



Promouvoir la sécurité du patient de plus de 60 ans lorsque l'utilisation des moyens de contention physique est envisagée dans un contexte d'hospitalisation en milieu aigu

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

**Charlotte Gomez
Nadia Gagnaux**

Promotion [2016-2019]

Sous la direction de : Pénélope Caravella

Haute École de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

11 juillet 2019

Résumé

Background et objectif : La contention est un moyen thérapeutique regroupant l'utilisation de tous les moyens environnementaux, physiques, techniques ou chimiques permettant de limiter les capacités de mobilisation d'un individu. C'est une méthode très controversée à cause de ses conséquences néfastes qui sont peu connues des soignants. Cette revue de littérature aborde uniquement les contentions physiques utilisées chez les personnes âgées de plus de 60 ans hospitalisées en milieu aigu et a pour but d'identifier des interventions infirmières afin de trouver des méthodes pour pallier à cette utilisation ou d'en promouvoir la sécurité.

Méthode : Il s'agit d'une revue de littérature. Les bases de données *PubMed* et *CINAHL* ont été utilisées afin d'effectuer les recherches. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de les cibler. Les six articles trouvés, datés entre 2012 et 2018, ont été analysés à l'aide d'une grille de résumé et d'une grille de lecture critique. Une grille résumée des résultats a permis la synthétisation de ceux-ci. Les articles sont uniquement des devis quantitatifs.

Résultats : L'analyse des six articles a permis de définir trois catégories de résultats. Le manque de connaissances du personnel est le résultat le plus présent de cette revue, suivi de la pratique et des conséquences liées à la diminution de la contention physique. Il est donc nécessaire que les institutions mettent en place des formations continues pour le personnel soignant ainsi que des protocoles afin de réglementer la pratique de la contention et finalement diminuer les conséquences de cette utilisation.

Discussion : La théorie de soins centrés sur la personne de McCance et McCormack est mise en lien avec les résultats. La pertinence de cette théorie repose sur le fait qu'il est important de traiter le patient et non la maladie du patient. La

décision de la contention doit être prise en connaissant tous les axes du patient. Des interventions infirmières et des recommandations sont proposées dans cette revue. Pour terminer, les forces, les limites et la valeur scientifique sont exposées.

Mots-clés: *Physical restraint, acute care, nursing intervention, nursing care*

Tables des matières

Résumé	II
Liste des tableaux.....	VI
Liste des figures	VII
Glossaire.....	VII
Remerciements	1
Introduction	3
Problématique.....	7
Question de recherche	11
Objectifs	11
Cadre théorique.....	12
La théorie des soins centrés sur la personne	13
Éthique.....	16
Méthode.....	20
Choix du devis	21
Démarche de la revue de littérature	21
Les critères d'inclusion	22
Les critères d'exclusion	23
Termes MeSH et CINAHL descriptors	23
Stratégies de recherche	24
PubMed	24
Stratégie 1	24
Stratégie 2.....	24
Stratégie 3.....	24
CINHAL.....	25
Stratégie 4	25
Stratégie 5	25
Stratégie 6.....	25

Résultats	27
Caractéristiques et qualité méthodologique	28
Présentation de chaque article	29
Catégorisation des résultats	30
Connaissances	31
Pratique de la contention physique	32
Conséquences liées à la diminution de la contrainte physique.....	34
Discussion	35
Liens des résultats avec le cadre théorique	36
Réponse à la question de recherche	41
Conclusion	47
Références	50
Appendice A	56
Appendice B	58
Appendice C	74
Appendice D	90
Appendice E	105
Appendice F	117
Appendice G	130
Appendice H	146
Appendice I	159

Liste des tableaux

Tableau 1 MOTS CLÉS QUESTION PICO	11
Tableau 2 MOTS CLÉS TRADUITS EN MESH TERMS ET CINHAL DESCRIPTORS.....	23

Liste des figures

Figure 1 PERSPECTIVES DES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE	16
Figure 2 FLOW CHART.....	26

Glossaire

MESH	MeSH (Medical Subject Headings)
PEG	Percutané endoscopie gastrostomie
USI	Unité de soins intensifs

Remerciements

Nous tenons à remercier notre directrice de *Bachelor Thesis*, Madame Pénélope Caravella, pour son soutien tout au long de notre travail, de son aide ainsi que de sa disponibilité.

Nous remercions également, Madame Noémie Richoz pour avoir accepté d'être la seconde experte pour ce travail de *Bachelor*.

Nous souhaitons également remercier toutes les personnes, particulièrement Françoise Gagnaux et Viviana Leitao qui nous ont apporté leur regard critique en nous ayant relu et corrigé.

Pour terminer, nous remercions tous nos proches qui nous ont soutenues tout au long de cette thèse, cela nous a permis de rester motivées et soudées jusqu'à la fin de cette longue période de rédaction.

**« Tout le monde peut soigner, mais
tout soin n'apporte pas la guérison. »**

(Mutamba Bil, 1994, cité dans Le Parisien, n.d)

Introduction

Cette revue de littérature s'intéresse uniquement aux moyens de contention physique. En effet, ce choix a été fait ainsi aux vues de l'intérêt porté à ce type de restriction et de l'expérience personnelle de la problématique qui y est liée. Le contexte choisi est celui des soins aigus, car ce sont des services où les patients ont tendance à être vulnérables en raison de leur maladie et de leur souffrance (Zielinski, 2011). La population cible est les personnes âgées car elles sont plus sujettes à être agitées. En effet, 30 à 40% des patients de plus de 70 ans admis en hôpitaux ont déjà présenté un syndrome confusionnel (Zarate-Lagunes, Lang & Zekry, 2008).

L'origine du phénomène de la contention physique provient des années 1960 en raison de l'introduction des médicaments psychotropes. Elle était utilisée afin de gérer les comportements de patients agressifs (Sze, Leng, & Lin, 2011). Selon Farina-Lopez (2011), c'est seulement vingt ans plus tard que les professionnels de la santé ont pris conscience des risques liés à cette utilisation et que des articles ont commencé à être publiés.

D'après la Haute Autorité de Santé (2017), la contention est un moyen thérapeutique regroupant l'utilisation de tous les moyens environnementaux, physiques, techniques ou chimiques permettant de limiter les capacités de mobilisation d'un individu. La contention physique comprend les moyens attachés au corps du patient ou à proximité pour empêcher que celui-ci ne bouge de manière volontaire (Huang, Chang & Chiang, 2009).

Selon Agens (2010), le taux d'incidence de la contention physique dans les hôpitaux de soins de courte durée allemand se situait entre 3 et 25%. Dans ce même pays, une étude réalisée dans 15 hôpitaux de soins de courte durée auprès de 2827 patients a révélé une prévalence de 9,3% (Heinze, Dassen & Grittner, 2012). L'étude de Ragan, Wolfowitz et Gil (2015) a évalué le taux d'incidence de la contention physique dans des hôpitaux dans divers pays européens. En Suisse, sur 2008

patients étudiés, la contention physique était utilisée à environ 3%. En Belgique, la contention est utilisée entre 7 et 22% pour environ 652 patients et aux Pays-Bas entre 2 et 12% pour 125 patients. A savoir que l'étude n'a pas pris en compte l'utilisation des barrières de lit alors que Marques, Queiros, Apostolo et Cardoso (2017) affirment que celles-ci sont le moyen de contention le plus utilisé.

Facteurs de risque

Les personnes âgées ont tendance à être encore plus fragiles à cause de leur réserve fonctionnelle réduite (Eltaliawi, El-Shinawi, Comer, Hamazah & Hirshon, 2017). Ils subissent des examens, ils reçoivent des informations qu'ils ne comprennent pas toujours et doivent prendre des décisions (Zielinski, 2011). De plus, dans ces services, le temps de réflexion des soignants quant à la prise en charge des patients est limité. De ce fait, les soins portés aux malades sont moins centrés sur le patient (Goethals, Dierckx & Gastmans, 2012).

L'âge, la mobilité, la dépendance aux activités de la vie quotidienne, le déclin cognitif, l'incidence des chutes, l'errance, le manque de collaboration et la polymédication sont des facteurs de risques de mise en place de contention physique liés aux patients. Au contraire, le manque de connaissances, les fausses croyances quant à l'efficacité de la contention, la peur des représailles du milieu et des proches, l'intolérance face à l'agitation des patients, le besoin de « contrôle » ainsi que la difficulté à gérer l'incertitude sont, cette fois, des facteurs de risques liés aux soignants (Giroux, Maheux & Chevalier, 2005 ; Raguan, Wolfowitz & Gill, 2015).

Cadre juridique

Selon l'art. 53 de la loi cantonale fribourgeoise du 1^{er} janvier 2018 sur la loi sur la santé (= LSan/FR ; 821.0.1) : « Par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des

patients ou des patientes est interdite. A titre exceptionnel, et après en avoir discuté avec le patient ou la patiente ou ses proches, le ou la responsable d'une institution de santé peut, sur la proposition des professionnels de la santé rattachés à l'institution, imposer pour une durée limitée des mesures de contrainte strictement nécessaires à la prise en charge d'un patient ou d'une patiente : a) si d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou n'existent pas et, b) si le comportement du patient ou de la patiente : 1. présente un danger grave pour sa sécurité ou sa santé ou pour celles des autres personnes dans l'institution ou 2. perturbe gravement l'organisation et la dispensation des soins. ».

Toujours selon cette même loi, « la surveillance du patient ou de la patiente est renforcée pendant toute la durée de la mesure de contrainte, et sa situation fait l'objet d'une réévaluation plusieurs fois par jour. Un protocole comprenant au moins le but, la durée et le type de chaque mesure utilisée ainsi que le nom de la personne responsable et le résultat des réévaluations successives est inséré dans le dossier du patient ou de la patiente. La direction de l'institution a l'obligation de tenir un registre qui répertorie de manière chronologique toutes les mesures de contrainte imposées. Les personnes ou les autorités exerçant la surveillance de l'institution sont également habilitées à prendre connaissance des protocoles et à consulter le registre. ».

