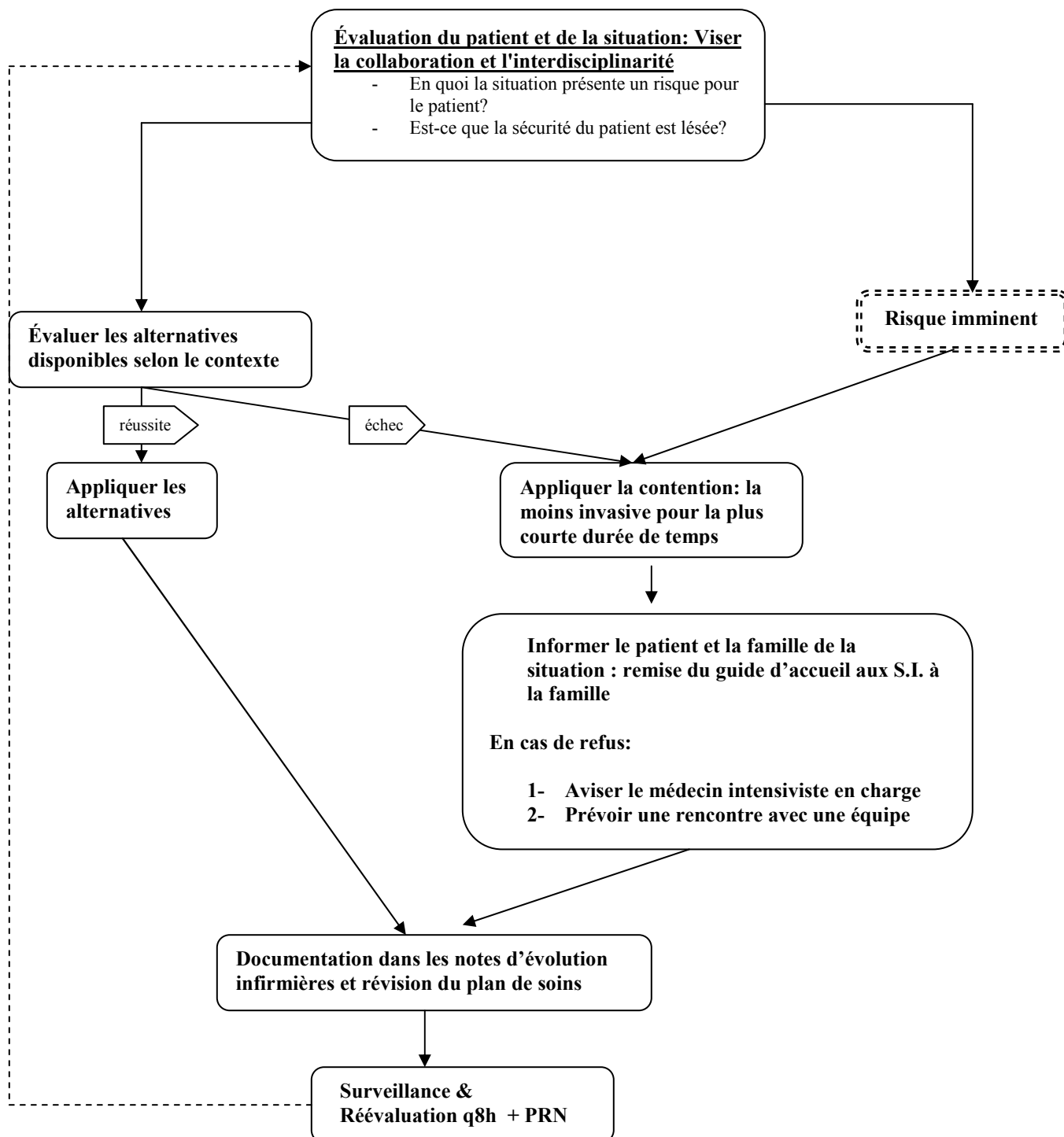
Commentaires :

Merci de votre participation!

ANNEXE 8
ALGORITHME PROPOSÉ AUX INFIRMIÈRES

Algorithme de décision pour l'application des contentions physiques aux soins intensifs

Démarche: Cet algorithme se veut le reflet d'un processus de réflexion de la part des intervenants impliqués dans la prise de décision. Chaque patient doit être évalué sur une base individuelle.



