



Centre Universitaire Santé McGill
McGill University Health Centre

CUSM – PROTOCOLE INTERPROFESSIONNEL RELATIF À L'UTILISATION DE CONTENTION PHYSIQUE LA
MOINS CONTRAIGNANTE POSSIBLE



Table des matières

Page

Sommaire de gestion (présentement à la traduction)	
Objectifs du protocole	5
Population de professionnels et de patients concernés:	
Personnes/zones affectées	6
Champ d'exercice de la médecine	6
Champ d'exercice infirmier	6
Champ d'exercice de la psychologie	6
Champ d'exercice du travailleur social	6
Champ d'exercice de la psychoéducation	6
Champ d'exercice de la physiothérapie	6
Champ d'exercice de l'ergothérapie	6
Résumé des différences et des similitudes entre les professionnels de la santé à l'égard de l'utilisation des moyens de contention	6
Fondements déontologiques du Protocole sur l'utilisation de contention physique la moins contraignante possible	7
Définition des termes :	
Contention physique	7
Ridelles ou côtés de lit	7
Ceinture de sécurité	8
Contention aux 5 points	8
Mesures préventives ou de prévention	8
Intervention " non planifiée"	8
Intervention " planifiée"	8
Consentement libre et éclairé	8
Critères d'évaluation de l'aptitude à consentir à des soins médicaux	9
Inaptitude permanente ou temporaire à consentir aux soins	9
Intervention :	
Responsabilité décisionnelle des professionnels de la santé	9
Prise de décision par le patient ou le représentant décisionnaire	10
Évaluation:.....	10
Planification :	
Rédaction du plan thérapeutique infirmier (PT)	11
Éléments d'un plan thérapeutique infirmier (PT)	11
Obtentions et documentation du consentement éclairé	
Intervention non planifiée	12
Intervention planifiée	12
Consentement écrit	12
Consentement verbal	12



Table des matières

Page

Autorisation du tribunal pour l'application d'une contention physique	12
Intervention et évaluation :	
Indications justifiant l'utilisation de la contention physique	14
Contre-indications/principe de précaution relativement à l'application de contention physique	14
Acheminement des patients par transport interne	14
Libération de secours	15
Danger d'origine physique liés à l'utilisation de la contention physique	15
Avertissements et conseils de sécurité	15
Ridelles de lit ou côtés de lit	16
Matériel de contention endommagé	16
Nettoyage et désinfection du matériel de contention	16
Application des mesures de contrôle (Observation d'ordre général)	17
Ridelles (côtés de lit) utilisées comme physique	17
Application de contention au 4-5 points	18
Positionnement de la contention aux 4-5 points :	
Facteurs à prendre en considération relativement au positionnement des patients sous contention aux 4 points.....	18
Position dorsale /couché allongé.....	18
Précautions spéciales pour patients sur civière.....	19
Contention pour chevilles ou bracelet de chevilles en T.....	19
Position latérale.....	19
La femme enceinte.....	19
Nutrition et hydratation	19
Menottes de police	19
Soins pour patients sous tout type de contention	20
Retrait temporaire de la contention physique	20
Contre-indications du retrait temporaire à Q2H de la contention physique	20
Observation des patients sous contention aux 4 points	20
Vidéosurveillance	21
Évaluation des patients sous contention aux 4 points	21
Observation et évaluation de patients sous tout autre type de contention	21
Débriefage	21
Continuité des soins	22
Documentation :	
Consentement libre et éclairé	22
Plan de soins en soins infirmiers	22
Interventions	22
Retrait de la contention physique	23
Débriefage	23
Réévaluation régulière par l'équipe	23
Rapport d'incident accident.....	23
Formulaires pertinents.....	23



Table des matières	Page
Considération spéciales.....	23
Ridelles ou côtés de couchette.....	23
Immobilisation pour les procédures médicales et les examens.....	23
Ceinture de sécurité.....	24
Consultants.....	24
Tableau 1.....	26
(Soins infirmiers aux patients adultes et aux enfants sous contention aux 4-5 points)	
Tableau 2.....	27
(Soins infirmiers aux patients adultes et aux enfants sous contention. non aux 4-5 points)	
Bibliographie.....	29
Lectures conseillées	31
Annexes (présentement à la traduction).....	



* Titre de la politique : CUSM -Protocole interprofessionnel sur l'utilisation de contention physique la moins contraignante possible	
Manuel : CUSM – Politique et procédures	Dép/Service d'origine : Soins Infirmiers
Politique : Révisée	Date d'entrée en vigueur : 28 JANVIER, 2008
*Mots clés : Article 90, Article 118.1, intervention planifiée/non planifiée, consentement, mesures préventives, risque imminent, denier recours, mesure exceptionnelle, minimale, la moins contraignante possible, au plus juste, supervision, interprofessionnel	
Approuvée par : Superviseur/responsable, Risques/Éthique, Commission /Conseils, Principaux comités de haute direction	
Portée : Hôpitaux CUSM	
Site spécifique : Non	

OBJECTIFS DU PROTOCOLE :

Ce protocole vise essentiellement les objectifs suivants :

- 1) Définir le rôle, les obligations et les responsabilités des professionnels et des non-professionnels de la santé conformément aux orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle, tel que le stipule l'Article 118.1 de la LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX et dans le projet de loi n° 90.
(Se reporter à l'Annexe A)
- 2) Prévenir, réduire et gérer tout risque ayant un lien avec l'utilisation de la contention physique.
- 3) Définir les étapes d'évaluation, de prévention, d'intervention, d'observation/d'évaluation et de documentation.
- 4) Définir le rôle de l'établissement en ce qui touche la formation spéciale du personnel, la supervision de l'application de la contention physique et l'évaluation annuelle de l'application de cette mesure de contrôle, et cela, conformément à des indicateurs spécifiques.

Population d'intervenants et de patients concernés :

Personnes /zones affectées :

Ce protocole tient compte de toutes les différences à prendre en considération chez les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées -- des populations de patients qui présentent une variété d'atteintes médicales ou de pathologies psychiatriques. Ce protocole s'adresse donc : 1) aux professionnels de la santé, par exemple aux médecins, aux infirmiers et infirmières, aux psychologues ainsi qu'aux physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychoéducateurs et infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés et 2) aux non-professionnels, par exemple aux préposés aux bénéficiaires (PAB), aux gardiens de sécurité et aux gardiens d'enfants ou d'adultes.



Conformément au Projet de loi n° 90, l'application minimale et exceptionnelle des moyens de contention doit être demandée par des professionnels habilités et au fait de l'étendue et des limites de leur champ d'activités lorsqu'ils recommandent le type de contention physique approprié et les indications pour son application.

CHAMP D'EXERCICE DE LA MÉDECINE :

L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir.

Prise de décision : Dans le cadre de l'exercice de la médecine, décider de l'utilisation de la contention physique fait partie des activités réservées au médecin.

(PROJET DE LOI N°90)

CHAMP D'EXERCICE INFIRMIER :

Le champ d'exercice infirmier consiste à évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, à déterminer et à ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI), à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux afin de maintenir, de rétablir la santé ou de prévenir la maladie et de fournir des soins palliatifs.

Prise de décision : Dans le cadre de l'exercice infirmier, décider de l'utilisation de la contention physique fait partie des activités réservées à l'infirmière et à l'infirmier. **(PROJET DE LOI N° 90)**

CHAMP D'EXERCICE DE LA PSYCHOLOGIE :

Le champ d'exercice de la psychologie consiste à évaluer le fonctionnement psychologique et mental de la personne, à définir, à recommander et à effectuer des interventions et des traitements dans le but : 1) d'améliorer la santé psychologique et 2) de rétablir la santé mentale de la personne en interaction avec son environnement.

Prise de décision : Dans le cadre de l'exercice de la psychologie, décider de l'utilisation de la contention physique fait partie des activités réservées au psychologue. **(MODERNISATION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN SANTÉ MENTALE ET EN RELATIONS HUMAINES – 2005)**

CHAMP D'EXERCICE DU TRAVAILLEUR SOCIAL :

Le champ d'exercice du travailleur social consiste à évaluer le fonctionnement social, à définir un plan d'intervention, à en assurer la mise en œuvre, à soutenir et à rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu, afin de favoriser le développement optimal de la personne en interaction avec son environnement.

Prise de décision : Dans le cadre de l'exercice du travail social, décider de l'utilisation de moyens de contention physique fait partie des activités réservées au travailleur social. **(MODERNISATION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN SANTÉ MENTALE ET EN RELATIONS HUMAINES – 2005)**

CHAMP D'EXERCICE DE LA PSYCHOÉDUCATION:

Le champ d'exercice de la psychoéducation consiste à évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives. Le psychoéducateur définit le plan d'intervention et en assure la mise en œuvre, rétablit ou élargit les capacités adaptatives de la personne dans le but de mettre en valeur les conditions du milieu et de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

Prise de décision; Dans le cadre de l'exercice de la psychoéducation, décider de l'utilisation de la contention physique fait partie des activités réservées au psychoéducateur. **((MODERNISATION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN SANTÉ MENTALE ET EN RELATIONS HUMAINES – 2005)**

CHAMP D'EXERCICE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE:

Les activités réservées à la physiothérapie ayant un lien avec l'utilisation de la contention physique ont trait à l'évaluation et à l'intervention quant au risque de chute. **(PROJET DE LOI N°90)**

CHAMP D'EXERCICE DE L'ERGOTHÉRAPIE:

Les activités réservées à l'ergothérapie ayant un lien avec l'utilisation de la contention physique ont trait à l'évaluation et à l'intervention quant à la mise en position du patient. **(PROJET DE LOI N° 90)**



RÉSUMÉ DES DIFFÉRENCES ET DES SIMILITUDES ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ À L'ÉGARD DE L'UTILISATION DES MOYENS DE CONTENTION : Les médecins, les infirmiers et infirmières, les psychologues et les psychoséducatrices peuvent décider de recourir à l'utilisation de tout type de contention physique. Par contre, le physiothérapeute ne participera à la prise de décision de mettre un patient sous contention que si la personne est ÉVALUÉE comme étant à risque de tomber, tandis que l'ergothérapeute ne participera à la prise de décision d'utiliser la contention physique que pour aider au positionnement du patient.

FONDEMENTS DÉONTOLOGIQUES DU PROTOCOLE SUR L'UTILISATION DE CONTENTION PHYSIQUE LA MOINS CONTRAIGNANTE POSSIBLE :

L'évaluation et l'intervention relatives à l'application de la contention physique doivent être encadrées par des principes directeurs, dont l'objectif principal est, d'une part, de protéger la personne et d'encourager son autonomie tout en favorisant, d'autre part, l'intégrité professionnelle. Les principes suivants ont servi d'assises à l'élaboration d'une approche compréhensive vis-à-vis de l'utilisation de la contention physique.

Autonomie : L'usage de la contention doit tenir compte du droit au respect de la liberté d'action du patient. Un droit fondamental qui sous-tend nécessairement l'obligation de respecter l'individu, de le protéger en situation de vulnérabilité et enfin, de s'assurer qu'il est apte à décider pour lui-même. En revanche, dans le cas où il serait incapable de le faire lui-même, en raison de son âge ou d'une infirmité, on devra s'assurer qu'un représentant décisionnaire a été désigné. Toute personne adulte est considérée comme étant apte à décider elle-même, par conséquent, la notion de respect de la personne englobe nécessairement que ses valeurs et ses croyances soient respectées et prises en considération, autant qu'il se peut, lors de la prise de décision, de l'évaluation et de la réévaluation de la nécessité à recourir à l'application de la contention physique. Tout moyen de contention physique doit être utilisé de façon minimale et exceptionnelle et uniquement pour empêcher la personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.

La bienfaisance : Est le plus souvent définie comme étant un " principe d'éthique médicale visant à maximiser les effets bénéfiques attendus et à minimiser les effets nocifs." (Beauchamp and Childress, 1994) tout en garantissant que l'évaluation, fondée sur l'expérience clinique, est à la base de l'application de la contention et que le consentement (éclairé), la surveillance et les critères de réévaluation auxquels adhèrent les intervenants impliqués, sont bénéfiques et dans l'intérêt du patient.

La non-malfaisance : Est le principe d'éthique médicale qui souligne notre obligation de "ne pas nuire à autrui" et sur lequel s'appuie la notion de "contention exceptionnelle et minimale. Cependant, toute décision professionnelle ou toute intervention menant à l'application de la contention physique, constitue une entrave à la liberté d'action d'une personne et peut lui porter préjudice. Par contre, il existe des situations, où un préjudice temporaire est nécessaire, s'il y a risque imminent de danger pour la personne ou pour autrui. Or, l'objectif principal de ce principe étant de minimiser, autant qu'il se peut, tout préjudice, on doit donc épuiser, au préalable, toutes les voies possibles et raisonnables pour éviter le recours à la contention.

Définition des termes :

Contention physique :

« *Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap* » (Orientations ministérielles, 2002)

À NOTER : La contention physique telle que définie par la Loi ne tient pas compte de l'intention de la personne qui instaure cette mesure de contention. Par exemple, si c'est l'individu lui-même qui demande à ce que les ridelles (côtés de lit) soient relevées, cette manœuvre est, tout compte fait, considérée comme étant un moyen de contention physique. Et, dans la même veine, si l'on installe un patient sur un siège de repos (fauteuil gériatrique à tablette fixe) avec l'unique et seule intention de lui ménager une place plus confortable pour manger, cette intervention est tout de même jugée comme étant un moyen de contention physique.



Utilisation de ridelles ou côtés de lit » comme moyen de contention physique :

L'utilisation de deux (2) ridelles de lit complètes ou pleine longueur ou de quatre (4) demi-ridelles (relevées) est considérée comme étant un moyen de contention physique. Par contre, l'utilisation d'une ridelle complète ou de 1 à 2 deux demi-ridelles ne sera pas considérée comme étant un moyen de contention physique, mais bien comme une aide technique au positionnement.

Ceinture de sécurité :

La ceinture de sécurité ne sera pas considérée comme étant un moyen de contention physique, **sauf** si la personne **ne** peut la détacher elle-même à cause d'un déficit physique ou cognitif

Contention aux 5 points :

Le patient est maintenu au lit ou sur une civière au moyen d'attaches aux 4 membres et d'une sangle abdominale ou attache-taille.

Mesures préventives ou de prévention :

Stratégies d'intervention ou moyens proposés et utilisés pour assurer la sécurité de la personne ou la sécurité d'autrui afin d'éviter le recours à des mesures de contrôle. (OIIQ, 2003) Ces mesures ou ces stratégies préventives répondent aux besoins du patient parce qu'elles permettent : 1) d'intervenir au niveau des agents causals (agents déclencheurs) et 2) d'utiliser des stratégies d'adaptation qui favorisent un niveau optimal d'autonomie ou qui réduisent au minimum l'incapacité. (AHQ, 2000) Se reporter aux Annexes B, C et aux Algorithmes 2,3,4.

Intervention « non planifiée » :

Intervention réalisée en réponse à un comportement inhabituel (atypique), et par conséquent non prévu, qui fait en sorte de mettre en danger de façon **imminente** la sécurité de la personne ou celle d'autrui. (ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES, 2002)

- **Une « intervention non planifiée »** : s'applique à toute **situation d'urgence** met en cause la personne elle-même ou un membre du personnel et qui présente un risque imminent de danger pour **la santé ou la sécurité** de la personne ou celle d'autrui.
- En pareille situation d'urgence, le consentement de la personne ou de son représentant décisionnaire n'est pas requis.
- Conformément au Code civil du Québec, 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. Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités, devenus inutiles ou que leurs conséquences peuvent être intolérables pour la personne.

Intervention « planifiée » :

Il est possible et même nécessaire, dans certaines situations, de prévoir une éventuelle utilisation de la contention physique. C'est ce qu'on appelle un contexte d'intervention planifiée. Par exemple, dans le cas d'une désorganisation comportementale récente, susceptible de se répéter et pouvant comporter un danger réel pour la personne elle-même ou pour autrui. (ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES, 2002)

- Il est possible de recourir à la contention physique dans le contexte d'une intervention planifiée sous réserve que : 1) celle-ci n'est envisagée qu'à titre de mesure de contrôle de **dernier recours**, c'est-à-dire lorsque que tous les autres moyens ont été épuisés ou ont échoué et 2) que le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant décisionnaire a été obtenu avant l'intervention. D'où l'obligation et l'importance d'un dialogue permanent entre l'équipe soignante, le patient et son entourage en vue d'une meilleure compréhension de la nécessité d'utiliser la contention physique.

Consentement libre et éclairé :



Avant de prendre une décision, la personne qui consent doit connaître la justification de la mesure de contrôle, le type de contention qui sera appliqué, le contexte d'application, la durée d'utilisation, la fréquence des réévaluations, les effets positifs et négatifs possibles ainsi que les risques potentiels et les mesures préventives possibles.

- Le consentement est libre et éclairé, si la personne le donne de son plein gré, sans crainte, menace, pression ou promesse provenant d'une tierce personne. L'aptitude à consentir doit être évaluée minutieusement avant chaque intervention. (Se reporter ci-après AHQ, 2004)
- Le consentement ou le refus verbal de la personne doit être consigné au dossier dans les notes d'évolution. (Se reporter à la Section "Obtention et documentation du consentement libre et éclairé.")
- Se reporter à l'Annexe D pour la formule manuscrite du consentement libre et éclairé

Critères d'évaluation de l'aptitude à consentir à des soins médicaux (AHQ, 2004) :

- La personne comprend-elle la nature de la maladie ou du problème pour lequel l'intervention ou le traitement est proposé?
- La personne comprend-elle la nature et le but de l'intervention ou du traitement proposé?
- La personne comprend-elle les risques et les avantages de l'intervention ou du traitement proposé?
- La personne comprend-elle les risques d'une non-intervention?
- La capacité à comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie ou son état de santé?

Inaptitude permanente ou temporaire à consentir à des soins :

- Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le représentant décisionnaire, et cela, tel que décrit dans l'Article 15 du Code civil du Québec. (Se reporter à la Section *Prise de décision par le patient ou son représentant décisionnaire*)
- Dans plusieurs situations et dans un contexte **d'intervention planifiée**, l'autorisation du tribunal est nécessaire. (Se reporter à la Section *Autorisation du tribunal relativement à l'utilisation de contention physique* et à l'Algorithme 1)

Intervention :

Responsabilité décisionnelle des professionnels de la santé :

- Conformément au projet de loi n° 90, les professionnels habilités et jouant un rôle dans l'application exceptionnelle de contention physique, doivent être au fait de l'étendue et des limites de leur champ d'activités lorsqu'ils recommandent le type de contention physique approprié et les indications pour son utilisation.
- Le processus décisionnel menant à l'utilisation de contention est une responsabilité que se partagent les membres de l'équipe interprofessionnelle.
- Tout membre nouvellement habilité à exercer dans l'un des champs professionnels autorisés et qui a reçu la formation spéciale du CUSM, peut prendre des décisions liées à l'application ou au retrait de contentions physiques, sous réserve que celles-ci relèvent de la compétence de son champ d'exercice respectif, et après consultation avec les membres de l'équipe concernée.
 - Dans un contexte d'une "*intervention planifiée*", toute décision liée à l'application d'une contention doit faire l'objet au préalable d'une consultation avec le ou les membres de l'équipe interprofessionnelle concernée. Et qui plus est, à l'intérieur de ce processus de consultation, le champ d'exercice du ou des membres de l'équipe doit correspondre au problème du patient. Ainsi, infirmière/infirmière ou infirmière/médecin dans le cas de patients agités ou violents ou encore, infirmière/ergothérapeute, s'il s'agit du positionnement du patient ou encore, infirmière/infirmière ou infirmière/physiothérapeute, s'il y a risque de chute.
 - Dans un contexte "*d'intervention non planifiée*" (c.-à-d. dans une situation d'urgence ou de danger imminent), la décision d'appliquer une contention est, soit précédée, soit suivie d'une consultation avec le ou les membres de l'équipe concernée.
- Dans le cadre d'une "*intervention planifiée*", l'infirmière est totalement et entièrement responsable et doit répondre du plan thérapeutique infirmier (PTI) qu'elle a déterminé, mais tout autre professionnel peut le modifier ou y apporter des changements. En revanche, comme il s'agit ici d'un processus décisionnel à



responsabilité partagée, ce dernier doit discuter, communiquer et consigner tout changement apporté au plan initial. S'il y a toutefois divergence d'opinion quant à l'initiation ou à l'arrêt de la contention physique, toute l'équipe interprofessionnelle doit en discuter. Par contre, dans le cas, où les membres de l'équipe interdisciplinaire ne peuvent s'entendre entre eux, une rencontre réunissant les personnes directement responsables et impliquées dans les soins du patient, doit être convoquée. Seront présents à cette rencontre : le personnel infirmier, l'infirmière gestionnaire, le médecin traitant, le résident, le patient ou son représentant décisionnaire ainsi que tout autre professionnel concerné ou impliqué. Néanmoins, à ce stade-ci, une demande de consultation avec une instance compétente telle l'éthicien clinique, le secrétaire général, devrait être envisagée.

- En ce qui a trait au processus décisionnel lié à l'application d'une contention chez un patient appelé à être déclaré inapte, se reporter aux sections intitulées : "*Incompétence permanente ou temporaire à consentir à des soins*", "*Autorisation du tribunal pour l'utilisation de contention physique*" et Algorithme 1.

Prise de décision par le patient ou le représentant décisionnaire :

- Le mineur de moins de 14 ans ne peut consentir seul aux soins. Le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur sera exigé.
- Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul aux soins requis pour sa santé. Il est toutefois préférable qu'il y consente en la présence, à titre de témoin, du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.
- Le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit pour soumettre un mineur de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, lorsqu'il y a urgence et que sa vie est en danger ou que son intégrité est menacée (Article 16, Code civil du Québec)
- L'autorisation du tribunal est nécessaire pour soumettre un mineur de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse des soins, si la situation n'est pas urgente.
- Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile, en union de fait ou à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. (Article 15, Code civil du Québec)
- Préalable à toute "intervention planifiée" pour un recours à la contention physique, l'autorisation du tribunal est nécessaire 1) en cas d'incapacité, 2) d'empêchement ou 3) de refus injustifié de la part du représentant décisionnaire qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement.
- L'autorisation du tribunal est également nécessaire, si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir des soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.
- Par contre, si la personne ou son représentant décisionnaire oppose un refus catégorique à la contention physique, et s'il n'y a aucun motif sérieux de croire que cette personne représente un danger imminent (c.-à-d. que sa vie n'est pas en danger et son intégrité n'est pas menacée ni celle d'autrui), son droit à l'autonomie décisionnelle doit être respecté et consigné au dossier.

Évaluation :

La relation thérapeutique avec la personne ou son représentant décisionnaire est la pierre angulaire de l'évaluation et de l'intervention.

Dans une situation de danger imminent pour la vie/sécurité de la personne ou celle d'autrui, la personne devra être mise sous contention physique, **avant** même de procéder à une évaluation complète de la personne.

Une évaluation interdisciplinaire complète comprend :

- Évaluation physique/ psychiatrique en cours.
- Évaluation du risque d'agression/violence :
 - Antécédents d'agression/ violence (causes sous-jacentes/ déclencheurs)
 - Antécédents d'abus physique ou de sévices sexuels, consommation de drogues/ toxicomanie, psychose, hostilité, impulsivité, manque de tolérance à la frustration, agitation.



- Se reporter à "Outil d'évaluation dans le cas d'agression et de violence" (Annexe E) et "Auto évaluation et plan de soins pour la prévention d'un comportement agressif et autodestructeur". (Annexe F)
- Évaluation du risque de chutes :
 - Antécédents personnels de chutes.
 - Admission récente/ transfert, déficience de la perception/déficit intellectuel, imprudence/manque de jugement, polypharmacie, sédatifs, hypotension orthostatique, problèmes de mobilité, problèmes d'élimination, chaussures/vêtements inadéquats.
 - Consulter les Outils de dépistage, d'évaluation et d'intervention du risque de chutes du CUSM. (Échelle Morse et CATT)
- Évaluation du risque de délire :
 - Antécédents personnels de délire.
 - Antidépresseurs, anticholinergiques, antihistaminiques, sédatifs/hypnotiques, Digoxin, analgésiques.
 - Déshydratation, déséquilibre électrolytique, rétention urinaire, fécalome, IM silencieux, insuffisance cardiaque congestive, infection, malnutrition, changements environnementaux/ relogement, manque de sommeil, hypertension sensorielle, sensorium réduit, dépression.
 - Se reporter à "CAM" Outils de dépistage du délire. (Annexe G)

Planification :

- C'est à l'infirmière que revient la responsabilité totale et entière du plan thérapeutique infirmier (PTI)—un plan qu'elle détermine après consultation avec les membres de l'équipe interprofessionnelle concernée.
- L'infirmière est responsable de la rédaction du plan thérapeutique et de son implantation. Elle peut néanmoins déléguer l'implantation de ce plan à des professionnels ou à des non-professionnels, et cela, compte tenu de leur niveau de compétence (connaissance, formation et expérience.)
- Par ailleurs, un autre professionnel peut modifier ou apporter des changements au plan thérapeutique infirmier, toutefois comme il s'agit d'un processus décisionnel à responsabilité partagée, il doit d'abord discuter, communiquer et consigner au dossier les changements apportés au plan initial. S'il y a divergence d'opinion quant à l'initiation ou au retrait de la contention physique, l'équipe interprofessionnelle doit en discuter. En revanche, dans le cas, où les membres de l'équipe interprofessionnelle ne peuvent s'entendre entre eux, une rencontre réunissant les personnes directement responsables et impliquées dans les soins du patient, doit être convoquée. Seront présents à cette rencontre : le personnel infirmier, l'infirmière gestionnaire, le médecin traitant, le résident, le patient ou son représentant décisionnaire. Néanmoins, à ce stade-ci, une demande de consultation avec une instance compétente telle : l'éthicien clinique, et ou le secrétaire général, devrait être envisagée.

Rédaction du plan thérapeutique infirmier (PTI):

Advenant le cas, où l'on serait en présence de l'un des risques ci-haut nommés, l'infirmière rédige et détermine le PTI, puis fait ses recommandations quant aux mesures de prévention appropriées (Se reporter aux Annexes B, C et Algorithmes 2, 3, 4)

Par exemple :

- Approches préventives ou stratégies de gestion réussies et déjà utilisées lors d'hospitalisations précédentes.
- L'équipe interprofessionnelle ou la personne déléguée explore avec le patient ou son représentant décisionnaire, la question des déclencheurs potentiels du comportement perturbateur ou dysfonctionnel et propose des solutions thérapeutiques, des mesures préventives ou de remplacement qui seraient les moins contraignantes pour la personne. Le "délégué " devrait être le professionnel qui connaît le mieux la personne/représentant décisionnaire.
- On peut également consulter l'équipe de liaison et de consultation psychiatrique, le Service de gériatrie ou le personnel responsable des patients hospitalisés en psychiatrie au sujet de mesures préventives potentielles.

Si les mesures préventives se révèlent impossibles ou inefficaces, l'infirmière rédige alors un plan thérapeutique infirmier pour une utilisation "planifiée " mais, en **dernier recours**, de la contention physique.



Éléments d'un plan thérapeutique infirmier (PTI):

- Mesures préventives proposées.
- Consentement libre et éclairé obtenu du patient ou de son représentant décisionnaire. (Se reporter ci-après)
- Quelles situations, quelles circonstances ou quels déclencheurs répondent aux critères requis pour le recours à la contention physique.
- Type de contention physique recommandé.
- Spécifiez, si approprié : la taille (petit/moyen/grand, 2) gauche/droit/bilatéral, 3) mobilier utilisé pour l'application de la contention (lit, civière, chaise), 4) les mesures de sécurité, par exemple, si la contention physique est appliquée au lit, les côtés de lit doivent être relevés.
- Durée maximale d'application.
- Fréquence et paramètres d'observation/évaluation. (Tableau 1 ou 2)
- Type et fréquence de la prestation des soins physiques. (Tableau 1 ou 2)
- Critères ou indications pour le retrait de la contention physique.
- Fréquence de la **réévaluation par l'équipe** de soins. Par exemple, à chaque quart de travail pour les patients de soins aigus ou aux 3 semaines, pour les patients en transit ou de soins prolongés.

Obtention et documentation du consentement éclairé :

- "**Intervention non planifiée**": Aucun consentement éclairé n'est requis en cas de danger grave et imminent où la santé ou sécurité de la personne ou celle d'autrui est menacée.
- "**Intervention planifiée**": La personne ou son représentant décisionnaire doit donner, au préalable, un consentement libre et éclairé lorsque pour assurer sa sécurité ou celle des autres, une contention physique sera appliquée. L'équipe interprofessionnelle ou un délégué rencontre alors la personne apte à consentir ou son représentant décisionnaire afin d'obtenir un consentement libre et éclairé. Il est préférable que le "délégué" soit un professionnel qui a établi ou qui maintient une relation de confiance avec la personne qui doit consentir.
- La discussion avec le représentant décisionnaire porte sur l'information suivante :
 1. la raison justifiant la contention
 2. le type de contention physique à utiliser
 3. les circonstances liées à son utilisation
 4. la durée maximale de l'application
 5. la fréquence de la réévaluation de routine
 6. les effets potentiellement négatifs ou positifs
 7. les risques potentiels et les mesures préventives possibles.
- Un consentement verbal doit faire l'objet d'une mention dans les notes d'évolution. Il est toutefois préférable d'obtenir le consentement écrit de la personne, compte tenu de l'importance du risque que court la personne. Par exemple, si l'on doit immobiliser physiquement la personne pour effectuer un prélèvement sanguin, le consentement verbal est alors acceptable. Par contre, plus le niveau de restriction de l'activité physique, la fréquence ou la durée d'application de la contention augmente, il est alors préférable d'obtenir, par écrit, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant décisionnaire.
- Consentement écrit: Dans le cas où l'équipe de soins souhaiterait obtenir le consentement écrit de la personne ou de son représentant décisionnaire, veuillez consulter le secrétaire corporatif du CUSM. (Annexe D)
- Consentement verbal (informations à consigner aux notes d'évolution):
 1. Heure/ date de la discussion.
 2. Nom du représentant décisionnaire- Si le représentant a été désigné à titre de mandataire, de tuteur ou de curateur, il doit en fournir la preuve, laquelle sera versée au dossier médical de la personne.
 3. La relation du représentant décisionnaire avec la personne concernée.
 4. Le nom du membre du personnel qui a obtenu le consentement.
- Si la personne/représentant décisionnaire oppose un refus libre et éclairé à la contention physique, et s'il n'y a aucun motif sérieux de croire que cette personne représente un danger imminent (c.-à-d. que sa vie n'est pas en danger et que son intégrité n'est pas menacée ni celle d'autrui), son droit à l'autonomie décisionnelle doit être respecté et consigné au dossier.



- Au cours d'un épisode aigu, le consentement éclairé de la personne/représentant décisionnaire reste valide, même en cas d'application répétée de la contention physique. Par contre, si un nouveau problème surgit et nécessite l'application d'une contention physique, il est nécessaire d'obtenir un nouveau consentement auprès de la personne/représentant décisionnaire.

Autorisation du tribunal pour l'application d'une contention physique:

- Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur de 14 ans et moins est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.
- Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à des soins requis par son état de santé. Il est toutefois préférable qu'il y consente en la présence, à titre de témoin, du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur.
- Le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit pour soumettre un mineur de 14 ans et plus à des soins requis par son état de santé, mais qu'il refuse, s'il y a urgence et que sa vie est en danger ou que son intégrité est menacée (Article 16, Code civil du Québec)
- Par contre, en situation non urgente, l'autorisation du tribunal est nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins requis par son état de santé qu'il refuse.
- L'autorisation du tribunal est nécessaire lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile, en union de fait ou à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. (Article 15, Code civil du Québec)
- Avant toute "intervention planifiée" menant à l'utilisation de la contention physique, l'autorisation du tribunal est nécessaire : 1) en cas d'incapacité, 2) d'empêchement ou 3) d'un refus injustifié de la part du représentant décisionnaire.
- L'autorisation du tribunal est également nécessaire lorsqu'un majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir des soins, sauf s'il s'agit de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.
- Par contre, si la personne/représentant décisionnaire oppose un refus libre et éclairé à l'application de la contention physique et qu'il n'y a aucun motif sérieux de croire que cette personne représente un danger imminent (c.-à-d. que sa vie n'est pas en danger et que son intégrité n'est pas menacée ni celle d'autrui), son droit à l'autonomie décisionnelle doit être respecté et consigné au dossier.
- En situation "d'intervention planifiée", l'autorisation du tribunal est nécessaire, lorsque le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement le recours à la contention physique, et cela, même si au préalable, le consentement a été donné par le représentant décisionnaire, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. (Article 16, Code civil du Québec)
- En situation "d'intervention planifiée", l'autorisation du tribunal est nécessaire si le majeur apte ou son représentant décisionnaire oppose un refus libre et éclairé au recours à la contention physique, et cela, même *s'il y a évidence récente d'une désorganisation et d'un comportement dangereux et qu'il y a accord général des membres de l'équipe interprofessionnelle pour un recours justifié à la contention physique*. Par contre, si on ne peut recueillir le consensus des membres de l'équipe quant à la justification du recours à la contention physique en tant qu'"*intervention planifiée*", une réunion du personnel directement impliqué et responsable des soins du patient, doit être convoquée. Seront présents à cette réunion : le personnel infirmier, l'infirmière gestionnaire, le médecin traitant, le résident, le patient ou son représentant décisionnaire ainsi que tout autre professionnel impliqué. À ce stade-ci, une demande de consultation avec une instance compétente telle : l'éthicien clinique ou le secrétaire général, doit être envisagée. Néanmoins, lorsque la situation revêt un caractère urgent, en ce sens qu'elle surgit de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent pour la personne ou pour autrui, les intervenants peuvent alors recourir à l'utilisation exceptionnelle de la contention sans avoir obtenu le consentement libre et éclairé de la personne.
- Pour obtenir l'autorisation du tribunal pour un traitement, le médecin traitant doit suivre les étapes de la procédure telles que décrites dans la : " Procédure pour une motion de traitement ou de placement » (Se reporter à l'Annexe H)



Le Curateur public peut consentir aux soins au nom d'une personne **totale**ment isolée, si l'incapacité à consentir de cette dernière est reconnue et que le Curateur public a été informé de son besoin de protection.

Pour demander au Curateur public de consentir à des soins, adressez-vous à la Direction médicale et de consentement aux soins en composant l'un des numéros suivants :

- 514 873-5228
- 1 800 363-9020.

Intervention et évaluation :

Le niveau de preuve relative aux procédures et aux paramètres d'observation/d'évaluation dans cette section repose sur les recommandations recueillies dans la littérature, sur l'opinion d'expert et sur l'expérience clinique du personnel et des patients du CUSM ainsi que sur les politiques et procédures d'autres hôpitaux du Canada et enfin sur les recommandations d'associations professionnelles.

FAITES LE 5-5555

"CODE BLANC" : une équipe spécialisée sera avisée de prêter assistance pour une intervention auprès d'un patient violent.

UN **"CODE BLANC STAT"** : précise que le patient a une **ARME**

Indications justifiant l'utilisation de la contention physique

- Pour prévenir les chutes sous réserve que l'évaluation du risque a été documentée et consignée au dossier du patient.
- Pour prévenir les chutes pendant le transport de patient.
- Pour décourager toute perturbation dans les soins (retrait d'une tubulure, drain, tube, ligne artérielle, etc.)
- Pour empêcher le patient de se blesser lui-même ou de blesser les autres, si le patient est agressif/violent.
- Pour assurer un bon positionnement au patient.
- **NOTE** : Si on doit immobiliser la personne afin de procéder à des tests ou à des traitements médicaux, veuillez vous reporter à "Considérations spéciales"

Contre-indications/principe de précaution relativement à l'application de contention physique :

- L'application de la contention physique au lit est contre-indiquée si, en raison de l'état physique de la personne, cela constitue un risque injustifié pour la personne. " (American Psychiatric Nurses Association Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint, p. 12).
- Si, l'application de la contention physique au lit est contre-indiquée, en raison de l'état physique de la personne ou d'une déformation, il est recommandé en pareil cas que l'équipe interprofessionnelle demande l'avis d'un spécialiste habilité, du patient ou du représentant décisionnaire au sujet d'alternatives thérapeutiques.
- L'application de la contention aux 4 points n'est pas indiquée chez les personnes âgées ou atteintes de délire ou de démence. (Se reporter à l'Algorithme 3)
- L'application de la contention au lit (particulièrement en cas de contention aux 4 points) n'est pas indiquée chez les personnes victimes de toute forme d'abus physique, de sévices sexuels, de viol ou de torture. Par contre, en situation d'urgence, s'il est nécessaire de recourir à la contention aux 4 points chez une personne ayant une histoire connue de sévices sexuels, on doit alors considérer l'application de la contention physique en "T"aux chevilles, afin de réduire au maximum le sentiment de vulnérabilité de la personne. (Se reporter à la Section de la procédure sur le "Positionnement du patient sous contention physique aux 4 points.")