La direction de la santé et des affaires sociales (DSAS, 2017) stipule que toutes mesures de contention à l'égard de tout patient sont interdites sans leur consentement mais que celles-ci peuvent être imposées à certaines conditions. En effet, l'équipe soignante doit se consulter pour décider, ensemble, d'une mesure de contention appropriée à la situation si le comportement du patient présente un danger pour lui-même et pour les autres personnes ou encore s'il perturbe gravement la vie communautaire.

Selon l'expérience personnelle des auteures de cette revue, la décision de mettre en place une contention physique est prise rapidement. Les risques liés à celle-ci sont fréquemment peu pris en compte, le personnel soignant pensant plus à la sécurité du patient et au fait de ne pas devoir intervenir plusieurs fois en raison de la grande charge de travail. De plus, beaucoup de services de soins ne disposent pas de protocole concernant cette pratique. Par ailleurs, la famille est souvent avertie après la mise en place de la contrainte et non avant. De ce fait, elle se résigne souvent à accepter la décision sans rentrer en matière.

Problématique

Causes de l'utilisation de moyens de contention

Les causes de l'utilisation des moyens de contention sont diverses et variées. Elles englobent la prévention des chutes (Sze, Leng, & Lin, 2011), la sécurité des patients (Werner, 2002), la prévention des interférences avec les traitements (Choi & Song, 2003), la préservation des équipements, la maîtrise de l'agitation ou de l'errance (Giroux, Maheux & Chevalier, 2005). La dotation insuffisante en personnel influencerait, selon plusieurs études, l'utilisation de la contrainte physique notamment durant les week-ends et la nuit (Farina-Lopez, 2011 ; Huang, Ma & Chen, 2003).

D'autre part, les soignants ont une appréhension quant aux conséquences qu'il pourrait y avoir sans contention, c'est donc sans réfléchir qu'ils l'utilisent (Giroux, Maheux & Chevalier, 2005).

Selon Hantikainen (2001), des facteurs influencent la prise de décision face à la contrainte telle que les politiques institutionnelles, les pressions sociales et familiales, les valeurs professionnelles et personnelles, le comportement des patients, les pensées et la gestion des sentiments des infirmiers.

Conséquences

Au-delà de l'aspect éthique, l'utilisation de la contention physique n'est pas sans conséquence. Elle restreint la liberté individuelle du patient et peut porter atteinte à son autonomie ainsi qu'à sa dignité (Sze, Leng, & Lin, 2011). La contention physique entraîne une immobilisation prolongée et celle-ci peut engendrer une perte fonctionnelle, une diminution de la masse osseuse et du tonus musculaire, des escarres, des infections, de l'inappétence, de la déshydratation et de l'incontinence (Farina-Lopez, 2011). Le matériel de contention peut provoquer des plaies, une asphyxie, des entorses, des fractures, des hématomes, des contusions, des coupures, des écorchures et/ou une ischémie ainsi qu'une augmentation de la gravité des chutes (Sze, Leng, & Lin, 2011). Les conséquences de l'utilisation de celle-ci ne sont pas seulement physiques mais également psychologiques comme le stress, la confusion et l'agitation des patients. Elle génère aussi de l'humiliation, de la peur, un repli sur soi, une dépression, un isolement et une altération du sommeil (Farina-Lopez, 2011 ; Giroux, Maheux & Chevalier, 2005).

Farina-Lopez (2011) a évoqué divers facteurs de risques qui peuvent influencer les conséquences de cette utilisation. En effet, les patients atteints de démence, d'hémiplégie et les patients présentant des difficultés de communication à la suite d'un trouble neuro-vasculaire ne sont pas capables de se libérer ou d'appeler le personnel soignant en cas d'accidents liés aux dispositifs. De plus, cette auteure suggère de porter de l'attention aux patients souffrant d'incontinence car ceux-ci ont tendance à être agités et à vouloir se lever. Le manque de vigilance du personnel soignant ainsi que la baisse de dotation en personnel durant la nuit et les week-ends peuvent entraîner une diminution de la surveillance des patients confinés. Cela met donc en péril la sécurité des patients. En Suisse, selon l'art. 383 du code civil suisse du 10 janvier 1907 (= CC ; RS 21), « La mesure de contrainte doit être levée dès que

possible dans tous les cas, sa justification sera reconsidérée à intervalles réguliers. ». De plus, l'art. 53 de la loi cantonale fribourgeoise du 1er janvier 2018 sur la loi sur la santé (= LSan/FR ; 821.0.1) stipule que la surveillance du patient doit être renforcée lors d'utilisation de contrainte et réévaluée plusieurs fois durant la journée. Par ailleurs, si la contention s'avère nécessaire, il est important d'utiliser des dispositifs conformes et approuvés comme tels. Dans le cas contraire, l'utilisation de matériel non adéquat pourrait être considérée comme une grave irresponsabilité.

Sur 122 cas mortels dus à la contention physique relevés dans les milieux de soins espagnols, 24,2% se sont déroulés dans les hôpitaux (Farina-Lopez, 2011).

Giroux, Maheux et Chevalier (2005) et Farina-Lopez (2011) évoquent que les conséquences liées à l'utilisation des moyens de contention peuvent augmenter la durée de séjour et donc augmenter les coûts liés au traitement.

Préoccupation éthique

En plus de protéger le patient, les soignants pensent se baser sur des principes éthiques tels que la bienfaisance, le respect de l'autonomie, la dignité et la liberté du patient (Janelli, Dickerson & Ventura, 1995 ; Karlsson, Bucht, Rasmussen & Sandman, 2000 ; Kontio & al., 2010). Leur manière d'utiliser la contention physique prouve une non concordance avec ceux-ci ainsi qu'avec leurs convictions personnelles (Goethals, Dierckx & Gastmans, 2012 ; Chuang & Huang, 2007).

Cheung et Yam (2005) affirment que le dilemme paternalisme/autonomie du patient est une préoccupation éthique majeure, malgré les connaissances des soignants face aux conséquences de l'utilisation des moyens de contention physique. En effet, en étant paternalistes, les soignants veulent le mieux pour leurs patients, ils pensent donc les protéger en instaurant des moyens de contention mais cela compromet au respect de l'autonomie des patients.

Les soignants face à la contention physique

Bartter (2011) évoque que l'infirmier est considéré comme la personne qui sait le mieux, elle a donc tendance à paternaliser. Selon Goethals, Dierckx et Gastmans (2012), les soignants pratiquent leur métier en étant préoccupés par ce qui est bon pour le patient.

Selon Goethals, Dierckx et Gastmans (2013), il a été démontré que certains infirmiers font passer leur propre bien-être avant celui des patients en imposant un moyen de contention. D'autre part, selon l'étude de Chuang et Huang (2007), un tiers des infirmiers ressentent des sentiments négatifs lors de l'utilisation de moyens de contention tels que de la tristesse, de la culpabilité et de la pitié. Cependant, les deux tiers des soignants de cette étude n'éprouvent aucun sentiment étant donné qu'ils sont trop occupés pour penser. Certains infirmiers sont préoccupés par le dilemme entre l'utilisation des contraintes physiques et la violation des droits de l'homme.

Par ailleurs, selon une étude de Sandhu et al. (2010), les médecins moins expérimentés ont des connaissances de la contention physique moins enrichies que les médecins plus âgés et plus expérimentés. Or, en Suisse, 12,5% des médecins ont été formés en 2018 (Fédération des médecins suisses [FMH], 2018), ce qui laisse présager que ces jeunes diplômés ont plus tendance à utiliser la contention physique qu'un médecin chevronné. En outre, selon l'expérience des auteures de cette revue, les infirmiers travaillent principalement en collaboration avec des médecins assistants qui sont novices et donc plus à même de préconiser la contention selon Sandhu et al. (2010).

Pour conclure la problématique, Sze, Leng et Lin (2011) évoquent, que malgré les croyances des soignants sur le bienfait de cette utilisation, les moyens de contention ne permettent pas de prévenir les chutes. La contention physique est encore couramment utilisée malgré toutes les conséquences qui y sont liées.

Question de recherche

Les recherches effectuées sur la thématique de la contention physique en milieu aigu, de l'aspect éthique ainsi que de la perception et les connaissances des soignants sur son utilisation, ont abouti à une question de recherche.

« Quelles interventions infirmières permettent de promouvoir la sécurité du patient de plus de 60 ans lorsque l'utilisation des moyens de contention physique est envisagée dans un contexte d'hospitalisation en milieu aigu ? »

Tableau 1 Mots-clés question PICO

(P) Population	- Patients de plus de 60 ans
(I) Intervention	- Contention physique
(C) Contexte	- Milieu aigu
(O) Outcome	- Promouvoir la sécurité du patient

Objectifs

Les objectifs de cette revue sont de trouver des interventions alternatives à la contention physique ou de l'utiliser de manière sécuritaire quand celle-ci s'avère nécessaire. Cela dans le but de promouvoir la sécurité du patient dans les services de soins aigus.

Cadre théorique

La théorie choisie pour cette revue de littérature est celle des soins centrés sur la personne. Ce cadre théorique est basé sur quatre éléments développés ci-dessous qui permettent d'avoir une meilleure compréhension. D'autre part, le concept de l'éthique est présenté dans le but de mieux comprendre cette revue de littérature et la prise en charge infirmière.

La théorie des soins centrés sur la personne

Selon Bilodeau, Dubois et Pepin (2013), la théorie centrée sur la personne a été développée par McCormack et McCance en 2006. Le Person Centred Nursing Framework (PCNF) met le doigt sur l'expérience, les désirs et les volontés de la personne. Ils évoquent : « Les caractéristiques du professionnel de même que certains éléments à l'intérieur de l'environnement de soins contribuent à un processus de soins infirmiers centrés sur le patient qui apportent des résultats positifs. »

Selon McCormack et McCance (2010), la théorie centrée sur le patient comprend quatre composantes qui sont reliées entre elles : les prérequis, l'environnement de soins, le processus d'une pratique de soins infirmiers centrés sur le patient et les résultats.