Évaluation du patient

- 1- Révision des antécédents du patient (abus alcool, délirium lors d'hospitalisations antérieures, etc)
- 2- Identifier et traiter les causes sous-jacentes à l'agitation
- 3- Éliminer les causes aiguës: anxiété, douleur
- 4- Vérifier les besoins de base
- 5- Révision de la médication
- 6- Identifier le risque: échelle de VANCE
- 7- Identifier les facteurs contributifs reliés à l'environnement (routine du patient)
- 8- Connaître le fonctionnement antérieur à l'hospitalisation du patient
- 9- Identifier les facteurs reliés à la condition du patient: échelle de RASS, grade d'intubation

Alternatives

- 1- Identifier et traiter les causes sous-jacentes
- 2- Surveillance accrue et visibilité
- 3- Confort, positionnement des tubes et cathéters (camouflage)
- 4- Diversion et stratégies de communication
- 5- Implication de la famille
- 6- Réorienter le patient
- 7- Personnaliser et regrouper les soins
- 8- Modifications environnementales: limiter les stimuli
- 9- Agents pharmacologiques
- 10- Continuité des soins

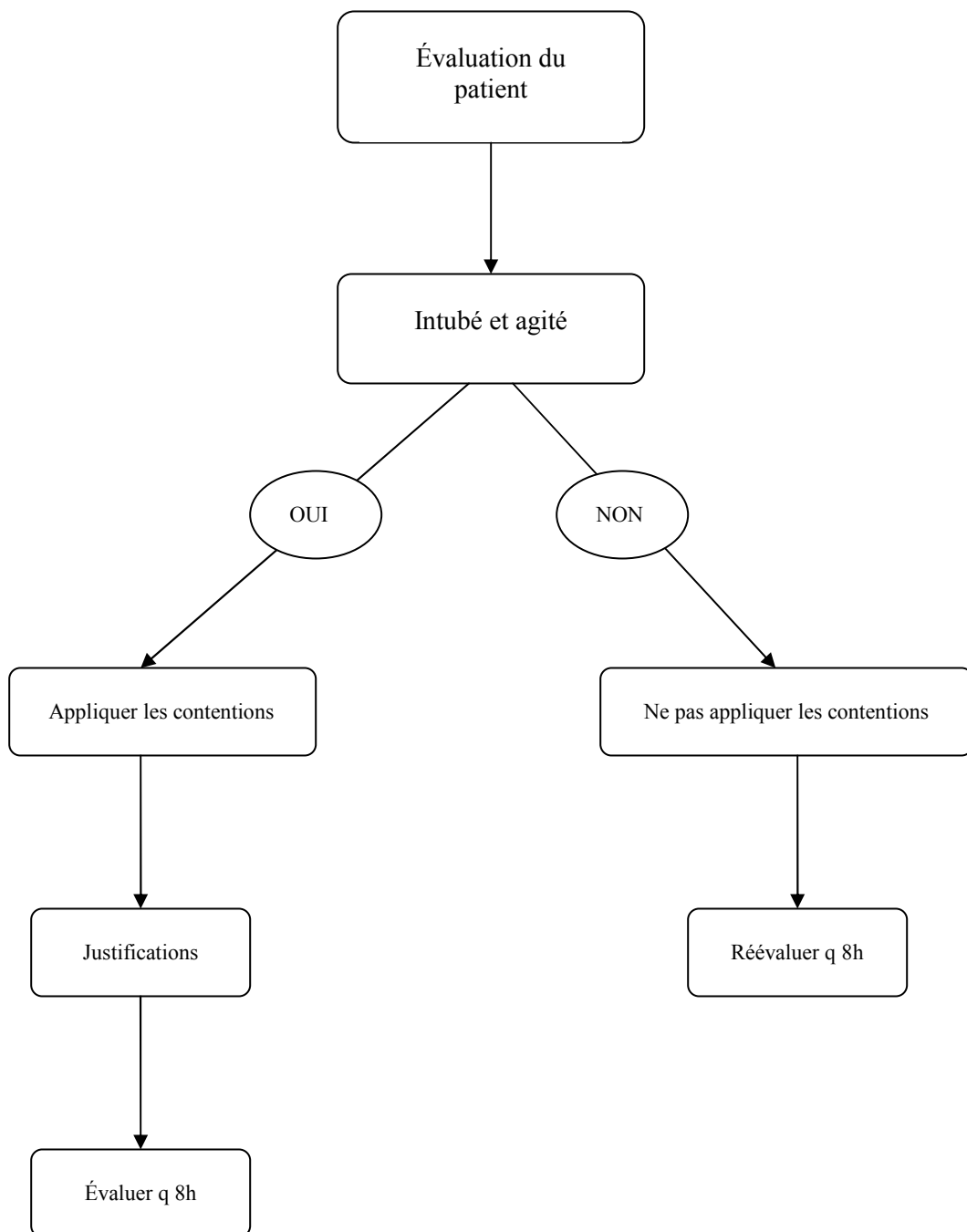
Documentation

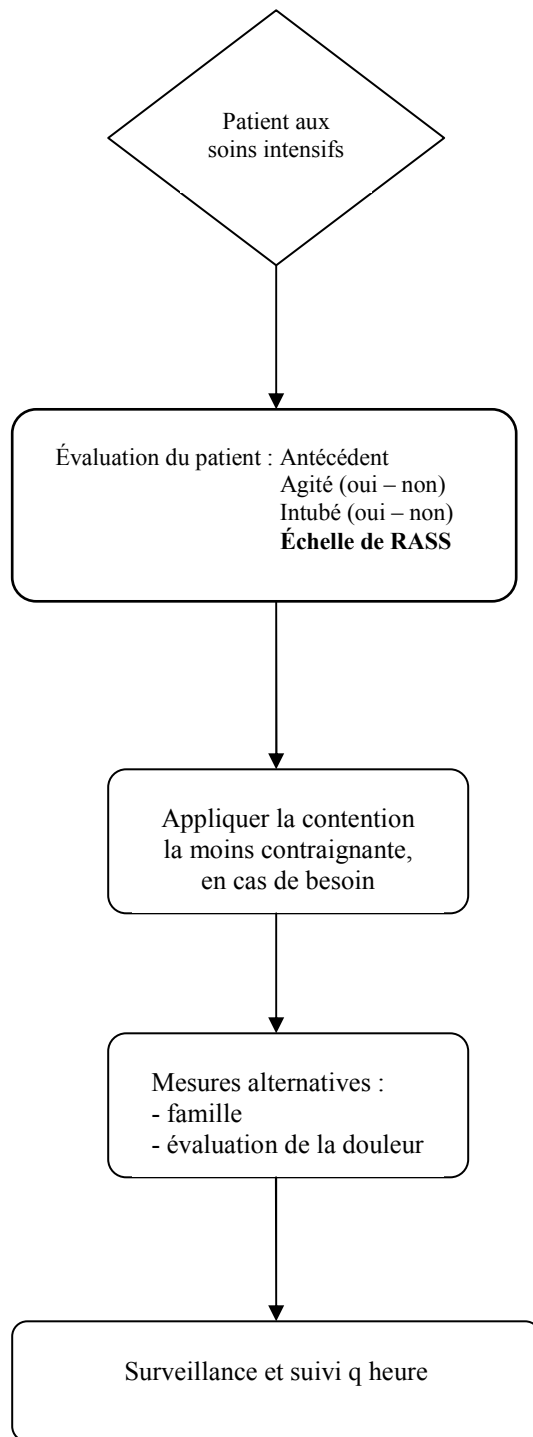
- 1- Motif et comportement (verbal et physique) du patient
- 2- État de conscience
- 3- Alternatives employées
- 4- Type de contention
- 5- Durée, fréquence (début et fin)
- 6- Réaction du patient
- 7- Tentatives réussies ou non de retrait/pause de la contention
- 8- Information donnée au patient et à la famille