Acheminement des patients par transport interne :

- C'est à l'infirmière de juger quel est le type de transport approprié, compte tenu de la situation du patient.
- L'utilisation d'une ceinture de sécurité est recommandée comme mesure préventive lors du transport des patients en chaise ou en fauteuil roulant.
- Il est obligatoire de lever les ridelles ou côtés du lit/ de la civière ou de la couchette lors du transport du patient.
- Sans égard pour le type de transport utilisé, tout risque de chute est signalé verbalement au personnel qui reçoit le patient afin que celui-ci aide le patient à descendre à son arrivée.
- Il n'est pas nécessaire de documenter ou d'obtenir un consentement libre et éclairé pour l'utilisation des ridelles de lit, de civière ou de couchette, lors du transport du patient.

LIBÉRATION DE SECOURS :

- La clé pour les contentions aux 4-5 points doit toujours être gardée à proximité du lit afin de pallier toute situation d'urgence.
- Les sangles de contention doivent être fixées au cadre du lit, de la civière ou du fauteuil/chaise à l'aide de nœuds faciles à défaire. (Se reporter à l'Annexe K sur les Nœuds rapides à défaire)
- On ne doit pas utiliser ce type de nœuds, si la personne est capable de les défaire facilement elle-même. Par contre, on doit s'assurer qu'il y a dans la chambre une paire de ciseaux qui est, en tout temps, accessible, advenant une situation d'urgence où l'on doit couper les sangles.
- En cours d'évacuation, le personnel a comme responsabilité première de libérer les personnes sous contention et de leur assigner en priorité une personne afin de les accompagner hors de l'unité.

Dangers d'origine physique liés à l'utilisation de la contention physique :

1. Risques liés à une pression externe (particulièrement dans le cas où l'application et la surveillance et le suivi de la contention physique ne seraient pas adéquats) : lacérations, ecchymoses, atteinte ou blessure des nerfs, lésion ischémique, strangulation, compression du diaphragme, asphyxie, et mortalité.
2. Risques liés à l'immobilité : constipation, escarre de décubitus, chutes, perte de la masse osseuse, atrophie musculaire et contractures.
3. Risque d'un syndrome neuroleptique malin (SNM) : le risque d'un SNM, une réaction potentiellement fatale reliée à la médication antipsychotique, est plus élevé chez le patient agité et sous contention, parce que l'agitation provoque une augmentation du niveau des enzymes. (Se reporter aux Annexes I, J « Contention physique aux 4 points»)
4. Risques liés à l'utilisation de la contention physique chez la femme enceinte : On doit toujours installer une femme enceinte en position latérale gauche (c.-à-d. couchée sur le **(CÔTÉ gauche)** lorsqu'elle est mise sous mise sous contention physique au lit ou sur une civière. En effet, en position dorsale ou en décubitus dorsal, le poids de l'utérus gravide peut comprimer la veine cave inférieure, entraver le retour veineux vers le cœur entraver le retour veineux vers le cœur, ce qui cause une hypotension qui peut menacer la circulation veineuse fœtale. (Miller 2001)
5. Risques liés à maintenir ou à contenir physiquement un patient : Maintenir ou contenir physiquement une personne de façon inappropriée peut causer une blessure grave pouvant aller jusqu'à la mort. Les enfants et les adolescents sont particulièrement à risque de développer un œdème pulmonaire aigu à pression négative. Ce dernier pouvant survenir de 30 minutes à 2 heures en post-épisode de mise sous contention physique. D'où l'importance d'observer si l'enfant/adolescent retient son souffle lorsqu'on le retient ou lorsqu'il est sous contention physique. Par ailleurs, plusieurs positions sont contre-indiquées en raison du risque élevé d'asphyxie pouvant aller jusqu'au décès. (Se reporter aux Annexes K, L)

Pour effectuer toute procédure ou traitement médical chez les nourrissons, les tout-petits, les enfants ou les adolescents, veuillez vous reporter aux directives sur l'immobilisation en maintenant ou en contenant physiquement une personne. (Se reporter aux Annexes O, P, Q, et R)



Avertissements et conseils de sécurité :

- À PROSCRIRE – Ne jamais utiliser les dispositifs-maison dans aucune circonstance et sous aucune considération, ceux-ci étant plus à risque de causer la mort ou une blessure chez la personne. Exemple : entourer les poignets de la personne avec une bande de gaze pour l'empêcher d'arracher les tubulures (tubes.)
- Les sangles de contention doivent être fixées au cadre du lit ou de la civière et NON aux ridelles ou côtés de lit /civière.
- Assurez-vous que la partie du cadre du lit ou de la civière où sont fixées les sangles, suit les mouvements du patient lorsqu'on ajuste la hauteur ou la position de la tête/pied du lit ou de la civière, et cela, afin d'éviter que les sangles deviennent trop ou pas assez serrées. (Santé Canada 2007)
- Les sangles de contention doivent être fermées à l'aide de boucles à dégagement rapide ou à l'aide de nœuds rapides et faciles à défaire. (Se reporter à l'Annexe M.
- Si vous appliquez une contention abdominale, veuillez utiliser les sangles appropriées (à l'aide de sangles licous passées sous les aisselles), particulièrement s'il y existe un risque que la contention glisse vers le thorax du patient, provoque une compression du diaphragme et cause l'asphyxie, voire la mort du patient.
- Assurez-vous que les vêtements du patient ne peuvent entraver le fonctionnement des appareils de contention ou causer des blessures telles : la strangulation, l'asphyxie, écorchures sur la peau, etc.
- Assurez-vous également que toute substance liée au tabagisme est hors de portée du patient, y compris toute substance fournie par les parents ou les amis. Il est entendu que les fumeurs qui sont sous contention essaient souvent d'utiliser un briquet ou des allumettes, ce qui rend ces patients à haut risque de provoquer un incendie. (JCAHO, 1998)
- Pour l'application et le retrait des contentions aux 4 points, l'approche dite "par équipe" est à privilégier afin d'empêcher ou, du moins, de réduire le plus possible tout risque de blessure tant pour le patient que pour le personnel. (Se reporter à la Politique relative au Code blanc)
- Ridelles de lit ou côtés de lit :
 - Se reporter à la page 16, si **seules** les ridelles ou côtés de lit sont utilisées comme moyen de contention physique. Par exemple, si 2 ridelles ou côtés de lit sont utilisées pleine longueur et non en association avec un autre type de contention physique.
 - Les ridelles de lit devraient être constamment tenues relevées pendant toute la durée de la mise sous contention physique. (Santé Canada, 2007) Par exemple, si les sangles de contention sont attachées au cadre du lit.
 - Les ridelles ou côtés de couchette : Se reporter aux « Considérations spéciales ».

Matériel de contention endommagé :

- Dans le cas, où du matériel de contention est brisé ou déchiré, vous ne devez jamais tenter de le recoudre ou de le réparer vous-même, vous devez l'envoyer à la buanderie accompagnée d'une note explicative, et cela, le plus rapidement possible. En effet, le fabricant voudra peut-être remplacer le produit, si ce dernier n'a pas subi d'altération.

Nettoyage et désinfection du matériel de contention :

- Après chaque usage, on DOIT jeter le matériel de contention à usage unique (par exemple attaches ou sangles de contention jetables – contention des membres)
- Le matériel de contention réutilisable/système d'alarme très souillé doit immédiatement être remplacé ou nettoyé et désinfecté
- Le matériel de contention/système d'alarme réutilisable doit être désinfecté *entre* chaque patient.
- Le nettoyage du matériel de contention DOIT être fait conformément aux instructions du fabricant afin d'éviter toute annulation des garanties offertes par le fabricant.
- Par souci de prévention de l'infection, tout matériel ou système de contention physique réutilisable fait de matériau poreux doit être envoyé à la buanderie. Après avoir retiré toutes les clés magnétiques, on doit mettre l'article à nettoyer dans un sac en filet (un article par sac) avant de l'envoyer à la buanderie.



- Tout matériau non-poreux (métal/ plastique) utilisé sur le matériel de contention/ système d'alarme réutilisable, doit être nettoyé/désinfecté à l'aide de chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital. Par exemple : la partie en bois des porte-bébés (planche Papoose), les sacs de sable, bordures de protection, barrières, clefs magnétiques du matériel de contention Pinel et Segufix, les attaches aux 4 points en plastique ou encore les cordons électriques des alarmes, etc.
- Les matériaux non poreux très souillés peuvent être facilement nettoyés avec de l'eau, un détergent approprié et désinfecté avec un désinfectant approuvé par l'hôpital. On doit toutefois porter une attention toute particulière aux coutures, plis, trous ou à toute autre figure géométrique difficile d'accès, afin de s'assurer que la désinfection est adéquate.
- Plusieurs produits de contention /systèmes d'alarme sont fabriqués à partir de matériaux poreux et non poreux, par conséquent, leur entretien demande une désinfection de type combinée. (Se reporter à l'Annexe N)
- **NOTE :** Selon le fabricant, le matériel de contention aux 4 points en cuir ou en similicuir ne peut être désinfecté de façon adéquate. Donc, en cas de souillure importante par tout liquide organique, ce matériel de contention devra être jeté et remplacé par des bracelets en plastique ou par le système de contention aux 4 points de Pinel.

Application des mesures de contrôle (Observations d'ordre général) :

- Suivez l'arbre décisionnel approprié. (Se reporter aux Algorithmes)
- Le matériel de contention doit être installé conformément aux instructions ou mode d'emploi du fabricant. Par exemple :
 1. La clé magnétique de la ceinture abdominale de Segufix ne doit jamais être placée sur un stimulateur cardiaque (pacemaker) ATTENTION – Les patients peuvent glisser dans le lit.
 2. Les sangles latérales des ceintures abdominales doivent être utilisées afin d'empêcher le patient d'exécuter un mouvement de rotation dans le lit ou de rester coincé entre le matelas et les ridelles ou côtés du lit.
 3. L'encolure en "V" des gilets/vestes de contention doit toujours être placée à l'avant. NOTE: Les vestes ou gilets à haut col ne doivent pas être utilisés à cause du risque de strangulation.
- Expliquez au patient et à son entourage ce qui se passe et faites-le avec empathie et sans jugement.
- Si possible, installez le patient dans une chambre privée tant pour son confort que pour lui procurer un environnement plus calme afin qu'il puisse décompresser.
- Libérez l'espace autour du lit et retirez de la chambre tout objet potentiellement dangereux.
- Choisissez un type de contention physique adapté et approprié à la morphologie (taille, poids, etc.) et aux besoins du patient. (Annexes I, J)
- Vous devez vérifier et la propreté et le fonctionnement du type de contention choisi.
- Vous devez vous assurer que le matériel de contention physique est installé correctement et conformément au mode d'emploi ou instructions du fabricant. Si nécessaire, désinstallez et ré-installez-le.
- S'il agit d'une contention physique au lit/ civière, vous devez vous assurer que les sangles sont bien fixées au cadre du lit, et non aux côtés de lit.
- Les ridelles de lit (côtés de lit) devraient être constamment tenues relevées pendant toute la durée de la mise sous contention physique. (Santé Canada, 2007) Par exemple, si les sangles de contention sont attachées au cadre du lit.
- Les ridelles ou côtés de couchette : Se reporter aux Considérations spéciales »
- Vous devez faire des **nœuds ou utiliser des boucles à dégagement rapide** (Annexe M) pour fixer les sangles de contention aux cadres du lit, de la civière ou du fauteuil. Par contre, si le patient peut facilement défaire les nœuds, utilisez des nœuds réguliers, tant et aussi longtemps, qu'une paire de ciseaux se trouve, en tout temps, à portée de la main pour couper les sangles et dégager le patient en cas d'urgence.

Ridelles(côtés de lit) utilisées comme contention physique :

- Le choix du type approprié de ridelles ou de côtés de lit à utiliser fait suite à l'évaluation du risque de chute. L'évaluation et la décision d'utiliser des ridelles doivent être clairement documentées et consignées au dossier de même que les stratégies préventives qui ont été envisagées. À la suite de l'évaluation, s'il est décidé que



le recours aux ridelles n'est pas nécessaire, bien que la famille persiste à en demander l'utilisation, cette information doit être documentée et consignée au dossier. (Marcy-Edwards, 2005)

- On peut utiliser des bordures de protection ou des barrières infranchissables afin d'empêcher le patient de se coincer la tête **entre les ridelles et le matelas**. (JCAHO, 1998)
- Vu le risque pour le patient de glisser entre le matelas et les ridelles et de rester coincé, vous devez vous assurer que l'espace entre le matelas et les ridelles est suffisamment mince pour empêcher le patient de rester coincé, ce qui pourrait avoir des conséquences cliniques importantes pouvant aller jusqu'au décès du patient, par suite de strangulation ou d'asphyxie, particulièrement dans le cas d'utilisation de la contention. (JCAHO, 1998) Les sangles latérales d'une contention abdominale préviennent toute rotation (par exemple – pivoter dans le lit de la tête aux pieds), parce qu'elles maintiennent le patient au centre du matelas et l'empêchent ainsi de glisser entre le matelas et les côtés du lit ou encore de rester coincé dans l'espace entre les ridelles ou côtés de lit. En outre, on peut également installer des bordures de protection entre le matelas et les ridelles de lit.
- Demi-ridelles ou côtés de lit : Pour permettre au patient de bouger, s'il n'y a que la ridelle ou côté supérieur du lit (une demi-ridelle ou deux demi-ridelles) qui est relevée et que cela n'est empêche pas le patient de sortir du lit, dans ce cas-ci, l'utilisation de ridelles n'est pas considérée en soi comme une mesure de contention, et cela, conformément aux définitions qu'en donne la loi au Québec. **NOTE**: Si deux demi-ridelles (côtés de lit) sont relevées du même côté, il existe alors un risque pour le patient de glisser et de rester coincé entre les deux-- ce qui pourrait avoir des conséquences cliniques importantes pouvant aller jusqu'au décès du patient par suite de strangulation ou d'asphyxie, particulièrement dans le cas d'application de contention physique et de l'utilisation de demi-ridelles. Le personnel doit donc s'assurer que l'espace entre les demi-ridelles/côtés de lit est bloqué au moyen d'une barrière solide, et cela, pour empêcher de façon efficace que le patient sous contention glisse dans cet espace. (Santé Canada, 2007) **NOTE** : Il y a également un risque pour le patient de glisser et de rester coincé entre la demi-ridelle et le matelas. Se reporter ci-après.
- Ridelles de couchette : Se reporter aux « Considérations spéciales »

Application de contention aux 4-5 points:

- Il est important de n'employer que la force raisonnable lors de l'application d'une mesure de contrôle. On entend par "**force raisonnable**", une force égale ou légèrement supérieure au degré de force exercée par le patient qui résiste. Par conséquent, afin de s'assurer de l'emploi d'une force raisonnable et afin s'assurer de ne compromettre, ni la sécurité de la personne, ni celle du personnel, un nombre suffisant de membres de l'équipe interprofessionnelle doivent être présents tout au long du processus d'application de la contention physique.
- Vu le risque d'asphyxie, vous ne devez jamais utiliser un masque, une serviette, un oreiller, etc., pour recouvrir le visage du patient, une telle manœuvre ne fait nullement partie de la procédure pour maintenir ou contenir physiquement une personne.
- **Il est de la plus haute importance de n'employer qu'une force raisonnable ou nécessaire, si l'on veut prévenir toute blessure grave, voire le décès d'un enfant ou d'un adolescent que l'on immobilise physiquement. Durant toute la durée de l'intervention, vous devez également observer la respiration de l'enfant ou l'adolescent qui peut la retenir durant toute l'intervention.**
- L'équipe d'intervention est composée d'au moins 4 membres du personnel ayant reçu une formation spéciale. (Une personne pour chaque membre)
- Il est également recommandé d'utiliser l'approche dite d'équipe pendant l'application et le retrait de la contention aux 4 points, et cela, afin de réduire au maximum tout risque de blessure pour le patient ou pour le personnel.
- Composez le 5-5555 (Appel au **Code blanc**) pour obtenir l'assistance de l'équipe spéciale d'intervention. (Se reporter à la Politique relative au Code blanc)
- Il est important de toujours utiliser la **trousse (kit) complète** de contention aux 4 points.
- Composez le **5-5555** et demandez un **Code blanc STAT**, si le patient a une arme.

Positionnement de la contention aux 4-5 points :



Lorsqu'on procède à l'application d'une contention aux 4-5 points chez un patient agité ou agressif, les 4 membres (poignets et chevilles) doivent être immobilisés par des sangles. (Se reporter à ci-après à "Nutrition et hydratation")

Facteurs à prendre en considération relativement au positionnement des patients sous contention aux 4 points :

- Soins et surveillance des voies respiratoires
 - Soins et surveillance pour une bonne circulation veineuse
 - Confort et positionnement adéquat des membres
 - Accès à un site pour injection de la médication par voie intramusculaire
 - Grossesse ou conditions médicales pouvant affecter les facteurs ci-haut mentionnés ou pouvant présenter un risque indu.
(Se reporter aux Annexes I et J)
- Conformément aux directives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec), une contention aux 4 points ne peut être appliquée chez un patient qu'en position dorsale/latérale ou couché allongé, mais JAMAIS en position ventrale ou en procubitus, c'est-à-dire couché sur le ventre.
 - Position dorsale /couché allongé: Afin de prévenir tout risque d'aspiration ou d'asphyxie, vous devez en TOUT TEMPS relever la tête de lit/ civière à 30° et vous assurez que le patient peut tourner la tête facilement de gauche à droite et vice versa et que ses voies respiratoires sont libres. Installez les fixations au poignet gauche et au poignet droit, puis attachez-les de chaque côté du cadre du lit ou de la civière. Procédure identique pour les membres inférieurs, sauf que l'utilisation de bracelets de chevilles en "T" demeure le premier choix.
 - Précautions spéciales pour patients sur civière : Afin d'empêcher le patient de renverser la civière lorsqu'il est couché sur le dos (position dorsale), attachez-le en lui plaçant un bras en bas de la taille et placez-lui l'autre bras avec le coude en angle droit et la main au-dessus de l'épaule. (Se reporter à l'Annexe S relative au « Positionnement du patient sous contention aux 4 points »)
 - Contention pour chevilles ou bracelet de chevilles en T: L'utilisation de bracelets de contention en plastique est utilisée pour attacher les chevilles ensemble tout en les maintenant séparées de quelques pouces, au lieu d'attacher chaque cheville séparément et de chaque côté du cadre du lit. Une sangle est ensuite attachée au milieu de la courroie, joignant ensemble les deux chevilles, puis la sangle est fixée au cadre de lit, au pied du lit/civière. Le Kit attache-membres de Pinel pour contention aux 4 points comprend une sangle spécialement conçue pour maintenir les chevilles de cette manière, c'est-à-dire ensemble et près l'une de l'autre. Cette position est particulièrement recommandée chez les personnes victimes d'abus sexuel, parce qu'il diminue, chez elles, le sentiment de vulnérabilité au point de vue sexuel. D'ailleurs, ce type de contention serait à privilégier chez **tous** les patients, vu que trop souvent, les membres du personnel ne connaissent pas leurs antécédents, si antécédents il y a, de chocs traumatiques. (Se reporter à l'Annexe S relative au « Positionnement du patient sous contention aux 4 points »)
 - Position latérale : Les poignets sont attachés du même côté au cadre du lit ou de la civière, tandis que les chevilles sont immobilisées séparément et attachées aux coins opposés, c'est-à-dire que la cheville gauche est attachée au coin droit tandis que la cheville droite est attachée au coin gauche. (Miller, 2005)
 - La femme enceinte : Une femme enceinte qui est mise sous contention aux 4 points, doit toujours être placée en position **latérale** sur le **CÔTÉ GAUCHE**. En effet, en position dorsale ou en décubitus dorsal, le poids de l'utérus gravide peut comprimer la veine cave inférieure et entraver le retour veineux vers le cœur, causant ainsi une hypotension qui peut menacer la circulation veineuse fœtale. (Miller 2001)
 - **NOTE** : Un patient agité ne doit pas être couché en position latérale sur une civière, car il risque de renverser la civière. (Se reporter au Diagramme sur la position latérale - Annexe S)
 - **NOTE** : D'autres positions sont également contre-indiquées, compte tenu du risque élevé d'asphyxie et de décès. (Se reporter aux Annexes K, L)

Nutrition et hydratation :

- Un patient agité ou violent doit être constamment gardé sous contention aux 4 points. (2 poignets – 2 chevilles) Il est donc important de ne lui donner à boire ou à manger **que sous supervision**. Par contre, si l'on



a suffisamment calmé le patient, on peut lui libérer les membres, et cela, même s'il doit même rester sous contention. On **peut** alors lui installer une ceinture abdominale, ce qui lui permettra de s'asseoir sur rebord du lit, lui libérera les mains et les pieds et lui permettra de s'alimenter seul et sans surveillance.

Menottes de police :

- Les mêmes normes de surveillance et de prestation de soins s'appliquent aux prisonniers menottés que pour tout autre patient hospitalisé sous contention. Par contre, le personnel de l'hôpital ne peut, et cela, pour aucune raison ou considération, enlever les menottes au prisonnier.
- Pour modifier ou changer l'équipement de contention de la police (menottes), le médecin traitant doit en faire la demande par écrit au directeur des Services à la clientèle du Centre de détention, responsable du patient, en expliquant les motifs et les besoins qui justifient cette demande. Dans le cas d'une situation d'urgence seulement ou en dehors des heures d'ouverture, une demande verbale peut être faite. Le processus d'autorisation doit être consigné au dossier dans les notes évolutives. (Établissement de détention de Rivière-des-Prairies. Télécopieur : 514-494-4193, téléphone 514-494-3930 poste 2410.

Soins pour patients sous tout type de contention:

- C'est à l'infirmière qu'il incombe d'évaluer l'intégrité de la peau, la perfusion de la peau et de planifier les soins de peau. Par contre, un infirmier ou infirmière auxiliaire peut être chargé de la mise en œuvre du programme et de la surveillance de la peau, selon les paramètres déterminés par l'infirmière.
- Vous devez vous assurer que l'installation des moyens de contention est adéquate et que l'hygiène, l'hydratation, les soins de la peau et de la bouche sont préservés et que le patient bénéficie d'intervalles où il est libéré. Ces éléments du plan thérapeutique infirmier (PTI) peuvent être exécutés par un infirmier ou une infirmière auxiliaire autorisée (inf. aux. aut.) ou par un préposé aux bénéficiaires. (POB) (ONQ avril 2003, Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé)

Retrait temporaire de la contention physique :

- Au moins, **une fois par heure**, pendant **10 minutes**, chez les enfants de moins de 9 ans.
- Au moins, **une fois par 2 heures**, pendant **10 minutes**, chez les adultes et les enfants de 10 ans et plus.
- Si l'on libère temporairement un patient sous contention, on doit le faire en présence d'un nombre suffisant de membres du personnel, au cas où ce dernier deviendrait agité. On doit donc libérer **un membre à la fois**, et cela, afin de pouvoir évaluer le niveau d'agitation et le risque de violence.
- **S'il n'est pas sécuritaire de libérer le patient aux Q 2 heures**, consignez au dossier la raison justifiant votre décision et faites exécuter au patient des exercices d'amplitude positive/négative pour chaque membre. Par contre, si la contention est appliquée à nouveau, changez les membres de position, c'est-à-dire passer de la position dorsale à la position latérale.
- Il est important de faire preuve de jugement clinique lorsqu'il est décidé de retirer ou non la contention pendant que le patient **dort**. S'il est décidé de ne pas libérer le patient, dans ce cas, il faut alors tenir compte de la sécurité du patient/personnel par rapport au principe d'une contention minimale exceptionnelle, puis documentez et consignez au dossier les motifs justifiant le choix de ne pas retirer la contention.
- Le retrait temporaire de la contention aux Q2H n'est pas nécessaire, si le patient peut bouger dans le lit, s'il est immobilisé par exemple au moyen d'une ceinture ou sangle abdominale ou d'un "drap de contention."

Contre-indications du retrait temporaire à Q2H de la contention physique:

- On ne doit jamais retirer les menottes à un individu que la police a menotté, et cela, même provisoirement
- Un individu, jugé extrêmement dangereux, ne peut être libéré, même temporairement, et la raison (le motif) justifiant l'utilisation continue de la mesure de contention, doit être documentée et consignée au dossier. Le degré de dangerosité peut se mesurer en termes de la fréquence des actes violents ou de l'intensité de la violence des actes envers lui-même ou envers autrui ou encore, parce que la médication n'est pas efficace ou est contre-indiquée.



- **NOTE** : Si l'utilisation continue de la contention physique est nécessaire, envisagez l'emploi d'une contention "**Mobile Restraints**" qui permet au patient de bouger, plutôt que d'utiliser une contention aux 4-5 points. (Se reporter à l'Annexe I et au Tableau 2)
- **NOTE**: Une intervention "planifiée" en vue de l'utilisation continue de la contention physique associée à une réévaluation régulière à **chaque quart** de travail, est préférable aux interventions d'urgence fréquentes mais non planifiées.

Observation des patients sous contention aux 4 points:

- "**L'observation continue**" est nécessaire lorsqu'il s'agit d'enfants ou de patients adultes sous contention aux 4 points. Cela signifie une surveillance continue en directe et en personne, et non à travers une vitre ou par caméra de surveillance.
- Selon le milieu physique, il est possible qu'une seule personne puisse surveiller de manière continue deux patients à la fois, si elle peut les voir simultanément, c'est-à-dire voir en même temps les deux patients.
- Il n'est pas nécessaire de recourir aux services d'un observateur pour rester auprès d'une personne qui est hospitalisée dans une chambre d'observation, si des membres du personnel sont toujours présents et que leur champ de vision n'est pas obstrué.
- Se reporter au Tableau 1 relativement aux paramètres à observer et à rapporter à l'infirmière.

Vidéosurveillance :

- La surveillance à distance par caméra vidéo peut être utilisée à titre d'outil supplémentaire, si la situation le justifie. (Se reporter au Protocole des soins infirmiers intitulé : Vidéosurveillance chez les patients adultes à risque. Santé mentale")

Évaluation des patients sous contention aux 4 points :

- L'évaluation de l'infirmière doit être faite directement et en personne, et non à travers une vitre ou par caméra vidéo. (Tableau1)
- **Dans toute situation exigeant un *jugement clinique*, c'est à l'infirmière qu'il incombe d'évaluer le patient. (Se reporter à Règle de soins pour l'utilisation de contention physique la moins contraignante possible**
- **Prise des signes vitaux :**
 - **La prise des signes vitaux (S.V.)** (Tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température et saturation en oxygène) devrait être faite, dès que possible, après la mise sous contention aux 4 points et comparée aux valeurs de base qui ont été recueillies à l'admission du patient sur l'unité.
 - S'il n'y a aucune note quant aux valeurs des signes vitaux pris à l'admission, on devra alors procéder à la prise des signes vitaux, à **2 reprises**, au moins, pendant la période de contention aux 4 points.
 - La prise des signes vitaux doit être effectuée par l'infirmière à une fréquence d'au moins, **Q1-2 H.**
 - Toute prise additionnelle des signes vitaux sera effectuée, s'il y a indication clinique, par exemple : en présence d'une instabilité de la condition médicale du patient; de signes vitaux instables; d'une modification ou changement de l'état mental du patient, d'agitation, de difficulté à s'éveiller, etc. **OU** si prescrit (par écrit) par le médecin.
 - On doit aviser le médecin de tout changement dans la condition du patient.
 - Veuillez également vous reporter au protocole relatif au « Code Blanc » pour la surveillance des signes vitaux, et cela, dans une situation, où «l'approche par équipe» est rendue nécessaire pour maîtriser physiquement un patient, sans toutefois recourir à la mise sous contention physique.

Observation et évaluation de patients sous tout autre type de contention :

- Les observations et les évaluations doivent être faites directement et en personne et non à travers une vitre ou par caméra vidéo.
- Un patient sous contention physique doit être observé plus fréquemment qu'en temps ordinaire. Cette observation doit être effectuée au minimum à Q1H. En revanche, dans certains cas, il peut cependant arriver qu'un patient, compte tenu de ses besoins, demande une observation plus fréquente.



- Se reporter au Tableau 2 relativement aux paramètres à observer et à évaluer.
- C'est l'infirmière *qui évalue la pertinence du besoin* de surveillance des signes vitaux (Q1H), pendant l'évaluation de routine de la contention physique.
 - Il y a prise des signes vitaux, s'il y a indication clinique, par exemple, en présence d'une condition médicale instable ou d'un changement de l'état mental (augmentation de l'agitation, difficulté à éveiller le patient, etc.)
 - Le médecin est avisé de tout changement dans la condition du patient.
- Se reporter à la Règle de soins relative à la contention physique la moins contraignante pour une description du rôle et des responsabilités des infirmiers et infirmières, des infirmiers et infirmières auxiliaires (inf. aux. aut.) Et des préposés aux bénéficiaires. (POB)

Débriefage:

- La raison d'être du débriefage est de proposer des suggestions pour des mesures préventives appropriées relativement au "Plan thérapeutique infirmier" et de prévoir si le consentement libre et éclairé devrait être obtenu dans un contexte "d'intervention planifiée."
- Le débriefage avec le patient est fait dans un moment opportun et propice pour évaluer quelles sont les causes ou quels sont les facteurs qui ont déclenché le comportement agressif/violent et quelles sont les interventions qui pourraient être faites à l'avenir pour prévenir le recours à la contention physique. (Annexe F) Si, le parent/ tuteur de l'enfant ou de l'adolescent n'est pas au courant de l'intervention "non planifiée" quant au recours à la contention physique, il doit en être avisé le plus rapidement possible.
- Le débriefage avec les membres de l'équipe d'intervention (Code blanc) vise à définir et à évaluer les causes/facteurs qui ont déclenché le comportement agressif/violent et à suggérer si des solutions de rechanges ou des mesures préventives pour l'avenir. Le débriefage permet aussi aux membres de l'équipe d'intervention de ventiler leurs émotions et leurs sentiments par rapport à l'événement vécu et, par conséquent, prévient toute réaction négative vis-à-vis du patient et enfin, il permet de remplir en équipe le formulaire de Rapport de Code blanc. (Se reporter à la Politique de Code blanc)

Continuité des soins:

- Le rapport des observations et des évaluations des patients sous contention physique et des réévaluations quant au besoin de recourir à la contention physique, doit être fait avec un membre compétent de l'équipe à chaque quart de travail, s'il s'agit de patients en phase aiguë et, aux 3 semaines, s'il s'agit de patients en transit ou à long terme.

Documentation :

Consentement libre et éclairé:

- Se reporter à la section intitulée "Obtention et documentation du consentement libre et éclairé".

Plan de soins en soins infirmiers:

- Se reporter à la section intitulée : "Éléments du plan thérapeutique infirmier. (PTI)"

Interventions:

- Quelles sont les mesures préventives qui ont été essayées et quelle est leur efficacité ?
- Quel est le comportement verbal/physique du patient qui a justifié le recours à l'utilisation de mesures de contention physique ?
- Date et heure d'application.
- Type de contention utilisé.
- Quelle est la position du patient sous contention ? Par exemple, le patient sous contention aux 4-5 points, en position de décubitus dorsal avec contention en T aux chevilles ou en position latérale, etc.
- Fréquence des observations et des évaluations (Se reporter aux Tableaux 1et 2)
 1. Besoin d'une contention physique (évaluation continue du risque)



2. Présence de la respiration (observation du soulèvement de la poitrine— sentir l'air au niveau de la bouche ou du nez.)
 3. Niveau de conscience.
 4. Comportement verbal et physique du patient sous contention physique.
 5. Intégrité de la peau et circulation/hydratation.
 6. Intensité de la douleur. (0-10)
 7. Signes vitaux.
 8. Prestation de soins physiques.
 9. Fréquence/durée des exercices d'amplitude musculaire (justifiez si aucun exercice n'a été donné.)
 10. Réaction du patient vis-à-vis la mise sous contention physique.
 11. Réaction de la famille vis-à-vis la mise sous contention physique du patient.
- La réévaluation faite par l'équipe interprofessionnelle doit être consignée aux notes d'évolution, soit à tous les quarts de travail, il s'agit de patients en phase aiguë ou aux 3 semaines, s'il agit de patients en transit ou à long terme.
 - Se reporter à l'Annexe T pour « Feuille de documentation des contentions aux 4-5 points ».
 - Se reporter à l'Annexe U pour « Feuille de documentation des contentions physiques (la contention aux 4 points non comprise) ».

Retrait de la contention physique :

- Documentez et consignez au dossier la résolution relative du ou des problèmes qui ont justifié initialement le recours à la contention physique.
- Documentez et consignez au dossier l'heure et la date du retrait de la contention physique.

Débriefage :

- Le résultat des séances de débriefage avec le patient/ famille/ personnel doit être documenté et consigné aux notes d'évolution, y compris l'information concernant la compréhension du patient vis-à-vis les facteurs de causalité/déclencheurs qui ont mené à l'utilisation de la contention physique.
- Le résultat des séances de débriefage avec les membres de l'équipe d'intervention (Code blanc) est également documenté et consigné à la feuille de documentation des contentions aux 4-5 points ou aux notes d'évolution.
NOTE: Le formulaire du Code blanc sur lequel est indiqué si le débriefage a eu lieu, n'est pas versé au dossier. Ce dernier n'a donc pas valeur de document permanent.

Réévaluation régulière par l'équipe :

- La réévaluation de la justification et de la pertinence de la contention doit être faite à chaque quart de travail pour les patients en phase aiguë, puis documentée au dossier et consignée aux notes d'évolution.
- La réévaluation de la justification et de la pertinence de la contention doit être faite aux 3 semaines pour les patients en transit ou à long terme.

Rapport d'incident/accident:

- Se reporter à la Politique de Rapport d'incident/accident en vigueur au CUSM.

Formulaires pertinents :

- Feuilles de documentation « Feuille de documentation relative aux mesures de contention aux 4-5 points » et « Feuille de documentation relative aux mesures de contention physique (sauf aux 4 points.) Se reporter aux Annexes R et S

Considérations spéciales :

- Ridelles ou côtés de couchette : Peu importe l'âge ou le niveau d'évolution de l'enfant, les ridelles ou côtés de la couchette doivent toujours être montées, sauf pour la prestation des soins. L'utilisation de ridelles ne nécessite pas de consentement libre et éclairé. En revanche, si l'enfant est capable, donc à risque, de



ramper sur les ridelles, on doit, avec l'autorisation des parents, installer un dôme sur le dessus de la couchette.

- Immobilisation pour les procédures médicales et les examens: Compte tenu de la condition clinique du patient, tout appareil ou moyen de contention physique peut être utilisé pour immobiliser le patient pour effectuer tout test diagnostique ou toute procédure médicale, dentaire, diagnostic, chirurgicale. Toutefois, afin de maintenir et de respecter les droits du patient, les principes qui sont liés à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (à savoir la moins contraignante possible) et au consentement libre et éclairé, doivent être appliqués. Le professionnel habilité et qui sollicite le consentement, doit informer le patient ou son représentant décisionnaire quant aux parties du corps du patient qui seront immobilisées par contention physique, quant au processus et à la durée de l'application de la contention. Il doit également avertir le patient ou le représentant décisionnaire des risques, des bénéfices et des méthodes de remplacement ainsi que des conséquences inhérentes à la non-immobilisation. Le consentement qui peut être donné verbalement par le patient lui-même ou son représentant décisionnaire, doit être documenté et consigné au dossier dans les notes d'évolution. Il n'est pas nécessaire de remplir les feuilles de documentation relatives à la contention physique. En pédiatrie, si le consentement libre et éclairé est donné par la personne qui immobilise le patient pour fins de prélèvements ou autres tests par exemple, il n'est pas nécessaire, dans ce cas-ci, de consigner au dossier que le consentement a été obtenu.
 - Se reporter aux Annexes O, P, Q, R pour les instructions *sur le comment immobiliser ou retenir physiquement et de façon sécuritaire* tout nourrisson, tout-petit, enfant ou adolescent pour fins de procédure ou de traitement médical..
 - Si le dossier n'est pas disponible et que vous ne pouvez documenter et consigner au dossier qu'un consentement libre et éclairé a été obtenu, demandez au patient/représentant décisionnaire de signer un formulaire de consentement. (Se reporter à l'Annexe D)
 - En situation d'urgence et s'il existe un risque imminent pour la santé ou la sécurité du patient, l'immobilisation du patient peut être faite sans l'obtention d'un consentement libre et éclairé.
 - Quelques exemples où la contention physique doit être utilisée pour immobiliser le patient, par exemple : lors d'une tomographie, d'une imagerie par résonance magnétique, d'un traitement par électrochoc ou encore lors d'une insertion de cathéters intraveineux, de cathéter veineux par voie centrale, tubules ou drains etc. ; lors de succion de la bouche ou du nasopharynx ou encore lors, d'un traitement d'inhalothérapie.
- Ceinture de sécurité: Il est recommandé d'utiliser de routine les ceintures de sécurité lors du transport des patients, et cela, même si la chaise de transport, le fauteuil roulant, la chaise de douche ou d'aisance demeure stationnaire.