Les prérequis sont un élément indispensable afin que les soignants soient aptes à donner des soins centrés sur le patient. Ils se basent sur les qualités des soignants qui comprennent les compétences professionnelles, les compétences interpersonnelles, l'engagement dans le travail, la démonstration des croyances et des valeurs ainsi que la connaissance de soi-même. La communication et les valeurs communes entre les membres de l'équipe et la qualité du travail d'équipe doivent inclure le patient (Bilodeau, Dubois & Pepin, 2013 ; McCormack & McCance, 2010).

Selon McCormack et McCance (2010), les qualités des infirmiers pourront être utilisées uniquement si l'environnement de soins y est favorable. Il comprend le

contexte dans lequel les soins sont faits. Il contient : « Un dosage approprié de compétences ; des systèmes facilitant la prise de décision partagée ; des relations de travail efficaces ; un système organisationnel favorable ; le partage du pouvoir et le potentiel d'innovation et de prise de risques. »

Le processus centré sur la personne se base sur les soins reçus. Il se réfère au respect des croyances et des valeurs du patient et à l'engagement du soignant et du patient. L'infirmier doit essentiellement avoir une personnalité agréable, partager la prise de décision et entretenir les besoins physiques. Il est important de mettre l'accent sur les croyances et les valeurs du patient, en effet, le processus centré sur la personne permet d'avoir une vision sur ce que le patient valorise dans sa vie et quel sens il donne à ce qui se passe. La prise de décision partagée demande que l'infirmier établisse une alliance thérapeutique avec le patient qui doit être considéré en tant que personne entière. L'engagement est étroitement lié à la prise de décision partagée. En effet, les infirmiers qui installent une alliance thérapeutique avec le patient, pratiqueront trois types de positionnement différents, ce qui reflètent différents niveaux. Un engagement complet a lieu quand le patient et le soignant ont établi un partenariat de soins. Le désengagement partiel est décrit par un travail arrêté entre le soignant et le patient pour n'importe quelle raison. Le désengagement total indique que l'infirmier n'est pas en adéquation avec les valeurs du patient. Il est donc nécessaire de procéder à une réévaluation des objectifs afin de rétablir le lien. L'alliance thérapeutique est interrompue jusqu'à ce qu'une résolution avec les valeurs du patient soit à nouveau trouvée (McCormack & McCance, 2010).

Les résultats est l'élément de base du cadre qui comprennent la satisfaction des soins, l'implication des soignants, le sentiment de bien-être et un environnement propice aux soins. Les auteurs évoquent l'importance de tenir compte des prérequis afin d'obtenir des résultats positifs. Les conditions préalables ont une influence sur la

gestion de l'environnement de soins qui est important pour apporter des soins performants centrés sur la personne. Les résultats peuvent être établis sur l'idée du personnel, des patients et de leurs familles (McCormack & McCance, 2010).

Cette théorie a été choisie car elle est en adéquation avec la thématique de cette revue. En effet, au vu du manque de prérequis présents dans la problématique, il est essentiel que les soignants s'appuient sur cette théorie afin de limiter les conséquences négatives dues à la contention physique. Les connaissances concernant les conséquences liées à cette pratique sont pauvres. Les soignants possèdent de fausses certitudes sur la contention physique, en effet, certains sont persuadés que la non-utilisation de la contrainte entraînera des conséquences néfastes. L'implantation des soins centrés sur le patient permettrait aux soignants d'éviter les dérives de la contention et d'assurer la qualité des soins. Néanmoins, le temps de réflexion du personnel soignant quant à la prise en charge des patients est limité, ce qui n'encourage pas les soins centrés sur le patient.



Figure 1 : Perspectives des soins centrés sur la personne

Tiré de McCormack et McCance, 2010, p. 34

Concepts

Éthique

Selon Poirier Coutansais (2012), le terme « éthique » signifie morale qui est un ensemble de valeurs, de normes, de principes et de règles qui permettent à l'homme de faire la distinction entre le bien et le mal. C'est grâce à la morale, que la société peut « vivre ensemble », avec des règles de conduites. L'éthique est une discipline philosophique qui repose sur la finalité et les valeurs de l'existence. C'est un questionnement sur le sens que l'on donne à la morale. Son but est d'établir une manière juste de pratiquer un ou des soins en se reposant sur ses fondements.

Dans la pratique, les soignants ont le devoir de porter une réflexion sur leur pratique ou les situations de soins. Il est nécessaire que cette réflexion se déroule

avec une équipe pluridisciplinaire. C'est grâce à la confrontation entre les idées de chaque membre de l'équipe que découle des résultats éthiquement recevables.

Ce concept est en lien avec la déontologie professionnelle qui repose sur trois impératifs et quatre principes. Les impératifs sont de donner des soins équitables, sécuritaires et professionnels. L'autonomie, la non malfaisance, la justice et la bienfaisance sont les quatre principes de ce concept.

L'éthique comprend également les droits du patient qui ne sont parfois pas respectés lors de l'utilisation des contentions physiques.

Hormis les principes de ce concept, deux attributs sont également présents pour cette thématique. Il s'agit de la dignité et de la bientraitance qui sont développées ci-dessous.

La dignité se définit selon le Nouveau Petit Robert de la langue française (2008, cité dans Formarier & Jovic 2012) comme : « Le respect que mérite quelqu'un : principe de la dignité de la personne humaine selon laquelle la personne doit être traitée comme une fin en soi. Respect de soi, amour-propre, fierté, tenue. » Selon Gruat (2012), le terme « dignité » ne peut pas être utilisé sans le mot « respect », respect de soi-même mais aussi, respect de l'autre. Cet aspect de dignité face aux patients n'apparaît dans « les droits des malades » qu'en 2002. Lorsque le personnel soignant utilise la contention physique, ils infligent à leurs patients une perte ou une diminution de leur dignité. Ils deviennent dépendants des infirmiers dans leurs activités de la vie quotidienne. Il est donc primordial de respecter le patient ainsi que sa famille afin de promouvoir leur dignité.

La bientraitance est quant à elle définie selon le Petit Larousse illustré (1992, cité dans Formarier & Jovic 2012) comme : « Traiter, du latin *tractare* signifie agir de telle manière envers quelqu'un mais aussi soigner, par une médication appropriée. » Selon Defresne (2012) : « Bien traiter serait donc bien soigner, bien étudier et par

extrapolation, bien prendre l'autre en charge, être dans le prendre soin avec toutes les valeurs morales et éthiques que cela implique ». Selon Quinon (2005, cité dans Formarier & Jovic 2012) la bientraitance est : « un état d'esprit, une exigence éthique de la relation soignant-soigné. Il s'agit de donner au soigné la possibilité d'exister avec tout ce qu'il est ». Elle repose sur six attributs mais trois sont développés ci-après, en lien avec la thèse. La bientraitance est une posture professionnelle, une manière d'être et d'agir. Elle sous-entend être soucieux de l'autre, répondre à ses besoins et ses demandes et respecter ses choix. Elle repose sur les bonnes pratiques, sur les qualifications, sur les compétences et sur la conscience professionnelle du personnel soignant. Pour terminer, elle s'exerce dans le respect de la dignité et de la déontologie (Defresne 2012).

La bientraitance est donc la posture que l'infirmier doit adopter pour respecter son rôle auprès du patient vis-à-vis des compétences attendues (Haute école spécialisée de Suisse occidentale [HES-SO], 2012, p. 20). Elle repose également sur les attributs du personnel soignant, c'est-à-dire sur leurs savoirs, savoirs être et savoirs faire.

Le principe de l'autonomie a également une place importante dans ce travail. Le dictionnaire de l'Académie Française (1984, cité dans Formarier & Jovic 2012) mentionne : « Une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée. » La commission ministérielle de terminologie (1984, cité dans Formarier & Jovic 2012) définit l'autonomie comme : « La possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement. » Selon Warchol (2012, cité dans Formarier & Jovic 2012), le rôle des soignants lors d'une hospitalisation, est de promouvoir et de maintenir l'autonomie du patient ».

En utilisant la contention physique, les infirmiers entravent l'autonomie du patient car il ne peut plus agir comme il le souhaite. Il ne peut plus satisfaire, seul, ses besoins. Le respect de l'autonomie est à la base des soins, c'est pour cela qu'il est important de la préserver dans un contexte de contention.

Ce concept est très présent dans les soins car il relève toujours un questionnement entre le bien et le mal. Les soignants sont tenus de travailler pour l'intérêt du patient et non pour le leur. Comme cité dans la problématique, Goethals, Dierckx et Gastmans (2013) ont démontré que certains infirmiers font passer leur propre bien-être avant celui des patients en imposant un moyen de contention.

Méthode

La méthode contient le choix et l'argumentation du devis de littérature ainsi que la question PICO. Elle démontre également les critères d'éligibilité, d'inclusion et d'exclusion cités ci-dessous. Les limites et les filtres sont mentionnés. Ci-après, sont présentés sous forme de tableau, les termes MeSH (Medical Subject Headings) et les CINAHL descriptors avec leur traduction. La stratégie de recherche est présentée et pour terminer, une *Flow Chart* illustre la sélection des six articles présents dans ce travail.

Choix du devis

La revue de littérature a été choisie comme devis pour effectuer ce travail de *Bachelor*. En effet, le but de ce type de devis est de répondre à une problématique à l'aide de plusieurs articles scientifiques. L'analyse de ces articles permet d'avoir de meilleures connaissances sur le sujet et cette revue répondra à la question de recherche.