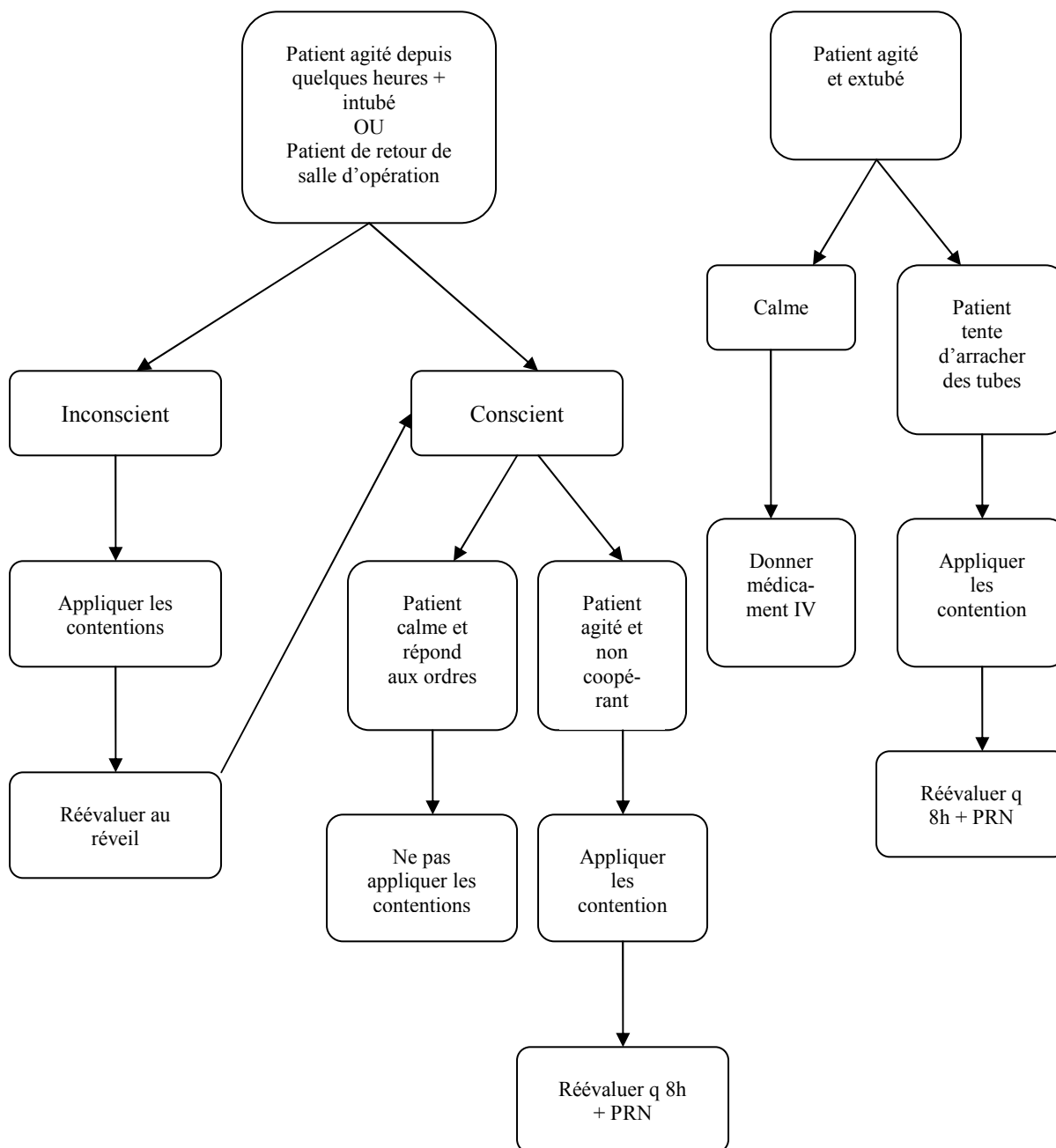
Surveillance du patient (voir aussi le Guide Clinique)

- 1- 1/1, si agité (soins continus)
- 2- Installation de la contention conforme à la technique d'utilisation
- 3- Confort et positionnement
- 4- Douleur, anxiété, agitation
- 5- Signes vitaux
- 6- Intégrité des points de pression