Consultants:

Comité des mesures de contention physique du CUSM:

Leslie McGregor, ICS, Psychiatrie (présidente)

Joan Robins, inf.- chef, Gériatrie

Joann Creager, ICS, Gériatrie

Rosa Sourial, ICS, Neurosciences

Shelia Koutsogiannopoulos, ICE, Neurosciences

Lisa Rosati-White, représentante des patients

Diane Bourget, ICS, Pédiatrie

Tammy Ostroff Abramovitch, PT, Gériatrie

Yvonne Hui, OT, Hôpital de jour en gériatrie

Jocelyne Albert, ICS, Pédiatrie

Lincoln De Souza, conseiller principal, Programme de récupération à la suite de blessure ou stoma chirurgical - sites adultes du CUSM

Kim Oakes, infirmière pédiatrique

Consultants (Individus)

Denise Kudirka, ICS, Urgence - Pédiatrie



Centre Universitaire Santé McGill
McGill University Health Centre

Michèle Paquette, ICS, Pédiatrie

D^r Sandra Richardson, gériatre

Peggy Sangster, HME, Amélioration de la qualité

Lynne Casgrain, HGM, commissaire locale à la qualité et aux plaintes – HGM

Barry Cappel, secrétaire général, avocat- CUSM

Jane C. Evans, consultante sur la pratique en soins infirmiers, présidente du
Comité d'éthique clinique adulte du CUSM

Madeleine Boulay Bolduc, directrice du développement en soins cliniques et professionnels

Lise Pouliot, gestionnaire – Services des Systèmes de prestation de soins (HGM/ HRV) et Services de soutien
informatique des soins infirmiers.

Ian Bradley, Psychologue

Consultants du CUSM (Groupes

Conseil exécutif des soins infirmiers

Réunions de gestion de site et de mission en soins infirmiers

Comité du Conseil sur la qualité des soins infirmiers

Comités sur la qualité des sites

Groupes NPDE and CNS groups

Groupe sur les ressources en main d'œuvre infirmière

Direction de la recherche en sciences infirmières

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Conseil multidisciplinaire

Réunions scientifiques pluridisciplinaires en psychiatrie

Comité en matière d'éthique clinique pour les patients adultes du CUSM

Comité sur la sécurité du patient

Comité des mesures d'urgence

Comité de prévention des infections

Comités patients/familles de l'HGM/HRV/ITM/HME

Comité de surveillance des Codes blancs

Comité de fournitures cliniques

Comité de gestion du risque et de la qualité

Comité en matière d'éthique pédiatrique clinique pédiatrique - CUSM

Consultantes à l'externe :

Denyse Roy et Jeanne-Mance Pilon, conseillères aux établissements, Agence de Santé de Service Sociaux de
Montréal.

Date d'approbation: LE 28 JANVIER, 2008



Tableau 1

**SOINS INFIRMIERS AUX PATIENTS ADULTES ET AUX ENFANTS SOUS CONTENTION AUX
4-5 POINTS**

	Paramètres à observer	Paramètres à évaluer (Infirmier/infirmière)	Interventions
<p>L'observation continue est une norme obligatoire des soins pour tout patient sous contention aux 4-5 points. En cas exceptionnel, si l'observation continue est impossible, le motif justifiant cet état de fait doit être documenté et consigné au dossier dans les notes d'évolution.</p> <p>Une observation continue signifie une observation directe et en personne et non à travers une vitre ou par caméra vidéo.</p>			
Installation de la contention	Vérifiez la propreté et le fonctionnement des contentions Vérifiez la sécurité de la chambre et assurez-vous de la présence de moyens permettant la désinstallation d'urgence de la contention Respectez de l'intégrité du patient	Décidez du positionnement optimal du corps et des membres du patient. Évaluez et surveillez la réaction du patient et de la famille vis-à-vis l'intervention (notes d'évolution)	Commencez la feuille ou le protocole de documentation et la feuille de temps relatives à l'application de la contention Explications et réassurance patient/famille Sédation PRN Stimulation de faible intensité
Q 15 min	Respiration (mouvement respiratoire /débit d'air) Niveau de conscience (alerte, parle, douleur, insensible à) Comportement du patient	Évaluez le besoin de contention	
Q 30 min	Vérifiez l' intégrité de la peau (intact, ecchymoses, lésions) Vérifiez l'hydratation/ perfusion de la peau (<i>vérification des pouls aux 4 membres</i>) Assurez-vous du positionnement correct de la contention conformément aux instructions du fabricant Assurez-vous de fixer les sangles de manière sécuritaire au cadre de lit	Évaluation de la douleur (0-10)	Repositionnez correctement la contention, changez la position et l'alignement du corps PRN. EXCEPTION: Les femmes enceintes sous contention doivent être couchées sur le côté gauche seulement ou en position latérale. Interventions pour soulager la douleur
Q1Heure	Besoins physiques Hydratation, Nutrition Élimination et propreté(bassine, urinoir) Hygiène et soins de la bouche	Enfants de 9 ans et moins: Si libéré, évaluez le risque pour l'enfant /autrui	Enfants de 9 ANS et moins : Marche de 10 minutes ou exercices d'amplitude musculaire (active ou passive) un membre à la fois Prodiguez les soins physiques
Q 2 heures		Adultes et enfants de 10 ans et plus: Si libéré, évaluez le risque pour lui/autrui.	Adultes et enfants de 10 et plus : Marche de 10 minutes ou exercices d'amplitude musculaire (active ou passive) un membre à la fois
Signes vitaux Paramètres à évaluer (Infirmier/ infirmière)	<p>Il est obligatoire de documenter et de consigner les S.V. pendant l'application de contention aux 4 points. Après l'application de la contention, prenez dès possible les S.V.(TA, F.C., F.R., T et saturation en O₂) et comparez les valeurs à celles prises à l'admission sur l'unité. S'il n'y a aucune note quant aux valeurs des SV pris à l'admission, on devra alors procéder à la prise des signes vitaux, à 2 reprises, au moins, pendant la période de contention aux 4 points.</p> <p>La prise des signes vitaux doit être effectuée par l'infirmière à une fréquence d'au moins, Q1-2 H OU plus souvent, si cliniquement indiqué vu la présence d'une instabilité de la condition médicale du patient; de signes vitaux instables; d'une modification ou changement de l'état mental du patient, d'agitation, de difficulté à s'éveiller, et. ou si prescrit par le médecin.</p>		Avisez le MD, de tout changement dans la condition du patient.



Table 2
SOINS INFIRMIERS AUX PATIENTS ADULTES ET AUX ENFANTS SOUS CONTENTION
(NON AUX 4-5 POINTS)

Fréquence	Paramètres à observer (Observation directement et en personne et non à travers une vitre ou par caméra vidéo)	Paramètres à évaluer (Infirmier/infirmière)	Interventions
S'applique à tout les types des contentions suivantes : mitaines, contention aux 2 points pour sites anatomiques mous ou contention jetable, contention thoracique (veste), contention pelvienne/ sous-abdominale, contention abdominale (Segufix, Pinel etc.), fauteuil gériatrique, "Feuille ou Protocole d'observation"			
Application de la contention	Vérifiez la propreté et le fonctionnement des contentions. Vérifiez la sécurité de la chambre et assurez-vous de la présence de moyens de retrait de la contention en cas d'urgence.	Décidez du positionnement optimal du patient et assurez –vous de l'application sécuritaire de la contention. Évaluez la réaction du patient et de la famille vis-à-vis l'intervention (notes d'évolution)	Explication et réassurance du patient et de son entourage. Commencez la feuille ou le Protocole d'observation et inscrivez l'heure d'application de la contention Sédation PRN.
Q1Heure	Comportement du patient Vérifiez l'intégrité de la peau (intacte, ecchymoses, lésions) Vérifiez la perfusion/hydratation de la peau Niveau de conscience (alerte, parle, douleur, insensible à) Comportement du patient Vérifier la perfusion/hydratation de la peau (vérification des pouls aux 4 membres)	Évaluez la réaction du patient vis-à-vis la contention Rectifier le positionnement de la contention conformément aux instructions ou mode d'emploi du fabricant Évaluez la douleur (0-10) Enfants de 9 ANS et moins: Évaluez le besoin justifiant la contention	Repositionnez correctement la contention PRN Ajoutez un rembourrage supplémentaire Réassurez le patient et la famille Repositionnez correctement l'alignement du corps PRN Interventions pour diminuer la douleur Enlevez la contention dès que possible Consignez l'heure de retrait de la contention. Enfants de 9 ANS et moins : Marche de 10 minutes ou exercices d'amplitude musculaire (active ou passive) pour chaque membre

Continuation sur page 28



Table 2 (continuation)
SOINS INFIRMIERS AUX PATIENTS ADULTES ET AUX ENFANTS SOUS CONTENTION
(NON AUX 4-5 POINTS)

Fréquence	Paramètres à observer (Observation directement et en personne et non à travers une vitre ou par caméra vidéo)	Paramètres à évaluer (Infirmier/infirmière)	Interventions
S'applique à tout les types des contentions suivantes : mitaines, contention aux 2 points pour sites anatomiques mous ou contention jetable, contention thoracique (veste), contention pelvienne/ sous-abdominale, contention abdominale (Segufix, Pinel etc.), fauteuil gériatrique, "Feuille ou Protocole d'observation"			
Q 2 heures	Besoins physiques 1-Hydratation 2-Nutrition 3-Élimination et propreté (bassine, urinoir) Hygiène et soins de la bouche	Adultes, enfants de 10 ANS et plus: Évaluez le besoin justifiant la contention	Prodiguez les soins physiques Retrait de la contention dès que possible Consignez l'heure du retrait de la contention. Adultes, enfants de 10 ANS et plus : Marche de 10 minutes ou exercices d'amplitude musculaire (active ou passive) un membre à la fois.
Signes vitaux Paramètres à évaluer (Infirmier/infirmière)	L'infirmière évaluer la nécessité de surveillance des SV au cours de l'évaluation de la contention, par exemple à Q1H . Surveillance des signes vitaux, si indiqué cliniquement , par exemple condition médicale instable, changement de l'état mental comme une augmentation de l'agitation, une difficulté à s'éveiller, etc.		Avisez le MD de tout changement dans la condition du patient.



Bibliographie

- American Psychiatric Nurses Association (2004). Position statement on the use of seclusion and restraints. Retrieved August 26, 2005 from World Wide Web: <http://apna.org/resources/positionpapers.html>.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 4th ED., New York, Oxford University Press.
- Crisis Prevention Institute, Inc. (2002). Risks of restraints : Understanding restraint-related positional asphyxia.
- Crisis Prevention Institute, Inc. (2005). Risks of restraints : Understanding restraint-related positional asphyxia.
- Gagnon, J. & Labbé, L. (2004). Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention et isolement. Powerpoint presentation Mar 11 & 12, 2004. Association des hôpitaux du Québec.
- Health Canada (August 10, 1995). Hazard with Hospital Bed Split side Rails/ Risques qui posent les côtés de lit d'hôpital demi-longueur. Medical Devices Alert No. 107. Retrieved August 26, 2005 from Health Canada Web site: http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/1995/alert-107_rail-cote_nth-ah_e.html
- Health Canada (1998). Infection Control Guidelines: Hand Washing, Cleaning, Disinfection and Sterilization in Health Care. Canada Communicable Disease Report, 24S8. Ottawa, ON: Laboratory Center for Disease Control, Health Canada.
- Health Canada (2007). Risk of fatal asphyxiations resulting from the use of waist or torso patient restraints. Retrieved March 26, 2007 from Health Canada Web site: http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/2007/restraints_dispositifs_nth-aah_e.html.
- Direction générale des services à la population. (2002). Plan d'action Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Direction générale des services à la population. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Nommées dans l'article 118.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux.
- Ettinger, A.B., & Kramer, A.M. (2001). *Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins.
- Hickey, J.V. (2003). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. 5th ED., Philadelphia, PA, J. Lippincott Co.
- Insel, K.C. & Badger, T.A. (2002). Deciphering the 4 D's: cognitive decline, delirium, depression and dementia- a review. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 360-368.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (2002). *Restraint and Seclusion: Complying with Joint Commission Standards*. Joint commission Resources, Inc. USA.
- Marcy-Edwards, Donna. (2005). Is There an Up Side? *Canadian Nurse*, 101(1), 30-34.



Miller, Charly D. All Tied Up And No Place To Go! Retrieved Dec 14, 2005 from World Wide Web:
<http://www.charlydmiller.com/RA/AllTiedUp.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). The scope of our profession expands: Some guidelines for understanding and taking advantage of recent changes to the Nurses Act.

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

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (January/February 2005). Clinical monitoring of clients receiving drugs with a depressant effect on the central nervous system. *The Journal*, 2(3), 2.

Partageons nos compétences : Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines : Sommaire, Rapport du comité. Québec, Office des professions du Québec, (2005).

Raff, A. (2001). Rigidity and Neuroleptic Malignant Syndrome. In C.A. Bernstein, W. Ishak, E.D. Weiner, B.J. Ladds (Eds.), *Patient-Related Problems: The Common Calls* (2nd ed. pp. 98-106). Toronto, W.B. Saunders Co.

Registered Nurses' Association of Ontario. (Revised 2005). *Nursing Best Practice Guidelines: Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Retrieved August 19, 2005 from Registered Nurses Association of Ontario Web site:
http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_Falls_re05.pdf

Rossy, D. & MacKey, M. (2002), Restraint policy and procedure "The 3A's of alternatives: Least restraint, last resort program", The Ottawa General Hospital, Ottawa, Ontario.

Stuart, G. W. & Laraia, M.T. (2001). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 7th Ed. St. Louis, Mosby.



Lectures Conseillées

- Abrahamsen, C. (2001). Patient restraints: JCAHO and HCFA issue new restraint guideline. *Nursing Management*, 32(12), 69-70.
- Australian Government Department of Health and Ageing. (2004). Decision-Making Tool: Responding to issues of restraint in Aged Care. Retrieved August 18, 2005, from <http://www.dcita.gov.au/cca>
- Evans D., Wood, J., and Lambert, L. (2002). Evidence Based Practice Information sheets for health Professionals. Physical Restraint- Part I: Use in Acute and Residential Care Facilities. *Best Practice*, 6(3), 1-6. Retrieved August 17, 2005, from <http://www.ioannabriggs.edu.au/pdf/BPIsrestraint23.pdf>
- Evans, D., Wood, J. & Lambert, L. (2003). Patent Injury and physical restraint devices: A systematic review, *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 274-282.
- Dawkins, V. H. (1998). Restraints and the elderly with mental illness: ethical issues and moral reasoning. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(10), p.22-27.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 361-381.
- Champagne, T. & Stromberg, N. (2004). *Psychosocial nursing & Mental Health Services*, 42(9), 35-53.
- Crisis Prevention Institute, Inc. (1987). Nonviolent crisis intervention: a program focusing on the management of disruptive, assaultive, or out of control behavior.
- Delaney, K. R. (2001). Developing a restraint – reduction program for child / adolescent inpatient treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(3), 128-140.
- Delaney, K. R. (1999). Time – out: an overused and misused milieu intervention. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 12(2), 53-60.
- Dunn, K. S. (2001). The effects of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(10), 40-48.
- Gentilin, J. (1987, July). Room restriction: a therapeutic prescription. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 25(7), 12-16.
- Goren, S., Mayton, K.A. and Hogarth C.R. (1991, March). What are the considerations of the use of seclusion and restraint with children and adolescents? *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 29(3), 32-36.
- Harris, G. T. (1997). Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatric Services*, 48(9), 1168-1176.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. *Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(9), 22-34.



- Johnson, M. E. & Hauser, P. M. (2001). The practices of expert psychiatric nurses: Accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(7), 651-668.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2002). *Restraint and Seclusion: Complying with Joint Commission Standards*. Oakbrook Terrace, IL : Joint commission Resources, Inc.
- Lancee, W.J., Gallop R., McCay E., & Toner B. (1995). The relationship between nurses' limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric Service*, 46(6), 609-613.
- Laplante, J., Cole, M., McCusker, J., Singh, S., Ouimet, M. (2005), *Confusion Assessment Method : Validation d'une version française*. *Perspective Infirmière*, 3(1), 12-22.
- Leith, B. (1998). Canadian critical care nurses and advance directives. *CACCN*, 9(1), 6-11.
- Leith, B. (1998). Do physical restraints prevent patients from removing invasive therapeutic devices? *CACCN*, 9(3), 31-34.
- Leith, B. (1998). The use of restraint in critical care. *CACCN*. 9(3): 24, 26-30.
- Mackey, M. & Rossy, D. (2002). Physical restraint practices: How Canadian Hospitals are measuring up". *The Canadian Nurse*, 98 (6), 28-31
- Masters, K.J. (et al.). (2002, February). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2 Suppl.), 4S-25S.
- McCoy, S. M. & Garritson, S. (1983). Seclusion: the process of intervening. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 21(8), 8-15.
- McCloskey, R. (2004). Caring for patients with dementia in the acute care environment. *Geriatric Nursing*, 25(3), 139-144.
- Ménard, G. & Grenier, R. (2004). *Contention et isolement: Normes et critères de la qualité des soins et services*. Décarie éditeurs Inc., Montréal, Canada.
- Morales, E. & Duphorne, P. L. (1995). Least restrictive measures: alternatives to four – point restraints and seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(10), 13-16.
- Morrison, E. et al., (2002). Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 108-117.



Centre Universitaire Santé McGill
McGill University Health Centre



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

**CUSM - PROTOCOLE INTERPROFESSIONNEL RELATIF À L'UTILISATION
DE LA CONTENTION PHYSIQUE LA MOINS CONTRAIGNANTE POSSIBLE**

ANNEXES



Annexe A - Principes de déontologie, lignes directrices et Orientations ministérielles	4
Annexe B - Triangle des choix judicieux pour la prévention d'un comportement agressif/à risque d'automutilation	5
Annexe C - Stratégies de prévention de l'utilisation de la contention physique.....	6
Annexe C-2 – Risque à court terme et à long terme lors de l'utilisation des contentions...10	
Annexe D - Formulaire de consentement écrit libre et éclairé	11
Annexe E-1 - Outil d'évaluation du risque d'agression et de violence	12
Annexe E-2 - Outil d'évaluation du risque d'agression et de violence – Définitions du CUSM pour les précautions relatives à la violence	13
Annexe F-1 – Auto-évaluation et plan thérapeutique pour la prévention d'un comportement agressif/à risque d'automutilation	15
Annexe F-2 - Plan thérapeutique	16
Annexe G - Méthode d'évaluation d'un état confusionnel (CAM)	17
Annexe H - Procédure pour les motions relatives aux placements ou aux traitements	18
Annexe I - Produits de prévention et de contention pour les adultes.....	19
Risque d'errance	19
Risque d'interruption du traitement médical	20
Risque d'égratigner la peau	24
Tendance à basculer / tomber en avant de la chaise	25
Tendance à glisser hors de la chaise – risque de chute	27
Tendance à glisser hors de la chaise – risque de chute – errance	28
Tomber hors du lit	34
Grimper par-dessus ou à travers les côtés de lit	40
Automutilation délibérée ou agression envers les autres	43
Annexe J - Produits de prévention et de contention pédiatriques	48
Risque d'errance	48
Sortir de la chaise – risque de chute / tendance à basculer en avant	49
Tendance à basculer(avant), risque de grimper hors de la couchette	50
Tomber hors du lit	51
Risque de grimper par-dessus la balustrade de la couchette	53
Contusions / Lacérations	56
Risque d'interruption du traitement médical – risque d'égratigner la peau	57
Automutilation délibérée ou agression envers les autres	61



Annexe K – Positions à risque élevé (Crisis Prevention Institute, 2002).....	66
Annexe L - Positions à risque élevé (Crisis Prevention Institute, 2005)	67
Annexe M - Nœuds rapides et faciles à défaire	68
Annexe N-1 – Nettoyer et désinfecter les produits de contention physique	69
Annexe N-2 - Nettoyer et désinfecter les produits de prévention	72
Annexe N-3 – Processus d’approvisionnement et de distribution –CUSM	73
Annexe N-4 – Processus pour les r/parations de produits CUSM	74
Annexe O - Positionnement/ contention des nourrissons pour les procédures / traitements médicaux.....	75
Annexe P - Positionnement/ contention des tout-petits pour les procédures / traitements médicaux	93
Annexe Q - Positionnement/ contention des enfants pour les procédures / traitements médicaux	102
Annexe R - Positionnement/ contention des adolescents pour les procédures / traitements médicaux	115
Annexe S - Positions du patient pour la contention aux 4 points	118



Annexe A

Principes de déontologie :

Le CUSM reconnaît le besoin d'avoir un environnement sécuritaire tout en respectant les droits individuels des patients. Les lignes directrices suivantes relatives à la contention sont destinées à protéger ces droits. Elles sont conformes à la protection des droits individuels, conformément à la **Charte des droits et libertés de la personne**, au **Code civil du Québec** et au **Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements**.

Lignes directrices :

Les lignes directrices ont été mises à jour pour être en conformité avec les recommandations des Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux, 2002 (Section IV).

Orientations ministérielles, 2002 :

- La contention physique doit seulement être utilisée en cas de **risque imminent** et dans le seul but d'éviter que le patient ne se blesse ou ne blesse les autres. L'intervention peut être « *planifiée* » (p. ex. en étant écrite dans le plan thérapeutique, avec le consentement du patient/de son représentant légal) ou « *non planifiée* » en cas d'urgence. Ces mesures de contrôle ne doivent pas être utilisées comme punition ni par manque de personnel.
- La contention physique doit uniquement être utilisée en **dernier recours**. Si la contention est justifiée, elle doit être utilisée **avec modération**.
- Si la contention physique est nécessaire, le type de contention choisi doit être approprié à la situation, p. ex. elle doit être la **moins contraignante possible** pour le patient et la fréquence/durée de la contention doit être la plus courte possible.
- L'application de la contention physique : 1) doit être effectuée en respectant la dignité, les droits de la personne, le confort et la sécurité du patient, 2) doit se conformer aux règles du **consentement libre et éclairé**, et 3) doit répondre aux normes, p. ex. aux techniques, aux procédures et à l'équipement.
- Le patient doit être sous une « *supervision attentive* ». Il faut procéder à une **réévaluation** de la pertinence de l'utilisation de la contention physique « **régulièrement** », afin de réduire le risque d'accidents et la possibilité de blessures ou de traumatismes.
- Tout le personnel impliqué dans l'utilisation de la contention physique doit être dûment formé et doit suivre les procédures et les protocoles de l'institution.
- L'institution doit fournir des lignes directrices et des protocoles clairs et précis, offrir une formation adéquate, superviser et réviser l'utilisation de la contention physique, et soumettre un rapport annuel au Conseil d'administration de l'hôpital.



Annexe B

TRIANGLE DES CHOIX JUDICIEUX POUR LA PRÉVENTION

D'UN COMPORTEMENT AGRESSIF/À RISQUE D'AUTOMUTILATION

ÉTAPE N°1 : CHERCHER LES CAUSES (AGENTS DÉCLENCHEURS)

Les pensées et les sentiments négatifs ou mauvais :

De mauvaises pensées ou des pensées négatives sur soi-même ou autrui, ainsi que de forts sentiments tels que : la peur, l'anxiété, la tristesse, la culpabilité, la solitude, la honte, la colère, etc. peuvent déclencher un comportement agressif. Un changement de routine peut aussi affecter les pensées/sentiments/comportements.

Les choses qui affectent les sens peuvent aussi être des déclencheurs :

Trop de bruit, trop de gens, l'ennui, une température trop chaude/trop froide dans la chambre.

Les choses qui affectent le corps peuvent aussi affecter l'esprit :

La douleur, l'alcool/les stupéfiants, réduire la consommation ou trop consommer de café, moins ou trop fumer, trop ou pas assez de sommeil/d'exercice, la faim, pas assez d'eau, une infection, la constipation, l'impossibilité de donner un échantillon d'urine, les effets secondaires des médicaments.

ÉTAPE N°2 : CHERCHER DES SOLUTIONS. FAIRE DES CHOIX JUDICIEUX!!

Changer les pensées et les sentiments négatifs ou mauvais :

Respirer profondément et compter jusqu'à 50, la relaxation/la méditation/le yoga, imaginer des scènes apaisantes, prendre du recul par rapport à la situation, se dire « Calme-toi »/« Ne te sens pas visé », donner une chance à la personne, vérifier si ce qu'on pense est vrai, chercher une autre explication à la situation, écouter le point de vue de l'autre personne, réfléchir à ce qui se passerait si on exprimait ses sentiments de façon saine (pratique artistique, écrire, parler au personnel), trouver des solutions qui ne créent pas d'autres problèmes, dire clairement ce dont on a besoin/ce qu'on veut, donner et recevoir de façon équitable.

Changer les choses qui affectent les sens :

Éviter ou améliorer les environnements, avoir un passe-temps/faire des activités créatives, prendre un bain, s'enrouler dans une couverture, frapper dans un coussin, avoir une distraction (télé, musique), tenir de la glace, mordre dans une tranche de citron, utiliser des odeurs agréables.

Améliorer la relation corps/esprit :

Chercher de l'aide pour les problèmes physiques, les problèmes de sommeil et la dépendance aux drogues, faire de l'exercice, faire des choix de style de vie sains

ÉTAPE N°3 :

« Temps mort »

(être seul dans une chambre déverrouillée)

ÉTAPE N°4 :

Médication

ÉTAPE N°5 :

Chambre d'isolement

ÉTAPE N°6 :

Contention physique

L'objectif du CUSM fournir un environnement et solidaire. Votre sécurité à cœur. Veuillez demander au personnel si vous avez des émotions fortes ou si vous avez tendance à perdre le contrôle. Nous demandons de collaborer avec nous pour trouver la solution possible. Veuillez noter que l'heure du jour et la semaine sont des facteurs qui peuvent déterminer quels services sont disponibles. Notez que nous ne devons pas utiliser l'isolement ou la contention physique en dernier recours, mais uniquement si nécessaire dans des situations de danger imminent.



Annexe C

STRATÉGIES DE PRÉVENTION AFIN DE PRÉVENIR L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

1. Déficience cognitive – Démence

- Système d'alarme sur la chaise ou le lit
- Dispositif d'alarme sur la porte de l'unité
- Élimination et propreté régulière
- Suivre l'horaire de routine
- Proximité du poste de soins infirmiers
- Stratégies d'orientation, p. ex. un tableau blanc accroché au mur pour enregistrer les jours de la semaine et le nom du personnel, etc., objets familiers de la maison
- Évaluer si le patient a **faim, mal, chaud, froid**
- Identifier l'environnement avec des photos, p. ex. sur la porte de la salle de bain
- Augmenter les interactions sociales
- Réorienter le patient avec des ordres simples
- Gestes doux
- Évaluer les anciennes stratégies d'adaptation
- Impliquer la famille dans la planification des soins
- Activités divertissantes : animaux de compagnie, animaux en peluche, musique, casse-têtes, travaux manuels, cartes, collations, occupations simples, p. ex. plier le linge
- Réminiscences
- Planifier des siestes quotidiennes, utiliser une veilleuse au coucher
- Permission de faire du va-et-vient
- Chambres bien rangées
- Lunettes, aides auditives, aides à la marche facilement disponibles
- Aromathérapie en massant de la mélisse sur le visage et les bras quotidiennement (Champagne et Stromberg, 2004)
- Consulter le service de gériatrie

2. Confusion – Délire

- Système d'alarme sur la chaise ou le lit
- Dispositif d'alarme sur la porte de l'unité
- Examen de la médication (effets secondaires, sevrage et interaction médicamenteuse)
- Dépistage de l'intoxication (médicaments sur ordonnance/sans ordonnance)
- Investigation des problèmes médicaux (infarctus du myocarde silencieux, infection urinaire, insuffisance cardiaque chronique instable, pneumonie, etc.)
- Proximité du poste de soins infirmiers
- Mesures pour soulager la douleur/mesures de confort
- Élimination et propreté régulière
- Suivre l'horaire de routine
- Évaluer si le patient a **faim, mal, chaud, froid**
- Identifier l'environnement avec des photos, p. ex. sur la porte de la salle de bain
- Augmenter les interactions sociales
- Réorienter le patient avec des ordres simples
- Gestes doux
- Évaluer les anciennes stratégies d'adaptation
- Impliquer la famille dans la planification des soins
- Planifier des siestes quotidiennes
- Chambres bien rangées
- Veilleuse
- Lunettes, aides auditives, aides à la marche facilement disponibles



Annexe C (suite)

- Consulter l'équipe de liaison et de consultation psychiatrique ou le service de gériatrie

3. Agitation

- Démonstration de la cloche d'appel
- Mobilité/ marche/ exercices de routine
- Évaluer les déclencheurs internes (**pensées, émotions, faim, douleur, chaleur, froid, sevrage de nicotine, excès ou sevrage de caféine**)
- Évaluer les déclencheurs externes (**manque de stimulation/surstimulation sensorielle, interactions sociales, foule, long temps d'attente, etc.**)
- Marche de routine ou exercices d'amplitude musculaire passive Q2H (adultes) ou Q1h (enfants/adolescents) en cas de contention
- Examen de la médication (effets secondaires, sevrage et interaction médicamenteuse), dépistage de l'intoxication
- Mesures pour soulager la douleur/mesures de confort
- Élimination et propreté régulière au moins Q2H
- Suivre l'horaire affiché dans la chambre (routine quotidienne, activités sociales, etc.)
- Fauteuil inclinable
- Fauteuil à bascule - chaise berçante (plus adapté à la psychiatrie qu'à la gériatrie)
- Réorienter le patient avec des ordres simples
- S'assurer que les éléments fréquemment utilisés (urinoir, téléphone, eau, etc.) sont bien placés
- Techniques de relaxation (respirer profondément, écouter des cassettes de relaxation, imagination, chambre sans bruit/sans lumière, aromathérapie)
- Gestes doux
- Évaluer les anciennes stratégies d'adaptation
- Impliquer la famille dans la planification des soins
- Activités divertissantes : animaux de compagnie, musique, casse-têtes, travaux manuels, cartes, collations, occupations
- Planifier des siestes quotidiennes
- Le va-et-vient peut être efficace ou pas

4. Errance

- Systèmes d'alarme sur la chaise, le lit
- Dispositif d'alarme sur la porte de l'unité
- Bracelet d'alerte ROM ou bracelet GPS (système de localisation), si disponible
- Indiquer le nom du patient et son unité au dos des vêtements du patient/du fauteuil roulant
- Évaluer si le patient a **faim, mal, chaud, froid**
- Système de jumelage au sein de l'équipe/continuité
- Identifier l'environnement, p. ex. la porte de la salle de bain, le signe arrêt sur la porte de sortie
- Augmenter les interactions sociales
- Réorienter le patient avec des ordres simples
- Évaluer les anciennes stratégies d'adaptation
- Impliquer la famille dans la planification des soins
- Activités divertissantes : animaux de compagnie, musique, casse-têtes, travaux manuels, cartes, collations
- Coller une « ligne d'arrêt » au sol/un signe d'arrêt sur les portes de sortie
- Barrières de tissu d'un côté à l'autre du cadre de porte, attachées avec du Velcro
- Chambre à proximité du poste de soins infirmiers et bien rangée
- Veilleuse
- Lunettes, aides auditives, aides à la marche facilement disponibles

REMARQUE : si un patient erre hors de l'unité et est porté disparu, appeler le 5-5555 et suivre la



Annexe C (suite)

politique du Code jaune

5. Glissement dans le lit ou la chaise

- Positionnement de routine (Q2H) si le patient est sous contention, suivre les instructions du fabricant
- Mesures pour soulager la douleur/mesures de confort
- Démonstration de la cloche d'appel, longue cloche d'appel
- Coussins angulaires (un type de contention moins contraignant), fauteuils roulants inclinables (consulter les ergothérapeutes/physiothérapeutes)
- Draps antidérapants (consulter les ergothérapeutes)

6. Comportement agressif (se reporter aussi aux annexes B, E, F)

- Impliquer la famille dans l'évaluation des déclencheurs et dans la planification des soins
- Examen de la médication (effets secondaires, sevrage et interaction médicamenteuse), dépistage de l'intoxication
- Évaluer les déclencheurs internes (**pensées, émotions, faim, douleur, chaleur, froid, sevrage de nicotine, excès ou sevrage de caféine**)
- Évaluer les déclencheurs sensoriels : **faim, douleur, chaleur, froid, manque de stimulation/surstimulation, foule, interactions sociales, long temps d'attente**
- Examiner les antécédents pour voir les stratégies d'adaptation qui ont réussi. Encourager les forces
- Fournir des mesures pour soulager la douleur/mesures de confort
- Augmenter ou réduire les interactions sociales
- Techniques de relaxation (respirer profondément, écouter des cassettes de relaxation ou de la musique apaisante, imagination, chambre sans bruit/sans lumière, aromathérapie)
- Suivre l'horaire de routine
- Le va-et-vient peut être efficace ou pas
- Stratégies qui peuvent réduire les comportements d'automutilation chez la *population de patients avec un trouble de la personnalité limite* : donner au patient une bande élastique à frapper sur son poignet, mordre dans une tranche de citron, tenir de la glace, frapper dans un coussin
- Lorsque cela s'applique, fixer des limites, p. ex. la violence n'est pas tolérée
- Impliquer le patient dans le processus de résolution de problème
- Utiliser les programmes de modification du comportement pour aider le patient à « apprendre en agissant ». Ces programmes se fondent sur le concept de récompenses suite à un comportement adéquat. Consulter l'ICS en psychiatrie/le psychologue/le psychiatre pour mettre en œuvre les principes de façon réaliste et déontologique. Essayer d'impliquer le patient dans l'élaboration du programme, car la collaboration améliore les résultats
- En cas d'urgence, signaler un Code blanc. Peut être utilisé pour une « démonstration de force » afin de fixer les limites relatives aux comportements inadmissibles ou pour encourager le patient à prendre des médicaments PRN

7. Retrait des invasifs/tubes (se reporter aussi à l'algorithme 4 pour les appareils respiratoires BIPAP/CPAP non invasifs)

- Démonstration de la cloche d'appel
- Évaluer si le patient a **faim, mal, chaud, froid**
- Mesures pour soulager la douleur/mesures de confort
- Élimination et propreté régulière, au moins Q2H et quand le patient est agité
- Impliquer la famille dans la planification des soins
- Expliquer les procédures/traitements
- Tubulures de camouflage sur les i.v., p. ex. couvrir avec le gant protecteur beige ou brun « skin sleeve »
- Changer les i.v. à intermittent dès que possible
- Ceinture abdominale sur la gastrostomie endoscopique percutanée



Annexe C (suite)

- Déconnecter tous les tubes dès que possible
- Exiger que l'alimentation par sonde soit changée en bolus dès que cela est possible médicalement
- Stimulation/distraction significative
- Réorienter le patient avec des ordres simples
- Gestes doux
- S'assurer que les éléments fréquemment utilisés (urinoir, téléphone, eau, etc.) sont bien placés
- Attelle de bras (pour éviter de plier le coude)

8. Chutes

- Échelle d'évaluation des risques de chutes (MORSE, CATT)
- Systèmes d'alarme sur la chaise ou le lit
- Démonstration de la cloche d'appel, longue cloche d'appel
- Consulter les spécialistes/membres de l'équipe appropriés (service de gériatrie, physiothérapeute, ergothérapeute, pharmacien, ICS, etc.)
- Impliquer la famille dans la planification des soins
- Examen de la médication
- Investiguer les problèmes médicaux
- Suppléments de calcium et de vitamine D3, gestion pharmacologique pour maintenir/améliorer la force des os (Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). « Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée », p. 28)
- Évaluer si le patient a faim, mal, chaud, froid (fournir des mesures pour soulager la douleur ou des mesures de confort)
- Mobilité/ marche tel que fixé à l'horaire
- Positionnement de routine (Q2h)
- Élimination et propreté tel que fixé à l'horaire
- Suivre l'horaire de routine
- Planifier des siestes quotidiennes
- Activités divertissantes : animaux de compagnie, musique, casse-têtes, travaux manuels, cartes, collations
- Augmenter les interactions sociales
- Lunettes, aides auditives, aides à la marche facilement disponibles
- Chambre à proximité du poste de soins infirmiers et bien rangée
- Réorienter le patient avec des ordres simples
- Matelas au sol/lit plus bas
- Tapis de plancher antidérapant(s), chaussettes antidérapantes
- Veilleuse
- Casque/protecteur de hanche
- Exercices de port de poids, p. ex. marcher
- Entraînement de la force musculaire, mais cela devrait être combiné à d'autres stratégies de prévention des chutes (Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). « Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée », p. 8)
- Tai-chi si la durée du séjour est supérieure à 4 mois ou s'il n'y a pas d'antécédents de fracture liée à une chute (Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). « Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée », p. 8)

Adapté de Dianne Rossy et Marlene MacKey (2002)



Annexe C-2

Risque à court terme et à long terme lors de l'utilisation des contentions physiques

- Détresse psychologique :

Anxiété, peur, culpabilité, perte de dignité, dépression, confusion exacerbé

- Risque pour l'état de la peau si les contentions ne sont pas appliquées correctement ou surveillées de façon routinière

Coupure, ecchymose, blessure relié au manque de circulation ou à une compression nerveuse (ex. enflure, engourdissement, diminution de la sensibilité, pression artérielle basse et/ou orthostatique), étranglement si la contention se déplace autour du cou, dépression respiratoire si la contention se déplace autour des muscles du diaphragme, suffocation (ex. si placé la face vers le bas).