Démarche de la revue de littérature

La thématique de cette revue de littérature a été choisie aux vues des difficultés rencontrées dans la pratique avec les mesures de contention physique. La démarche a débuté avec de nombreuses recherches d'articles secondaires afin de se renseigner sur le thème préalablement choisi. Grâce à ses recherches, la problématique liée à la contention a été identifiée. En découle la question PICO : « Quelles interventions infirmières permettent de promouvoir la sécurité du patient de plus de 60 ans lorsque l'utilisation des moyens de contention physique est envisagée dans un contexte d'hospitalisation en milieu aigu ? »

Par la suite, les premiers termes MeSH et les CINHAL descriptors ont été sélectionnés puis traduits par le binôme. Ceux-ci ont sans cesse évolué en fonction des résultats d'articles trouvés. La recherche primaire a été faite sur les bases de données PubMed et CINHAL. Après de nombreuses équations de recherche avec ceux-ci, six articles ont été sélectionnés puis validés par notre directrice de *Bachelor*.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont aussi été discutés en binôme puis réajustés tout au long de la recherche.

Une fois les termes MeSH et les CINHAL descriptors insérés avec les critères d'éligibilité dans la barre de recherches, celui-ci propose plusieurs articles. Le premier tri est fait à l'aide du titre. Si celui-ci semble convenir à la problématique, le résumé de l'article est analysé. La deuxième étape est de faire une rapide lecture de l'article pour déterminer la présence ou non d'interventions infirmières. La pertinence des articles présélectionnés a été argumentée en binôme puis ils ont été présentés sous forme de résumé avec les éléments importants à notre professeure.

Après la sélection définitive, l'analyse complète de chaque article a pu débuter grâce aux grilles de résumé et aux grilles de lecture critique tirées de Loiselle et Profetto-McGrath (2007), de Fortin (2010) ainsi que de Fortin et Gagnon (2016). (Appendice C-D-E-F-G-H). Leur contenu a été ciblé dans les différentes grilles ce qui a permis de mobiliser les connaissances en lien avec les notions de recherche en sciences infirmières.

Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Un contexte de soins aigus
- Présence d'interventions infirmières
- Articles récents, moins de 10 ans

Tous les pays ont été inclus à nos recherches aux vues du manque de recherches au niveau européen.

Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Contexte de soins en EMS
- Contexte de soins en psychiatrie

Termes MeSH et CINAHL descriptors

Ci-dessous, les mots clés traduits pour les bases de données *PubMed* et *CINAHL*

Tableau 2 : mots clés traduits en MeSH Terms et CINAHL descriptors

Français :	Anglais :
Mots-clés	MeSH Terms et CINAHL descriptors
Contrainte physique	Physical restraint
Alternatives	Alternatives
Stratégies	Strategy
Démence	Dementia
Soins infirmiers	Nursing care
Critique des soins infirmiers	Critical care nursing
Unité de soins intensifs	Intensive care unit
Soins neurologiques	Neurological care
Unité de soins	Care unit
Perception infirmière	Nurse perception

Stratégies de recherche

PubMed

Stratégie 1:

« Physical restraint » [MeSH Terms] AND « Alternatives » [MeSH Terms] AND « Strategy ». Filtre 10 ans

Résultats : 16 dont 1 sélectionné

- Kwok, T., Bai, X., Chui, M. Y. P., Lai, C. K. Y., Ho, D. W. H., Ho, F. K. Y., & Woo, J. (2012). Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patients' Hospital Length of Stay. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 645-650.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.05.019>

Stratégie 2:

« Physical restraint » [MeSH Terms] AND « Dementia » [MeSH Terms] AND « Nursing care » [MeSH Terms]. Filtre de 10 ans

Résultats : 20 dont 1 sélectionné

- Nakanishi, M., Okumura, Y., & Ogawa, A. (2018). Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. *International Psychogeriatrics*, 30(7), 991-1000.
<https://doi.org/10.1017/S104161021700240X>

Stratégie 3:

« Intensive care unit » [MeSH Terms] AND « Neurological care » [MeSH Terms] AND « Physical restraint » [MeSH Terms]. Filtre 10 ans

Résultat : 3 dont 1 sélectionné

- Lin, Y.-L., Liao, C.-C., Yu, W.-P., Chu, T.-L., & Ho, L.-H. (2018). A Multidisciplinary Program Reduces Over 24 Hours of Physical Restraint in Neurological Intensive Care Unit: *Journal of Nursing Research*, 26(4), 288-296.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000251>

CINHAL

Stratégie 4:

« Critical care nursing » AND « Physical restraint ». Filtre 10 ans

Résultats : 176 dont 1 sélectionné

- Suliman, M., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint: Physical restraint in Jordan. *Nursing in Critical Care*, 22(5), 264-269. <https://doi.org/10.1111/nicc.12303>

Stratégie 5:

« Physical restraint » AND « Nursing knowledge » AND « Education ». Filtre 10 ans

Résultats : 33 dont 1 sélectionné

- Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. *Nurse Education in Practice*, 32, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007>

Stratégie 6:

« Physical restraint » AND « Care unit » AND « Nurse perception ». Filtre 10 ans

Résultats : 32 sélectionné 1

- Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A., & Domb, A. (2016). A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.004>

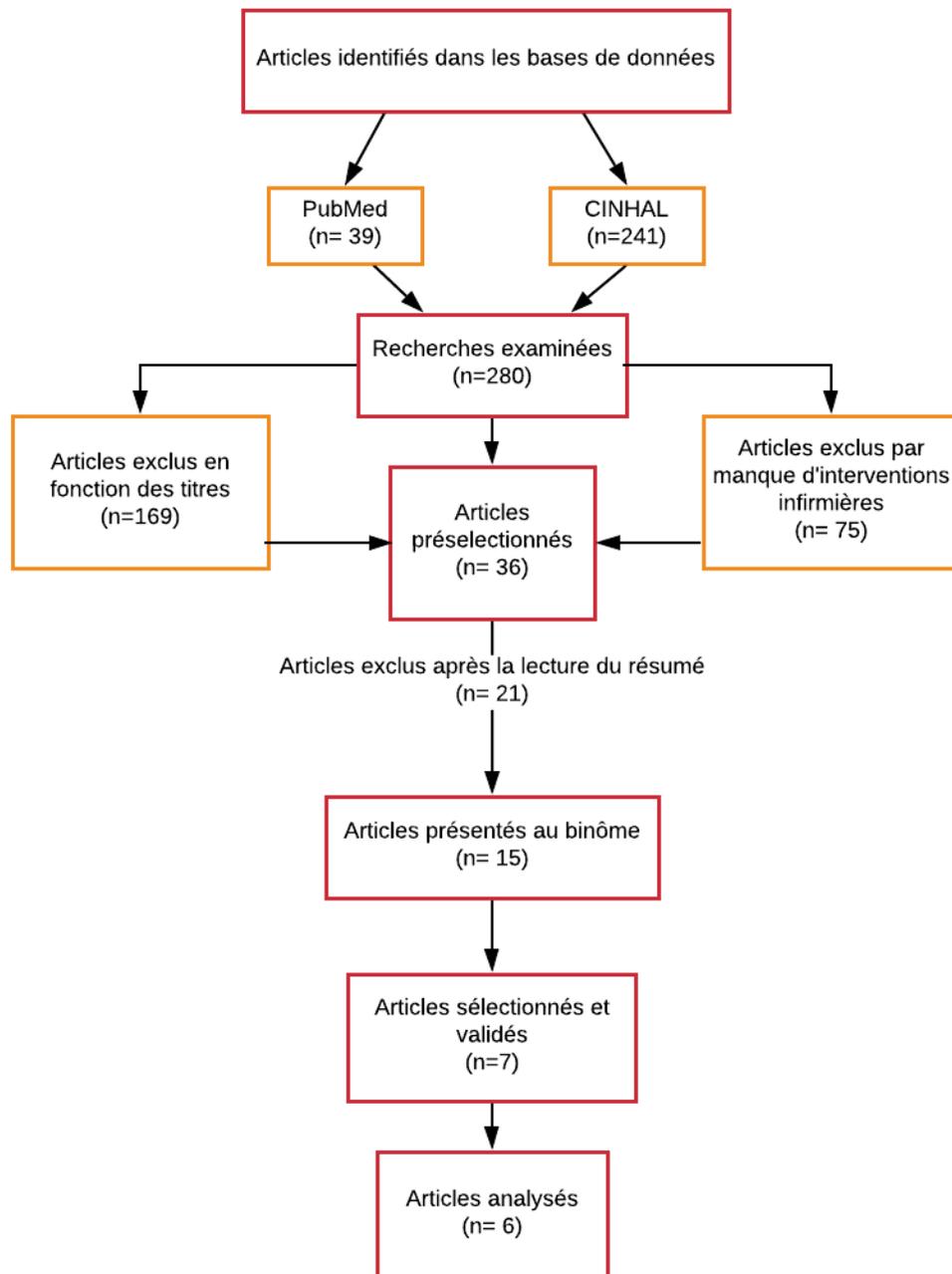


Figure 2 : Flow Chart

Résultats

Pour rédiger cette revue de littérature, six articles ont été choisis et analysés. Après une lecture approfondie, une grille de résumé a été réalisée afin de faciliter la lecture des résultats. Les résultats ont été catégorisés en trois groupes permettant de nous orienter vers des interventions. Les groupes ressortis sont : les connaissances, la pratique de la contention physique et les conséquences liées à la diminution de la contrainte.

Ci-après, sont présentées les caractéristiques et la qualité méthodologique de cette revue puis une synthèse succincte de chaque article. Pour terminer, les groupes de résultats principaux seront exposés.