ANNEXE 9
ALGORITHMES RÉALISÉS PAR LES PARTICIPANTES

Algorithme 1

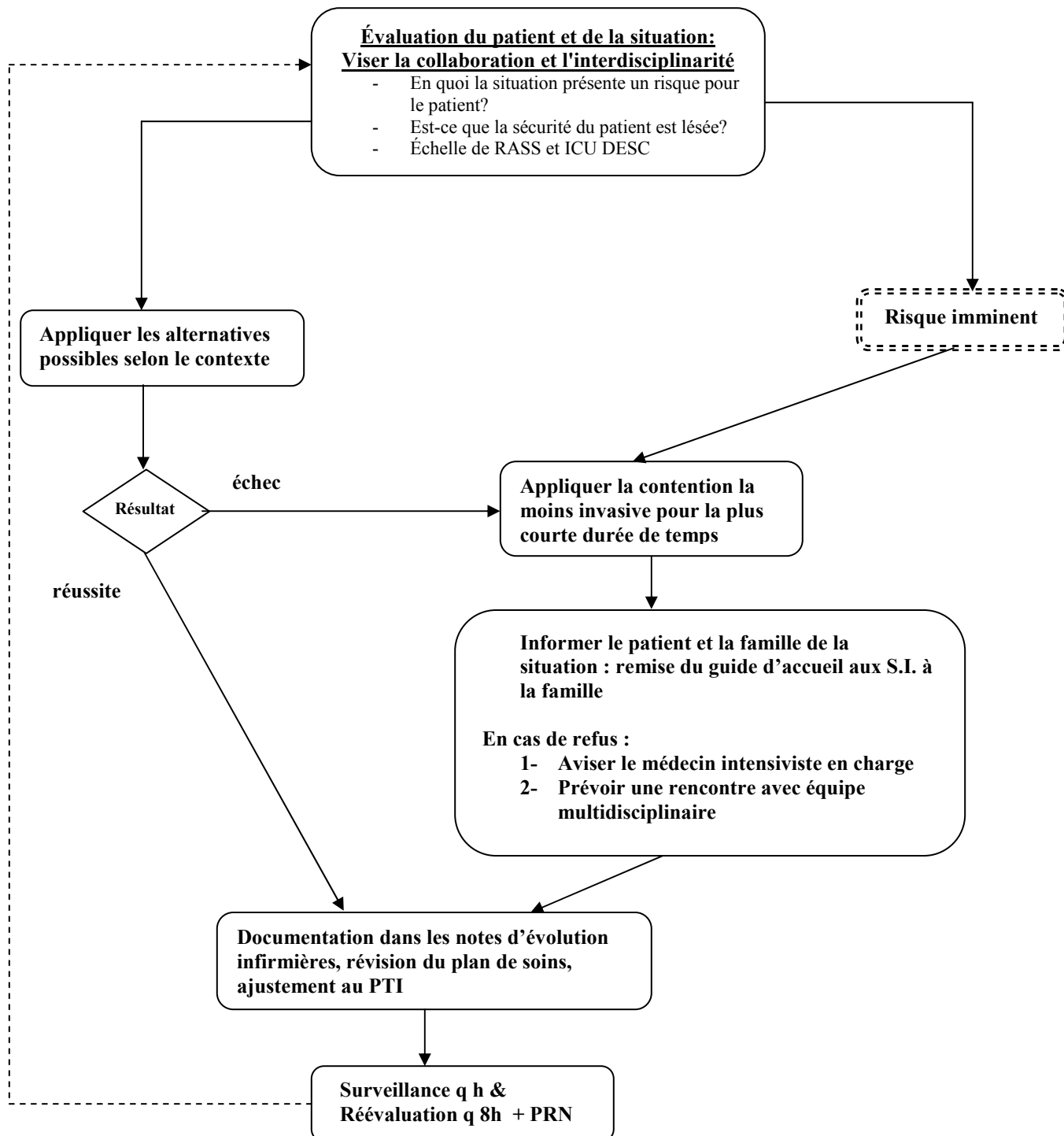
Algorithme 2

Algorithme 3

ANNEXE 10
ALGORITHME RÉVISÉ ET VALIDÉ

Algorithme décisionnel pour l'application des contentions physiques aux soins intensifs

Démarche: Cet algorithme se veut le reflet d'un processus de réflexion de la part des intervenants impliqués dans la prise de décision. Chaque patient doit être évalué sur une base individuelle.