- Risque dû au manque de mouvement

Instabilité psychomotrice, agitation, constipation, incontinence d'urine ou de selle, perte d'appétit, chute, diminution de la masse musculaire, stase veineuse (thrombophlébite ou embolie pulmonaire)

- Risque pour les femmes enceintes

Une femme enceinte devrait toujours être placée en position décubitus latéral gauche lorsque contentionné sur un lit ou une civière. Le poids de l'utérus peut comprimer la veine cave supérieure si elle est positionnée sur le dos ou sur le ventre ce qui occasionnera une baisse de pression artérielle avec diminution de l'irrigation au bébé.

- Risque relié à l'immobilisation physique du patient par le personnel

Une immobilisation physique inappropriée peut causer des blessures. De plus, ça crée une sécrétion de cortisol ce qui peut diminuer le système immunitaire donc peut augmenter les risques de contracter une maladie nosocomiale.

Les enfants et adolescents sont particulièrement à risque pour des difficultés respiratoires lors d'une immobilisation car ils peuvent développer un œdème pulmonaire plus de 30 minutes à 2 heures suite à un épisode de contention. C'est primordial de vérifier que l'enfant ou l'adolescent ne retient pas sa respiration car ceci peut causer un évanouissement.

- Risque lors de l'utilisation des côtés de lits (ridelles) – avec ou sans utilisation de contentions physiques

Une chute peut survenir si le patient grimpe par-dessus les côtés de lits ou s'il se lève par l'extrémité du lit. Il y a aussi un risque de glisser entre les côtés de lits et le matelas et entre deux côtés de lits du même côté. À noter que les barrières de protection rembourrées conçues pour les côtés de lits séparés sur un même côté peuvent diminuer les risques.

Discuter avec vos collègues infirmières, les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes pour identifier les différentes façons d'appliquer les contentions physiques de façon sécuritaire ainsi que des possibilités de gérer la situation clinique sans contention physique.



Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

HME HGM HRV
MCH MGH RVH
 HNM ITM CL
MNH MCI LC



Consentement pour l'utilisation de la contention physique ou de l'isolement

(Contrôle physique, mesures de sécurité, immobilisation pour des tests/traitements)

Définition de la contention physique

La contention physique est une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine ou un moyen mécanique, ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. (Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux, 2002).

Je, _____, le soussigné, ou, Je, _____, le soussigné, comme la personne désignée à donner un consentement substitué pour l'utilisateur du CUSM, _____, a été informé de et comprend, accepte et consent à l'utilisation de la **contention physique** afin de protéger ma propre santé/sécurité, ou la santé/sécurité d'autrui. Le type de contention physique utilisé, sa justification, la procédure d'application, les risques, les avantages et les alternatives ont été expliqués à moi et/ou à la personne pouvant donner un consentement substitué.

Préciser les conditions (facultatif) : _____

Date : _____ Signature du témoin : _____
AAAA / MM / JJ

Nom en lettres moulées : _____

Signature du patient : _____ OU Personne désignée au consentement substitué : _____

Relation avec le patient _____

Définition de l'isolement

L'isolement est une mesure de sécurité ou de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement. (Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques, Santé et Services sociaux, Québec, 2002).

Je, _____, le soussigné, ou, Je, _____, le soussigné, comme la personne désignée à donner un consentement substitué pour l'utilisateur du CUSM, _____, a été informé de et comprend, accepte et consent à l'utilisation de **l'isolement** afin de protéger ma propre santé/sécurité, ou la santé/sécurité d'autrui. Sa justification, la procédure d'application, les risques, les avantages et les alternatives ont été expliqués à moi et/ou à la personne pouvant donner un consentement substitué.

Préciser les conditions (facultatif) : _____

Date : _____ Signature du témoin : _____
AAAA / MM / JJ

Nom en lettres moulées : _____

Signature du patient : _____ OU Personne désignée au consentement substitué : _____

Relation avec le patient _____



Annexe E - 1

OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE D'AGRESSION ET DE VIOLENCE

Description : Utiliser cet outil si le patient :

- a des antécédents de violence
- menace actuellement d'être violent
- menaçait d'être violent au moment où il a été dirigé vers votre centre

Instructions :

- a. Évaluer chaque facteur clé
- b. Encercler un descripteur (élevé, modéré, aucune précaution) pour chaque facteur qui décrit le mieux le patient
- c. Additionner les points pour chaque élément encerclé pour obtenir le total.

Facteurs clés	Risque élevé	Risque modéré	Aucune précaution
Antécédents de violence	Présence d'épisode de violence accompagné de blessures envers les autres pendant une hospitalisation. - OU - De nombreuses agressions accompagnées de blessures en dehors de l'hôpital. 2	Destruction de biens sans blessures envers les autres pendant le séjour à l'hôpital. - OU - Une seule agression accompagnée de blessures en dehors de l'hôpital. - OU - De nombreuses agressions sans blessures en dehors de l'hôpital. 1	Violence seulement en cas de consommation de drogues ou d'alcool. - OU - Destruction de biens en dehors de l'hôpital. - OU - Pas d'antécédents de violence. 0
Antécédents d'agression récente	Menaçant physiquement au moment de l'orientation médicale/de l'admission. 2	Menaçant verbalement au moment de l'orientation médicale/de l'admission. 1	Pas menaçant au moment de l'orientation médicale/de l'admission. 0
Antécédents d'agression dans la famille d'origine	Victime ou auteur de violence physique ou d'abus sexuels. 2	Témoin de violence physique ou d'abus sexuels. 1	Témoin ou victime d'agression verbale. - OU - Pas d'antécédents d'agression dans la famille. 0
Statut de toxicomanie	Toxicomanie/abus d'alcool récent en désintoxication active. - OU - Actuellement en état d'ivresse ou sous l'influence de drogues. 2	Toxicomanie/abus d'alcool récent avec absence de symptômes de sevrage. 1	Toxicomane/alcoolique réadapté. - OU - Pas d'antécédents d'abus d'alcool/de toxicomanie. - OU - Antécédents (> 3 mois) d'abus d'alcool/de toxicomanie sans réadaptation. 0
Paranoïa/hostilité	Paranoïa ou hostilité généralisées envers les personnes dans l'environnement immédiat. 2	Paranoïa ou hostilité généralisées envers les personnes inaccessibles. 1	Pas de paranoïa apparente. Pas d'hostilité apparente. 0
Impulsivité	Impulsif physiquement. 2	Impulsif verbalement. - OU - Antécédents d'impulsivité physique. 1	Pas d'impulsivité apparente. 0
Agitation	Agitation psychomotrice accompagnée d'hyperactivité constante. 2	Agitation psychomotrice accompagnée d'accès intermittents d'hyperactivité. 1	Pas d'agitation psychomotrice apparente. 0
Sensorium	Désorienté avec un déficit mnésique. 2	Bien orienté avec un déficit mnésique. 1	Bien orienté avec une mémoire intacte. 0

Total : _____

Barème de correction : 9 ou plus : Précautions de risque élevé
 3 – 8 : Précautions de risque modéré
 0 – 2 : Aucune précaution

Évalué par (Inf.) : _____

Date _____ Heure _____

Adapté de Stuart et Laraia, (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing*, chapitre 31, 7^e édition, Mosby, Inc. St. Louis



Annexe E - 2

OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE D'AGRESSION ET DE VIOLENCE

DÉFINITIONS DU CUSM POUR LES PRÉCAUTIONS RELATIVES À LA VIOLENCE

PRÉCAUTIONS DE RISQUE ÉLEVÉ

Le patient répond au critère pour l'utilisation de la contention aux 4 points/pour l'isolement (p. ex. situation d'urgence : le comportement du patient risque de mettre sa propre santé ou sa sécurité, ou celles d'autrui, en **danger imminent**, et le consentement du patient/de son représentant légal ne peut être obtenu à temps)

- Demander l'évaluation du médecin pour l'isolement
- Observations q 15 min
- Code blanc à placer en isolement avec ou sans contention
- Consulter les politiques et les procédures de contention physique et les politiques et les procédures d'isolement pour les avertissements infirmiers
- Pas de visiteurs (évaluation sur une base individuelle)
- Repas en isolement (« plateau d'isolement »)
- Interdiction de fumer
- Si le patient accepte de prendre les médicaments PO PRN, rester avec lui jusqu'à ce qu'il soit capable de parler (pour s'assurer que le patient ait avalé les médicaments). Se servir de son jugement clinique pour décider s'il faut demander à vérifier la bouche du patient.
- Si le patient refuse les médicaments PO PRN **ou si les médicaments PRN ne sont pas efficaces**, consulter l'arbre décisionnel « Traitement pharmacologique chez les patients difficiles/dangereux atteints de psychose »
- Si le patient refuse les médicaments habituels (PO/IM), appeler le MD pour des médicaments PRN.

PRÉCAUTIONS DE RISQUE MODÉRÉ

- Demander l'évaluation du médecin relative à l'isolement
- Observations q 15 min et réévaluer à chaque quart de travail

Inciter le patient à maîtriser sa colère

- Monologue intérieur positif
- Exercices physiques
- Rapporter ses pensées /agenda (intervention en thérapie cognitivo-comportementale)
- Réfléchir aux conséquences
- Écouter de la musique de relaxation
- Regarder la télé (comédies, documentaires, films non violents, etc.)
- Exercices de respiration profonde, exercices de relaxation
- Se promener (conformément aux étapes préétablies)
- Compter jusqu'à 50
- S'enrouler confortablement dans une couverture
- Exprimer ses sentiments à l'équipe de soins
- Lire
- Rester seul
- Demande du patient pour prendre des médicaments PRN

Stratégies environnementales pour l'équipe :

- Trouver un équilibre entre la chambre individuelle, une faible stimulation et des activités structurées
- Utiliser la contention physique aux 4 points ou l'isolement si le patient répond aux critères (p. ex. pour prévenir des blessures corporelles envers soi-même ou autrui, **et** si le patient donne son consentement libre et éclairé)



Annexe E – 2 (suite)

Stratégies de communication (désescalade) :

- Mettre une distance entre soi-même et le patient
- Avoir une apparence calme
- Parler doucement (voire chuchoter)
- Parler sans avoir d'attitude provocante ni critique
- Montrer du respect pour le patient
- Éviter les contacts visuels directs intenses
- Ne pas pointer le patient du doigt
- Faciliter la prise de parole du patient, rester simple dans son discours
- Écouter le patient
- Confirmer ce que dit le patient si cela est approprié
- Éviter de faire des interprétations hâtives
- Montrer que l'on maîtrise la situation sans adopter d'attitude trop autoritaire
- Donner des instructions simples (proposer un choix si possible)
- Ne pas faire de promesses que l'on ne peut pas tenir

Stratégies comportementales :

- Fixer des limites sans approche punitive ni manipulatrice, en expliquant clairement ce qui est admissible et inadmissible et le justifier
- « Temps mort » dans une chambre déverrouillée
- Économie de jetons (programme de thérapie comportementale)

Stratégies pharmacologiques :

- Offrir des médicaments PRN et documenter les résultats
- Si les médicaments PRN ne sont pas efficaces, consulter l'arbre décisionnel « Traitement pharmacologique chez les patients difficiles/dangereux atteints de psychose »
- Si le patient refuse les médicaments habituels, consulter l'arbre décisionnel « Prescription d'un traitement »



Courroie
pelvienne
appelée
"beaver
tail".
Prière
d'appliquer

Annexe F - 1

AUTO-ÉVALUATION et PLAN THÉRAPEUTIQUE POUR LA PRÉVENTION D'UN COMPORTEMENT AGRESSIF/À RISQUE D'AUTOMUTILATION

Instructions : Il faut avoir une approche collaborative pour examiner les pensées, les sentiments et les comportements des patients, qui risquent de mettre leur propre santé ou leur sécurité ainsi que celle d'autrui en danger. Il faut faire preuve de jugement clinique pour décider du temps opportun pour la discussion, mais il est préférable de le faire au **moment de l'admission**. Tout membre de l'équipe dûment formé peut participer à ce processus. Chaque patient devrait recevoir un exemplaire rempli de ce document. Il faudrait procéder à une réévaluation des nouvelles réponses proposées après une situation provocante.

AUTO-ÉVALUATION

Je risque de perdre le contrôle quand :

Je pense...

Je me sens...

Quand d'autres personnes disent...

Quand d'autres personnes font les choses suivantes...

Voici les « signaux d'alarme » qui montrent que je risque de perdre le contrôle :

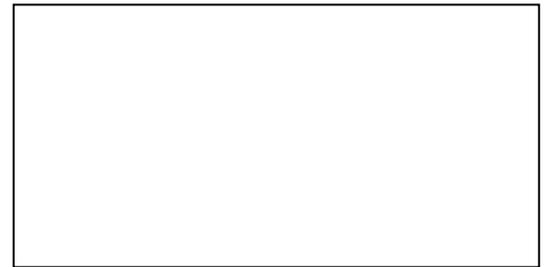
Je dis des choses comme :

Je fais des choses comme :

Je ne contrôle pas la situation quand :

Je dis des choses comme...

Je fais des choses comme...



Annexe F - 2

PLAN THÉRAPEUTIQUE

Les choses que je peux faire pour garder le contrôle. Ma nouvelle réponse à une situation provocante :

Les choses que les autres personnes peuvent dire ou faire pour m'aider à garder le contrôle :

Comment je peux apprendre à contrôler mes pensées, mes sentiments et mes comportements :

Les choses sur lesquelles je dois travailler :	Où puis-je trouver de l'aide?
Avoir une meilleure opinion de moi	
Ne pas me sentir visé	
Tolérer les émotions fortes	
Me confronter à la réalité (vérifier les faits avant de dire/faire quelque chose)	
Écouter le point de vue des autres	
Apprendre à m'exprimer clairement pour que les autres me comprennent	
Apprendre à régler des problèmes	
Apprendre à résoudre des conflits (comment m'entendre avec les autres lorsqu'on est en désaccord).	

Patient : _____

Équipe de soins : _____

Date : _____



Annexe G

MÉTHODE D'ÉVALUATION D'UN ÉTAT CONFUSIONNEL (CAM : *CONFUSION ASSESSMENT METHOD*)

VERSION ABRÉGÉE – FEUILLE DE TRAVAIL

I. DÉBUT SOUDAIN ET FLUCTUATION DES SYMPTÔMES

Case 1

a) Y a-t-il des signes d'un changement soudain de l'état mental du patient par rapport à son état habituel?

Non _____

Oui _____

b) Ce comportement (anormal) a-t-il fluctué pendant la journée, c'est-à-dire a-t-il eu tendance à être présent ou absent ou à augmenter ou diminuer en intensité?

Non _____

Oui _____

II. INATTENTION

Le patient a-t-il eu du mal à rester attentif (p. ex. a-t-il été facilement distrait) ou a-t-il eu du mal à retenir ce qui a été dit?

Non _____

Oui _____

III. DÉSORGANISATION DE LA PENSÉE

Le patient pensait-il de façon désorganisée ou incohérente (p. ex. conversation décousue ou non pertinente, suite vague ou illogique des idées), ou passait-il d'un sujet à un autre de façon imprévisible?

Non _____

Oui _____

IV. ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE

En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience du patient?

__ ALERTE (normal)

- __ Vigilant (hyperalerte)
- __ Léthargique (somnolent, se réveille facilement)
- __ Stupeur (difficile à réveiller)
- __ Coma (impossible à réveiller)

Avez-vous coché un élément de la case ci-dessus?

Non _____

Oui _____

Si tous les éléments de la **case 1** ont été cochés ET qu'au moins un élément de la **case 2** a été coché, un diagnostic de délire est suggéré. Veuillez en informer le médecin et veuillez documenter votre évaluation dans le dossier.

Adapté de Inouye SK et coll., *Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of Delirium. Annals of Internal Medicine.* 1990; 113:941-8.



Annexe H

PROCÉDURE POUR LES MOTIONS RELATIVES AUX TRAITEMENTS OU AUX PLACEMENTS

4 juin 2007

Une demande d'autorisation de traitement et/ou de placement dans un établissement de soins de longue durée est un rapport fait avec une lettre avec en-tête de l'hôpital, préparé et signé par le psychiatre traitant du patient (ou son médecin traitant) qui comprend les informations suivantes :

- 1) Les antécédents du patient, ses antécédents familiaux et médicaux;
- 2) La date de sa première admission au CUSM et ce qui a été observé à ce moment-là;
- 3) Les admissions et hospitalisations précédentes, soit au CUSM, soit dans une autre institution, si cela s'applique;
- 4) Le diagnostic effectué après l'admission du patient au CUSM;
- 5) Les faits (« l'histoire ») relatifs à la récente admission du patient à l'hôpital, l'évolution du patient depuis cette admission, ainsi que l'état médical et mental actuel du patient;
- 6) La capacité du patient à comprendre son état médical et mental ainsi que les informations relatives à sa compréhension (ou son manque de compréhension) par rapport à son état;
- 7) Le traitement recommandé, **comprenant le nom et la posologie de chaque médicament** ainsi que les raisons pour lesquelles ce traitement est recommandé pour le patient;
- 8) Le besoin de placement et les raisons pour lesquelles il est recommandé de placer le patient dans un établissement de soins de longue durée (préciser le type d'établissement, si cela s'applique);
- 9) Les **avantages d'un tel traitement** pour le patient (les avantages de prendre ce type de médication ou les avantages de ce placement), les effets secondaires possibles de la médication recommandée **ainsi qu'une déclaration reconnaissant que les avantages du traitement recommandé l'emportent sur les effets secondaires possibles.**

Ce rapport doit être envoyé soit à Mtre Robert Cox soit, en son absence, à Mtre. Barry Cappel par télécopieur au 514 934-8567. Une motion sera ensuite rédigée puis renvoyée au psychiatre (ou au médecin). Le psychiatre révisé la motion, **signe la déclaration sous serment devant un commissaire à l'assermentation et renvoie l'original au bureau de Robert Cox et Barry Cappel par messenger, en y joignant le rapport original du psychiatre ou du médecin.**

Les juges exigent que le psychiatre et/ou les autres membres de l'équipe soignante qui demandent l'ordre de traitement témoignent devant la Cour supérieure le jour où la motion est présentée.



Annexe I

Produits de prévention et de contention pour les adultes

Remarque : Pour choisir un type de contention physique, il faut d'abord choisir la contention la moins contraignante possible, puis aller vers celles qui sont plus contraignantes. Le type de contention choisi dépend du problème clinique, de l'état mental du patient et de ses capacités physiques à se blesser ou à se faire du mal, à lui-même ou à autrui. (Consulter également l'annexe F pour les mesures préventives)

Remarque : De nombreux **décès** sont survenus suite à l'utilisation de la contention physique. **Les rapports des médecins légistes ont attribué ces décès à différentes causes** : le manque de formation du personnel, le manque de surveillance des patients, un mauvais choix dans la taille de la contention, un choix inapproprié du type de contention par rapport au problème présenté, et une application inappropriée de la contention.

Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
Risque d'errance	Système préventif d'alarme de porte Consulter l'annexe C pour les autres stratégies de prévention. Consulter les types de contention pour les chaises si les systèmes de prévention ne sont pas efficaces.			Doit être compatible avec les systèmes d'alarme pour les incendies.



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Risque de retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical (du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>	<p>Gant protecteur pour la peau Mesure préventive pour cacher les i.v. ou les sites de blessure. Caucasien ou brun</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE Altération de l'état de conscience ○ AGITATION LÉGÈRE À MODÉRÉE 	<p>Le gant est opaque; il faut donc retirer le gant afin de surveiller le site I-V.</p>	
	<p>Mitaines</p> <p>En coton rembourré des deux côtés, s'ajustent sur toute la main sans la serrer, mais solidement fixées aux poignets par des liens. Ouverture au bout des doigts pour les glucomètres ou la prise de saturation en O₂.</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE - Altération de l'état de conscience ○ AGITATION LÉGÈRE À MODÉRÉE <p>Contre-indications:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arthrite du poignet 2. Syndrome du canal carpien 3. Contractures du tendon fléchisseur 4. Patient ayant la capacité cognitive de savoir les enlever 5. Peut ne pas convenir aux patients obèses (pour les cas extrêmes, utiliser le système de contention pour les membres « Pinel ») 	<p>À surveiller attentivement (consulter le tableau 2, page 32 du protocole)</p> <p>Peut causer des blessures (directes ou indirectes) p. ex. des contractures du tendon fléchisseur ou une diminution de la circulation si le lien est trop serré.</p>	<p>Les mitaines faites maison NE doivent PAS être utilisées (p. ex. mains recouvertes de gaze).</p> <p>Vous devez pouvoir glisser 1 à 2 bouts de doigts* entre la contention et le poignet du patient (* le nombre de doigts dépend de la taille de vos doigts et de la taille du poignet du patient).</p> <p>Consulter le service de gériatrie pour les stratégies d'intervention relatives au délire.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Risque de retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical (du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>	<p>Immobilisateur de coude</p> <p>Tissu muni de fermetures Velcro et de tiges, qui empêche de plier l'articulation du coude.</p> <p>Peut être utilisé pour couvrir les tubes aux i.v. et les cacher au patient, tout en garantissant un accès facile pour l'équipe de soins. Permet aussi d'éviter le retrait des tubes, des pansements, etc. car le patient ne peut pas plier le bras.</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE Altération de l'état de conscience ○ AGITATION LÉGÈRE À MODÉRÉE <p>Contre-indications :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Affection vasculaire périphérique 2. Instabilité gléno-humérale (p. ex. subluxation de l'articulation du coude) 3. Membre paralysé 4. Épanchement articulaire 5. Arthrite du coude 	<p>À surveiller pour les blessures (directes ou indirectes)</p> <p>Exercices passifs / actifs q2h.</p> <p><u>Par exemple :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Complications dues à une diminution de la circulation dans les membres (surtout au niveau périphérique) 2. Contracture(s) articulaire(s) dues à l'immobilisation 	<p>Consulter le service de gériatrie pour les stratégies d'intervention relatives au délire.</p> <p>Ne convient pas aux patients jeunes et forts car ils peuvent aisément réussir à plier l'immobilisateur en forçant avec leur biceps.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Risque de retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical (du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>	<p>Sangles souples de contention pour les membres Bandes pour le poignet solidement fixées au cadre du lit avec une sangle.</p> <p><u>2 types :</u></p> <p>1. Sangles souples réutilisables Bracelets rembourrés</p>  <p>2. Sangles jetables L'utilisation de sangles de contention jetables est seulement indiquée en cas d'utilisation de courte durée (p. ex. soins intensifs, département des urgences, salle de réveil).</p> <p>REMARQUE : Même si les sangles Pinel de contention aux 4 points sont conçus pour des</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE Altération de l'état de conscience ○ POUR LES PATIENTS QUI ARRIVENT À ENLEVER LES MITAINES <p>Contre-indications :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arthrite articulaire du membre destiné à être mis sous contention 2. Syndrome du canal carpien 3. Contractures en flexion 4. Fracture des membres 5. NE PAS utiliser de sangles en coton ou jetables pour la contention aux 4 points des patients très agités ou violents, car elles risquent de se briser et elles abîment plus la peau. 6. NE PAS utiliser de dispositifs maison 	<p>À surveiller attentivement (consulter le tableau 2, page 32 du protocole)</p> <p>Peut causer des blessures (directes ou indirectes) <u>Par exemple :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Entorses ou luxation du poignet/de l'épaule, notamment si le patient tire sur la contention et si les liens des bracelets sont trop courts 2) Contracture(s) articulaire(s) dues à l'immobilisation 3) Diminution de la circulation et écorchures si le bracelet est trop serré. <p>Les ridelles de lit (côtés de lit) devraient constamment être tenues relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit/une civière.</p> <p>Si le patient est mis sous contention sur le dos, la tête du lit/de la civière doit</p>	<p>Les bracelets devraient être suffisamment serrés pour éviter de glisser, mais ils ne doivent pas restreindre la circulation sanguine ni causer des lésions nerveuses. Vous devez pouvoir glisser 1 à 2 bouts de doigts* entre la contention et le membre (* le nombre de doigts dépend de la taille de vos doigts et de la taille du poignet du patient).</p> <p>NE PAS attacher les sangles aux côtés de lit (ridelles). Les sangles doivent être attachées au cadre du lit, et elles doivent pouvoir suivre les mouvements du patient en cas d'ajustement de la hauteur ou de la position du lit. Sinon, la contention risque d'être trop ou pas assez serrée en cas d'ajustement de la position du lit.</p> <p>Attacher les sangles à deux points d'attache différent au cadre du lit i.e. en « V »</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Risque de retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical (du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>	<p>patients au comportement agressif/violent, ils peuvent être utilisés pour mettre des membres sous contention dans d'autres situations, p. ex. ils conviennent aux patients obèses. La clé magnétique Pinel doit être gardée près du lit car les sangles peuvent être difficilement coupées.</p>		<p>être relevée de 30 degrés pour éviter tout risque d'aspiration.</p>	<p>inversé car ceci permet de réduire la tension au poignet du patient. (voir photo ci-contre).</p> <p><u>EN CAS D'URGENCE :</u> Utiliser les nœuds rapides et faciles à défaire.</p> <p>Consulter le service de gériatrie pour les stratégies d'intervention relatives au délire.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Risque d'égratigner la peau (du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>	<p><u>Couper les ongles en tant que mesure préventive.</u></p> <p>Mitaines En coton rembourré des deux côtés, s'ajustent sur toute la main sans la serrer, mais solidement fixées aux poignets par des liens. Ouverture au bout des doigts pour les glucomètres ou la prise de saturation en O₂.</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE Altération de l'état de conscience ○ AGITATION LÉGÈRE À MODÉRÉE <p>Contre-indications :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arthrite du poignet 2. Syndrome du canal carpien 3. Contractures du tendon fléchisseur 4. Patient ayant la capacité cognitive de savoir les enlever 5. Peut ne pas convenir pas aux patients obèses. 	<p>À surveiller attentivement (consulter le tableau 2, page 32 du protocole)</p> <p>Peut causer des blessures (directes ou indirectes) p. ex. des contractures du tendon fléchisseur ou une diminution de la circulation si le lien est trop serré.</p> <p>Vous devez pouvoir glisser 1 à 2 bouts de doigts* entre la contention et le poignet du patient (* le nombre de doigts dépend de la taille de vos doigts et de la taille du poignet du patient).</p>	<p>Les mitaines faites maison NE doivent PAS être utilisées (p. ex. mains recouvertes de gaze).</p> <p>REMARQUE : les sangles optionnelles à attacher au cadre du lit ne sont pas obligatoires, sauf en cas de problème supplémentaire tel que le retrait des tubes.</p> <p>Consulter le service de gériatrie pour les stratégies d'intervention relatives au délire.</p>
	<p>Immobilisateur de coude : Tissu muni de fermetures Velcro et de tiges, qui empêche de plier l'articulation du coude. (voir plus haut, page 21)</p>			
	<p>Sangles souples de contention pour les membres : Pour les cas extrêmes (voir plus haut, page 22)</p>			



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Tendance à pencher, basculer, tomber en avant de la chaise (des dispositifs de prévention à la contention)</p>	<p>Support de torse</p> <p>(Ceci est un dispositif de positionnement, et non PAS un produit de contention, car le patient peut défaire la fermeture Velcro)</p> <p>À NE PAS confondre avec les vestes/gilets de contention</p> <p>Des sangles thoraciques s'attachent à la ceinture abdominale et se croisent au dos de la chaise. Le support est maintenu avec des fermetures Velcro à l'abdomen et à l'arrière du fauteuil.</p> <p>À utiliser SEULEMENT pour les chaises ou les fauteuils roulants.</p> 	<p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ POUR LES PATIENTS AVEC FAIBLESSE MUSCULAIRE / ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL qui ont tendance à tomber sur le côté ou vers l'avant. <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ NE PAS UTILISER DANS UN LIT NI UNE CIVIÈRE 	<p>Ne pas utiliser <u>tout seul</u> pour les patients qui glissent sur leur chaise et qui ne peuvent pas se repositionner d'eux-mêmes (peut causer des pressions sur le diaphragmes et diminuer la capacité respiratoire). Voir les commentaires.</p>	<p>S'adapte facilement aux fauteuils géométriques, aux fauteuils roulants et aux chaises de salle à manger.</p> <p>Utiliser du tissu antidérapant ou une ceinture pelvienne en cas de risque de glissement hors de la chaise.</p> <p>Utiliser la taille appropriée. Le support devrait être bien ajusté, sans empêcher la respiration. Vous devez pouvoir glisser votre main à plat entre la contention et la taille du patient.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Tendance à pencher, basculer, tomber en avant de la chaise (des dispositifs de prévention à la contention)</p>	<p>Contention thoracique p. ex. « Veste/gilet Posey » SEULEMENT avec encolure en « V »</p> <p>(sera progressivement supprimé)</p> <p>Seulement recommandé pour les chaises.</p> <p>Une veste en tissu (à manches courtes ou sans manches) qui se croise sur la poitrine. Les sangles s'attachent sous le niveau du siège, hors de la portée du patient.</p> <p>SUIVRE LES INSTRUCTIONS DU FABRICANT POUR ÉVITER LES BLESSURES/LE DÉCÈS.</p> 	<p><u>Toutes les autres options devraient d'abord être essayées à cause du risque d'étranglement.</u></p> <p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ POUR LES PATIENTS AVEC FAIBLESSE MUSCULAIRE / ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL si le support de torse n'est pas efficace. <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ NE PAS UTILISER DANS UN LIT NI UNE CIVIÈRE <p>Contre-indications de l'entreprise « Posey » : « patients agressifs, agités ou suicidaires », « patients avec des stomies, colostomies, sondes gastriques, hernies, MPOC graves, incisions post-opératoires risquant d'être compromises par la pression, ou des patients avec de l'équipement de surveillance, des tubes ou des lignes risquant d'être compromis par le frottement de la contention ».</p>	<p>D'après le Ministère : les patients qui portent des vestes thoraciques doivent être surveillés très attentivement et être toujours à portée de vue de l'équipe de soins (p. ex. devant le poste de soins infirmiers).</p> <p>PAS de vestes à col haut du au risque élevé d'étranglement.</p> <p><u>Seules</u> les vestes à encolure en « V » sont autorisées, qui se croisent devant la poitrine, p. ex. le « V » de la veste/du gilet doit être sur la poitrine du patient (<u>et pas</u> dans son dos) pour éviter tout risque d'ÉTRANGLEMENT.</p> <p>NE PAS utiliser <u>tout seul</u> pour les patients qui glissent de leur lit ou sur leur chaise, p. ex. utiliser avec une contention pelvienne/à l'aine.</p>	<p>Utiliser la taille appropriée (petit, moyen, grand). La contention devrait être bien ajustée, sans empêcher la respiration. Vous devez pouvoir glisser votre main à plat entre la contention et la taille du patient.</p> <p>La combinaison avec un tissu antidérapant sur la chaise ou avec une contention pelvienne/à l'aine évite le glissement, qui peut causer une compression du diaphragme et causer un décès.</p> <p>Les nœuds/boucles doivent être hors de portée du patient pour qu'il ne puisse pas les défaire. Si les nœuds rapides et faciles à défaire ne sont pas utilisés, il faut garder une paire de ciseaux à proximité en cas d'urgence.</p> <p>La méthode de fixation aux différents types de chaises doit être adaptée en fonction de la chaise. Il faut suivre les principes généraux, p.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
			Peut augmenter l'agitation.	ex. faire les nœuds aux endroits où le patient ne peut pas les défaire; les sangles ne devraient pas causer d'étranglement ni de compression du diaphragme.
	Ceinture abdominale Il n'est <u>PAS</u> recommandé de l'utiliser dans les chaises.			
Tendance à tomber/glisser hors de la chaise Sortir de la chaise avec risque de tomber (du moins contraignant possible au plus contraignant)	Tissu antidérapant pour chaise	Indications : ○ PARALYSIE OU MANQUE DE TONUS MUSCULAIRE		Consulter aussi l'annexe C. Se présente sous la forme d'un grand rouleau; couper la quantité nécessaire.
	Coussin/tapis de plancher	Indications : ○ PARALYSIE OU MANQUE DE TONUS MUSCULAIRE		
	Chaussettes antidérapantes	Indications : ○ RISQUE DE CHUTES		Jetables
	Longue cloche d'appel			
	Casque souple PETIT à XGRAND			Protecteur de menton et visage (optionnel) Coussinets ovales en mousse (optionnels)