Caractéristiques et qualité méthodologique

Ce travail de *Bachelor* est composé de six articles publiés entre 2012 et 2018. Ces études ont toutes un devis quantitatif (Eskandari, Abdullah, Zainal & Wong, 2018 [1]; Johnson & al., 2016 [2] ; Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018 [3]) dont une étude transversale (Nakanishi, Okumura & Ogawa, 2018 [4]), une étude transversale descriptive (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017 [5]) et une étude rétrospective (Kwok & al., 2012 [6]). Les six articles sélectionnés sont de langue anglaise avec des provenances de différents pays tels que le Japon (n=2), la Malaisie (n=1), Taiwan (n=1), la Jordanie (n=1) et les États-Unis (n=1). Peu d'études européennes ont été trouvées, les critères d'éligibilité ne prenaient pas en compte la provenance des articles, c'est pourquoi elle s'est élargie au niveau mondial. Le résultat de la recherche peut hypothétiquement prouver que l'Asie fait plus de recherches dans le domaine de la contention qu'ailleurs dans le monde.

La population de cette revue concerne deux types de personnes : les soignants et les patients contentonnés. Dans la plupart des articles, ces derniers sont, en moyenne, âgés de plus de 60 ans [1, 2, 3, 4, 6]. Certains articles ont également étudié

une population plus jeune qui n'a pas été prise en compte dans cette revue [2, 3] et d'autres n'ont pas spécifié l'âge de leur population [5]. Plusieurs contextes de milieux de soins aigus sont présents dans les études sélectionnées tels que des services de médecine, de chirurgie, de neurologie, de gériatrie, de psychiatrie [1], de réadaptation aiguë [1,6], de soins intensifs [1, 3, 5] et de soins intensifs en traumatologie [2]. Dans l'étude de Nakanishi, Okumura et Ogawa (2018), huit types d'unités de soins aigus sont mentionnées sans précision quant à la spécificité du service. Les données concernant le service de psychiatrie de l'étude d'Eskandari, Abdullah, Zainal, et Wong (2018) n'ont pas été prises en compte en raison de l'exclusion de ce contexte. Les lieux d'études sont différents mais ne changent pas les raisons et les conséquences liées à l'utilisation des moyens de contention.

Les études utilisent différentes échelles et questionnaires de mesures. Le questionnaire KAIP [1] et PRQ [5] ont été utilisés pour mesurer les connaissances, les attitudes, les intentions et la pratique des infirmiers. Le Nu-DESC [4] et CAM-ICU [2] ont évalué la présence de délire, MFAC [6] la mobilité, MBI [6] les AVQ, AMT [6] les fonctions cognitives et Norton [6] l'état de santé des patients. L'échelle PRUQ [2] a mesuré les perceptions de contention des infirmiers.

Tous les articles ont été approuvés par un comité d'éthique [1, 4, 6], par une université [5] ou par une commission d'étude institutionnelle [2, 3]. Toutes ces études ont respecté l'anonymat des participants.

Présentation de chaque article

Afin de présenter nos six articles de manière visibles et synthétiques, l'utilisation d'un tableau récapitulatif a été choisie (Appendice B). Quatre études sur six ont récolté des données avant et après la mise en place d'une intervention visant la réduction des contraintes physiques. Les chercheurs ont ainsi pu comparer les

résultats [1, 2, 3, 6]. L'étude de Suliman, Aloush et Al-Awamreh (2017) a évalué auprès des infirmiers leur niveau de connaissances de la contention physique, leur attitude envers son utilisation et leur auto-déclaration par rapport à celles-ci. La certification « unité certifiée pour la prestation de soins aux personnes atteintes de démence » de l'étude Nakanishi, Okumura et Ogawa (2018) a été établie selon deux critères. Le premier demandait que les infirmiers suivent une formation en matière de démence et le second, un manuel de traitements de la démence qui guide la procédure de contention physique et chimique. Suite à cela, ils ont comparé les facteurs qui peuvent augmenter ou diminuer la contention physique dans ces services spécialisés. Ils ont également comparé l'utilisation de la contrainte entre une unité certifiée et non certifiée.

Divers types de contention physique ont été utilisés dans chaque étude. Dans la plupart des articles, ils ont pris en compte les contentions de jambes et de poignets, les ceintures abdominales, les gilets et les mitaines [1, 4, 6]. Dans les articles de Kwok et al. (2012) et Nakanishi, Okumura et Ogawa (2018), ils s'intéressent également aux barrières de lit bilatérales. Nakanishi, Okumura et Ogawa (2018) ont analysé les types de contention suivants : les ceintures ou plateaux utilisés pour les chaises, une combinaison de survêtements afin d'empêcher le retrait des vêtements ou des protections et enfermer la personne dans une pièce. Trois études ne précisent pas le type de contention qu'elles ont analysé [2, 3, 5].

Catégorisation des résultats

Au vu de la diversité et de la quantité des résultats à présenter, le classement de ceux-ci en sous-groupes s'est avéré être la méthode la plus appropriée.

Connaissances

Une étude réalisée par Eskandari, Abdullah, Zainal, et Wong (2018) auprès de 245 infirmiers dans douze services de soins aigus (médecine, chirurgie, soins intensifs, neurologie, gériatrie et réadaptation) a montré que les scores moyens de connaissances et par conséquent, le taux d'incidence de la contention physique se sont améliorés après une journée de formation de 8 heures. Les scores moyens des connaissances sont passés de 39,61 à 50,61 points ($p < 0.001$). L'impact de l'intervention éducative sur les connaissances a fait passer l'incidence de la contention de 5,57% à 3,81% et est significatif dans tous les services sauf celui de gériatrie/réhabilitation ($p < 0.34$).

L'intervention éducative proposée par Johnson et al. (2016), réalisée auprès de 77 infirmiers travaillant en traumatologie, est composée de présentations comportant des interventions alternatives à la contention. Suite à ce programme, l'incidence de la contention est passée de 314,1 événements de contention pour 1000 jours/patients à 237,8 événements de contention après l'intervention ($p = 0.008$).

Suliman et ses collaborateurs ont démontré en 2017 que les 300 infirmiers interrogés, ont fait preuve de connaissances insuffisantes concernant la sécurité de l'utilisation des contraintes physiques. Effectivement, 39% des infirmiers pensent que la contention est la méthode la plus efficace à utiliser dans les USI afin de contrôler les mouvements inattendus du patient. 74% des infirmiers pensent avoir des bonnes connaissances dans la prise en charge d'un patient retenu. L'ajustement de la contention afin qu'il n'y ait pas d'espace entre la contention et la peau du patient est pensé par 42% des infirmiers. Néanmoins, les soignants ayant reçu une formation antérieure ont obtenu des scores plus élevés dans les items des connaissances que les infirmiers sans formation ($p < 0.0001$).

Pratique de la contention physique

Eskandari, Abdullah, Zainal, et Wong prouvent en 2018 qu'après la formation de 8 heures, les scores concernant l'attitude et la pratique des infirmiers ont significativement augmenté ($p < 0.001$), passant d'un score moyen de 24 à 31,09 points pour l'attitude et de 25,36 à 38,22 points pour la pratique. Les chercheurs démontrent également qu'il y a eu une diminution significative ($p < 0.001$) du score d'intention à la mise en place de contention, passant d'un score moyen de 15,6 points à 10,77 ($p < 0.001$). Les résultats d'incidence de la contention prouvent que l'intervention éducative a été bénéfique sur celle-ci. Elle est passée de 5,57% à 3,81% et est significative dans tous les services sauf celui de gériatrie/réhabilitation ($p < 0.34$).

Le protocole en quatre étapes mis en place par Lin, Liao, Yu, Chu et Ho, (2018) auprès de 1291 patients dans un service de soins intensifs a permis une nette diminution de la contrainte physique. Afin de mettre en place un protocole adéquat collaborant avec une équipe multidisciplinaire, ils ont mesuré le taux de contention supérieur et inférieur à 24 heures. Avant la mise en place du programme de réduction des contraintes physiques, 874 événements de contention ont été relevés, ce qui correspond à un taux de 6,1%, après la mise en place du programme, le taux de contention a diminué à 2,1% soit 217 événements. Le taux d'événement de contention de plus de 24 heures correspondait à 608 événements sur les 874 de base (69,6%) avant la mise en place du programme mais après la mise en place de celui-ci, le taux de contention est passé à 74 événements sur les 217 de base soit 34,1%. Plusieurs facteurs sont susceptibles d'avoir influencé les résultats tels que la mise en place d'une sonde endotrachéale (47,4%, OR = 1,51, $p < 0.001$) et d'une sonde nasogastrique (68,5%, OR = 2,16, $p < 0.001$). De plus, un score de Glasgow situé entre 6 et 8 (31,8%, OR = 2,36, $p < 0.001$) et situé entre 9 et 12 (40,3%, OR = 2,40,

$p < 0.001$) augmente le risque de contention physique de plus de 24 heures. Concernant la mise en place de contention de moins de 24 heures, le nombre d'événements est passé de 266 événements (30,4%) avant la mise en place du programme de contrainte à 143 événements (65,9%) après l'intervention.

Kwok et al., (2012) ont proposé des interventions permettant de promouvoir la sécurité des patients ce qui a permis de diminuer le taux de contention de 13,3% à 4,1% ($p < 0.0001$).

L'étude réalisée auprès de 23'359 membres du personnel soignant dans huit types d'unités de soins (Nakanishi, Okumura & Ogawa, 2018) a démontré que la contention physique diminuait lorsque l'unité de soins était spécialisée en démence et que l'équipe médicale était composée de professionnels spécialisés.

Le taux de contention physique était plus faible dans les unités certifiées pour la prestation de soins aux personnes atteintes de démence contrairement aux unités non certifiées ($p < 0.001$). De plus, les chercheurs ont démontré que certains professionnels qualifiés influençaient le taux de contention. En effet, dans les unités spécialisées en démence, 42% des patients étaient contentonnés. L'intervention d'un infirmier spécialisé dans la démence a fait diminuer le taux de contention à 27,9%, la présence d'un infirmier spécialisé en psychiatrie à 2,1% et celle d'un infirmier spécialisé en gériatrie à 3% ($p < 0.001$). Dans les autres services, la présence de ces professionnels spécialisés a également fait diminuer le taux de contention qui était de base de 47,1%. Effectivement, le taux de contention a chuté à 18,3% avec la présence d'un infirmier spécialisé en démence, à 4,9% avec l'intervention d'un infirmier spécialisé en psychiatrie et à 1,5% avec un infirmier spécialisé en gériatrie ($p < 0.001$).