Évaluation du patient

- 1- Identifier et traiter les causes sous-jacentes à l'agitation (désordres métaboliques, etc.)
- 2- Éliminer les causes aiguës: anxiété, douleur
- 3- Vérifier les besoins de base
- 4- Identifier les facteurs reliés à la condition du patient: échelle de RASS, ICU DESC, grade d'intubation
- 5- Révision des antécédents du patient (abus alcool, délirium lors d'hospitalisations antérieures, etc.)
- 6- Réviser la médication
- 7- Identifier les facteurs contributifs reliés à l'environnement (routine du patient)
- 8- Connaître le fonctionnement antérieur à l'hospitalisation du patient

Alternatives

- 1- Confort, positionnement des tubes et cathéters (camouflage)
- 2- Réorienter le patient
- 3- Personnaliser et regrouper les soins
- 4- Diversion et stratégies de communication
- 5- Modifications environnementales: limiter les stimuli
- 6- Implication de la famille
- 7- Surveillance accrue et visibilité
- 8- Agents pharmacologiques
- 9- Continuité des soins
- 10- Ratio infirmière/patient :1/1, soins continus

Documentation

- 1- Motif et comportement (verbal et physique) du patient
- 2- État de conscience
- 3- Alternatives employées
- 4- Type de contention
- 5- Durée, fréquence (début et fin)
- 6- Réactions du patient
- 7- Tentatives réussies ou non de retrait/pause de la contention
- 8- Information donnée au patient et à la famille

Surveillance du patient (voir aussi le Guide Clinique)

- 1- Installation de la contention conforme à la technique d'utilisation
- 2- Confort et positionnement
- 3- Douleur, anxiété, agitation
- 4- Signes vitaux
- 5- Intégrité des points de pression

ANNEXE 11
RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION

RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION POST-CONSULTATION

(N=11)

<u>11 participants</u>	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plus ou moins en accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1- Selon vous, les informations données par l'étudiante sur le projet de stage vous ont-elles aidé à bien comprendre le but du projet?				3	8
2- De manière générale, considérez-vous que les informations données lors de la présentation étaient claires et pertinentes?				5	6
3- La présentatrice a-t-elle répondu à vos questions clairement?				3	8
4- Considérez-vous que la présentation d'aujourd'hui ait suscité une réflexion quant à votre pratique infirmière?	1		1	3	6
5- Selon vous, est-ce que le matériel distribué avant et lors de la présentation vous a aidé à mieux comprendre la pertinence de la démarche du projet de stage?			1	4	6
6- Selon vous, la présentation faite par l'étudiante a-t-elle répondu à vos attentes?				4	7
7- De manière générale, êtes-vous satisfaite de la présentation?				3	8

ANNEXE 12
FEUILLE DE NOTES D'ÉVOLUTION INFIRMIÈRE



- HÔTEL-DIEU
 HÔPITAL NOTRE-DAME
 HÔPITAL SAINT LUC

BILAN 24H

Date: _____

POIDS DU JOUR: _____

SÉCURITÉ

Cloche d'appel à portée	N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>	Ridelles ↑ x _____	N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>				
Ambu / Ventimask au chevet	N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	Succion ACSS -20 cm H ₂ O	N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>				
Tête de lit (°)	N _____ J _____ S _____	Si pace endoveineux, BIA 15°	N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>				
Bracelet identité / allergies (sites)	N _____ / _____ J _____ / _____ S _____ / _____						
DVE	N _____ cm H ₂ O	J _____ cm H ₂ O	S _____ cm H ₂ O				
Isolement et précautions	N _____ J _____ S _____						
Contentions (type)	N _____ J _____ S _____						
	N	J	S		N	J	S
Interférence aux traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peau intègre sous contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risque de chute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Client confortable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité Verbale / Motrice	-	-	-	Bon état de la contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réévaluation du besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bien ajustée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Données psychosociales / Famille / Enseignement

N _____
 J _____
 S _____

TÉGUMENTS

État de la peau

	N	J	S		N	J	S
Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bas à compression intermittente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyanose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bas anti-emboliques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pâle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couverture chauffante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diaphorèse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Couverture refroidissante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Froide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œdème _____			
Sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Mobilisation

	N	J	S		N	J	S		N	J	S
Autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lit thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide part. / totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lever mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En bloc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Points de pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lésion par pression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercices passifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exercices actifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Altemance positions N q _____ h J q _____ h S q _____ h

Tolérance à l'activité N _____ J _____ S _____

Matériel de positionnement

Orthèses (site)	N _____	J _____	S _____
Compression régulière	N _____	J _____	S _____
Positionnement	N _____	J _____	S _____

Hygiène Bain complet Bain partiel Autonome Avec aide Soins cheveux Barbe

Soins de bouche (aspect - soins - fréquence) Muqueuse intègre Muqueuse altérée

N _____
 J _____
 S _____