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Tendance à tomber/glisser hors de la chaise</p> <p>Sortir de la chaise avec risque de tomber</p> <p>Errance</p>	<p>Système d'alarme pour mobilité sur chaise (n'est PAS un produit de contention)</p> <p>Fixer le moniteur ou la cloche d'appel à l'aide d'une épingle à la blouse du patient. Si le patient se rapproche trop près du bord du lit, le contact se brise et l'alarme sonne. Le moniteur est muni d'un verrou sur l'attache, mais pas la cloche d'appel.</p> <p><u>2 types :</u></p> <p>1. ALARME PERSONNELLE POSEY avec une fixation pour la cloche d'appel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corde ajustable (longueur) • Attache verrouillable • S'adapte facilement aux chaises, lits/civières. • Choix de différentes sonneries. <p>2. DÉTECTEUR POUR CHAISE (CHAIR CHECK-AHS)</p> <p>Un système d'alarme qui</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PATIENTS SE DÉPLAÇANT LENTEMENT ○ POUR ÉVITER LES CHUTES DU LIT, DE LA CHAISE ou DE LA CHAISE D'AISANCE/TOILETTE <p>Contre-indications :</p> <p><u>PAS ADAPTÉ POUR :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les patients avec un risque élevé de chutes 2. Les patients suicidaires (le patient peut se servir de la corde pour s'étrangler) 3. Les patients qui se déplacent rapidement, p. ex. l'alarme risque de sonner trop tard. 4. Les patients qui se lèvent souvent, p. ex. qui exigent trop de « temps des infirmières » pour répondre à l'alarme fréquemment. 	<p>ATTENTION :</p> <p>L'alarme Posey NE doit PAS être utilisée pour les patients avec un STIMULATEUR CARDIAQUE (PACEMAKER) OU UN DÉFIBRILLATEUR car avec les <u>stimulateurs cardiaques</u>, l'aimant peut ↑ ou ↓ la vitesse s'il est placé à 4 cm (1 ½ po) du stimulateur cardiaque. Et avec les <u>défibrillateurs</u>, le contact avec l'aimant peut ARRÊTER LE TRAITEMENT.</p>	<p>Le système d'alarme peut s'adapter pour la toilette, en fixant les fermetures Velcro au mur, ou en fixant l'aimant au couvre-interrupteur de la lampe en métal.</p> <p>À utiliser pour les patients qui se trouvent à proximité du poste de soins infirmiers pour entendre l'alarme.</p> <p>Utiliser l'alarme personnelle Posey avec l'attache verrouillée si le patient arrive facilement à enlever l'attache sur la cloche d'appel.</p> <p>Ce dispositif NE devrait PAS se substituer à une surveillance visuelle de routine.</p> <p>Mettre une affiche indiquant l'usage de ce produit sur la porte de chambre du patient.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Tendance à tomber/glisser hors de la chaise</p> <p>Sortir de la chaise avec risque de tomber</p> <p>Errance (du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>	<p>sonne lorsque le poids du patient quitte le tapis détecteur.</p> <p>Coussins angulaires (PAS une contention) <u>2 types :</u> 1) Coussin angulaire : le patient s'assoit dessus (la partie avant est plus haute que la partie arrière)</p>  <p>2) Coussin angulaire avec séparateur : un coussin plat muni d'un bloc pour séparer les jambes.</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ POUR LES PATIENTS AVEC UNE PARALYSIE OU UN MANQUE DE TONUS MUSCULAIRE afin d'éviter qu'ils ne glissent ou ne se lèvent. <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PAS indiqué pour les patients agiles, ni pour ceux qui ont des rougeurs préexistantes aux fessiers/sur la région du sacrum ou des plaies de lit. 	<p>Soutenir les pieds pour éviter une pression sur l'arrière des jambes.</p> <p>Vérifier les rougeurs aux fessiers à cause de l'augmentation de la pression.</p> <p>La pression sur les fessiers peut être réduite en gardant un angle de 90 degrés (incliner le dos de la chaise).</p>	<p>Du tissu antidérapant peut permettre d'éviter que le coussin ne glisse de la chaise.</p> <p>Du tissu antidérapant peut permettre d'éviter que le coussin ne glisse de la chaise.</p>
	<p>Fauteuil gériatrique à tablette</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE ○ DÉMENCE 	<p>À surveiller attentivement lors de la première utilisation, surtout pour</p>	<p>Il est important de s'assurer que la tablette est bien installée</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
	<p>La <u>tablette</u> est la contention car elle empêche le patient de se lever.</p> 	<p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ NE PAS utiliser pour les patients très agités/agiles qui ne sont pas surveillés attentivement, p. ex. le patient peut grimper hors du fauteuil, glisser sous la tablette, ou pousser la tablette et se lever. 	<p>éviter que le patient ne glisse, ne grimpe hors du fauteuil ou ne se lève. Consulter le tableau 2 pour les paramètres d'observation et d'évaluation (page 32 du protocole)</p> <p>Peut causer une augmentation de l'agitation</p>	<p>(CORRECTEMENT INSÉRÉE) et qu'elle ne coince pas trop le patient.</p> <p>Ajuster le repose-pieds pour soutenir les pieds.</p> <p>Consulter les services de gériatrie ou de psychiatrie pour les stratégies d'intervention relatives au délire/à la démence.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Tendance à tomber/glisser hors de la chaise</p> <p>Sortir de la chaise avec risque de tomber</p> <p>Errance</p> <p>(du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>	<p>Contention pelvienne/à l'aine en filet</p> <p>À utiliser SEULEMENT pour les chaises</p> <p>Un tissu-filet en forme de triangle couvre l'aine/le bassin avec deux ensembles de sangles, qui se nouent à l'arrière de la chaise, hors de la portée du patient avec nœud à détachement rapide. Le premier ensemble de sangles passe sous le patient, le second passe entre ses jambes et autour de son abdomen.</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Éviter les chutes/GLISSEMENTS ○ Pour les patients avec des amputations des membres inférieurs. ○ Les patients qui tentent constamment de sortir de la chaise. ○ Les patients qui se déplacent trop rapidement pour le système d'alarme. <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ LES PATIENTS ROBUSTES QUI PEUVENT MARCHER TOUT EN ÉTANT ATTACHÉS À LA CHAISE. ○ NE JAMAIS utiliser dans un lit. 	<p>À surveiller attentivement (consulter le tableau 2, page 32 du protocole).</p> <p>Les patients très agiles peuvent se libérer de la contention pelvienne en se soulevant vers le haut.</p> <p>Peut augmenter l'agitation.</p>	<p>Les nœuds doivent être à détachement rapide et hors de la portée du patient, à l'arrière de la chaise, pour qu'il ne puisse pas les défaire.</p> <p>Le tissu autour de l'abdomen ne doit pas être trop serré ni compromettre la respiration. Vous devez pouvoir glisser votre main à plat entre la contention et la taille du patient.</p> <p>La méthode de fixation aux différents types de chaises doit être adaptée en fonction de la chaise. Il faut suivre les principes généraux, p. ex. faire les nœuds aux endroits où le patient ne peut pas les défaire; les sangles ne devraient pas causer d'étranglement ni de compression du diaphragme.</p> <p>Si le patient a des jambes robustes, il peut faire basculer la chaise ou marcher avec la chaise tout en étant sous contention.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention <u>des moins aux plus</u> contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions et surveillance infirmières	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Tendance à tomber/glisser hors de la chaise</p> <p>Sortir de la chaise avec risque de tomber</p> <p>Errance</p> <p>(du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>	<p>Contention pelvienne / à l'aîne en peau de mouton</p> <p>Pour chaises SEULEMENT <u>AVEC OU SANS ouverture entre le dossier de la chaise et le siège :</u></p> <p>Peau de mouton avec trois ensembles de sangles, qui s'attachent hors de la portée du patient. Deux ensembles de sangles passent sous le patient, en forme de « X » (l'avant / l'arrière se fixent sur le même côté de la chaise). Le troisième ensemble de sangles passe entre les jambes du patient, par-dessus ses cuisses, puis s'enroule autour des pieds de la chaise pour éviter de glisser vers la taille du patient.</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Éviter les chutes/ GLISSEMENTS ○ Les patients qui essaient constamment de sortir de la chaise. <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les patients qui bougent trop rapidement pour le système d'alarme. ○ LES PATIENTS ROBUSTES QUI PEUVENT MARCHER TOUT EN ÉTANT ATTACHÉS À LA CHAISE. 	<p>À surveiller attentivement (consulter le tableau 2, page 32 du protocole). NE JAMAIS utiliser dans un lit.</p> <p>Les patients très agiles peuvent se libérer de la contention pelvienne en se soulevant vers le haut.</p> <p>Ne s'applique pas aux patients avec des amputations des membres inférieurs.</p> <p>Peut augmenter l'agitation.</p>	<p>Les nœuds doivent être hors de portée du patient pour qu'il ne puisse pas les défaire.</p> <p>Le tissu autour des jambes ne doit pas être trop serré. Vous devez pouvoir glisser 2 doigts entre la contention et la jambe du patient.</p> <p>La méthode de fixation aux différents types de chaises doit être adaptée en fonction de l'aspect de la chaise.</p> <p>Si le patient a des jambes robustes, il peut faire basculer la chaise ou marcher avec la chaise tout en étant sous contention.</p>



	Contention abdominale (Segufix ou Pinel)		Il n'est PAS recommandé de l'utiliser avec une chaise afin d'éviter de glisser hors de la chaise, à cause du risque de compression du diaphragme et de décès.	
--	--	--	--	--



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention des moins aux plus contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions et surveillance infirmières	Commentaires
Tomber hors du <u>lit</u>	<p>Longue cloche d'appel</p> <p>Consulter l'annexe C pour les mesures de prévention des chutes.</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RISQUE DE CHUTES <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PATIENTS SUICIDAIRES ○ « risque d'étranglements » 		
	<p>Coussins/tapis de plancher</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RISQUE DE CHUTES 		<p>Les 3 tapis sont biseautés de tous les côtés pour éviter d'y trébucher.</p> <p>Les trois tapis se plient pour faciliter l'entreposage.</p>
	<p>Coussin angulaire pour le lit Un produit de prévention</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RISQUE DE CHUTES <p>Un dispositif de positionnement pour éviter toute rotation.</p>		
	<p>« Détecteur pour lit » (AHS) (Voir plus haut)</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ RISQUE DE CHUTES ○ p. ex. PATIENTS SE DÉPLAÇANT LENTEMENT 		<p>Le dispositif d'alarme sonne dans le poste de soins infirmiers/à attacher au système de cloche d'appel. Différents choix de sonneries.</p>
	<p>Ridelles ou côtés de lit</p> <p>Seules 2 ridelles de lit complètes ou 4 demi-ridelles de lit sont considérées comme une contention.</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aident à tourner et à repositionner le patient, fournissent un appui manuel pour aider à sortir du lit, procurent un sentiment de 	<p>Santé Canada (1995) :</p> <p>« Garder les ridelles de lit complètement relevées et le lit en position horizontale la plus basse lorsque le patient dort, à</p>	<p>Les ridelles de lit doivent toujours être relevées et les ouvertures des ridelles de lit doivent être bloquées au moyen de barrières de protection des ouvertures en</p>



Tomber hors du lit
(suite)

	<p>confort et de sécurité pour certains patients, réduisent le risque de tomber pendant le transport, facilitent l'accès aux commandes du lit et aux articles de soins personnels (Santé Canada, 1995)</p> <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> o NE PAS utiliser si le patient continue à grimper par-dessus les ridelles de lit ou à sortir par le pied du lit. « ...NE devrait PAS être utilisé comme moyen de contention pour un patient sévèrement agité ou souffrant de confusion mentale grave » (Santé Canada, (1995) 	<p>moins que son état médical ne requiert d'autres mesures ».</p> <p>Les risques potentiels comprennent : l'étranglement, la suffocation, des blessures corporelles ou un décès peuvent survenir si le patient (ou une partie de son corps) reste coincé entre les ridelles ou entre les ridelles de lit et le matelas.</p>	<p>cas d'utilisation de mesures de contention physique fixées au cadre du lit. Santé Canada (1995) : il existe un risque de chutes si le patient grimpe au-dessus des ridelles de lit. Peut causer un comportement agité ou des sentiments d'isolement en cas d'utilisation sous forme de contention. « Si les demi-ridelles de lit sont utilisées et qu'il existe un risque que le patient ne glisse accidentellement dans l'espace entre les deux demi-ridelles, s'assurer que le lit, <i>en position horizontale</i>, dispose d'un espace maximal de 60 mm entre les <i>demi-ridelles</i> ou utiliser une barrière de protection recommandée par le fabricant du lit et un système de ridelles pour réduire l'ouverture à 60 mm ou moins ».</p>
<p>Barrière de protection des ouvertures Produit de prévention. Panneau rembourré recouvert de vinyle.</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Pour éviter de glisser dans les ouvertures des demi-ridelles de lit. 		<p>Pour les patients qui sont attachés au cadre du lit, si le lit est muni de demi-ridelles de lit.</p>



				
Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention des moins aux plus contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions et surveillance infirmières	Commentaires
Suite : Tomber hors du lit	Bordures de protection (pleine longueur) Produit de prévention.	Indications : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour éviter les contusions dues à une agitation légère à modérée, ou à une convulsion (La ridelle de lit est une contention.) 		
	Ceinture abdominale <u>2 types :</u> 1. Ceinture abdominale « Segufix », en coton munie de verrous magnétiques (Voir les produits Pinel pour les nouvelles commandes) 3 formats: petit, moyen, grand <u>Ne s'adapte pas</u> à certaines civières. Inflammable. Une ceinture qui s'attache autour de la taille et qui est sécurisée magnétiquement par une bande autour du matelas. Doit être utilisée avec les sangles latérales pour éviter	Indications : <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE ○ AGITATION LÉGÈRE À MODÉRÉE ○ RISQUE ÉLEVÉ DE CHUTES <p>Permet d'avoir une mobilité partielle dans le lit, p. ex. rouler d'un côté à l'autre du lit et s'asseoir avec les jambes sur le bord du lit.</p> Contre-indications : Ne pas utiliser chez les patients avec : <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracture de la hanche 2. Problèmes abdominaux/ chirurgicaux, p. ex. colostomie, blessures, ascites, etc. 	EN CAS D'URGENCE : La clé magnétique doit être conservée à côté du lit. À surveiller attentivement (consulter le tableau 2, page 32 du protocole) Peut augmenter l'agitation. Ne doit pas être trop serré ni compromettre la respiration. Vous devez pouvoir glisser votre main à plat entre la contention et la taille du patient. Le glissement dans le lit peut causer une	REMARQUE : les ridelles de lit doivent être relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit. Pour les lits munis de demi-ridelles de lit , il faut utiliser des barrières de protection des ouvertures avec une ceinture abdominale pour éviter de glisser entre les ridelles. Consulter la rubrique « commentaires » des ridelles de lit. En fonction de leur type de corps et de leur agilité, certains patients peuvent glisser/sortir de leur ceinture magnétique. Des courroies pour les épaules sont



	<p>une rotation du patient (glissement sur le côté du lit).</p> <p>Une sangle licou peut être utilisée pour éviter de sortir par la tête du lit.</p> 	<p>3. Grossesse 4. Difficultés respiratoires</p>	<p>compression du diaphragme, qui peut occasionner un décès.</p> <p>Les patients qui sont sous contention physique pendant une longue période de temps ont plus de risques de développer une embolie pulmonaire.</p> <p>Consulter le service de gériatrie pour les stratégies d'intervention relatives au délire.</p>	<p>disponibles pour éviter que le patient ne sorte par le haut de la ceinture.</p> <p>Les aimants doivent être gardés à plus de 10 cm d'un stimulateur cardiaque (<i>pacemaker</i>) à cause du risque de tachycardie.</p> <p>La clé magnétique peut être fixée à une potence pour i.v., mais PAS aux boîtiers métalliques des équipements électroniques.</p>
<p>Tomber hors du lit</p>	<p>2. Ceinture abdominale « Pinel » (avec clé magnétique) avec courroie pelvienne en « queue de castor » Pour le lit ou la civière.</p> <p>Faite en Kevlar pare-balles, avec un revêtement doux en tissu. Comporte des fermetures Velcro et des clés magnétiques. Ininflammable.</p> 	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE ○ AGITATION LÉGÈRE À MODÉRÉE ○ RISQUE ÉLEVÉ DE CHUTES <p>Permet d'avoir une mobilité partielle dans le lit, p. ex. s'asseoir sur le bord du lit, se tourner d'un côté à l'autre du lit.</p> <p>Contre-indications : Ne pas utiliser chez les patients avec :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracture de la hanche 2. Problèmes abdominaux/ chirurgicaux, p. ex. colostomie, blessures, ascites, etc. 3. Grossesse 4. Difficultés respiratoires 	<p>EN CAS D'URGENCE : La clé magnétique doit être conservée à côté du lit, car les sangles peuvent être coupées mais avec de gros ciseaux seulement.</p> <p>REMARQUE : les ridelles de lit doivent être relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit.</p> <p>Ne doit pas être trop serré ni compromettre la respiration. Vous devez pouvoir glisser votre main à plat entre la contention et la taille du patient. Le glissement vers le bas dans le lit peut causer</p>	<p>Les sangles latérales limitent le fait de rouler latéralement, et limitent ainsi le risque de faire basculer la civière.</p> <p>La sangle pour les épaules et la courroie pelvienne/à l'aine (« queue de castor ») sont disponibles pour éviter que le patient ne sorte de la ceinture ou ne glisse.</p> <p>Même si le fabricant affirme que les aimants peuvent être utilisés sans danger avec un stimulateur cardiaque, par mesure de précaution, les aimants doivent être gardés à plus</p>



Tomber hors du lit (suite)

Une ceinture qui s'attache autour de la taille et qui est sécurisée par une bande autour du matelas.

Extension pour les patients obèses.



Sangle latérale

La ceinture abdominale doit être utilisée avec les sangles latérales pour éviter une rotation complète du patient (180° -rotation dans le lit/glissement sur le côté du lit ou glissement entre le matelas et la ridelle de lit).



Courroie pour les épaules



une compression du diaphragme et peut occasionner un décès.

Peut augmenter l'agitation.

Il est préférable d'utiliser la courroie pelvienne pour tout patient nouvellement admis jusqu'à ce que son comportement soit évalué afin de prévenir qu'il tente de sortir par le bas.

Ne jamais mettre plus de 4 (quatre) couches de tissus sous un bouton noir. S'il y a plus de 4 couches, il sera impossible de détacher le bouton avec la clé magnétique. Les deux options sont de couper la contention ou de détacher le bouton noir avec des pinces comme pour une bouteille avec capsule.

Les patients qui sont sous contention physique pendant une longue période de temps ont plus de risques de développer une embolie pulmonaire.

de **10 cm** d'un stimulateur cardiaque (*pacemaker*) à cause du risque de tachycardie.

La clé magnétique peut être fixée à une potence pour i.v., mais PAS aux boîtiers métalliques des équipements électroniques.

Les clés/boutons verrouillables devraient être remplacés environ tous les 2 ans. Les fermetures Velcro s'usent avec le temps, vérifier leur résistance et si elle est faible, communiquer avec l'entreprise pour les remplacer.

Pour les lits munis de **demi-ridelles de lit**, il est recommandé d'utiliser des barrières de protection des ouvertures avec une contention abdominale pour éviter de glisser entre les ridelles. Consulter la rubrique « commentaires » des ridelles de lit.

Consulter le service de gériatrie pour les stratégies d'intervention relatives au délire.



La sangle pour les épaules peut être attachée à la ceinture abdominale pour éviter que le patient ne glisse par la tête du lit.



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention des moins aux plus contraignants possibles	Indications / Contre-indications	<u>Interventions et surveillance infirmières</u>	Commentaires
<p>Tomber hors du lit (suite)</p>	<p>« Drap de contention » À utiliser SEULEMENT dans le lit.</p> <p>Ce N'est PAS un drap « fait maison » en utilisant un drap de lit d'hôpital.</p> <p>Comprend un drap avec un ensemble de boucles sur 3 côtés à travers lesquelles des cordes élastiques sont enfilées, pour attacher le drap au cadre du lit.</p> <p>Permet le maximum de mouvements, mais le patient ne peut pas sortir du lit tout seul car les membres sont gardés sous le drap.</p> 	<p>Indications : DÉLIRE, DÉMENCE avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ AGITATION LÉGÈRE À MODÉRÉE ○ RISQUE ÉLEVÉ DE CHUTES 	<p><u>NE PAS</u> utiliser avec une civière.</p> <p>À surveiller attentivement (consulter le tableau 2) Ne doit pas être trop serré ni compromettre la respiration.</p> <p>Les patients très forts ou les patients sans déficience cognitive peuvent sortir par le haut.</p> <p>Les patients très minces ou très flexibles peuvent sortir du drap en se tortillant.</p> <p><u>REMARQUE :</u> les ridelles de lit doivent être relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit.</p>	<p>**Consulter le service de gériatrie avant utilisation.</p> <p>Consulter le service de gériatrie ou l'équipe de liaison psychiatrique pour les stratégies d'intervention relatives au délire/à la démence.</p>
	<p>Veste/gilet thoracique <u>Pas</u> recommandé pour le lit/la civière</p>			



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention des moins aux plus contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions et surveillance infirmières	Commentaires
Grimper par-dessus ou passer à travers les ridelles ou côtés de lit	Bordures de protection Rembourrage épais recouvert de vinyle qui se fixe autour et sur toute la longueur des ridelles de lit.		Ne pas utiliser tout seul pour les patients très agités.	
	Barrières de protection des ouvertures Panneaux recouverts de vinyle de différentes longueurs, qui s'attachent à l'intérieur des ridelles de lit pour éviter de glisser entre les demi-ridelles de lit.		Ne pas utiliser tout seul pour les patients très agités.	
	Contention pelvienne/ à l'aîne (Voir plus haut)			
	Ceinture abdominale Segufix ou Pinel (Voir plus haut)			
	« Drap de contention » (Voir plus haut)			
Veste/gilet thoracique <u>Pas</u> recommandé pour le lit/la civière				



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention des moins aux plus contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions et surveillance infirmières	Commentaires
Contusions/ lacérations	Bordures de protection pour les ridelles de lit Rembourrage épais recouvert de vinyle qui se fixe autour et sur toute la longueur des ridelles de lit.	Indications : ○ POUR ÉVITER LES BLESSURES PENDANT UNE CONVULSION Signes et symptômes d'une crise tonico-clonique : des mouvements moteurs généraux involontaires, p. ex. se débattre violemment, des secousses, etc. sont les conséquences d'une décharge neuronale anormale et durent en général moins de deux minutes.	<u>Envisager les alternatives</u> : p. ex. descendre les ridelles de lit, mettre le matelas sur le plancher, mettre des protecteurs de hanche au patient, une ceinture magnétique ou un « drap de contention ».	Alternative pour les crises partielles complexes avec des automatismes moteurs : marcher avec le patient jusqu'à la fin de la crise, p. ex. il est possible que les patients errent et soient confus. Pour votre propre sécurité et pour empêcher une escalade de l'agitation du patient , respecter l'espace personnel du patient tout en surveillant l'agitation et la confusion post-ictale.
	Casque souple (PETIT à XGRAND)			Fixations optionnelles : <ul style="list-style-type: none"> • Protecteur de menton et de visage • Coussinets ovales en mousse
	Mitaines Voir plus haut			
	Sangles souples de contention pour les membres (poignets - avec ou sans cheville) Voir plus haut			



	Contention pelvienne/à l'aîne/sous-abdominale/abdominale (Pour les cas extrêmes) Voir plus haut			
	Veste/gilet thoracique <u>Pas</u> recommandé pour le lit/la civière			



Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention des moins aux plus contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières et surveillance	Commentaires
<p>Automutilation délibérée ou agression envers les autres du moins contraignant au plus contraignant</p>	<p>Consulter aussi l'annexe C</p> <p>Chambre d'isolement Consulter le protocole relatif à l'isolement</p>			
	<p>Contention aux 4 points (ou aux 5 points p. ex. avec la contention abdominale, mais jamais la ceinture abdominale toute seule pour les cas d'agression)</p> <p><u>2 types disponibles :</u></p> <p>1. Bracelets en plastique recouverts de sangles de coton et avec une clé en métal</p> <p>2. « Pinel » Fait en Kevlar pare-balles, avec un revêtement doux en tissu. Comporte des fermetures Velcro et des clés magnétiques.</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COMPORTEMENT VIOLENT/AGRESSIF ○ RISQUE DE SUICIDE ○ AGITATION GRAVE <p>Pour les patients très agités, psychotiques ou violents, ou pour les patients qui risquent de s'automutiler ou de blesser autrui, en particulier lorsque la contention chimique n'est pas efficace ou contre-indiquée.</p> <p>Les cas <u>rare</u>s de psychose post-ictale, lorsque les patients risquent de se blesser ou de blesser autrui. Cela est différent de la période transitoire de confusion/d'agitation souvent observée après une convulsion.</p> <p>Contre-indications :</p>	<p><u>NE PAS UTILISER EN POSITION VENTRALE /PRONATION</u> (directive du Ministère)</p> <p>Une observation constante est requise. À surveiller attentivement (consulter le tableau 1 du protocole).</p> <p>Les ridelles de lit doivent toujours être relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit/une civière.</p> <p>Positionnement : <u>Position dorsale/couché sur le dos</u> : sur le dos, avec la tête du lit légèrement relevée (<u>angle de 30 degrés</u>) pour éviter l'aspiration</p>	<p>À UTILISER POUR LE LIT/LA CIVIÈRE</p> <p>À utiliser toujours en attachant tous les poignets et les chevilles, <u>PAS</u> seulement 2 ou 3 points.</p> <p>Les bracelets devraient être suffisamment serrés pour éviter de glisser, mais ils ne doivent pas restreindre la circulation sanguine ni causer des lésions nerveuses. Vous devez pouvoir glisser 1 à 2 bouts de doigts* entre la contention et le membre (* le nombre de doigts dépend de la taille de vos doigts et de la taille du poignet du patient).</p> <p>NE PAS attacher aux ridelles ou côtés de lit. Les sangles</p>



Automutilation délibérée ou agression envers les autres
(du moins contraignant possible au plus contraignant)
(suite)



Le système de contention Pinel a de nombreux avantages :

- 1) Choix entre deux positions pour les chevilles
- 2) Le patient ne peut pas retirer les bracelets avec ses dents lorsque les fermetures Velcro sont recouvertes avec les sangles
- 3) Peut être utilisé avec la ceinture avec courroies pelviennes et courroies pour les épaules
- 4) Le tissu pare-balles ne peut pas être arraché et difficilement déchiré
- 5) Peut s'utiliser sur les civières



REMARQUE : les systèmes de contention aux 4 points en cuir et en cuir synthétique seront

NE PAS utiliser pour les patients avec :

1. Antécédents d'abus/de torture (p. ex. survivants de l'holocauste, victimes d'agressions sexuelles, etc.)
2. Syndrome du canal carpien
3. Fracture du poignet
4. **NE PAS** utiliser la contention aux 4 points en cas de **délire** : peut occasionner des blessures/un décès. (Voir la définition plus bas, Insel et Badger, 2002).
5. Crises d'épilepsie (possibilité d'utiliser la contention aux 4 points **SEULEMENT** pour les rares cas de psychose post-critique)
6. **Hypertension intracrânienne (HIC) (possible avec tout traumatisme crânien).** Utiliser la médication appropriée pour diminuer la pression intracrânienne (PIC) et/ou utiliser des contentions pour les poignets. L'utilisation de la contention aux 4 points peut augmenter l'agitation et par conséquent, augmenter la PIC (voir les signes et les symptômes

en cas de vomissement.

Placer les chevilles à une distance d'environ **15 cm (6 po)** l'une de l'autre pour réduire le sentiment de vulnérabilité sexuelle.
Position latérale : les deux poignets sont attachés au cadre du lit/de la civière, les deux sur le même côté, et les chevilles sont attachées séparément, aux deux coins opposés, p. ex. la cheville gauche est attachée au coin droit, la cheville droite est attachée au coin gauche. La tête du lit peut rester à plat.

Même si le fabricant affirme que les aimants peuvent être utilisés sans danger avec un stimulateur cardiaque, par mesure de précaution, les aimants doivent être gardés à plus de **10 cm** d'un stimulateur cardiaque (*pacemaker*) à cause du risque de tachycardie et de la possibilité d'interférence avec d'autres équipements ou stimulateurs

doivent être attachées au cadre du lit, et elles doivent pouvoir suivre les mouvements du patient en cas d'ajustement de la hauteur ou de la position du lit. Sinon, la contention risque d'être trop ou pas assez serrée en cas d'ajustement de la position du lit.

L'utilisation des contentions aux 5 points (deux poignets, deux chevilles et abdomen) permet de passer d'une contention contraignante i.e. 5 points à une contention moins contraignante i.e. 1 point aussitôt que le patient commence à se calmer, à coopérer et/ou est médicamenté. La contention 1 point offre un filet de sécurité en cas de nouveaux épisodes violents dans les premiers temps suivant un code blanc.

Envisager l'emploi d'une « contention mobile » comme alternative au système de contention aux 4 points, en cas d'utilisation pour une longue période de temps (voir plus bas)



<p>progressivement supprimés, car ils ne peuvent pas être désinfectés.</p> <p>REMARQUE : les ridelles de lits doivent être relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit.</p>	<p>plus bas).</p> <p>7. Syndrome malin des neuroleptiques (SMN). Risque de décès comme conséquence de la prise de médicaments antipsychotiques, p. ex. le système de contention augmente l'agitation et cause une augmentation des niveaux d'enzymes (voir les signes et les symptômes plus bas)</p>	<p>électroniques. D'après le Ministère, l'entreprise n'a pas fourni de résultats de tests prouvant que les aimants peuvent être utilisés sans danger avec de l'équipement électronique.</p> <p>Les patients qui sont sous contention physique pendant une longue période de temps ont plus de risques de développer une embolie pulmonaire.</p> <p>Peut causer des blessures (directes ou indirectes). <u>Par exemple :</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Syndrome malin des neuroleptiques (voir p.47)2. Traumatisme psychologique et risque de revivre des abus/agressions du passé3. Augmentation de l'agitation4. Perte de la dignité5. Risque de blessures ou de décès en cas d'utilisation pour le délire. (Insel et Badger, 2002).6. Écorchure de la	
---	---	---	--



			peau 7. Lésions nerveuses si les bracelets sont trop serrés 8. Thrombophlébite / embolie pulmonaire (rapport coroner, Ontario, 2009) 9. Stress donc production cortisol → ↓ système immunitaire → ↑ risque d'infection	
Problème ou besoin du patient	Mesures préventives ou produits de contention des moins aux plus contraignants possibles	Indications / Contre-indications	Interventions et surveillance infirmières	Commentaires



<p>Automutilation délibérée ou agression envers les autres (du moins contraignant possible au plus contraignant) (suite)</p>	<p>Systèmes de « contention mobile »</p> <p>Un système de contention pour les poignets verrouillé à l'aide d'une clé de métal et attaché à une ceinture abdominale verrouillée (permet aux patients de manger, de boire avec une paille et d'utiliser la toilette de façon indépendante, sans risque de frapper les autres).</p>  <p><i>Posey version</i></p> <p>Un système de contention pour les chevilles verrouillé à l'aide d'une clé de métal et relié au moyen d'une sangle (permet au patient de marcher, mais pas de courir ni de donner des coups de pied).</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ COMPORTEMENT AGRESSIF/AGITATION GRAVE ○ COMPORTEMENT D'AUTOMUTILATION GRAVE ○ RISQUE DE SUICIDE <p>Une alternative au système de contention aux 4 points pour certains cas.</p> <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si le patient est désorganisé, trop dangereux ou trop sous sédation avec des risques de chutes. 	<p>Utiliser le système de contention aux 4 points si le patient se sent humilié d'être « enchaîné » et préfère être mis sous contention dans un lit.</p>	<p>Moins de complications physiques que pour la contention aux 4 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moins de complications dues à l'immobilité • Moins de risques de développer le SMN (p. ex. moins de lutte pour se libérer de la contention, donc moins de libération d'enzymes) <p>Les bracelets devraient être suffisamment serrés pour éviter de glisser, mais ils ne doivent pas restreindre la circulation sanguine ni causer des lésions nerveuses. Vous devez pouvoir glisser 1 à 2 bouts de doigts* entre la contention et le membre (* le nombre de doigts dépend de la taille de vos doigts et de la taille du poignet du patient).</p>
--	---	---	--	---



Annexe I (suite)

Définitions :

Le **délire** est un état de confusion aiguë et/ou une perturbation cognitive ou de la conscience qui dure plusieurs heures ou plusieurs jours. Les causes physiologiques doivent être diagnostiquées et traitées, p. ex. l'état médical, l'intoxication, ou le sevrage de drogues ou d'alcool. (Insel et Badger, 2002).

Signes et symptômes de l'hypertension intracrânienne (HIC) (Hickey, J.V., 2003) :

- Diminution de l'état de conscience/ léthargie
- Dysfonctionnement papillaire
- Faiblesse motrice
- Déficits sensoriels
- Paralysies du nerf crânien
- Céphalées (maux de tête)
- Convulsions
- Vomissements
- Tachycardie
- Changements du rythme respiratoire

Signes et symptômes du syndrome malin des neuroleptiques (SMN) :

Une variante du SMN peut se présenter, avec seulement 2 ou 3 des symptômes suivants

- Changements de l'état mental
- Rigidité
- Hyperthermie
- Dysfonctionnement autonome
(p. ex. peut aller du rythme cardiaque rapide et irrégulier, à l'hypertension et jusqu'à la tachypnée, la diaphorèse et l'incontinence urinaire)
- Il faut porter attention à la dysphagie, à la dysarthrie, à la sialorrhée, à l'akinésie, à la bradykinésie, aux tremblements, et à la variation de l'état de conscience.
- Le patient peut d'abord sembler alerte, mais devenir agité par la suite.
- D'autres symptômes neurologiques, tels que les crises, l'ataxie et le nystagmus peuvent se développer
(Raff, A., 2001)

Les causes physiologiques doivent être diagnostiquées et traitées, p. ex. l'état médical, l'intoxication, ou le sevrage de drogues ou d'alcool. (Insel et Badger, 2002).



Annexe J

Produits de prévention et de contention pédiatriques

Remarque : Pour choisir un type de contention physique, il faut d'abord choisir la contention la moins contraignante possible, puis aller vers celles qui sont plus contraignantes. Le type de contention choisi dépend du problème clinique, de l'état mental du patient et de ses capacités physiques à se blesser ou à se faire du mal, à lui-même ou à autrui. (Consulter également l'annexe F pour les mesures préventives.)

Remarque : De nombreux **décès** sont survenus suite à l'utilisation de la contention physique. **Les rapports des médecins légistes ont attribué ces décès à différentes causes** : le manque de formation du personnel, le manque de surveillance des patients, un mauvais choix dans la taille de la contention, un choix inapproprié du type de contention par rapport au problème présenté, et une application inappropriée de la contention.

Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
Risque d'errance	<p>Présence de la famille ou Observation constante</p> <p>Portes de l'unité verrouillées si cela s'applique</p> <p>Chaise haute ou poussette avec ceinture de sécurité</p>		<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DÉLIRE p. ex. altération de l'état de conscience • Tout-petits/enfants présentant un retard de développement 		<p>Utiliser seulement les dispositifs adaptés à l'âge du patient.</p> <p>Consulter l'équipe de liaison psychiatrique pour les stratégies d'intervention relatives au délire.</p>
<p>Sortir de la chaise avec risque de tomber</p> <p>Glisser hors de la chaise</p>		<p>Ceinture de sécurité sur les fauteuils roulants/ poussettes</p> <p>Ceinture de sécurité et/ou tablette sur les chaises hautes ou</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour ÉVITER DE SE LEVER OU DE TOMBER DE LA CHAISE, mais <u>n'évite pas</u> de glisser 		<p>Utiliser les dispositifs adaptés à l'âge du patient.</p> <p>Pour les patients qui risquent de glisser de leur chaise/fauteuil, mettre du tissu antidérapant sur le siège et surveiller attentivement pour éviter</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
		les fauteuils roulants (la ceinture de sécurité est une mesure de contention si le patient ne peut pas l'enlever)			une compression du diaphragme, qui peut causer un décès.
Tomber/glisser hors de la chaise Sortir de la <u>chaise</u> avec risque de tomber		Contention abdominale (Pinel)		Il n'est PAS recommandé de l'utiliser avec une chaise afin d'éviter de glisser hors de la chaise, à cause du risque de compression du diaphragme et de décès.	
Sortir de la <u>chaise</u> avec risque de tomber ou Tendance à pencher, basculer, tomber en avant de la <u>chaise</u>		Fauteuil roulant spécial avec tablette (don spécial)	Indications : • PARALYSIE OU MANQUE DE TONUS MUSCULAIRE Maintient le corps dans le bon alignement	Consulter le tableau 2 pour la surveillance.	En cas de risque de glissement hors de la chaise, utiliser du tissu antidérapant, un coussin angulaire ou une contention sous-abdominale/à l'aîne (en dernier recours)
Tendance à pencher, basculer, tomber en avant de la <u>chaise</u>		Contention thoracique (veste/gilet) PAS de nouvelles commandes (essayer le support	Indications : • PARALYSIE ou manque de tonus musculaire • Les enfants en chaise haute ou les carrosses de	PAS de vestes à col haut à cause du risque de strangulation Consulter le tableau 2 pour la surveillance.	Utiliser seulement les « vestes à col bas », qui se croisent devant la poitrine, p. ex. le « V » de la veste/du gilet doit être sur la poitrine du patient



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
<p>ou</p> <p>Risque de grimper hors du lit/de la couchette</p> <p><u>SEULEMENT</u> dans les cas exceptionnels</p>		<p>de torse avec fermetures Velcro)</p> <p>Disponibilité : à la buanderie.</p>	<p>bébé pour éviter de tomber en avant, ou pour ceux qui arrivent à se libérer de la ceinture de sécurité.</p> <p>UTILISATION EXCEPTIONNELLE DANS UN LIT : Utiliser SEULEMENT la veste/le gilet de contention thoracique dans le lit si le patient est trop petit pour une ceinture abdominale Pinel ou s'il ne supporte pas le dôme.</p> <p>Contre-indications : Directives de l'entreprise « Posey ». <u>NE PAS</u> utiliser pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • « des patients agressifs, agités ou suicidaires » • « des patients avec stomies, colostomies, sonde gastrique, hernie, MPOC • des incisions post- 	<p><u>D'après le Ministère</u> : les patients qui portent des vestes thoraciques doivent être surveillés très attentivement et <u>être toujours à portée de vue de l'équipe de soins</u> (p. ex. devant le poste de soins infirmiers).</p> <p>NE PAS utiliser <u>tout seul</u> pour les patients qui glissent sur leur chaise, p. ex. utiliser avec une contention pelvienne/à l'aîne.</p> <p>NE PAS utiliser dans un <u>lit</u>, p. ex. la contention abdominale est une alternative pour éviter aux enfants de grimper hors du lit ou par-dessus la balustrade de la couchette. (voir « Utilisation exceptionnelle dans un lit » dans la colonne des indications)</p> <p>Peut augmenter l'agitation.</p>	<p>(et pas dans son dos) pour éviter tout risque d'étranglement.</p> <p>Utiliser la taille appropriée. La contention devrait être bien ajustée, sans empêcher la respiration. Vous devez pouvoir glisser 2 doigts (enfants) ou votre main à plat (adolescents de taille adulte) entre la contention et le diaphragme du patient.</p> <p>Les nœuds/boucles doivent être hors de la portée du patient pour qu'il ne puisse pas les défaire. Si les nœuds rapides et faciles à défaire ne sont pas utilisés, il faut garder une paire de ciseaux à proximité en cas d'urgence.</p> <p>En cas d'utilisation dans une chaise/un carrosse, s'assurer que le patient ne glisse pas et éviter tout risque de strangulation ou de compression du diaphragme pouvant causer un décès. La méthode de fixation aux différents types de chaises</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
			opératoires risquant d'être compromises par la pression, <ul style="list-style-type: none"> patients avec équipement de surveillance, des tubulures risquant d'être compromis par le frottement de la contention ». 		doit être adaptée en fonction de la chaise pour éviter les blessures.
Tendance à pencher, basculer, tomber en avant de la chaise		Ceintures abdominales		Il n'est <u>PAS</u> recommandé d'utiliser les contentions abdominales Segufix ou Pinel dans les chaises (recommandation du Comité de contention physique du CUSM).	
Tomber hors du lit	Présence de la famille		Indications : <ul style="list-style-type: none"> DÉLIRE p. ex. altération de l'état de conscience 		Si la présence d'un membre de la famille augmente l'agitation, exiger que le patient soit sous observation constante.
	Coussin angulaire pour le lit (Pas un produit de contention) n°MMS : S'ajuste derrière le dos et les fessiers.		Indications : <ul style="list-style-type: none"> POUR ÉVITER toute rotation dans le lit ou pour éviter de glisser entre le matelas et la ridelle de lit ou entre les ridelles de lit. 		