L'étude qui visait à examiner les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contention dans les unités de soins intensifs a montré des

opinions controversées sur l'utilisation de la contrainte physique (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017). En effet, ces avis concernaient le droit des patients, des infirmiers et des familles et la décision de l'utilisation des contraintes physiques. Sur les 300 infirmiers qui ont répondu aux questions, 49.7% d'entre-eux ne ressentent pas de culpabilité lorsqu'ils contentionnent un patient. De plus, lorsque la famille, qui n'a pas été avertie de la mesure, entre dans la chambre, 50,3 % des soignants se sentent gênés. 49.3 % des infirmiers ne savent pas s'ils ont le droit de refuser un ordre médical de contention et 58.3% des infirmiers n'attendent pas de recevoir l'ordre médical. Une intervention alternative à la contention est privilégiée chez 36,7% des infirmiers avant de la mettre en place. 29.3% des infirmiers informent « toujours » le patient de la raison de la contention et 23.7% des infirmiers donnent l'information à leur famille. Le site de la contention n'est pas vérifié toutes les 2 heures par 80,7% des infirmiers. La nécessité du dispositif est évaluée par 17,3% du personnel soignant.

Conséquences liées à la diminution de la contrainte physique

Kwok et al., démontrent en 2012 de manière générale, qu'en 2007, la durée moyenne de séjour était de 19.5 jours. Un an après l'insertion du programme, cette moyenne a diminué à 16.8 jours. Pour les patients déments, la moyenne est passée de 23 jours à 17.8 jours ($p < 0.001$). En ce qui concerne, les patients sans troubles cognitifs, les résultats de cette même étude de 2012 démontrent qu'ils ont eu des scores de mobilité et d'AVQ plus haut en 2009 qu'en 2007.

Discussion

Ce chapitre a pour but de répondre à la question de recherche « Quelles interventions infirmières permettent de promouvoir la sécurité du patient de plus de 60 ans lorsque l'utilisation des moyens de contention physique est envisagée dans un contexte d'hospitalisation en milieu aigu ? ». Les résultats des six articles analysés, sont discutés et mis en parallèle avec un Guideline. Par la suite, les résultats sont mis en lien avec la théorie de soins centrés sur le patient et le concept énoncés ci-dessus. Pour conclure ce chapitre, les différentes recommandations ainsi que les forces et les limites de cette revue sont exprimées.

Liens des résultats avec le cadre théorique

Lors de l'analyse des études sélectionnées, trois thèmes sont ressortis. En effet, les connaissances des soignants, la pratique de la contention physique et les conséquences liées à son utilisation sont des facteurs qui s'entre-lient.

Si les connaissances et la pratique des soignants face à la contention physique s'améliorent, le taux d'incidence de celle-ci diminuera. De ce fait, les conséquences positives à la diminution du taux de contention augmenteront.

La théorie choisie pour cette revue est celle des soins centrés sur le patient. Elle s'appuie sur quatre composantes : les prérequis, l'environnement, le processus d'une pratique de soins centrés sur le patient et les résultats, toutes s'influençant entre elles. Les résultats des études analysées ne permettent pas la mise en place de cette théorie dans les services de soins participant aux recherches.

Les prérequis intègrent la qualité des soignants comme les compétences professionnelles et interpersonnelles. Ils font partie intégrante de la bientraitance, attribut du concept de l'éthique développés dans cette revue. Deux études ont démontré que le niveau de connaissances du personnel soignant est insuffisant malgré le fait que trois quarts des infirmiers pensent avoir de bonnes connaissances

dans la prise en charge d'un patient contentonné (Eskandari, Abdullah, Zainal & Wong, 2018 ; Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017). Les soignants ayant reçu une formation antérieure comme un *Bachelor* ou un *Master* ont néanmoins obtenu des scores de connaissances plus élevés. L'implantation de la théorie développée dans cette revue demande aux soignants d'intégrer le concept d'éthique afin d'établir une manière « juste » de pratiquer et de différencier le bien du mal (Poirier Coutansais, 2012). Lach et Leach (2016) recommandent aux institutions d'instaurer des formations afin de compléter les connaissances des soignants en matière de contention. En palliant le manque de connaissances des soignants par le biais d'interventions éducatives, les prérequis de cette théorie seront enrichis, ce qui favorisera la pratique des soins centrés.

L'environnement de soins doit être favorable afin d'utiliser les qualités des soignants. Afin de permettre la prise en charge centrée sur le patient, il est nécessaire de favoriser une collaboration multidisciplinaire encourageant la prise de décision et le pouvoir partagés. Des relations de travail efficaces découlent du besoin d'interventions de professionnels de chaque discipline qui permettent la prise en charge du malade dans sa globalité. Afin de rendre l'environnement du patient favorable, l'étude de Johnson et al., (2016) recommande de contrôler l'excès de bruit qui pourrait les perturber. Nakanishi, Okumura et Ogawa, (2018) confirment que l'intervention de plusieurs professionnels spécialisés comme un infirmier spécialisé en psychiatrie, en gériatrie ou en démence, diminuent le taux de contention. De plus, selon Lach et Leach (2016), l'évaluation du patient par le biais de différents intervenants permet une vision globale de la situation de soins. Celle-ci permet de cibler les différentes causes d'utilisation de la contention physique. La mise en place par Lin, Liao, Yu, Chu et Ho (2018) du protocole intégrant une équipe multidisciplinaire permet également une diminution de la contention physique. Il est

également fréquent de rencontrer des conflits éthiques sur la pratique de soins dans les unités. C'est pourquoi, il est important de confronter les idées de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire (Poirier Coutansais, 2012). Dans le Guideline de Lach et Leach (2016), la collaboration entre plusieurs intervenants favorise la diminution de la contention physique. De plus, avoir accès à des soignants possédant des compétences en la matière peut être bénéfique en cas de situation difficile.

Le processus centré sur la personne repose sur les soins donnés aux patients. La prise de décision doit être partagée, les croyances et les valeurs du patient respectées et les besoins physiques entretenus. Ces éléments sont également en lien avec la bientraitance car celle-ci requiert de la part des soignants de donner la possibilité au patient d'exister avec ce qu'il est et de devoir adopter cette posture professionnelle comme développé dans le cadre théorique.

L'étude de Johnson et al. (2012) et le Guideline de Lach et Leach (2016) proposent des interventions permettant d'occuper le patient et par conséquent, le calmer et ainsi éviter l'utilisation de la contrainte physique. Il est également primordial d'adapter le matériel présent en chambre. Si un patient est sujet aux chutes par exemple, pourquoi ne pas utiliser des lits bas ou des capteurs de pressions plutôt que de monter les barrières qui sont plus importantes en conséquence.

Les patients hospitalisés sont fréquemment sujets à porter des équipements et la mise en place de ceux-ci favorisent l'utilisation de la contention physique afin de les préserver (Giroux, Maheux & Chevalier, 2005). Dans certaines situations, l'emploi de matériel médical ne s'avère pas forcément nécessaire. Par exemple, accompagner le patient fréquemment aux toilettes pourrait éviter la pose d'une sonde urinaire (Kwok & al., 2012). Néanmoins, dans d'autres situations où le patient nécessite absolument un équipement, il est important d'assurer le bon positionnement de celui-ci, notamment des tubulures et des cathéters (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018). Le

Guideline de Lach et Leach (2016) conseillent de proposer aux patients de se vêtir de blouses à manches longues afin de cacher les cathéters, le patient sera, par conséquent, moins tenter de l'arracher. De plus, garder les poches de solutions intraveineuses hors du champ de vision du patient permettrait qu'il y prête moins d'attention.

Selon Suliman, Aloush et Al-Awamreh (2017), moins d'un tiers des soignants informent « toujours » le patient des raisons de la contention et moins d'un quart donnent l'information à leur famille. Ces résultats démontrent que la décision de la mise en place de la contention n'est partagée ni avec le patient ni avec sa famille. D'autant plus que l'utilisation de la contrainte physique concerne principalement des patients atteints de troubles neurologiques et n'ont donc pas leur capacité de discernement. Par conséquent, la décision devrait revenir à la famille afin de connaître et de respecter les croyances et les valeurs du patient. Ce qui fait écho au concept de dignité qui exprime que l'individu est digne s'il est respecté et considéré comme tel par autrui (Formarier & Jovic 2012). Par ailleurs, l'art. 53 de la loi cantonale fribourgeoise du 1^{er} janvier 2018 sur la loi sur la santé (= LSan/FR ; 821.0.1) stipule également que ce choix revient au patient ou à sa famille. Le fait de ne pas informer ces derniers concernant la mise en place de la contention infligent également une perte d'autonomie. En effet, Formarier et Jovic (2012) définissent l'autonomie comme la capacité de l'individu à agir de lui-même.

Plus du trois quarts du personnel soignant ne vérifient pas le site de contention aux 2 heures infligeant des conséquences physiques néfastes. Le fait de négliger cette surveillance n'entretient pas les besoins physiques du patient lié à la bienveillance et ne respecte pas la loi du code civil suisse ainsi que de la loi fribourgeoise citées dans l'introduction. Les interventions visant la promotion de la sécurité de la contention physique de Kwok et al. (2012) ont permis une diminution

du taux d'incidence de celle-ci. Cette diminution a engendré une réduction de la durée de séjour et une augmentation du score de mobilité et d'AVQ. Les interventions mises en place par ces chercheurs favorisent l'entretien des besoins physiques du patient.

Les résultats sont un élément de base de la théorie des soins centrés sur le patient comprenant la satisfaction des soins ainsi que le sentiment de bien-être. Les résultats cités ci-dessus du programme mis en place par Kwok et al. (2012) peuvent prétendre qu'en réduisant la durée de séjour et en augmentant les scores de mobilité et d'AVQ, le patient aura une satisfaction positive des soins reçus.