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
	Bordures de protection n°MMS 10-02-075862 Bordures rembourrées et recouvertes de vinyle, s'ajustent sur les ridelles de lit		Indications : <ul style="list-style-type: none"> • POUR ÉVITER DE GLISSER entre les ridelles de lit, entre le matelas et la ridelle de lit ou dans l'ouverture des demi-ridelles de lit. 		
suite Tomber hors du lit	Barrière de protection des ouvertures Panneau infranchissable, rembourré et recouvert de vinyle		Indications : <ul style="list-style-type: none"> • POUR ÉVITER DE GLISSER entre les ridelles de lit, entre le matelas et la ridelle de lit ou dans l'ouverture des demi-ridelles de lit. 		
	Ridelles ou côtés de couchette : Doivent être relevés en tout temps, lorsqu'on ne s'occupe pas du patient. Remarque : les ridelles de lit doivent toujours être relevés et les ouvertures des ridelles de lit	Ridelles de lit Seules 2 ridelles de lit complètes ou 4 demi-ridelles de lit sont considérées comme une contention.	Indications : <ul style="list-style-type: none"> • DÉLIRE p. ex. altération de l'état de conscience • Aident à tourner et à repositionner le patient, fournissent un appui manuel pour aider à sortir du lit, procurent un sentiment de confort et de sécurité pour certains patients, 		Santé Canada (1995) : <u>Les risques potentiels comprennent :</u> L'étranglement, la suffocation, des blessures corporelles ou un décès peuvent survenir si le patient (ou une partie de son corps) reste coincé entre les ridelles <u>ou</u> entre les ridelles de lit et le matelas. Il existe un risque de chutes si le patient grimpe par-dessus les ridelles de lit. « Garder les

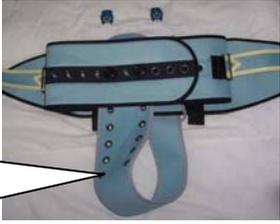


Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
	<p>bloquées à l'aide d'une bordure/ barrière de protection en cas d'utilisation de mesures de contention physique attachées au cadre du lit.</p>		<p>réduisent le risque de tomber pendant le transport, facilitent l'accès aux commandes du lit et aux articles de soins personnels (Santé Canada, 1995)</p> <p>Contre-indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • NE PAS utiliser si le patient continue à grimper par-dessus les ridelles de lit ou à sortir par le pied du lit. • « ...NE devrait PAS être utilisé comme moyen de contention pour un patient sévèrement agité ou souffrant de confusion mentale grave » (Santé Canada, 1995) 		<p>ridelles complètement relevées et le lit en position horizontale la plus basse lorsque le patient dort, à moins que son état médical ne requiert d'autres mesures ».</p> <p>« Si les demi-ridelles sont utilisées et qu'il existe un risque que le patient glisse accidentellement dans l'espace entre les deux demi-ridelles, s'assurer que le lit, <i>en position horizontale, dispose d'un espace maximal de 60 mm entre les demi-ridelles</i> ou utiliser une barrière de protection recommandée par le fabricant du lit et un système de ridelles pour réduire l'ouverture à 60 mm ou moins ».</p>
<p>Risque de grimper par-dessus la balustrade de la couchette</p>		<p>Dôme (contention environnementale, p. ex. isolement)</p> <p>n°MMS : </p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants à risque de grimper par-dessus les côtés de lits. Le dôme est placé 		<p>S'assurer que le dôme est bien fixé et sécuritaire.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
		Disponibilité : appeler le porteur; il ira le chercher au sous-sol. 	sur le dessus de la couchette pour éviter les chutes. Contre-indications : Ne pas utiliser si le patient devient plus agité ou plus angoissé.		
Tomber hors du lit, grimper par-dessus la balustrade du lit/ de la couchette	Présence de la famille		Indications : <ul style="list-style-type: none"> • DÉLIRE p. ex. altération de l'état de conscience • AGITATION légère à modérée • Patients qui NE SUPPORTENT PAS LE DÔME 		Si la présence d'un membre de la famille augmente l'agitation, exiger que le patient soit sous observation constante.
		Ceinture abdominale « Pinel » Pour le lit ou la civière. Faite en Kevlar pare-balles, avec un revêtement doux en tissu. Comporte des fermetures Velcro et des clés magnétiques. Ininflammable.	Indications : <ul style="list-style-type: none"> ○ DÉLIRE ○ AGITATION légère à modérée ○ Risque élevé de chutes ○ Permet d'avoir une mobilité partielle dans le lit, tel s'asseoir sur le bord du lit, se tourner d'un côté à l'autre du lit. 	EN CAS D'URGENCE : La clé magnétique doit être conservée à côté du lit, car les sangles peuvent être coupées mais avec de gros ciseaux seulement. REMARQUE : les ridelles de lit doivent être relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit. Ne doit pas être trop serré ni compromettre la	Les sangles latérales limitent le fait de rouler latéralement, et limitent ainsi le risque de faire basculer la civière. La sangle pour les épaules et la courroie pelvienne/à l'aine (« queue de castor ») sont disponibles pour éviter que le patient ne sorte de la ceinture ou ne glisse. Même si le fabricant affirme que les aimants peuvent



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
<p>suite : Tomber hors du lit, grimper par-dessus la balustrade du lit/ de la couchette</p>	<p>Courroie pelvienne appelée "beaver tail". Prière d'appliquer</p>	 <p>Une ceinture qui s'attache autour de la taille et qui est sécurisée par une bande autour du matelas.</p> <p>Extension pour les patients obèses.</p>  <p>Sangle latérale La ceinture abdominale doit être utilisée avec les sangles latérales pour éviter une rotation complète du patient (180° - rotation dans le lit/glisement sur le côté du lit ou glissement entre le matelas et la ridelle</p>	<p>Contre-indications :</p> <p>Ne pas utiliser chez les patients avec :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracture de la hanche 2. Problèmes abdominaux/ chirurgicaux, p. ex. colostomie, blessures, ascites, etc. 3. Grossesse 4. Difficultés respiratoires 	<p>respiration. Vous devez pouvoir glisser votre main à plat entre la contention et la taille du patient. Le glissement vers le bas dans le lit peut causer une compression du diaphragme et peut occasionner un décès.</p> <p>Peut augmenter l'agitation.</p> <p><u>Il est préférable d'utiliser la courroie pelvienne pour tout patient nouvellement admis</u> jusqu'à ce que son comportement soit évalué afin de prévenir qu'il tente de sortir par le bas.</p> <p>Ne jamais mettre plus de 4 (quatre) couches de tissus sous un bouton noir. S'il y a plus de 4 couches, il sera impossible de détacher le bouton avec la clé magnétique. Les deux options sont de couper la contention ou de détacher le bouton noir avec des pinces comme pour une bouteille avec capsule.</p> <p>Les patients qui sont sous contention physique</p>	<p>être utilisés sans danger avec un stimulateur cardiaque, par mesure de précaution, les aimants doivent être gardés à plus de 10 cm d'un stimulateur cardiaque (<i>pacemaker</i>) à cause du risque de tachycardie.</p> <p>La clé magnétique peut être fixée à une potence pour i.v., mais PAS aux boîtiers métalliques des équipements électroniques.</p> <p>Les clés/boutons verrouillables devraient être remplacés environ tous les 2 ans. Les fermetures Velcro s'usent avec le temps, vérifier leur résistance et si elle est faible, communiquer avec l'entreprise pour les remplacer. Pour les lits munis de demi-ridelles de lit, il est recommandé d'utiliser des barrières de protection des ouvertures avec une contention abdominale pour éviter de glisser entre les ridelles. Consulter la rubrique « commentaires » des ridelles de lit.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
suite : Tomber hors du lit, grimper par-dessus la balustrade du lit/ de la couchette		de lit).  Courroie pour les épaules  La sangle pour les épaules peut être attachée à la ceinture abdominale pour éviter que le patient ne glisse par la tête du lit.		pendant une longue période de temps ont plus de risques de développer une embolie pulmonaire. Consulter le service de gériatrie pour les stratégies d'intervention relatives au délire.	
Contusions/ lacérations	Bordures de protection pour les ridelles de lit Voir plus haut				
	Casque souple MMS 10-02-076494 XXPETIT 10-02-076495 XPETIT 10-02-076496 PETIT		Indications : • Pour éviter les TRAUMATISMES CRÂNIENS		Fixations optionnelles : Protecteur de menton et de visage =MMS 10-02-076500 Coussinets ovales en mousse MMS 10-02-076501
Risque de	REMARQUE :	Mitaines Produit pas disponible en	Indications : • DÉLIRE p. ex.	Consulter le tableau 2 pour	Avant de les appliquer, enlever tous les fils qui



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
<p>retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical</p> <p>ou</p> <p>Risque d'égratigner la peau</p>	<p>Couper les ongles comme mesure préventive pour éviter le risque d'égratignure</p>	<p>2010 pour la pédiatrie et le nourrisson</p> <p>PAS DE MITAINES FAITES MAISON ou TRICOTÉES</p>	<p>altération de l'état de conscience</p> <ul style="list-style-type: none"> • AGITATION légère à modérée <p>Contre-indications :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arthrite du poignet 2. Contractures du tendon fléchisseur 3. Patient ayant la capacité cognitive de savoir enlever les mitaines 4. Instabilité gléno-humérale, p. ex. subluxation de l'articulation de l'épaule/ du poignet (si la mitaine est attachée au cadre du lit à l'aide d'une sangle) 	<p>la surveillance.</p> <p>Utiliser seulement les sangles optionnelles à attacher au cadre du lit en cas de nécessité, pour éviter des blessures ou une interruption du traitement.</p> <p>Peut causer des blessures (directes ou indirectes) p. ex. des contractures du tendon fléchisseur ou une diminution de la circulation si le lien est trop serré.</p> <p>Vous devez pouvoir glisser 1 doigt (enfants) ou 2 doigts (adolescents de taille adulte) entre la contention et le poignet du patient.</p> <p>Consulter l'équipe de liaison psychiatrique pour les stratégies d'intervention relatives au délire.</p>	<p>dépassent à l'intérieur, car ils risquent de s'enrouler autour des doigts et de bloquer la circulation sanguine.</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
<p>Risque de retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical</p>	 	<p>Immobilisateur de coude pédiatrique</p> <p>Une seule taille (petite). Pour les patients de 3 ans ou moins.</p> <p>Pour les enfants plus grands, essayer la version pour adultes.</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • DÉLIRE p. ex. altération de l'état de conscience • AGITATION légère à modérée • Permet d'éviter le retrait des tubes, ou d'abîmer la réparation de la fissure du palais en limitant la flexion du bras. <p>Contre-indications :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contractures du tendon fléchisseur 2. Patient ayant la capacité cognitive de savoir l'enlever. 	<p>Consulter le tableau 2 pour la surveillance.</p> <p>Attention au risque de contractures articulaires dues à l'immobilisation.</p>	<p>Permet d'éviter que l'enfant ne retire les tubes, les drains, la trachéotomie etc. en limitant la flexion des bras.</p> <p>Pour éviter d'abîmer la réparation de la fissure du palais.</p>
<p>suite :</p> <p>Risque de retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical</p>		<p>Planches réutilisables pour les bras/jambes</p> <p>Disponibilité : toutes les unités.</p> 	<p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> • DÉLIRE p. ex. altération de l'état de conscience • AGITATION légère à modérée • Pour immobiliser les membres et maintenir les i.v. en place pendant la thérapie. 	<p>Vérifier fréquemment la peau de l'enfant pour voir les zones d'appui. Desserrer le ruban adhésif s'il est trop serré.</p> <p>Vérifier si les planches sont humides. Si c'est le cas, les changer sur-le-champ et surveiller les ruptures de l'épiderme.</p> <p>Attention au risque de contractures articulaires dues à l'immobilisation.</p>	<p>S'assurer que la contention est correctement appliquée pour éviter les restrictions (voir l'immobilisation des i.v.).</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
suite : Risque de retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical				Consulter le tableau 2 pour la surveillance.	
		Sangles « souples » de contention pour les membres Faites en tissu Pour les cas extrêmes n°MMS 10-02-066870 Nourrisson n°MMS 10-02-075768 Pédiatrique	Indications : <ul style="list-style-type: none"> • DÉLIRE p. ex. altération de l'état de conscience • AGITATION légère à modérée • Pour empêcher l'accès aux sites chirurgicaux et pour éviter que l'enfant ne retire tubulures, drains, trachéotomie, etc., <u>et si les mitaines ou les contentions pour le coude ne sont pas appropriées ou efficaces.</u> • Peut être utilisé comme contention aux 4 points pour comportements agressifs. Cependant la contention aux 4 points Pinel est préférable pour les adolescents. Contre-indications : <ul style="list-style-type: none"> • Agitation/ 	Si le patient est mis sous contention sur le dos, la tête du lit/de la civière doit être relevée de 30 degrés pour éviter tout risque d'aspiration. S'assurer que la contention a été attachée de manière sécuritaire avec des nœuds rapides et faciles à défaire hors de la portée du patient. Consulter le tableau 2 pour les normes de surveillance.	Peut causer des blessures (directes ou indirectes) <u>Par exemple :</u> 1) Entorses ou luxation du poignet/de l'épaule, notamment si le patient tire sur la contention et si les liens des bracelets sont trop courts 2) Diminution de la circulation et écorchures si le bracelet est trop serré, etc. Vous devez pouvoir glisser 1 doigt (enfants) ou 2 doigts (adolescents de taille adulte) entre le poignet du patient et le bracelet de contention.



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
Suite : Risque de retrait des tubes ou d'interruption du traitement médical			comportement agressif sévère chez les adolescents <ul style="list-style-type: none"> • Arthrite articulaire dans le membre destiné à être mis sous contention • Contractures du tendon fléchisseur • Fractures des membres ou de la clavicule • Instabilité gléno-humérale, p. ex. subluxation de l'articulation de l'épaule/ du poignet 		
		Sangles jetables de contention pour les membres	Indications : <ul style="list-style-type: none"> • DÉLIRE p. ex. altération de l'état de conscience • AGITATION légère à modérée • Seulement pour une utilisation de courte durée (p.ex. unités d'urgence, soins intensifs, salle de réveil) Contre-indications :	Consulter les contre-indications des sangles « souples » de contention pour les membres. Consulter le tableau 2 pour les normes de surveillance Attacher avec des nœuds à détachement rapide	S'assurer que la contention a été attachée de manière sécuritaire avec des nœuds rapides et faciles à défaire hors de la portée du patient. Consulter les commentaires relatifs aux sangles « souples » de contention plus haut.



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
			<p>PAS pour une utilisation à long terme, p. ex. les sangles « souples » de contention pour les membres sont préférables, car elles abîment moins la peau.</p>		
		<p>Contentions de type momie (Contention avec couverture)</p> <p>Disponibilité: à la buanderie</p>	<p>Indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour positionner et immobiliser le bébé pendant l'insertion de sondes nasogastriques, d'i.v. ou pendant l'approvisionnement en sang. 	<p>Enrouler le(s) bras placés le long du corps avec la couverture, recroiser sur le devant du corps puis coincer la couverture par en-dessous.</p> <p>La couverture serrée sur la poitrine ne doit pas compromettre la respiration</p>	
<p>suite :</p> <p>Risque d'interruption du traitement médical</p>		<p>Planche d'immobilisation Papoose</p> 	<p>Indications :</p> <p>SEULEMENT pour une utilisation de courte durée, pendant tout test diagnostique/ procédure notamment insertion de cathéters veineux par voie centrale, de cathéters jugulaires et lors de dénudations. (clinique d'ORL, unité</p>	<p>La planche serrée sur la poitrine ne doit pas compromettre la respiration.</p> <p>À consulter : les considérations spéciales dans le protocole.</p>	



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
			d'urgence, clinique de dermatologie, imagerie médicale).		
Automutilation délibérée ou agression envers les autres (du moins contraignant possible au plus contraignant)	Consulter aussi les annexes B, C, E, F	Chambre d'isolement Consulter le protocole relatif à la chambre d'isolement			
Suite : Automutilation délibérée ou agression envers les autres (du moins contraignant possible au plus contraignant)		Contention aux 4 points « Pinel » (ou aux 5 points avec la ceinture abdominale, mais jamais la ceinture abdominale toute seule pour les cas d'agression) POUR LE LIT/LA CIVIÈRE Fait en Kevlar pare-balles, avec un revêtement doux en tissu. Comporte des fermetures Velcro et des clés magnétiques.	INDICATIONS : <ul style="list-style-type: none"> • Comportement violent/ agressif envers soi-même ou les autres • AGITATION GRAVE • Pour les patients très agités, psychotiques ou violents, ou pour les patients qui risquent de s'automutiler ou de blesser autrui, en particulier lorsque la contention chimique n'est pas efficace ou contre-indiquée. • Les cas <u>rare</u>s de psychose post- 	<u>NE PAS UTILISER EN POSITION VENTRALE/PRONATION</u> (directive du Ministère) Tête du lit à 30°.	Les bracelets devraient être suffisamment serrés pour éviter de glisser, mais ils ne doivent pas restreindre la circulation sanguine ni causer des lésions nerveuses. Vous devez pouvoir glisser 1 doigt (enfants) ou 2 doigts (adolescents de taille adulte) entre la contention et le membre.
				<u>Une observation constante est requise.</u> <u>(consulter le tableau 1).</u> À utiliser toujours en attachant tous les poignets et les chevilles, <u>PAS</u> seulement 2 ou 3 points.	Les ridelles de lit doivent toujours être relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit/une civière.
				Même si le fabricant affirme que les aimants peuvent être utilisés sans danger avec un stimulateur cardiaque, par mesure de précaution, les aimants doivent être gardés à plus de 10 cm d'un stimulateur cardiaque	Positionnement : <u>Position dorsale/couché sur le dos :</u> sur le dos, avec la tête du lit légèrement



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Automutilation délibérée ou agression envers les autres (du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>		 <p><u>Le système de contention Pinel a de nombreux avantages :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Choix entre deux positions pour les chevilles 2) Le patient ne peut pas retirer les bracelets avec ses dents lorsque les fermetures Velcro sont recouvertes avec les sangles 3) Possède des fixations, fixations pelviennes et licou 4) Le tissu pare-balles ne peut pas être arraché ni déchiré 5) <u>Peut</u> s'utiliser sur les civières 	<p>ictale, lorsque les patients risquent de se blesser ou de blesser autrui. Cela est différent de la période transitoire de confusion/ d'agitation souvent observée après une crise.</p> <p>Contre-indications :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antécédents d'abus/de torture (p. ex. survivants de l'holocauste, victimes d'agressions sexuelles, etc.) 2. Syndrome du canal carpien 3. Fracture du poignet 4. NE PAS utiliser la contention aux 4 points en cas de délire : peut occasionner des blessures/un décès. (Voir la définition plus bas, Insel et Badger, 2002). 5. Crises d'épilepsie (possibilité d'utiliser la contention aux 4 points SEULEMENT 	<p>(<i>pacemaker</i>) à cause du risque de tachycardie et de la possibilité d'interférence avec d'autres équipements électroniques. D'après le Ministère, l'entreprise n'a pas fourni de résultats de tests prouvant que les aimants peuvent être utilisés sans danger avec de l'équipement électronique.</p> <p>Peut causer des blessures (directes ou indirectes). <u>Par exemple :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Syndrome malin des neuroleptiques (voir la fin de l'annexe I) 2. Traumatisme psychologique et risque de revivre des abus/agressions du passé 3. Augmentation de l'agitation 4. Perte de la dignité 5. Risque de blessures ou de décès en cas d'utilisation pour le délire. (Insel et Badger, 2002). 6. Écorchure de la peau 7. Lésions nerveuses si les bracelets sont trop serrés 8. Thrombophlébite / embolie pulmonaire 	<p>relevée (angle de 30 degrés) pour éviter l'aspiration en cas de vomissement. Placer les chevilles à une distance d'environ 15 cm (6 po) l'une de l'autre pour réduire le sentiment de vulnérabilité sexuelle. <u>Position latérale</u> : les deux poignets sont attachés au cadre du lit/de la civière, les deux sur le même côté, et les chevilles sont attachées séparément, aux deux coins opposés, p. ex. la cheville gauche est attachée au coin droit, la cheville droite est attachée au coin gauche. La tête du lit peut rester à plat.</p> <p>Les ridelles de lit doivent être relevées lorsqu'un patient est mis sous contention dans un lit. NE PAS attacher les sangles aux ridelles ou côtés de lit. Les sangles doivent être attachées au cadre du lit, et elles doivent pouvoir suivre les mouvements du patient en cas d'ajustement de la hauteur ou de la position</p>



Problème ou besoin du patient	Mesures ou produits préventifs	Produits de contention	Indications / Contre-indications	Interventions infirmières	Commentaires
<p>Suite :</p> <p>Automutilation délibérée ou agression envers les autres (du moins contraignant possible au plus contraignant)</p>			<p>pour les rares cas de psychose post-ictale)</p> <p>6. Hypertension intracrânienne (HIC) (possible avec tout traumatisme crânien). Utiliser la médication appropriée pour diminuer la pression intracrânienne (PIC) et/ou utiliser des contentions pour les poignets. L'utilisation de la contention aux 4 points peut augmenter l'agitation et par conséquent, augmenter la PIC (voir les signes et les symptômes à la fin de l'annexe I).</p> <p>7. Syndrome malin des neuroleptiques (SMN). Risque de décès comme conséquence de la prise de médicaments antipsychotiques, p. ex. le système de contention augmente l'agitation et cause une augmentation des niveaux d'enzymes (voir les signes et les symptômes plus bas)</p>	<p>(rapport coroner, Ontario, 2009)</p> <p>9. Stress donc production cortisol → ↓ système immunitaire → ↑ risque d'infection</p>	<p>du lit. Sinon, la contention risque d'être trop ou pas assez serrée en cas d'ajustement de la position du lit.</p>





Quelques définitions :

Le délire est un état de confusion aiguë et/ou une perturbation cognitive ou de la conscience qui dure plusieurs heures ou plusieurs jours.

Les causes physiologiques doivent être diagnostiquées et traitées, p. ex. l'état médical, l'intoxication, ou le sevrage de drogues ou d'alcool

(Insel et Badger, 2002).

Signes et symptômes de l'hypertension intracrânienne (HIC) (Hickey, J.V., 2003) :

- Diminution de l'état de conscience/ léthargie
- Dysfonctionnement papillaire
- Faiblesse motrice
- Déficits sensoriels
- Paralysies du nerf crânien
- Céphalées (maux de tête)
- Crises
- Vomissements
- Accélération du pouls
- Changements du rythme respiratoire

Signes et symptômes du syndrome malin des neuroleptiques (SMN) : Une variante du SMN peut se présenter, avec seulement 2 ou 3 des symptômes suivants (Raff, A., 2001)

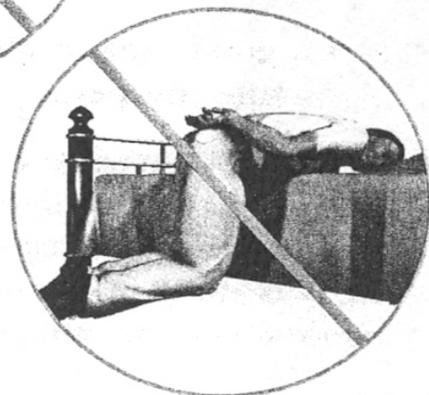
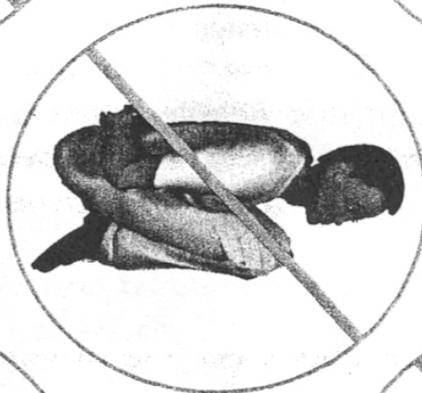
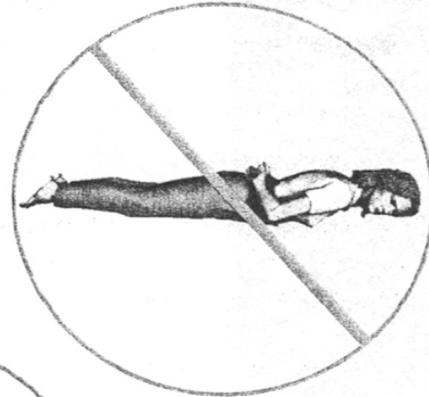
- Changements de l'état mental
- Rigidité
- Hyperthermie
- Dysfonctionnement autonome
(p. ex. peut aller du rythme cardiaque rapide et irrégulier, à l'hypertension et jusqu'à la tachypnée, la diaphorèse et l'incontinence urinaire.)
- Il faut porter attention à la dysphagie, à la dysarthrie, à la sialorrhée, à l'akinésie, à la bradykinésie, aux tremblements, et à la variation de l'état de conscience.
- Le patient peut d'abord sembler alerte, mais devenir agité.
- D'autres symptômes neurologiques, tels que les crises, l'ataxie et le nystagmus peuvent se développer.

Les causes physiologiques doivent être diagnostiquées et traitées, p. ex. l'état médical, l'intoxication, ou le sevrage de drogues ou d'alcool

(Insel et Badger, 2002).



High-Risk Positions for *Restraint-Related Positional Asphyxia*

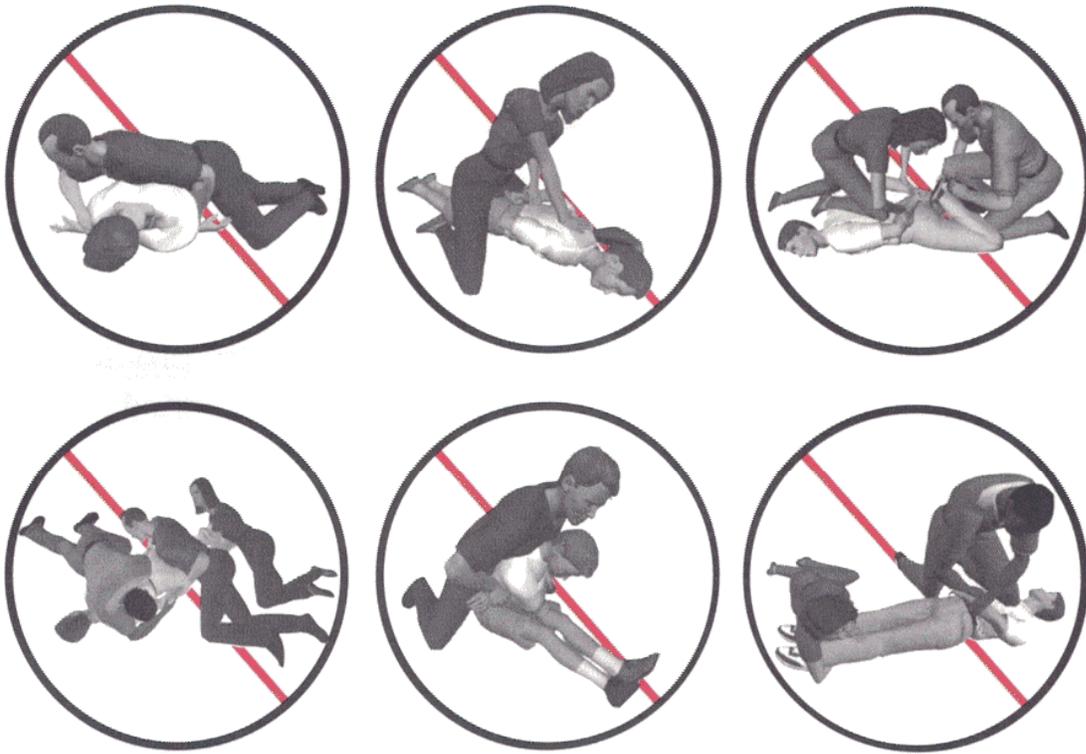


All of these positions interfere with a person's ability to breathe. While these positions are different, they share a common factor: When forcefully maintained, each of them prevents the diaphragm (the largest muscle of respiration) from working. If the diaphragm is not allowed room to move down into the abdomen, breathing is seriously restricted. And when a forcefully-maintained position hinders both chest and abdomen movement—the result can be fatal.

©2002 Crisis Prevention Institute. *Risks of restraints: Understanding restraint-related positional asphyxia.*
Contenu utilisé avec la permission du Crisis Prevention Institute, seulement à usage interne pour le personnel du Centre universitaire de santé McGill. Tous droits réservés.



High-Risk Positions for *Restraint-Related Positional Asphyxia*



All of these positions may interfere with a person's ability to breathe. While these positions are different, they share a common factor: When forcefully maintained, each of them could prevent the diaphragm (the largest muscle of respiration) from working. If the diaphragm is not allowed room to move down into the abdomen, breathing is seriously restricted. And when a forcefully maintained position hinders both chest and abdomen movement—the result can be fatal.

©2002 Crisis Prevention Institute. *Risks of restraints: Understanding restraint-related positional asphyxia.* Contenu utilisé avec la permission du Crisis Prevention Institute, seulement à usage interne pour le personnel du Centre universitaire de santé McGill. Tous droits réservés.



Annexe M

REMARQUE : NE JAMAIS ATTACHER LES SANGLES DE CONTENTION AUX RIDELLES OU CÔTÉS DE LIT.

Posey Quick-Release Ties

When using a restrictive product that must be tied, always secure the product using quick-release ties. When using a restraint in bed, always attach the straps or ties to the moveable part of the bed frame at a juncture of the frame where they will not slide. Never secure restraint straps to side rails. Always secure tie straps and buckles out of reach of the patient. For more information, consult your Posey District Sales Manager or Customer Service at 1-800-44-POSEY.

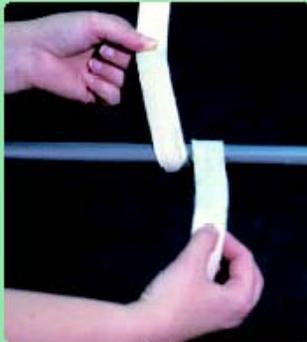


Fig. 1

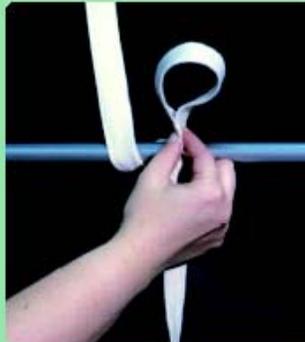


Fig. 2



Fig. 3

* La barre n'est pas une ridelle de lit

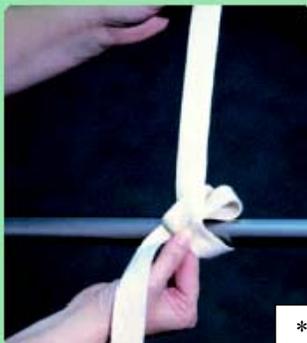


Fig. 4

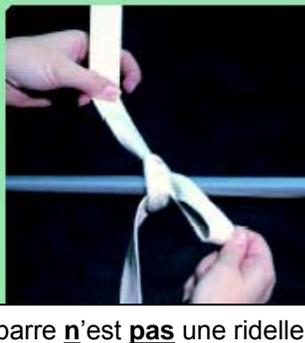


Fig. 5

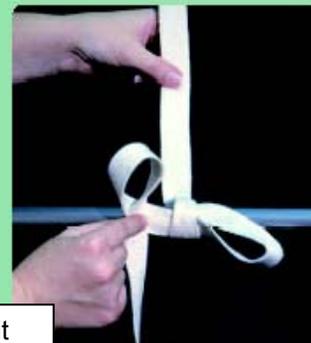


Fig. 6

* La barre n'est pas une ridelle de lit

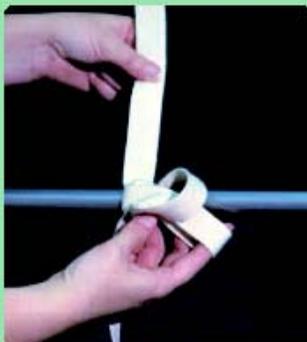


Fig. 7



Fig. 8

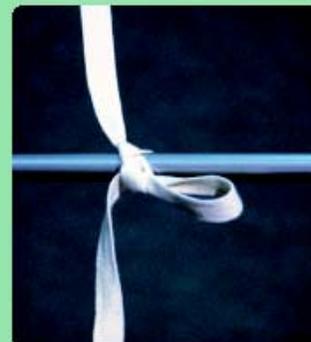


Fig. 9



© 2006 J.T. Posey Company. All rights reserved.

Document PDF fourni avec la permission de l'entreprise J.T. Posey, Arcadia, Californie



Annexe N

Nettoyer et désinfecter les PRODUITS DE CONTENTION

(*) Articles envoyés à la buanderie pour être nettoyés et désinfectés : Placer l'article dans un sac en filet (1 article par sac) pour garantir que le produit soit bien en contact avec l'eau et les désinfectants. Les sacs comportent des codes de couleur en fonction du site et ils sont étiquetés avec le nom du site hospitalier et le logo du CUSM, p. ex. « MGH ».

Articles endommagés : Inspecter chaque article **avant de l'utiliser**. Si l'article est endommagé, mettre l'article PROPRE dans le sac de orange attaché au chariot de buanderie. Attacher une note explicative « endommagé/taché/à réparer ». Tous les articles doivent être nettoyés/désinfectés avant d'être donnés à la couturière.

Règle générale pour le nettoyage et la désinfection : Tout « matériau poreux » (p. ex. le tissu) doit être envoyé à la buanderie. Utiliser des chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital pour tout « matériau non poreux » (p. ex. le plastique, le vinyle, le métal, le bois, les fils électriques, etc.)

REMARQUE : le cuir et le cuir synthétique (similicuir) ne peuvent pas être correctement désinfectés.

REMARQUE : toute unité qui utilise sa propre laveuse pour laver/ désinfecter les produits de contention réutilisables doit communiquer avec le service de prévention des infections.

Produit de CONTENTION	À envoyer à la buanderie dans un sac en filet (*)	Chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital	Buanderie (*) et chiffons désinfectants	Commentaires
Mitaines	X			
Immobilisateur de coude/ poignet pour adultes	X			
Immobilisateur de coude pédiatrique	X	–	–	
Planche pour les bras pédiatrique		X		Retirer tout ruban adhésif entre chaque nouvelle application
Sangles « souples » de contention pour les membres	X			
Contention pelvienne/à l'aîne en filet	X			
Contention sous-abdominale en peau de	X			Attacher les fermetures boucle-pression ensemble pour préserver l'efficacité du système de fermeture avant de



Produit de CONTENTION	À envoyer à la buanderie dans un sac en filet (*)	Chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital	Buanderie (*) et chiffons désinfectants	Commentaires
mouton				l'envoyer à la buanderie.
Ceinture abdominale magnétique Segufix			X	Retirer tous les aimants/clés magnétiques , les nettoyer à l'aide de chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital, et les conserver dans une armoire pré-déterminée de l'unité. Envoyer la ceinture de coton à la buanderie dans un sac en filet (*).
Tous les produits Pinel (ceinture abdominale magnétique, bracelets de contention aux 4 points + sangles, courroies pour les épaules, courroie pelvienne - queue de castor.)	X		X (épingles et boutons)	Retirer tous les boutons et épingles magnétiques et les nettoyer à l'aide de chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital (bloquer le trou au bas du bouton pour qu'AUCUN désinfectant n'y rentre). Conserver les épingles et les boutons dans un endroit pré-déterminé à l'unité. Idéalement, utiliser la housse pour le Velcro fournie par l'entreprise pour couvrir la partie des fermetures Velcro avant de l'envoyer à la buanderie dans un sac en filet (*). Le Velcro perdra sa capacité à s'agripper si les deux parties restent ensemble sous l'action de la chaleur.
Bracelets de plastique contention aux 4 points			X	Désinfecter les bracelets de plastique à l'aide de chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital. Envoyer les 4 sangles de coton (avec les verrous en métal) à la buanderie dans un sac en filet (*).
« Contention mobile »	X			
« Drap de contention »	X			Retirer toutes les sangles élastiques et les conserver dans une armoire pré-déterminée de l'unité. Envoyer le drap à la buanderie dans un sac en filet (*).
Veste de contention thoracique à col bas « Posey »	X			
Planche d'immobilisation Papoose pédiatrique		X		Utiliser des chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital pour nettoyer les parties en bois/plastique/vinyle de la planche . Une couverture d'hôpital est utilisée pour enrouler le nourrisson/ l'enfant à l'intérieur du dispositif, et elle est envoyée à la buanderie entre chaque nouveau patient. Certaines planches sont munies de sangles avec fermetures Velcro, qui devraient être remplacées si elles sont souillées.