Ancrer cette théorie dans les services de soins aigus permettrait de diminuer le taux et la durée de contention physique. En effet, un taux de restriction physique de moins de 24 heures est un indicateur de qualité des soins (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018).

Les quatre composantes de cette théorie s'influencent mutuellement. Afin d'améliorer les résultats, il faut développer les connaissances des soignants, travailler en partenariat avec le patient et sa famille ainsi que l'équipe multidisciplinaire, améliorer l'environnement de soins et prendre mieux en compte les besoins du patient. Cela peut laisser penser que le taux d'incidence de contention dans les services de soins aigus va diminuer. Le patient serait donc plus satisfait des soins et aurait un sentiment de bien-être grâce aux conséquences positives de la diminution de la contention physique.

Réponse à la question de recherche

Afin de répondre à la question de recherche de cette revue : « Quelles interventions infirmières permettent de promouvoir la sécurité du patient de plus de 60 ans lorsque l'utilisation des moyens de contention physique est envisagée dans un contexte d'hospitalisation en milieu aigu ? » sont présentés ci-dessous les différentes catégories interventions qui ont émergés des six articles. Les interventions détaillées sont présentées en annexe (Appendice I).

Recommandations

Pour la pratique

Après analyse des résultats, cette revue de littérature relève que le manque de connaissances des soignants par rapport à la contention, influencent nettement le taux d'incidence de celle-ci.

Les établissements de soins devraient proposer d'avantages d'interventions éducatives liés à ce sujet (Eskandari, Abdullah, Zainal & Wong, 2018 ; Johnson & al., 2016 ; Kwok & al., 2012 ; Nakanishi, Okumura & Ogawa, 2018). Nakanishi, Okumura & Ogawa (2018) proposent la mise en place d'un kit pédagogique pour guider l'approche des soins de la démence. Johnson et al. (2016) offrent une présentation avec un PowerPoint des dispositifs alternatifs et des démonstrations, au personnel soignant. La direction des soins doit non seulement mettre en place des protocoles de soins (Johnson & al., 2016 ; Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018 ; Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017) mais également permettre à ses employés de suivre une formation sur la contention physique. Les hôpitaux universitaires de Genève (HUG, n.d.) recommandent une formation pour tous les professionnels de la santé concernant l'utilisation des mesures de contentions, la recherche d'alternatives, la prescription

ainsi que le suivi et la documentation. Le contenu de cette formation doit également contenir des informations pour savoir faire la distinction entre la protection de la santé du patient et le maintien de la sécurité de celui-ci. Cette recommandation est également approuvée par le Guideline de Lach et Leach (2016). Toujours selon les HUG (n.d.), la mise en place de contraintes sont toujours difficiles et peuvent engendrer des problèmes éthiques. C'est pourquoi, il est recommandé de favoriser l'intervention de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire afin de trouver ensemble, la meilleure stratégie à adopter (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018 ; Nakanishi, Okumura & Ogawa, 2018 ; Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).

Avant de mettre en place une contention physique, il est indispensable d'évaluer sa nécessité en se basant sur des indicateurs facilement utilisables comme ceux proposés par Lin, Liao, Yu, Chu et Ho (2018), les indicateurs « ABCDEF » décrits dans l'annexe « Interventions infirmières » (Appendice I).

La contention physique est le plus souvent utilisée chez des patients présentant un trouble neurologique ou une agitation. Il est suggéré qu'avant de recourir à une restriction physique, il est primordial d'adopter des interventions afin de calmer le patient (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018) et de privilégier sa dignité et son confort (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017). Pour Johnson et al. (2016), créer un environnement familier dans la chambre du patient, occuper le patient avec différents objets tels que des tissus avec différentes textures ou des porte-clés permet de calmer l'agitation. Placer le patient à proximité du poste infirmiers est favorable afin d'augmenter la surveillance (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).

L'adaptation du matériel de soins permettrait également de diminuer l'utilisation de contraintes. Selon Kwok et al. (2012) il faut promouvoir du matériel adapté comme des lits bas. Suliman, Aloush et Al-Awamreh (2017) conseille d'éviter l'utilisation de sonde ou de cathéter. Si celles-ci sont malgré tout nécessaires, il est important

d'assurer un bon positionnement et d'expliquer aux patients leur utilité (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018). Une étude en cours de test qui se déroule à l'hôpital intercantonal de la Broye à Estavayer-le-Lac analyse la mise en place d'un capteur de pression placé sous le lit du patient. Ce système a plusieurs avantages grâce à ses multiples fonctions qui sont : « l'alerte de sortie du lit », « l'alerte d'immobilité » et « l'évaluation de la micro-activité ». Premièrement, ce moyen de contention est non-visible ni tactile. Il ne contraint donc ni la sécurité du malade ni sa dignité ou son autonomie. Il permet de mesurer les mouvements et la respiration du patient. Ce système alerte le personnel soignant dès que le patient ne se mobilise pas suffisamment et que cela pourrait augmenter le risque d'escarre ou lorsque le patient se lève et qu'il risque de chuter. Le système émet également un signal si le patient a trop de micro-activité, ce qui peut faire penser à un état inconfortable de celui-ci, comme des douleurs ou un état d'agitation. Grâce à ce dispositif, la qualité des soins est optimisée et la durée de séjour raccourcie.

Les interventions proposées dans cette revue peuvent avoir un coût financier important pour les établissements. C'est pourquoi il est important que ceux-ci évaluent le rapport coût-efficacité des alternatives à la contention physique. (Johnson & al., 2016).

Pour la recherche

Kwok et al. (2012) recommandent que les futures études s'intéressent davantage au délire, aux symptômes neuropsychiatriques et aux complications médicales comme la pneumonie ou la rétention urinaire chez les patients atteints de troubles cognitifs.

Aux vues des nombreuses lacunes en connaissance de l'étude de Suliman, Aloush et Al-Awamreh (2017), les chercheurs recommandent de réaliser une autre étude afin

de valider les résultats. Dans cette étude, les connaissances des soignants ont été examinées à l'aide d'un questionnaire.

En raison du peu d'articles trouvés sur les différentes bases de données, il serait intéressant d'élargir la recherche au niveau mondial et plus particulièrement en Europe. La contention est une pratique courante dans la société actuelle mais qui est encore tabou selon Pradines (2018).

Cet élargissement européen pourrait davantage sensibiliser les établissements du fait de la proximité des études et de la similarité possible entre les différents systèmes de santé européens. En effet, cette proximité pourrait rendre l'application des résultats plus envisageable. L'existence de recherches actuelles sur le sujet permettrait aux soignants de prendre conscience des conséquences négatives de cette utilisation. Finalement, la problématique est peut-être un peu différente en Europe que dans les autres continents. Les établissements de soins auraient donc la possibilité d'adapter encore mieux les interventions.

Forces, limites et valeur scientifique

Les forces et les limites ainsi que la valeur scientifique de cette revue de littérature sont développées dans ce chapitre.

Forces et limites

La principale force de cette revue est la présence de nombreuses interventions infirmières permettant la promotion de la sécurité du patient lors de l'utilisation de moyens de contention. Certaines interventions présentent également des moyens alternatifs à cette utilisation.

Afin d'assurer la crédibilité de cette thèse, seuls les résultats significatifs ont été pris en compte dans cette revue de littérature.

Des limites sont également présentes. Premièrement, le manque de proximité avec la Suisse. En effet, tous les articles sélectionnés, proviennent de pays du monde entier et l'Europe n'en fait pas partie. Aucune étude suisse ou européenne n'a été trouvée.

Deuxièmement, certaines interventions infirmières proposées ne sont parfois pas réalisables. Les coûts de la santé, en Suisse, sont en perpétuelle augmentation et les moyens alternatifs ou de promotion de la sécurité peuvent se montrer onéreux. Par exemple, l'achat de lits bas pour l'ensemble d'un hôpital peut présenter un coût trop élevé et ne pourrait pas entrer dans le budget annuel de celui-ci.

Finalement, certains articles ne spécifient pas l'âge de la population étudiée et d'autres ciblent également des patients plus jeunes sans forcément faire une différence par catégorie d'âge.

Valeur scientifique

Dans l'article de Nakanishi, Okumura et Ogawa (2018), une contradiction est présente quant aux bénéfices de l'introduction d'une allocation financière dans les unités spécialisées en démence et les autres unités. De plus, la structure de l'article est difficilement compréhensible. Les résultats de cet article peuvent sous-estimer la prévalence de la contention physique. Le tableau 2 est quant à lui bien présenté et la p value est présente pour chaque variable analysée.

Dans l'article d'Eskandari, Abdullah, Zainal et Wong (2018), l'estimation du taux réel de contention physique est peut-être réduite. Le comportement des infirmiers a peut-être été influencé par des facteurs incontrôlables lors du remplissage du questionnaire. De ce fait, l'identification réelle du comportement des infirmiers est limitée. Pour terminer, un seul hôpital de Malaisie participe à cette étude, ce qui ne reflète pas l'utilisation de la contention globale du pays.

Dans l'article de Lin, Liao, Yu, Chu et Ho (2018), la p value est parfois absente. Ainsi, il n'est pas possible de voir si les résultats sont significatifs. Les données récoltées ont été enregistrées rétrospectivement à partir du système informatique. Les indicateurs de restriction physique n'avaient pas été entrés dans le système informatique ni pendant ni après le programme. Les infirmiers ne savaient donc pas quels moyens étaient considérés comme contention ou non.

Dans l'article de Johnson et al. (2016), 33% des admissions qui ont eu lieu pendant l'étude, étaient des traumatismes, accidents de la route et traumatismes crâniens chez des patients entre 20 à 40 ans pour lesquels une intervention de contention était nécessaire. Cette population n'a donc pas été prise en compte, ce qui réduit la taille de l'échantillon. La formulation de leur date de récoltes de données est écrite d'une manière peu claire, ce qui a entraîné des complications de compréhension.