Produit de CONTENTION	À envoyer à la buanderie dans un sac en filet (*)	Chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital	Buanderie (*) et chiffons désinfectants	Commentaires
				Celles-ci ne devraient pas être en contact direct avec le patient. (La couverture évite de souiller la planche Papoose et évite au patient d'être en contact avec le dispositif).
Sacs de sable		X		
Dômes de couchette				Désinfectés par le service d'entretien ménager
Ridelles ou côtés de lit				Désinfectés par le service d'entretien ménager



Annexe N-2

Nettoyer et désinfecter les PRODUITS DE PRÉVENTION

(*) Articles envoyés à la buanderie pour être nettoyés et désinfectés : Placer l'article dans un sac en filet (1 article par sac) pour garantir que le produit soit bien en contact avec l'eau et les désinfectants. Les sacs comportent des codes de couleur en fonction du site hospitalier, p. ex. « MGH ».

Articles endommagés : Inspecter chaque article **avant de l'utiliser**. Si l'article est endommagé, mettre l'article PROPRE dans le sac orange attaché au chariot de la buanderie. Attacher une note explicative « endommagé/taché/à réparer ». Tous les articles doivent être nettoyés/désinfectés avant d'être donnés à la couturière.

Règle générale pour le nettoyage et la désinfection : Tout « matériau poreux » (p. ex. le tissu) doit être envoyé à la buanderie. Utiliser des chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital pour tout « matériau non poreux » (p. ex. le plastique, le vinyle, le métal, le bois, les fils électriques, etc.)

REMARQUE : le cuir et le cuir synthétique (similicuir) ne peuvent pas être correctement désinfectés.

REMARQUE : toute unité qui utilise sa propre laveuse pour laver/ désinfecter les produits de contention réutilisables doit communiquer avec le service de prévention des infections.

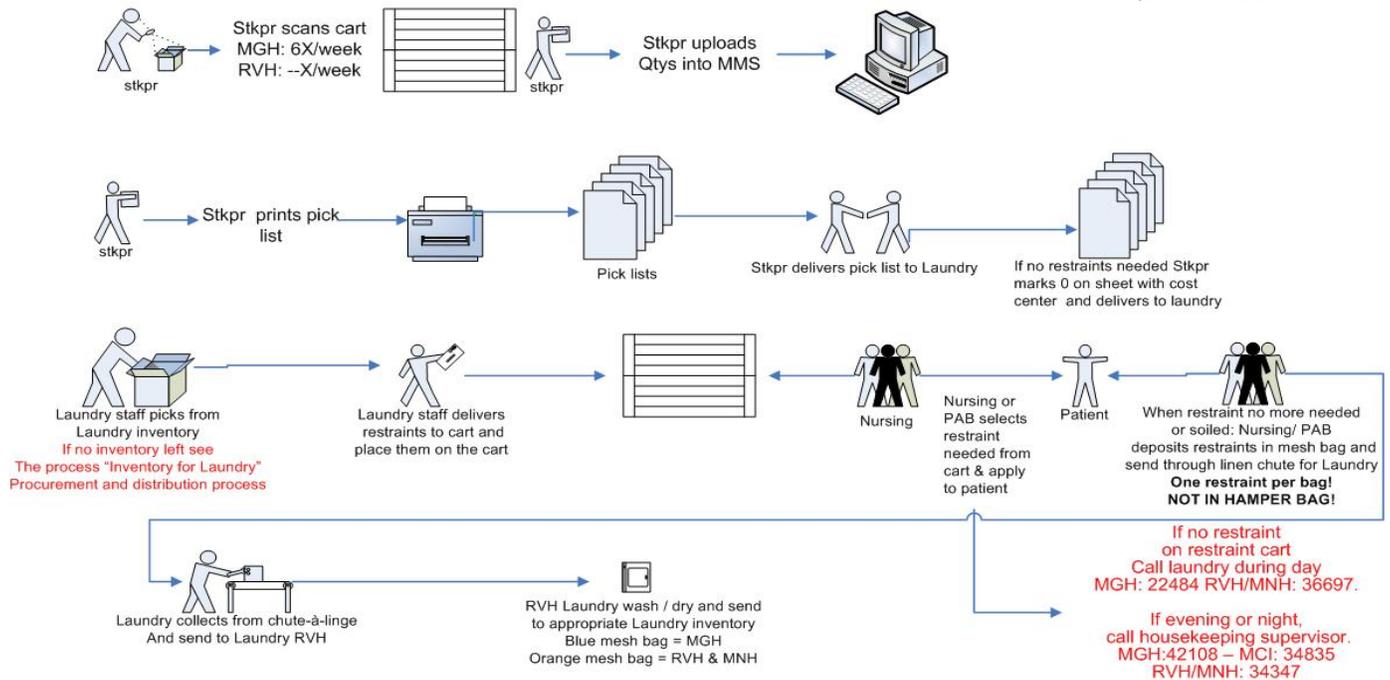
Produits de PRÉVENTION	À envoyer à la buanderie dans un sac en filet (*)	Chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital	Commentaires
Support de torse	X		Attacher les fermetures Velcro ensemble avant d'envoyer l'article à la buanderie pour préserver l'efficacité du système de fermeture.
Casque souple	X		Retirer le protecteur de menton (fixation optionnelle) avant d'envoyer l'article à la buanderie.
Protecteur de menton pour casque souple (fixation optionnelle)		X	
« Couverture de prévention des suicides » (matelassée)	X		<u>NE PAS</u> envoyer à la buanderie dans un sac en filet. Le sac ne permet pas de laver correctement l'article.
Coussins angulaires		X	
Fauteuil gériatrique avec tablette		X	Utiliser des chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital pour nettoyer la tablette et le couvre-siège.
Alarme personnelle « Posey »		X	Utiliser des chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital pour nettoyer toutes les parties, y compris la corde attachée à l'aimant.
Système d'alarme (détecteurs) pour les lits et les chaises		X	Utiliser des chiffons désinfectants approuvés par l'hôpital pour nettoyer le tapis détecteur et les fils électriques.
Tapis/coussin de plancher		X	
Bordures/barrières de protections		X	



Annexe N-3

MUHC- Least Physical Restraints Procurement and distribution Process Adult sites

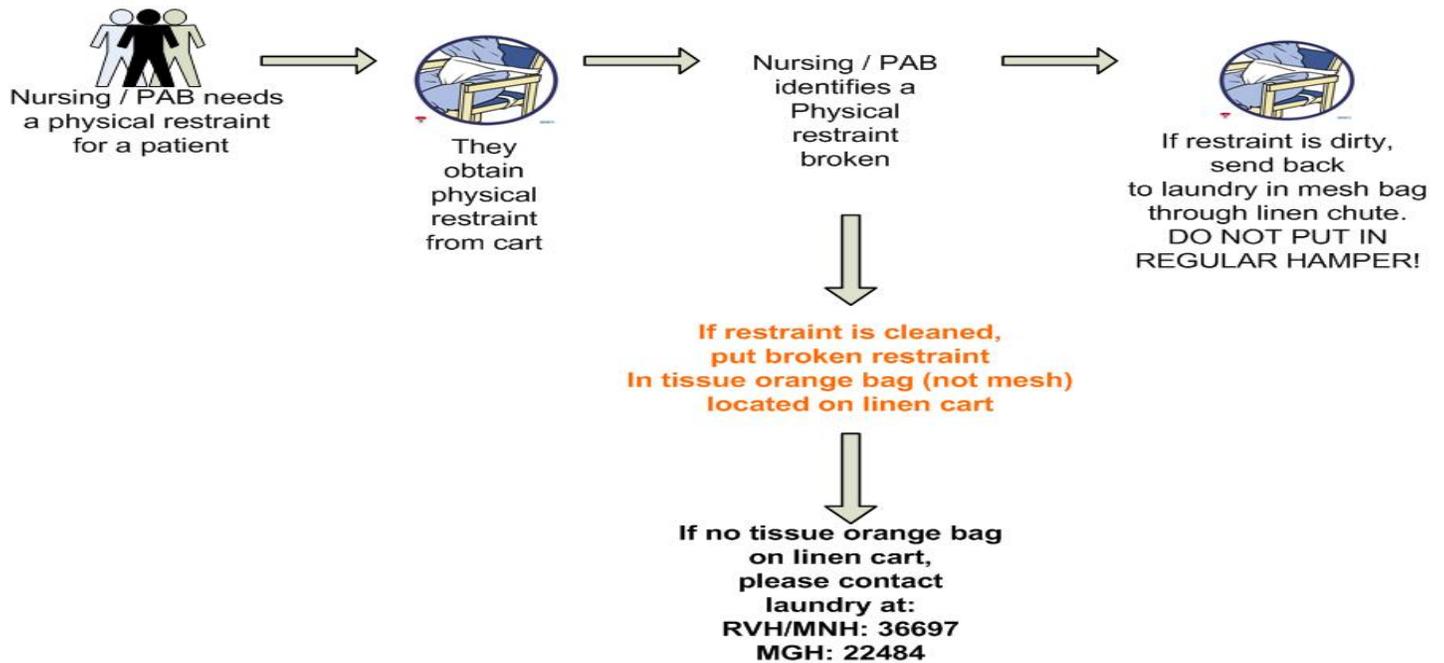
Phone Directory
Store MGH: 43258
Store RVH: 34182
Laundry MGH-RVH: 35103





Annexe N-4

MUHC – Least Physical Restraint Repairing process Adult Sites





Annexe O



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
III. Tête IV. Cuir chevelu	N-1	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir fermement le front du bébé à l'aide d'une main en position de « C » (avec le pouce d'un côté et les doigts de l'autre côté de la tête du bébé). • Utiliser la seconde main <u>soit</u> pour tenir le haut des bras du bébé de part et d'autre du corps (avec le pouce d'un côté et les doigts de l'autre côté), <u>soit</u> pour tenir les avant-bras du bébé croisés sur la poitrine (tenir au-dessus des poignets). • Ne pas compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut délicatement appuyer un avant-bras sur le tronc du bébé. • La tête du bébé ne doit pas bouger.
	N-2	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos, sur le côté ou en étant couché sur l'abdomen avec le visage tourné sur le côté (en fonction de la zone de suture). • Demander à une autre personne de tenir fermement la tête du bébé en plaçant une main de part et d'autre de la tête. • Ne pas compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut délicatement appuyer un avant-bras sur la poitrine du bébé pour assurer la sécurité de la position et contrôler les bras. • La tête du bébé ne doit pas bouger.
	N-3	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos, sur le côté ou en étant couché sur l'abdomen avec le visage tourné sur le côté (en fonction de la zone de suture). • Demander à une autre personne (se trouvant en face du bébé), de tenir la tête du bébé en plaçant une main de part et d'autre de la tête, et placer les avant-bras de l'autre personne de chaque côté du corps du bébé pour assurer la sécurité de la position et contrôler les mains du bébé. • La tête du bébé ne doit pas bouger.
	N-4	<ul style="list-style-type: none"> • Avec votre main non dominante, utiliser votre pouce et votre index pour stabiliser le site d'i.v. choisi; placer votre paume et vos 3 autres doigts sur la tête du bébé pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir fermement la tête du bébé avec une main, en plaçant le pouce au-dessus d'une mandibule et les doigts au-dessus de l'autre mandibule (près des oreilles du bébé) (en tenant le menton du bébé) tout en appuyant délicatement un avant-bras sur le haut des bras du bébé et sur sa poitrine pour assurer la sécurité de la position. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne place sa deuxième main par-dessus la tête du bébé ou sur le front du bébé.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
Tête Cuir chevelu	N-5	<ul style="list-style-type: none"> • Avec votre main non dominante, utiliser votre pouce et votre index pour stabiliser le site d'i.v. choisi; placer votre paume et vos 3 autres doigts sur la tête du bébé pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne (se trouvant en face du bébé), de tenir la tête du bébé en plaçant les pouces et les doigts de chaque main en forme de « C » (encercler la tête du bébé). • Les avant-bras de l'autre personne sont placés de chaque côté du bébé pour assurer la sécurité de la position et contrôler les bras.
V. <u>Visage</u>	N-6	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé en plaçant une main de part et d'autre de la tête pour que la tête du bébé ne bouge pas. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
VI.	N-7	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé en plaçant la paume d'une main sur le dessus de la tête du bébé, avec le pouce d'un côté et les doigts de l'autre côté, et tenir le menton/la joue du bébé avec la deuxième main. • La tête du bébé ne doit pas bouger. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
	N-8	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé en plaçant les pouces et les doigts de chaque main en position de « C » (pour encercler la tête du bébé). • La tête du bébé ne doit pas bouger.
	N-9	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne (se trouvant en face du bébé) de tenir la tête du bébé en plaçant une main de part et d'autre de la tête, et placer les avant-bras de l'autre personne le long du corps du bébé pour assurer la sécurité de la position et contrôler les mains du bébé. • La tête du bébé ne doit pas bouger.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
VII. Yeux	N-10	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne d'utiliser le pouce d'une main pour ouvrir la paupière supérieure, tout en tenant la tête avec la paume de la main et les doigts, et d'utiliser la deuxième main pour abaisser la paupière inférieure.
	N-11	<ul style="list-style-type: none"> Demander à la deuxième infirmière de tenir les paupières ouvertes et de stabiliser la tête en utilisant l'index pour ouvrir la paupière supérieure et le pouce pour abaisser la paupière inférieure, avec les 3 autres doigts et la paume de la main sur le côté de la tête pour stabiliser la tête.
Nasopharynx	N-12	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos ou en demi-position de Fowler. Tenir la tête du bébé avec votre main non dominante en position de « C » (votre paume sur le dessus de la tête, avec votre pouce d'un côté et vos doigts de l'autre côté). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78)
Nasopharynx	N-12	
	N-13	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne (se trouvant en face du bébé) de tenir la tête du bébé en plaçant une main de part et d'autre de la tête, et en plaçant chaque avant-bras le long du corps du bébé pour assurer la sécurité de la position et contrôler les mains du bébé.
	N-14	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir les épaules du bébé avec les doigts; les paumes de la main ou les avant-bras de l'autre personne sont placés de part et d'autre de la tête du bébé.
	N-15	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé avec une main en position de « C » (la paume sur le dessus de la tête, avec le pouce d'un côté et les doigts de l'autre côté). <p>Au besoin, avec la deuxième main de l'autre personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tenir les bras du bébé <u>soit</u> le long du corps, de chaque côté (avec le pouce d'un côté et les doigts de l'autre côté) <u>soit</u> tenir les avant-bras du bébé croisés sur la poitrine (tenir au-dessus des poignets). <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut s'appuyer délicatement sur les jambes du bébé.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
VIII. <u>Trachée</u>	N-16	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de stabiliser la tête du bébé avec la face externe de la main sur le front, tout en tenant fermement le tube endotrachéal avec l'index et le pouce. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Placer délicatement la face externe du deuxième avant-bras en travers du haut des bras du bébé ou en travers de sa poitrine pour éviter que les mains du bébé n'atteignent le tube endotrachéal (pendant que la main est utilisée pour ventiler le bébé).
	N-17	<ul style="list-style-type: none"> Placer la face externe de votre main non dominante sur le front du bébé pour stabiliser la tête, en utilisant le pouce et l'index pour tenir le tube endotrachéal. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé avec une main en position de « C » (la paume sur le dessus de la tête, avec le pouce d'un côté et les doigts de l'autre côté). <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut utiliser sa deuxième main pour tenir le bras opposé (distal) en dessous du coude et appuyer délicatement son avant-bras sur la poitrine et sur le haut du bras proximal.
IX. Trachée	N-18	<ul style="list-style-type: none"> Placer la face externe de votre main non dominante sur le front du bébé pour stabiliser la tête, en utilisant le pouce et l'index pour tenir le tube endotrachéal. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé avec une main, en plaçant le pouce au-dessus d'une mandibule et les doigts au-dessus de l'autre mandibule (près des oreilles du bébé) (en tenant le menton du bébé) tout en appuyant délicatement un avant-bras sur le haut des bras du bébé et sur sa poitrine pour assurer la sécurité de la position.
	N-19	<ul style="list-style-type: none"> Tenir le tube endotrachéal avec le pouce et l'index de votre main non dominante, en stabilisant la tête avec les 3 autres doigts sur le côté du visage du bébé. La face externe de cette main est sur la poitrine. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé avec une main, en plaçant la paume de la main sur le front, et le pouce et l'index au-dessus de chaque mandibule.
	N-20	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le côté. Demander à une autre personne de tenir le bébé en soutenant le bras et le haut du corps à l'aide d'une main placée sur le bras et le dos, en dessous de l'épaule, avec l'autre main placée en dessous de la hanche sur les cuisses, en soutenant les jambes.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
X. Cou	N-21	<ul style="list-style-type: none"> Placer la face dorsale de votre main non dominante sous le menton du bébé pour exposer la trachéostomie, (en utilisant votre pouce et votre index pour effectuer la procédure). Utiliser votre autre avant-bras pour contrôler les bras et le haut du corps du bébé, tel que nécessaire.
	N-22	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé légèrement tendue en plaçant la paume d'une main sur le front, avec le pouce en dessous d'une mandibule et l'index en dessous de la mandibule opposée. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser votre deuxième main pour tenir le bras opposé du bébé, au-dessus du coude. Possibilité d'appuyer délicatement l'avant-bras en travers de la poitrine pour stabiliser la poitrine et le haut du bras proximal.
	N-23	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé légèrement tendue en plaçant la paume d'une main sur le front, avec le pouce en dessous d'une mandibule et l'index en dessous de la mandibule opposée. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser la deuxième main pour tenir fermement le tube de trachéostomie à l'aide du pouce et de l'index, avec la face externe de la main sur la poitrine pour stabiliser le haut du corps, tout en appuyant l'avant-bras contre le haut du bras du bébé.
Cou	N-24	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Demander à une autre personne de tenir la tête du bébé légèrement tendue en plaçant la paume d'une main sous le menton. Utiliser votre deuxième main pour tenir le bras opposé du bébé, au-dessus du coude. Possibilité d'appuyer délicatement l'avant-bras en travers de la poitrine pour stabiliser la poitrine et le haut du bras proximal.
	N-25	<ul style="list-style-type: none"> Avec le bébé en position couchée sur le dos, demander à une autre personne de tenir la tête du bébé légèrement tendue en plaçant la paume d'une main sous le menton. Utiliser la deuxième main pour tenir fermement le tube de trachéostomie à l'aide du pouce et de l'index, avec la face externe de la main sur la poitrine pour stabiliser le haut du corps, tout en appuyant l'avant-bras contre le haut du bras du bébé.
	N-26	<ul style="list-style-type: none"> Avec le bébé en position assise, ou en soulevant légèrement le haut du corps : utiliser une de vos mains pour soutenir la tête du bébé avec la paume placée sur l'occiput, les doigts d'un côté de la tête et le pouce de l'autre côté (avec le coude sur le lit (si le bébé est assis)). Utiliser votre deuxième main pour tenir le tube endotrachéal contre la peau, pendant qu'une autre infirmière tient fermement les nœuds.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
XI. <u>Poitrine</u>	N-27	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir les bras du bébé légèrement écartés du côté du corps, en utilisant les mains pour tenir chaque haut de bras (au-dessus du coude). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut s'appuyer délicatement sur les cuisses du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-28	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne d'utiliser une main pour tenir la tête du bébé, (tournée du côté opposé à l'insertion du cathéter), en plaçant la paume sur le front, avec les doigts d'un côté de la tête et le pouce de l'autre côté. Utiliser la deuxième main de l'autre personne pour tenir le bras du bébé (du même côté que le cathéter veineux par voie centrale) le long du corps (ou légèrement écarté du corps), en tenant le bébé en dessous du coude, (en fonction de la procédure). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Possibilité d'appuyer l'avant-bras en travers de la poitrine et de l'avant-bras proximal pour stabiliser les deux bras et le haut du corps.
Poitrine	N-29	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Tenir le bras du bébé (du côté de l'insertion) près de la tête du bébé, avec une main placée en dessous du coude, et votre pouce placé sur le côté opposé de la tête du bébé. Stabiliser la hanche avec votre deuxième main placée sur la cuisse du bébé, (en dessous de la hanche). Tenir fermement. <p>Remarque : Lorsque le bras d'un bébé est positionné au-dessus de la tête du bébé (coude au niveau des oreilles ou plus haut), il faut faire une pause toutes les 3 à 5 minutes pour éviter toute blessure à l'épaule.</p>
Abdomen, latéral	N-30	<ul style="list-style-type: none"> Positionner le bébé sur le côté (ou légèrement sur le côté). Avec le bras du bébé (sur le côté qui est en l'air) relevé près de la tête, demander à une autre personne de tenir le bras en dessous du coude avec la paume autour du bras, en utilisant les doigts et le pouce placés de chaque côté de la tête pour stabiliser la tête. Stabiliser la hanche avec la deuxième main placée sur la cuisse du bébé, en dessous de la hanche. <p>Remarque : Lorsque le bras d'un bébé est positionné au-dessus de la tête du bébé (coude au niveau des oreilles ou plus haut), il faut faire une pause toutes les 3 à 5 minutes pour éviter toute blessure à l'épaule.</p>



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
Abdomen, latéral	N-31	<p>En étant couché sur le dos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir le haut du corps du bébé avec une main, <u>soit</u> en tenant le haut des bras du bébé de part et d'autre du corps (avec le pouce d'un côté et les doigts de l'autre côté), <u>soit</u> en tenant les avant-bras du bébé croisés sur la poitrine, en tenant au-dessus du poignet. • Avec sa deuxième main, l'autre personne tient le bas du corps en plaçant la paume de cette main sur le haut des jambes du bébé (en dessous des hanches) et en plaçant le pouce et les doigts autour des hanches du bébé. • Tenir fermement. • <u>Ne pas compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé.</u> <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut s'appuyer délicatement sur les jambes du bébé.
	N-32	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de stabiliser la tête et les bras (relevés contre la tête) du bébé en plaçant la paume d'une main sur le front avec les doigts placés en dessous du coude d'un côté, et le pouce placé en dessous du coude sur l'autre côté, en tenant les bras contre la tête du bébé. • La deuxième main est placée en dessous des hanches pour stabiliser le bas du corps. <p>Remarque : Lorsque le bras d'un bébé est positionné au-dessus de la tête du bébé (coude au niveau des oreilles ou plus haut), il faut faire une pause toutes les 3 à 5 minutes pour éviter toute blessure à l'épaule.</p>
Bas du dos, latéral	N-33	<ul style="list-style-type: none"> • Placer le bébé en position latérale. • Stabiliser le tronc du bébé en plaçant votre main non dominante au-dessus de la hanche du bébé (avec les doigts sur l'abdomen et le pouce sur les fessiers), en plaçant votre avant-bras en travers du tronc du bébé.
	N-34	<ul style="list-style-type: none"> • Placer le bébé en position latérale. • Demander à une autre personne d'utiliser une main pour soutenir le haut du corps du bébé en tenant le bras en dessous de l'épaule avec les doigts sur la poitrine et le pouce sur le dos (ou l'inverse), et de placer l'autre main sur la cuisse, (en dessous de la hanche), pour soutenir le bas du corps.
Bas du dos, latéral	N-35	<ul style="list-style-type: none"> • La région lombo-sacrée devrait être le plus près possible du bord du lit. • Le bébé devrait être couché sur le côté, en position fœtale. • Placer votre première main sur les épaules et le cou du bébé. • Placer votre deuxième main en travers des hanches ou de l'arrière des cuisses du bébé. • Amener les genoux du bébé vers le menton du bébé, comme la lettre « C » (se rouler en boule ou être en position fœtale). • Au moment opportun, courber la tête du bébé vers la poitrine du bébé et soutenir la tête et le cou du bébé avec votre première main.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
		<ul style="list-style-type: none"> • Tenir fermement. <p>ATTENTION : Surveiller attentivement le bébé pendant que le cou du bébé est courbé, car certains nourrissons peuvent développer plus de difficultés respiratoires avec la flexion du cou.</p>
XII. <u>Position assise</u>	N-36	<ul style="list-style-type: none"> • Asseoir le bébé sur le bord du lit. • En étant face au bébé, plier le tronc du bébé contre les cuisses du bébé. • Stabiliser le bébé en saisissant le coude et le genou droit du bébé avec votre main gauche, et le coude et le genou gauche du bébé avec votre main droite, en plaçant vos pouces en travers des omoplates du bébé. <p>ATTENTION : Surveiller attentivement le bébé pendant que le cou du bébé est courbé, car certains nourrissons peuvent développer plus de difficultés respiratoires avec la flexion du cou.</p>
XIII. <u>Abdomen</u>	N-37	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir le haut des bras du bébé le long du corps, en les tenant au-dessus des coudes à l'aide d'une main, et en maintenant les jambes du bébé en position droite (au-dessus des genoux du bébé) à l'aide de la deuxième main.
	N-38	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Placer la face externe de la main juste en dessous de la hanche pour stabiliser la hanche, en utilisant le pouce et l'index pour stabiliser la peau sur l'abdomen (tel que nécessaire).
	N-39	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de placer une main sur la poitrine, et la deuxième main sur les cuisses (en dessous des hanches) pour stabiliser le bas du tronc. • <u>Ne pas compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé.</u>
XIV. <u>Ombilic</u>	N-40	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler les quatre membres du patient à l'aide de bandage élastique, en le nouant pour qu'il soit bien ajusté (mais pas trop serré) au-dessus des poignets et des chevilles. • En gardant le bandage élastique tendu (pas relâché), épingler les extrémités au drap du lit.
XV. <u>Vessie</u>	N-41	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Écarter les jambes en plaçant les doigts de chaque main sur l'intérieur des cuisses du bébé et appliquer le sac collecteur d'urine à l'aide de vos pouces et de vos index.
	N-42	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir les jambes du bébé en position de « grenouille », en tenant les jambes au-dessus ou en dessous des genoux du bébé.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
XVI. <u>Vessie</u>	N-43	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir les jambes du bébé en plaçant ses mains sur l'intérieur des cuisses du bébé, et en écartant délicatement les jambes du bébé.
	N-44	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne <u>soit</u> de tenir le haut des bras du bébé le long du corps (avec le pouce d'un côté et les doigts de l'autre côté), <u>soit</u> de tenir les avant-bras du bébé croisés sur la poitrine (en tenant au-dessus des poignets). • Utiliser la deuxième main pour tenir les jambes du bébé en position droite, en tenant les cuisses du bébé (en dessous de la hanche).
Gastrique	N-45	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos, ou en demi-position de Fowler ou en position de Fowler haute (lorsque c'est possible). • Tenir la tête du bébé avec votre main non dominante en position de « C » : votre paume sur le dessus de la tête, avec votre pouce d'un côté et vos doigts de l'autre côté. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
XVII. <u>Jéjunum</u>	N-46	<ul style="list-style-type: none"> • Placer le bébé sur le côté droit. • Demander à une autre personne d'utiliser une main pour tenir le bras du bébé en dessous de l'épaule (pour soutenir le haut du corps), avec les doigts d'un côté et le pouce de l'autre côté du corps du bébé. • La deuxième main de l'autre personne est placée sur la cuisse du bébé, (en dessous de la hanche), pour soutenir le bas du corps. • Tenir délicatement la tête du bébé avec votre main non dominante en position de « C » : votre paume sur le dessus de la tête, avec les doigts d'un côté et le pouce de l'autre côté de la tête.
Intestin, fessiers	N-47	<ul style="list-style-type: none"> • Relever les jambes du bébé vers la poitrine/ l'abdomen, pour exposer les fessiers. • Placer votre main non dominante sur l'arrière des cuisses du bébé, en tenant les fessiers avec votre index et votre pouce.
Fessiers, rectum	N-48	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Les genoux du bébé sont pliés et relevés vers la poitrine/ l'abdomen, en plaçant votre main non dominante en dessous des genoux.
	N-49	<ul style="list-style-type: none"> • Avec votre main non dominante, lever le bas de la jambe du bébé, en tenant la jambe juste au-dessus de la cheville.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
		Au besoin : <ul style="list-style-type: none">• Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras du bébé.
XVIII. <u>Bras</u> XIX. <u>Haut du bras</u> XX.	N-50	<ul style="list-style-type: none">• En étant couché sur le dos.• Utiliser votre main non dominante, ou demander à une autre personne de stabiliser le bras du bébé dont vous avez besoin en plaçant une main en dessous de l'épaule. Au besoin : <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut appuyer délicatement son avant-bras sur le tronc du bébé et sur le bras opposé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé. En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires : <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur les hanches du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-51	<ul style="list-style-type: none">• En étant couché sur le dos.• Demander à une autre personne de tenir le bras en dessous de l'épaule avec une main, et au-dessus ou en dessous du coude avec l'autre main. Au besoin : <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras sur le tronc du bébé et sur le bras opposé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé. En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires : <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur les hanches du bébé pour assurer la sécurité de la position.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
XXI. <u>Bras</u> Haut du bras	N-52	<ul style="list-style-type: none">• En étant couché sur le dos.• Demander à une autre personne de tenir le bras du bébé en plaçant une main juste en dessous de l'épaule et l'autre main au-dessus du poignet. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras sur le tronc du bébé et sur le bras opposé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur les hanches du bébé pour assurer la sécurité de la position.
XXII. <u>Zone antécubitale</u>	N-53	<ul style="list-style-type: none">• Avec votre main non dominante, tenir le haut du bras distal du bébé (au-dessus du coude) entre votre index et le 3^e doigt; à l'aide de votre pouce, du 4^e et du 5^e doigt, tenir l'avant-bras distal du bébé (au-dessus du poignet). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none">• Demander à une autre personne de tenir l'avant-bras du bébé au-dessus du poignet à l'aide d'une main et de placer la deuxième main (au besoin) en dessous de l'épaule. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de la poitrine et du haut du bras opposé du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-54	<ul style="list-style-type: none">• Demander à une autre personne de tenir l'avant-bras du bébé en plaçant une main sur la partie antérieure de l'avant-bras distal du bébé (au-dessus du poignet) (la face dorsale de la main du bébé sur le lit) et la deuxième main sur le haut du bras distal du bébé (au-dessus du coude). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras sur le tronc du bébé et sur le bras opposé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur les hanches du bébé pour assurer la sécurité de la position.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
XXIII. <u>Avant-bras</u>	N-55	<ul style="list-style-type: none"> • Avec votre main non dominante, tenir l'avant-bras du bébé (en dessous du coude) entre votre index et le 3^e doigt; à l'aide de votre pouce, du 4^e et du 5^e doigt, tenir l'avant-bras distal du bébé (au-dessus du poignet). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir l'avant-bras proximal du bébé (en dessous du coude) à l'aide d'une main et/ou de placer la deuxième main (au besoin) sur le haut du bras du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras sur le tronc et sur le haut du bras opposé du bébé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé.
XXIV.	N-56	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir l'avant-bras du bébé dont vous avez besoin, en tenant la main du bébé à l'aide d'une main et en plaçant la deuxième main sur l'avant-bras proximal du bébé (en dessous du coude). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras sur le tronc et sur le haut du bras opposé du bébé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé.
	N-57	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir le bras du bébé au-dessus ou en dessous du coude à l'aide d'une main. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut appuyer délicatement son avant-bras sur le tronc et sur le bras opposé du bébé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur les hanches du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-58	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir l'avant-bras du bébé dont vous avez besoin (au-dessus du poignet) avec une main et de tenir le haut du bras (au-dessus du coude) avec la deuxième main. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras sur le tronc et sur le bras opposé du bébé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
		<p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires : L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur les hanches du bébé pour assurer la sécurité de la position.</p>
Poignet Voie artérielle	N-59	<ul style="list-style-type: none"> Le poignet du bébé doit être mis sous contention, en position d'hyperextension, en utilisant une planche pour i.v., en plaçant du ruban adhésif sur les doigts et au-dessus du poignet. Épingler la planche sur le lit, (en plaçant du ruban adhésif sur la planche et en épinglant à travers le ruban adhésif), en s'assurant que le bras du bébé reste tendu.
XXV. Main	N-60	<ul style="list-style-type: none"> Avec votre main non dominante, tenir l'avant-bras distal du bébé (au-dessus du poignet) entre votre index et le 3^e doigt; à l'aide de votre pouce, du 4^e et du 5^e doigt, tenir les doigts du bébé (la main peut rester en flexion ou pas). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir l'avant-bras proximal du bébé (en dessous du coude) à l'aide d'une main et de stabiliser l'épaule en plaçant la deuxième main en dessous de l'épaule. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras sur le tronc et sur le haut du bras opposé du bébé pour assurer la sécurité de la position, sans compromettre les voies respiratoires ni la respiration du bébé.
	N-61	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir les doigts du bébé à l'aide d'une main, avec la partie de la paume de la main du bébé face au lit. Ensuite, placer la deuxième main sur l'avant-bras proximal (en dessous du coude).
	N-62	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser votre main non dominante pour tenir la main du bébé au-dessus ou en dessous du poignet.
	N-63	<ul style="list-style-type: none"> Mettre les mains sous contention en épinglant les mitaines au drap du lit.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
XXVI. <u>Jambes</u>	N-64	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la jambe au-dessus du genou à l'aide d'une main. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de la jambe opposée du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur la zone de la hanche du bébé pour assurer la sécurité de la position.
XXVII. <u>Jambes</u> XXVIII.	N-65	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la jambe en dessous du genou à l'aide d'une main. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de la jambe opposée du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur la zone de la hanche du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-66	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la jambe au-dessus du genou à l'aide d'une main, et de tenir le pied au-dessus des orteils avec l'autre main. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de la jambe opposée du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur la zone de la hanche du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-67	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la face distale de la jambe du bébé (au-dessus de la cheville) à l'aide d'une main, et de placer la deuxième main sur la cuisse (en dessous de la hanche). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de la jambe opposée du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur la zone de la hanche du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-68	<ul style="list-style-type: none"> Demander à une autre personne de tenir la jambe en dessous du genou à l'aide d'une main, et au-dessus



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
		<p>de la cheville avec l'autre main.</p> <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de la jambe opposée du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur la zone de la hanche du bébé pour assurer la sécurité de la position.
XXIX. <u>Pied</u>	N-69	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne d'utiliser une main pour tenir la face distale du pied à l'aide du pouce et de l'index sur le talon, et de mettre la deuxième main sur la jambe du bébé (au-dessus ou en dessous du genou, en fonction du site d'i.v. choisi). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de la jambe opposée du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur la zone de la hanche du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-70	<ul style="list-style-type: none"> • Avec votre main non dominante, tenir le bas de la jambe du bébé en plaçant votre index sur la partie antérieure (en dessous du genou/ au-dessus de la cheville), votre 3^e doigt sur la partie postérieure (mollet), votre 4^e et votre 5^e doigt sur ou près du talon du bébé et votre pouce sur la partie dorsale du pied du bébé. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir la jambe (au-dessus (pour la jambe) ou en dessous (pour le pied) du genou) à l'aide d'une main. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de l'autre jambe du bébé et/ou s'appuyer délicatement sur la zone de la hanche du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-71	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre la jambe sous contention sur une planche, en position d'abduction, en plaçant la planche sur le côté externe de la jambe. • Placer un morceau de ruban adhésif sur le pied, au-dessus des orteils, et un deuxième morceau de ruban adhésif sur le mollet. • Épingler la planche sur le lit PRN.
	N-72	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre la jambe sous contention en plaçant la partie plantaire du pied sur une planche.



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
		<ul style="list-style-type: none">Placer un morceau de ruban adhésif sur le pied, au-dessus des orteils, et un deuxième morceau de ruban adhésif sur le mollet.Épingler la planche sur le lit PRN.
	N-73	<ul style="list-style-type: none">Mettre la jambe sous contention en plaçant la partie plantaire du pied sur une planche.Placer un morceau de ruban adhésif sur le pied, au-dessus des orteils, et un deuxième morceau de ruban adhésif sur le mollet.Épingler la planche sur le lit PRN.
	N-74	<ul style="list-style-type: none">Utiliser votre main non dominante pour tenir le pied du bébé en dessous de la cheville.
XXX. <u>Cuisse</u> Aine	N-75	<ul style="list-style-type: none">En étant couché sur le dos.Positionner la jambe du bébé pour exposer l'aine.Tenir la jambe du bébé au-dessus du genou à l'aide d'une main.Placer la paume de la deuxième main en travers du bas de l'abdomen, juste au-dessus des hanches pour stabiliser le bas du tronc.
XXXI. <u>Cuisse</u>	N-76	<ul style="list-style-type: none">Demander à une autre personne de placer une main sur le haut de la cuisse du bébé dont vous avez besoin (en dessous de la hanche).La deuxième main tient le bébé au-dessus ou en dessous de son genou. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none">L'autre personne peut appuyer délicatement ses avant-bras en travers de la jambe opposée du bébé. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">L'autre personne peut aussi s'appuyer délicatement sur la zone de la hanche du bébé pour assurer la sécurité de la position.
	N-77	<ul style="list-style-type: none">Placer votre main non dominante sur la cuisse du bébé dont vous avez besoin (en dessous de la hanche).



I. PARTIE DU CORPS	CODE	II. MESURES DE CONTENTION
XXXII. Corps XXXIII.	N-78	<ul style="list-style-type: none">• Mettre le bébé sous contention à l'aide d'une couverture, en laissant un membre exposé au besoin.• Plier le coin supérieur de la couverture pour faire un triangle, et placer le bébé par-dessus la couverture, avec la tête sur le pli.• Prendre un coin de la couverture et la ramener vers le coin opposé, puis la coincer bien serrée (elle doit être bien ajustée) sous l'épaule/le côté du bébé. S'assurer que les bras sont en flexion au niveau des coudes, contre la poitrine avec les mains près du menton.• Prendre le coin inférieur de la couverture, la replier pour qu'elle soit bien ajustée et la coincer sous le côté du bébé.• Prendre le dernier coin de la couverture et la coincer bien serrée sous l'autre côté.• Le bébé doit être bien enroulé dans la couverture (bien ajustée, pas relâchée).

Protocole relatif à l'utilisation de la contention physique, révisé - Mai 2006/ S. Nicholson/A. Laverdière
Approuvé par le Comité sur le développement de la pratique et sur la gestion de la qualité des soins infirmiers – Mai 2006



Annexe P



XXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	XXXV. MESURES DE CONTENTION
XXXVI. <u>Visage/cuir chevelu/tête</u>	T-1	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à un parent/soignant d'asseoir l'enfant sur les genoux du parent/soignant, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant, avec un bras autour de la poitrine de l'enfant et la deuxième main sur le front de l'enfant. • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • La tête de l'enfant ne doit pas bouger.
XXXVII.	T-2	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur les genoux d'un parent/soignant, l'enfant se trouvant en face du parent/soignant. • Le parent/soignant pose un bras en travers du dos et sa deuxième main sur le front ou la partie pariétale ou occipitale de la tête de l'enfant. Tenir fermement. • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • La tête de l'enfant ne doit pas bouger.
XXXVIII.	T-3	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur une des cuisses d'un parent/soignant, en l'asseyant de côté, et en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de tenir le haut du corps de l'enfant en serrant l'enfant contre soi à l'aide d'un bras pour assurer la sécurité de la position, et en plaçant la deuxième main sur le front ou la partie pariétale ou occipitale de la tête de l'enfant. Tenir fermement. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • La tête de l'enfant ne doit pas bouger.
	T-4	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête. • Demander à un parent/soignant de se pencher délicatement sur le corps de l'enfant, au niveau de la zone de la hanche en tenant les deux mains. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).



XXXIX. PARTIE DU CORPS	CODE	MESURES DE CONTENTION
XL. <u>Visage/cuir chevelu/tête</u>	T-5	<ul style="list-style-type: none">• En étant couché sur le dos.• Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main sur chaque avant-bras et amener les bras près de la tête de l'enfant (les mains devraient être au niveau des oreilles ou plus bas), en les tenant avec les doigts et en plaçant le pouce sur le front de l'enfant, en tenant les mains et la tête pour qu'ils soient immobiles. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none">• Demander à un parent/soignant de tenir délicatement mais fermement le reste du corps en mettant une main sur chaque hanche. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
XLI.	T-6	<ul style="list-style-type: none">• En étant couché sur le dos.• Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant.• La tête de l'enfant ne doit pas bouger.• Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) et demander à un parent/soignant (ou à une troisième personne) de tenir délicatement mais fermement le reste du corps en mettant une main sur chaque hanche de l'enfant.
XLII.	T-7	<ul style="list-style-type: none">• En étant couché sur le dos.• Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant.• La tête de l'enfant ne doit pas bouger.• Demander à un parent/soignant (ou à une troisième personne) de se pencher délicatement sur le bas du tronc de l'enfant en tenant les mains de l'enfant.
	T-8	<ul style="list-style-type: none">• En étant couché sur le dos <u>ou</u> en étant couché sur l'abdomen, le visage tourné sur le côté (en fonction du site dont vous avez besoin).• Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant fermement en plaçant une main de chaque côté de la tête et en appuyant les avant-bras sur les épaules de l'enfant.• L'autre personne peut appuyer délicatement le haut d'un bras et l'épaule sur le tronc de l'enfant pour assurer la sécurité de la position et contrôler les bras. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).• La tête de l'enfant ne doit pas bouger.• <u>Ne pas</u> compromettre les voies respiratoires ni la respiration de l'enfant.



XLIII. PARTIE DU CORPS	CODE	MESURES DE CONTENTION
XLIV. <u>Visage/cuir chevelu/tête</u> XLV. XLVI.	T-9	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos <u>ou</u> en étant couché sur l'abdomen, le visage tourné sur le côté (en fonction du site dont vous avez besoin). • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant fermement en plaçant une main de chaque côté de la tête et en appuyant les avant-bras sur les épaules de l'enfant. • Un parent/soignant peut se pencher délicatement sur le bas du tronc de l'enfant en tenant les mains de l'enfant. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • La tête de l'enfant ne doit pas bouger. • <u>Ne pas</u> compromettre les voies respiratoires ni la respiration de l'enfant.
	T-10	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser la planche d'immobilisation Papoose pour mettre les bras et les jambes de l'enfant sous contention. L'utilisation d'une planche d'immobilisation Papoose peut être indiquée pour un enfant jusqu'à 3-4 ans. • L'enfant peut être positionné sur le côté, sur l'abdomen (avec la tête tournée sur le côté) ou sur le dos, en fonction du site dont vous avez besoin sur la tête de l'enfant. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant fermement en plaçant une main de chaque côté de la tête ou du visage de l'enfant. • L'autre personne peut appuyer délicatement le haut d'un bras et l'épaule sur le bas du tronc de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. • La tête de l'enfant ne doit pas bouger. • Ne jamais laisser l'enfant sans surveillance (risque élevé de suffocation si l'enfant tombe avec le visage contre le lit tout en ayant les bras sous contention).
XLVII. <u>Oreilles</u>	T-11	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête, en laissant les oreilles exposées. • Demander à un parent/soignant de tenir délicatement mais fermement le reste du corps en mettant les mains sur les hanches de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander au parent/soignant de s'appuyer délicatement sur le corps de l'enfant, au niveau de la zone de la hanche, en tenant les mains de l'enfant.



XLVIII. PARTIE DU CORPS	CODE	MESURES DE CONTENTION
Oreilles	T-12	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à un parent/soignant d'asseoir l'enfant sur une des cuisses du parent/soignant, en l'asseyant de côté, et en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de placer une main sur un des côtés de la tête de l'enfant (en laissant l'oreille exposée), et en plaçant le côté opposé de la tête de l'enfant sur la poitrine du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de placer la deuxième main sur le haut du bras exposé de l'enfant (au-dessus du coude) pour assurer la sécurité de la position.
XLIX.	T-13	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à un parent/soignant d'asseoir l'enfant sur les genoux du parent/soignant, l'enfant se trouvant en face du parent/soignant. • L'enfant pose un côté de sa tête contre la poitrine du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de mettre un bras en travers du dos de l'enfant, avec une main tenant le haut du bras opposé de l'enfant (au-dessus du coude) et le même (haut du) bras du parent/soignant s'appuyant sur l'autre haut du bras de l'enfant; la deuxième main tient la tête de l'enfant d'un côté (en laissant l'oreille exposée). • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
	T-14	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser la planche d'immobilisation Papoose pour mettre les bras et les jambes de l'enfant sous contention. L'utilisation d'une planche d'immobilisation Papoose peut être indiquée pour un enfant jusqu'à 3-4 ans. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête, en laissant les oreilles exposées.
Yeux	T-15	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant tournée légèrement vers l'œil affecté en plaçant une main de chaque côté de la tête. • Demander à un parent/soignant de <u>soit</u> tenir délicatement mais fermement le reste du corps en mettant une main sur chaque hanche de l'enfant, <u>soit</u> de se pencher délicatement sur le bas de l'abdomen ou la zone de la hanche de l'enfant, en tenant les mains de l'enfant.



L. <u>PARTIE DU CORPS</u>	CODE	<u>MESURES DE CONTENTION</u>
LI. <u>Yeux</u> LII.	T-16	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser la planche d'immobilisation Papoose pour mettre les bras et les jambes de l'enfant sous contention. L'utilisation d'une planche d'immobilisation Papoose peut être indiquée pour un enfant jusqu'à 3-4 ans. • Pencher délicatement la planche Papoose vers l'œil affecté en plaçant une couverture enroulée à l'arrière et sur le devant de la planche. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête. <p>ATTENTION : Ne jamais laisser l'enfant sans surveillance (risque élevé de suffocation si l'enfant tombe avec le visage contre le lit tout en ayant les bras sous contention).</p>
LIII. <u>Bas du dos</u> Ponction lombaire, position latérale	T-17	<ul style="list-style-type: none"> • La région lombo-sacrée devrait être le plus près possible du bord du lit. • Le patient devrait être couché sur le côté, en position fœtale. • Placer votre première main plus loin, sous le cou de l'enfant. • Déplacer votre avant-bras derrière la tête de l'enfant pour soutenir le cou. • Placer votre deuxième main plus loin, sous les cuisses de l'enfant. • Au moment opportun, courber le corps en ramenant les genoux vers la tête (position fœtale). • Se pencher légèrement sur l'enfant, en contrôlant les bras et les jambes de l'enfant.
Ponction lombaire, position assise	T-18	<ul style="list-style-type: none"> • Placer un oreiller sur les cuisses de l'enfant et demander à l'enfant de se pencher en avant vers les genoux de l'enfant, tout en tournant la tête vers le côté. • Placer un bras derrière la tête et autour du haut des épaules de l'enfant, et placer votre première main sur une des cuisses de l'enfant. • Placer votre deuxième main sur l'autre cuisse de l'enfant. • Au moment opportun, se pencher plus vers le bas sur l'enfant, en utilisant le haut de votre corps pour immobiliser l'enfant, tout en courbant le dos de l'enfant en position de flexion (position fœtale).



LIV.	<u>PARTIE DU CORPS</u>	CODE	MESURES DE CONTENTION
LV. LVI. LVII.	<u>Abdomen</u> <u>Gastrique</u>	T-19	<ul style="list-style-type: none"> Placer le patient en position de Fowler haute, si possible, ou surélever la tête du lit. Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête. Demander à un parent/soignant de se pencher délicatement sur le corps de l'enfant, au niveau de la zone de la hanche, en tenant les mains de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
LVIII. LIX.		T-20	<ul style="list-style-type: none"> Placer le patient en position de Fowler haute, si possible, ou surélever la tête du lit. Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête. Demander à un parent/soignant de tenir délicatement mais fermement le reste du corps, en mettant les mains sur les hanches de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
LX. LXI.		T-21	<ul style="list-style-type: none"> Placer le patient en position de Fowler haute, si possible, ou surélever la tête du lit. Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête. Demander à l'autre personne de se pencher délicatement sur l'abdomen ou la poitrine de l'enfant, avec le haut d'un bras ou une épaule en travers de la poitrine et du haut du bras de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
LXII. LXIII.		T-22	<ul style="list-style-type: none"> Placer l'enfant en demi-position de Fowler, avec le dos de l'enfant appuyé contre le tronc ou l'abdomen d'un parent/soignant (le parent/soignant doit être confortablement assis sur le lit). Demander au parent/soignant de placer ses bras autour de la poitrine de l'enfant et de le serrer contre lui pour assurer la sécurité de la position. Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).



LXIV.	<u>PARTIE DU CORPS</u>	<u>CODE</u>	<u>MESURES DE CONTENTION</u>
LXV. LXVI.	<u>Abdomen</u> <u>Parties génitales</u>	T-23	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en position de « grenouille », en tenant les jambes en dessous des genoux de l'enfant, et en demandant à l'autre personne d'appuyer ses avant-bras contre l'intérieur des cuisses de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant.
LXVII.		T-24	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en plaçant les mains de l'autre personne sur chaque cuisse de l'enfant (à l'intérieur des cuisses), et d'écarter doucement les jambes de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant.
LXVIII.		T-25	<ul style="list-style-type: none"> Positionner le patient en demi-position de Fowler en appuyant le dos de l'enfant contre un oreiller ou sur les genoux d'un parent/soignant (le parent/soignant doit être confortablement assis sur le lit). <u>D</u>emander au parent/soignant de placer ses bras autour de la poitrine de l'enfant et de le serrer contre lui pour assurer la sécurité de la position. Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en plaçant les mains de l'autre personne sur chaque cuisse de l'enfant (à l'intérieur des cuisses), et d'écarter doucement les jambes de l'enfant. <p>LXIX.</p>
LXX. LXXI.	<u>Abdomen</u> <u>Fessiers</u>	T-26	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en position de « grenouille », en tenant les jambes en dessous des genoux de l'enfant, et en demandant à l'autre personne d'appuyer ses avant-bras contre l'intérieur de la cuisse de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant.
		T-27	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en plaçant une main sur chaque cuisse (à l'arrière des cuisses), et en ramenant le genou ou la cuisse près de la poitrine ou de l'abdomen.



		Au besoin : <ul style="list-style-type: none">• Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant.
LXXII. <u>PARTIE DU CORPS</u>	CODE	<u>MESURES DE CONTENTION</u>
Abdomen LXXIII. <u>Fessiers</u>	T-28	<ul style="list-style-type: none">• Coucher l'enfant sur l'abdomen dans une position genu-pectorale (tronc sur les genoux et poitrine sur le lit), en surélevant les fessiers de l'enfant.• Demander à une autre personne ou un parent/soignant de placer les mains sur les hanches de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. Au besoin : <ul style="list-style-type: none">• Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant.

Protocole relatif à l'utilisation de la contention physique, révisé - Mai 2006/ S. Nicholson/A. Laverdière
Approuvé par le Comité sur le développement de la pratique et sur la gestion de la qualité des soins infirmiers – Mai 2006



Annexe Q



LXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXV. MESURES DE CONTENTION
Cuir chevelu	C-1	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos ou sur l'abdomen, le visage tourné sur le côté (en fonction du site choisi). • Demander à une autre personne de tenir fermement la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête et en appuyant les avant-bras sur les épaules de l'enfant. • L'autre personne peut délicatement appuyer le haut du bras et l'épaule sur le tronc de l'enfant pour assurer la sécurité de la position et contrôler les bras. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un parent/soignant peut délicatement s'appuyer sur le bas du tronc de l'enfant tout en tenant les mains de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • La tête de l'enfant ne doit pas bouger. <p>Important : <u>Ne pas compromettre les voies respiratoires ni la respiration de l'enfant.</u></p>
	C-2	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur les genoux d'un parent/soignant, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de mettre un bras en travers de la poitrine de l'enfant, en tenant (serrant contre soi) le haut des bras de l'enfant, et de mettre la deuxième main sur le front, sur la partie pariétale ou occipitale de la tête de l'enfant. • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • La tête de l'enfant ne doit pas bouger.
	C-3	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur les genoux d'un parent/soignant, l'enfant se trouvant en face du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de mettre un bras en travers du dos de l'enfant et de placer la deuxième main sur le front ou sur la partie pariétale ou occipitale de la tête de l'enfant. • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. Tenir fermement. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • La tête de l'enfant ne doit pas bouger.



LXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXV. MESURES DE CONTENTION
Cuir chevelu	C-4	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur une des cuisses d'un parent/soignant, en l'asseyant de côté, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de tenir le haut du corps en serrant l'enfant contre soi à l'aide d'un bras pour assurer la sécurité de la position, et de placer la deuxième main sur le front ou sur la partie pariétale ou occipitale de la tête de l'enfant. • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. Tenir fermement. • La tête de l'enfant ne doit pas bouger.
Visage	C-5	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • La tête de l'enfant ne doit pas bouger. • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) et demander au parent/soignant (ou à une troisième personne) de tenir délicatement mais fermement le reste du corps en mettant une main sur chaque hanche de l'enfant.
	C-6	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur une des cuisses d'un parent/soignant, en l'asseyant de côté, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de tenir le haut du corps en serrant l'enfant contre soi à l'aide d'un bras pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer une main sur le front ou sur la partie pariétale ou occipitale de la tête de l'enfant. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. Tenir fermement.
	C-7	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • La tête de l'enfant ne doit pas bouger. • Demander au parent/soignant (ou à une troisième personne) de s'appuyer délicatement sur le bas du tronc de l'enfant tout en tenant les mains de l'enfant.
Oreilles	C-8	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de



LXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXV. MESURES DE CONTENTION
		<p>chaque côté de la tête de l'enfant, en laissant les oreilles exposées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à un parent/soignant de tenir délicatement mais fermement le reste du corps en mettant les mains sur les hanches de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander au parent/soignant de s'appuyer délicatement sur le corps de l'enfant, au niveau de la zone de la hanche, en tenant les mains de l'enfant.
	C-9	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à un parent/soignant d'asseoir l'enfant sur les genoux du parent/soignant, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant, avec un bras autour de la poitrine de l'enfant et la deuxième main sur le front de l'enfant. • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position.
	C-10	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à un parent/soignant d'asseoir l'enfant sur une des cuisses du parent/soignant, en l'asseyant de côté, et de tenir les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de placer une main sur un des côtés de la tête de l'enfant (en laissant l'oreille exposée), en plaçant le côté opposé de la tête de l'enfant contre la poitrine du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de placer la deuxième main sur le haut du bras exposé de l'enfant (au-dessus du coude) pour assurer la sécurité de la position.
	C-11	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à un parent/soignant d'asseoir l'enfant sur les genoux du parent/soignant, l'enfant se trouvant en face du parent/soignant. • L'enfant pose un côté de la tête contre la poitrine du parent/soignant. • Demander au parent/soignant de mettre un bras en travers du dos de l'enfant, avec une main tenant le haut du bras opposé de l'enfant (au-dessus du coude); la deuxième main tient la tête de l'enfant d'un côté (en laissant l'oreille exposée). • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
Yeux	C-12	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant tournée légèrement vers l'œil affecté, en plaçant une main de chaque côté de la tête.
Yeux	C-12	<ul style="list-style-type: none"> • Demander au parent/soignant <u>soit</u> de tenir délicatement mais fermement le reste du corps en mettant une main sur chaque hanche, <u>soit</u> de s'appuyer délicatement sur



LXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXV. MESURES DE CONTENTION
		le bas de l'abdomen ou la zone de la hanche de l'enfant, en tenant les mains de l'enfant.
LXXVI. Bras Main, avant-bras ou zone antécubitale	C-13	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur les genoux du parent/soignant, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant, avec un bras en travers de la poitrine de l'enfant, en tenant le haut du bras (dont vous avez besoin) de l'enfant (au-dessus du coude) à l'aide d'une main (celle du bras placé en travers du dos de l'enfant); la deuxième main tient soit : au-dessus du coude de l'enfant, au-dessus du poignet de l'enfant, la main et les doigts de l'enfant (en dessous du poignet) ou le doigt de l'enfant dont vous avez besoin, en fonction du site choisi. • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler le bras opposé (consulter la politique N-78).
	C-14	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur les genoux du parent/soignant, l'enfant se trouvant en face du parent/soignant, avec un bras en travers du dos de l'enfant, en tenant à l'aide d'une main (celle du bras placé en travers du dos de l'enfant) le haut du bras (dont vous avez besoin) de l'enfant; la deuxième main tient les doigts de l'enfant ou au-dessus du poignet de l'enfant (en fonction du site choisi). • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler le bras opposé (consulter la politique N-78).
	C-15	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur une des cuisses du parent/soignant, en l'asseyant de côté, et en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant, avec un bras en travers du dos, en tenant le haut du bras (dont vous avez besoin) de l'enfant à l'aide d'une main (celle du bras placé en travers du dos de l'enfant); la deuxième main tient les doigts de l'enfant ou au-dessus du poignet de l'enfant (en fonction du site choisi). • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler le bras opposé (consulter la politique N-78).
Avant-bras	C-16	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir les doigts de l'enfant à l'aide d'une main, en plaçant la paume de la main de l'enfant sur le lit.



LXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXV. MESURES DE CONTENTION
<p>Avant-bras</p>	<p>C-16</p>	<ul style="list-style-type: none"> Placer la deuxième main sur l'avant-bras proximal de l'enfant (en dessous du coude). L'autre personne peut délicatement appuyer ses avant-bras en travers du bras opposé de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliser une couverture pour contrôler le bras opposé (consulter la politique N-78) ou demander à un parent/soignant de tenir la main opposée près de la tête de l'enfant (la main devrait être au niveau des oreilles ou plus bas).
	<p>C-17</p>	<ul style="list-style-type: none"> Demander à un parent/soignant de s'asseoir sur une civière. Asseoir l'enfant confortablement sur les genoux du parent/soignant. Demander au parent/soignant de soutenir le bras ou demander à une autre personne de tenir la main de l'enfant à l'aide d'une main et de soutenir le coude avec la deuxième main.
<p>Tronc Abdomen</p> <p>Partie avant de l'abdomen/ de la poitrine</p>	<p>C-18</p>	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le dos. Demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant de chaque côté de la tête de l'enfant (les mains devraient être au niveau des oreilles ou plus bas). Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en position droite en plaçant les mains sur les cuisses de l'enfant (en dessous des hanches). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Demander à l'autre personne de se pencher délicatement sur la zone des cuisses de l'enfant en tenant l'abdomen de l'enfant, en plaçant une main de chaque côté de la poitrine ou de l'abdomen. Tenir fermement.
<p>Partie latérale de l'abdomen/ de la poitrine</p>	<p>C-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> En étant couché sur le côté. Si cela est adapté à l'âge de l'enfant, placer un oreiller entre les jambes de l'enfant, avec les genoux légèrement pliés. Demander à un parent/soignant de tenir les mains de l'enfant de chaque côté de la tête de l'enfant (les coudes devraient être pliés et légèrement plus haut si les zones de suture se situent sur le haut du tronc ou sur le côté de l'abdomen ou du tronc). En étant placé face à l'enfant, demander à une autre personne de tenir l'enfant en position latérale en plaçant une main sur l'abdomen ou la poitrine et la deuxième main et l'avant-bras sur le dos et les fessiers de l'enfant. Tenir fermement. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> Demander à l'autre personne de se pencher délicatement sur le bas du corps de l'enfant.



LXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXV. MESURES DE CONTENTION
Partie latérale de l'abdomen/de la poitrine Partie latérale de l'abdomen/de la poitrine	C-20 C-20	<ul style="list-style-type: none"> • Placer le bras (dont vous avez besoin) au-dessus de la tête de l'enfant (le coude plié au niveau des oreilles et la main derrière la tête de l'enfant). • En étant placé face à l'enfant, demander à une autre personne de tenir fermement le bras (dont vous avez besoin) de l'enfant à l'aide d'une main (au-dessus du coude); la deuxième main tient les cuisses de l'enfant (au-dessus du genou). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne pourrait se pencher délicatement sur le bas du corps de l'enfant, en soutenant le bas du dos et les fessiers de l'enfant à l'aide de la deuxième main et de l'avant-bras. <p>Remarque : Lorsque le bras d'un enfant est positionné au-dessus de la tête de l'enfant (coude au niveau des oreilles ou plus haut), il faut faire une pause toutes les 3 à 5 minutes pour éviter toute blessure à l'épaule.</p>
LXXVII. <u>Gastrique</u>	C-21	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • Demander à un parent/soignant de s'appuyer délicatement sur le corps de l'enfant, au niveau de la zone de la hanche, en tenant les mains de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
	C-22	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • Demander à l'autre personne de s'appuyer délicatement sur l'abdomen ou la poitrine de l'enfant, avec le haut d'un bras ou une épaule en travers de la poitrine et du haut du bras de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
	C-23	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • Demander à un parent/soignant de tenir délicatement mais fermement le reste du corps de l'enfant en mettant les mains sur les hanches de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).



LXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXV. MESURES DE CONTENTION
Gastrique	C-24	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos.
	C-24	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • Demander à un parent/soignant (ou à une troisième personne) de tenir délicatement mais fermement le reste du corps de l'enfant en mettant les mains sur les hanches de l'enfant.
	C-25	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • Demander à un parent/soignant (ou à une troisième personne) de s'appuyer délicatement sur le corps de l'enfant, au niveau de la zone de la hanche, en tenant les mains de l'enfant.
LXXVIII. <u>Intestin</u>	C-26	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le côté gauche, avec les genoux relevés vers la poitrine (position de Sims). • Demander à une autre personne (se trouvant en face de l'enfant) de tenir le genou droit plié en plaçant une main au-dessus du genou droit (à l'arrière de la cuisse), et la deuxième main sur le haut du bras droit. • Tenir délicatement mais fermement. • La deuxième personne pourrait appuyer délicatement le haut de son corps sur l'épaule droite de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant.
Ponction lombaire Position latérale	C-27	<ul style="list-style-type: none"> • La région lombo-sacrée devrait être le plus près possible du bord du lit. • Le patient devrait être couché sur le côté, en position fœtale. • Placer votre première main plus loin, sous le cou de l'enfant. • Déplacer votre avant-bras derrière la tête de l'enfant pour soutenir le cou. Placer votre deuxième main plus loin, sous les cuisses de l'enfant. • Au moment opportun, courber le corps en ramenant les genoux vers la tête (position fœtale). • Se pencher légèrement sur l'enfant, en contrôlant les bras et les jambes de l'enfant.
Position assise	C-28	<ul style="list-style-type: none"> • Asseoir l'enfant sur le bord du lit.



LXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXV. MESURES DE CONTENTION
Position assise	C-28	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant peut être assis, avec la tête reposant sur un oreiller placé sur une table au niveau de la taille, ou placer un oreiller sur les cuisses de l'enfant et demander à l'enfant de se pencher en avant, en repliant la tête et la poitrine vers les genoux de l'enfant. • Placer vos mains sur les épaules de l'enfant pour l'aider et pour stabiliser la position. <p>En cas de besoin de mesures de contention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer un oreiller sur les genoux de l'enfant. • Demander à l'enfant de se pencher sur l'oreiller, tout en tournant la tête vers le côté. • Placer un bras derrière la tête et autour du haut des épaules de l'enfant, et placer votre première main sur une des cuisses de l'enfant. • Placer votre deuxième main sur l'autre cuisse de l'enfant. • Au moment opportun, se pencher plus vers le bas sur l'enfant, en utilisant le haut de votre corps pour immobiliser l'enfant, tout en courbant le dos de l'enfant en position de flexion (position fœtale).
Parties génitales	C-29	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en position de « grenouille », en tenant les jambes en dessous des genoux de l'enfant. L'autre personne pourrait appuyer ses avant-bras contre l'intérieur des cuisses de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant. ET/OU • L'autre personne peut délicatement appuyer le haut de son corps sur les hanches ou l'abdomen de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. <p>Ne pas compromettre la respiration de l'enfant.</p>
	C-30	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en plaçant les mains de l'autre personne sur chaque cuisse de l'enfant, à l'intérieur des cuisses, en écartant doucement les jambes de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant.



LXXIV. <u>PARTIE DU CORPS</u>	CODE	LXXV. <u>MESURES DE CONTENTION</u>
LXXIX. <u>Jambes</u> LXXX. <u>Cuisse</u>	C-31	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur une des cuisses d'un parent/soignant, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant, avec les bras du parent/soignant en travers de la poitrine de l'enfant pour tenir (en serrant contre soi) le haut des bras de l'enfant et assurer la sécurité de la position. • Demander à une autre personne de tenir la cuisse de l'enfant en plaçant une main en dessous de la hanche de l'enfant et la deuxième main au-dessus du genou de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut délicatement appuyer ses avant-bras sur la jambe opposée. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
LXXXI.	C-32	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur les genoux d'un parent/soignant, l'enfant se trouvant en face du parent/soignant, avec les bras du parent/soignant en travers du dos de l'enfant, en serrant l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. • Demander à une autre personne de tenir la cuisse de l'enfant en plaçant une main en dessous de la hanche de l'enfant et la deuxième main au-dessus du genou de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
	C-33	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur une des cuisses d'un parent/soignant, en l'asseyant de côté, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant, avec les bras du parent/soignant en travers de la poitrine de l'enfant pour tenir (en serrant contre soi) le haut des bras de l'enfant et assurer la sécurité de la position. • Demander à une autre personne de tenir la cuisse de l'enfant en plaçant une main en dessous de la hanche de l'enfant et la deuxième main au-dessus du genou de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut délicatement appuyer ses avant-bras sur la jambe opposée. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).



<p>LXXXII. <u>Jambes</u> <u>Cuisse</u></p>	<p>C-34</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le lit. • Demander à une autre personne de tenir les deux jambes de l'enfant en plaçant les mains sur la cuisse (dont vous avez besoin) de l'enfant (au-dessus du genou). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut délicatement appuyer ses avant-bras sur la cuisse opposée. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne (debout, sur le côté de l'enfant) (ou une troisième personne) peut délicatement appuyer le haut de son corps sur le tronc ou l'abdomen de l'enfant. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les mains de l'enfant.
<p>LXXXIII. <u>Zone</u> <u>iliaque/des</u> <u>hanches</u></p>	<p>C-35</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le lit. • Demander à une autre personne de tenir les deux jambes de l'enfant en plaçant les mains sur les cuisses de l'enfant (au-dessus des genoux). <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut délicatement appuyer ses avant-bras sur la jambe opposée. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'autre personne peut délicatement s'appuyer sur les hanches de l'enfant.
	<p>C-36</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur les genoux d'un parent/soignant, l'enfant se trouvant en face du parent/soignant, avec les bras du parent/soignant en travers du dos de l'enfant. • Serrer l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position. • Demander à une autre personne de tenir la cuisse (choisie) de l'enfant, en plaçant une main en dessous de la hanche de l'enfant et la deuxième main au-dessus du genou de l'enfant.
<p>Zone <u>iliaque/des</u> hanches</p>	<p>C-37</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Positionner l'enfant sur les genoux d'un parent/soignant, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant, avec les bras du parent/soignant en travers de la poitrine de l'enfant pour tenir (en serrant contre soi) le haut des bras de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les mains de l'enfant près du visage de l'enfant (ou plus bas).



	C-38	<ul style="list-style-type: none">• Positionner l'enfant sur une des cuisses d'un parent/soignant, en l'asseyant de côté, en tenant les jambes de l'enfant entre les cuisses du parent/soignant.• Demander à un parent/soignant de tenir le haut du corps en serrant l'enfant contre soi pour assurer la sécurité de la position.
Fessiers	C-39	<ul style="list-style-type: none">• En étant couché sur l'abdomen, le visage tourné sur le côté.• Demander à une autre personne de tenir les jambes de l'enfant en plaçant une main sur l'arrière des cuisses de l'enfant et la deuxième main sur le bas du dos de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none">• L'autre personne peut délicatement s'appuyer sur le bas du dos et les hanches de l'enfant ou s'appuyer délicatement sur les jambes de l'enfant au niveau de la zone du genou ou de la cuisse. <p>En cas de besoin de mesures de contention supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none">• Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les mains de l'enfant près du visage de l'enfant (ou plus bas).

Protocole relatif à l'utilisation de la contention physique, révisé - Mai 2006/ S. Nicholson/A. Laverdière
Approuvé par le Comité sur le développement de la pratique et sur la gestion de la qualité des soins infirmiers – Mai 2006



Annexe R



LXXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXXV. MESURES DE CONTENTION
Main, avant-bras ou zone antécubitale	A-1	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir les doigts de l'enfant à l'aide d'une main, en plaçant la paume de la main de l'enfant sur le lit. • Placer la deuxième main sur l'avant-bras proximal (en dessous du coude). • L'autre personne peut délicatement appuyer ses avant-bras en travers du bras opposé de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler le bras opposé (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir la main opposée près de la tête de l'enfant (la main devrait être au niveau des oreilles ou plus bas).
Gastrique LXXXVI. <u>Tube nasogastrique</u>	A-2	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78). • Demander à un parent/soignant de tenir délicatement mais fermement le reste du corps de l'enfant en mettant les mains sur les hanches de l'enfant.
	A-3	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • Demander à l'autre personne de s'appuyer délicatement sur l'abdomen ou la poitrine de l'enfant, avec le haut d'un bras ou une épaule en travers de la poitrine et du haut du bras de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
	A-4	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le dos. • Demander à une autre personne de tenir la tête de l'enfant en plaçant une main de chaque côté de la tête de l'enfant. • Demander à un parent/soignant (ou à une troisième personne) de s'appuyer délicatement sur le corps de l'enfant, au niveau de la zone de la hanche, en tenant les mains de l'enfant. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78).
Ponction lombaine	A-7	<ul style="list-style-type: none"> • La région lombo-sacrée devrait être le plus près possible du bord du lit.



LXXXIV. PARTIE DU CORPS	CODE	LXXXV. MESURES DE CONTENTION
<p>Position latérale</p> <p>Ponction lombaine</p> <p>Position latérale</p>	A-7	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient devrait être couché sur le côté, en position fœtale. • Placer votre première main plus loin, sous le cou de l'enfant. Déplacer votre avant-bras derrière la tête de l'enfant pour soutenir le cou. • Placer votre deuxième main plus loin, sous les cuisses de l'enfant. • Au moment opportun, courber le corps en ramenant les genoux vers la tête (position fœtale). • Se pencher légèrement sur l'enfant, en contrôlant les bras et les jambes de l'enfant.
Position assise	A-8	<ul style="list-style-type: none"> • Asseoir l'enfant sur le bord du lit. • L'enfant peut être assis, avec la tête reposant sur un oreiller placé sur une table au niveau de la taille, ou placer un oreiller sur les cuisses de l'enfant et demander à l'enfant de se pencher en avant, en repliant la tête et la poitrine vers les genoux de l'enfant. • Placer vos mains sur les épaules de l'enfant pour l'aider et pour stabiliser la position. <p>En cas de besoin de mesures de contention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placer un oreiller sur les genoux de l'enfant. • Demander à l'enfant de se pencher sur l'oreiller, tout en tournant la tête vers le côté. • Placer un bras derrière la tête et autour du haut des épaules de l'enfant, et placer votre première main sur une des cuisses de l'enfant. • Placer votre deuxième main sur l'autre cuisse de l'enfant. • Au moment opportun, se pencher plus vers le bas sur l'enfant, en utilisant le haut de votre corps pour immobiliser l'enfant, tout en courbant le dos de l'enfant en position de flexion (position fœtale).
Fessiers	A-9	<ul style="list-style-type: none"> • En étant couché sur le côté gauche, avec les genoux relevés vers la poitrine (position de Sims). • Demander à une autre personne (se trouvant en face de l'enfant) de tenir le genou droit plié en plaçant une main au-dessus du genou droit (à l'arrière de la cuisse), et la deuxième main sur le haut du bras droit. • Tenir délicatement mais fermement. • L'autre personne peut délicatement appuyer le haut de son corps sur l'épaule droite ou le haut du bras droit de l'enfant pour assurer la sécurité de la position. <p>Au besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une couverture pour contrôler les deux bras (consulter la politique N-78) <u>ou</u> demander à un parent/soignant de tenir les bras de l'enfant.

Protocole relatif à l'utilisation de la contention physique, révisé - Mai 2006/ S. Nicholson/A. Laverdière
 Approuvé par le Comité sur le développement de la pratique et sur la gestion de la qualité des soins infirmiers – Mai 2006



Annexe S

Positions du patient pour la contention aux 4 points

REMARQUE : La position dorsale/couché sur le dos et la position latérale sont recommandées, car il existe moins de risques de blessures ou de décès. La position en pronation (couché sur le ventre) **n'est pas recommandée**, car elle peut limiter la fonction respiratoire. **Ne pas utiliser la position ventrale/en pronation pour la contention aux 4 points.**