Dans l'article de Suliman, Aloush et Al-Awamreh (2017), l'échantillon est restreint aux hôpitaux de Jordanie et de certaines régions du pays, ce qui limite la généralisation à d'autres pays. Le sondage avait des questions qui ont pu entraîner une confusion dans les réponses des participants.

Dans l'article de Kwok et al. (2012), la documentation des contraintes physiques dépendait du personnel infirmier et n'était pas effectuée par des observateurs indépendants. Cela signifie que la définition de la contention physique n'était pas la même pour tous. Certaines personnes n'ont peut-être pas considéré les barrières de lit comme telle.

Malgré les limites de tous ces articles, leur force principale est le vaste choix d'interventions infirmières ainsi que leurs résultats significatifs. C'est pour cela qu'ils ont été sélectionnés pour cette revue.

Conclusion

Cette revue de littérature énonce les interventions infirmières pour promouvoir la sécurité lors d'utilisation de moyens de contention auprès des personnes âgées de plus de 60 ans dans les hôpitaux de soins aigus. Après avoir analysé six articles, trois catégories de résultats sont ressorties : les connaissances, la pratique de la contention physique et les conséquences liées à la diminution de la contrainte. Suite à ces résultats, les chercheurs ont proposé des interventions que les auteures de cette revue ont regroupées. Les principaux thèmes des interventions sont la formation, l'évaluation du patient, la nécessité de la contention, les directives sur l'utilisation de la contention physique, l'adaptation du matériel, les moyens alternatifs, les soins multidisciplinaires, les soins centrés sur le patient, les mesures environnementales ainsi que les coûts financiers.

Les interventions infirmières proposées dans cette revue favorisent l'implantation de la théorie des soins centrés sur le patient dans les services de soins. Du fait que les quatre éléments s'influencent entre eux, il est primordial de prendre en compte chaque composant de la théorie afin de la rendre bénéfique pour le corps médical, le patient et ses proches.

Travailler sur ces quatre composants permettrait à l'établissement de diminuer la contention physique et par conséquent augmenter la qualité des soins. On peut supposer que grâce à celle-ci, les chutes, les escarres et la durée d'hospitalisation devraient diminuer. Ces trois éléments font partie intégrante des indicateurs de qualité des soins. Étant donné que la qualité des soins devrait augmenter, les coûts de la santé devraient diminuer.

Aux vues du vieillissement constant de la population ainsi que de l'augmentation des coûts de la santé (OFS, 2019), il serait avantageux que les institutions de soins s'intéressent à la problématique de la contention physique.

Ce travail peut être utilisé dans tout type de services de soins aigus mais pourrait également être applicable en établissement médico-social et en psychiatrie.

Conclusion personnelle

Grâce à ce travail de *Bachelor*, nous avons pu acquérir de nombreuses connaissances que nous n'avons malheureusement pas reçues durant notre formation. En faisant des recherches, nous nous sommes rendues compte des conséquences de la contention physique dont nous n'avions pas forcément connaissance. Nous avons pris conscience rapidement que notre pratique était parfois incorrecte. Allant toutes deux travailler dans un milieu de soins aigus, nous avons envie de partager nos savoirs à nos futurs collègues et d'essayer d'implanter une nouvelle image de la contention au sein de nos services respectifs.

La plus grande difficulté de ce travail a été la recherche d'articles car nous voulions traiter la problématique des barrières de lit mais peu d'études concernant ce thème ont été effectuées. Par conséquent, nous avons aussi dû, à plusieurs reprises, élargir notre thème et modifier notre question PICO. Au départ, nous avions l'idée de trouver des moyens afin de supprimer la contention physique mais aux vues, de la faible littérature, notre choix s'est porté sur la promotion de la sécurité. Nous sommes finalement très satisfaites car nous avons pu aborder la sécurité et proposer des interventions alternatives à la contention. Nous sommes très contentes de notre travail et nous nous réjouissons de pouvoir en discuter avec notre future équipe.

Références

Art. 383 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 21).

Art. 54 de la loi cantonale fribourgeoise du 1^{er} janvier 2018 sur la loi sur la santé (= LSan/FR ; RSF 821.0.1)

Bartter K. (2001). *Ethical Issues in Advanced Nursing Practice*. Butterworth-Heinemann, UK.

Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 113(2), 43. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0043>

Cheung, P. P. Y., & Yam, B. M. C. (2005). Patient autonomy in physical restraint. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 34-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01145.x>

Choi, E. & Song, M. (2003) Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing* 12, 651–659. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00789.x>

Chuang, Y.-H., & Huang, H.-T. (2007). Nurses feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 486-494. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01563.x>

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS (2017). L'essentiel sur les droits des patients [Brochure]. Fribourg, Suisse : Canton de Fribourg, Service de la santé publique.

Eltaliawi, A. G., El-Shinawi, M., Comer, A., Hamazah, S., & Hirshon, J. M. (2017). Restraint use among selected hospitalized elderly patients in Cairo, Egypt. *BMC Research Notes*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2978-x>

Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. *Nurse Education in Practice*, 32, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007>

Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores [Problèmes de sécurité liés à l'utilisation de dispositifs de contrainte physique chez les personnes âgées]. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(1), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.005>

Fédération des médecins suisses. (2018). *Statistique médicale de la FMH*. Berne, Suisse

- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières (2e édition)*. Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Repéré à <http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134.htm>
- Giroux, M. T., Maheux, C., & Chevalier, M. (2005). Pour une approche de bienfaisance. La communication, la logique et l'imagination. *La maison du Québec*, 40, 83-91. Repéré à <https://fmoqlegacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/083-091Giroux0105.pdf>
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence: Nurses' decision-making in cases of physical restraint. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1198-1210. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x>
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2013). Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 983-991. <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9455-z>
- Hantikainen, V. (2001). Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *Journal of Clinical Nursing* 10, 246–256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2001.00468.x>
- Haute autorité de santé (2017). *Contention mécanique en psychiatrie générale*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2750997/en/contention-mecanique-en-psychiatrie-generale
- Haute école spécialisée de Suisse occidentale (2012). *Plan d'étude cadre, Bachelor 2012, filière de formation en soins infirmiers* [Brochure]. Suisse
- Heinze, C., Dassen, T., Grittner, U. (2012). Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing* 21 (7–8) 1033–1040. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03931.x>
- Hôpitaux universitaires de Genève (n.d.). *Mesures physiques limitant la liberté de mouvement*. Genève, Suisse : Conseil d'éthique clinique.
- Huang, H. T., Ma, F. C., & Chen, C. H. (2003). A correlational study among nurses' knowledge, attitudes, and practice toward physical restraints. *Tzu Chi Nursing Journal*, 2(2), 32Y41. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/283996274_A_correlational_study_among_nurses'_knowledge_attitudes_and_practice_toward_physical_restraints

- Huang, H.-T., Chuang, Y.-H., & Chiang, K.-F. (2009). Nurses' Physical Restraint Knowledge, Attitudes, and Practices: The Effectiveness of an In-Service Education Program. *Journal of Nursing Research*, 17(4), 8. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181c1215d>
- Janelli, L.M., Dickerson, S.S & Ventura, M.R. (1995). Focus groups nursing staff's experiences using restraints. *Clinical Nursing Research* 4(4): 425–441. <https://doi.org/10.1177/105477389500400408>
- Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A., & Domb, A. (2016). A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 20-27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.004>
- Karlsson, S., Bucht, G. Rasmussen, B.H. & P.O. Sandman, P.O. (2000). Restraint use in elder care: decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 9: 842–850. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00442.x>
- Kontio, R., Valimaki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics* 17(65): 65–76. <https://doi.org/10.1177/0969733009350140>
- Krüger, C., Mayer, H., Haastert, B., & Meyer, G. (2013). Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1599-1606. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.005>
- Kwok, T., Bai, X., Chui, M. Y. P., Lai, C. K. Y., Ho, D. W. H., Ho, F. K. Y., & Woo, J. (2012). Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patients' Hospital Length of Stay. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 645-650. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.05.019>
- Lach, H. W. & Leach, K. M. (2016). Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(2), 17-26. <https://doi.org/10.3928/00989134-20160113-04>
- Lin, Y.-L., Liao, C.-C., Yu, W.-P., Chu, T.-L., & Ho, L.-H. (2018). A Multidisciplinary Program Reduces Over 24 Hours of Physical Restraint in Neurological Intensive Care Unit: *Journal of Nursing Research*, 26(4), 288-296. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000251>
- Marques, P., Queirós, C., Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2017). Effectiveness of bedrails in preventing falls among hospitalized older adults: A systematic review. *The JBI Library of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(10), 2527-2554. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003362>

- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred: Nursing Theory and Practice*, UK: Wiley-Blackwell
- Mutamba Bill (1994). Citations célèbres. Repéré à <https://citation-celebre.leparisien.fr/citations/151214>
- Nakanishi, M., Okumura, Y., & Ogawa, A. (2018). Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. *International Psychogeriatrics*, 30(7), 991-1000. <https://doi.org/10.1017/S104161021700240X>
- Office fédérale de la statistique (2019). Coût. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement/cout.html>
- Office fédérale de la statistique (2019). Les facteurs du vieillissement. Repéré à <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/vieillesse/population.html>
- Pradines, B. (2018). Un drame encore tabou : les contentions. Repéré à <http://geriatrie-albi.com/contentionfauteuil.html>
- Raguan, B., Wolfowitz, E., & Gil, E. (2015). Use of Physical Restraints in a General Hospital: A Cross-Sectional Observational Study, *Israel Medical Association Journal*, 17, 633-638. Repéré à <https://www.ima.org.il/Medicine/MAJ/viewarticle.aspx?year=2015&month=10&page=633>
- Sandhu, S.K., Mion, L.C., Khan, R.H., Ludwick, R., Claridge, J., Pile, J.C. & Dietrich, M.S. (2010). Likelihood of ordering physical restraints: Influence of physician characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1272-1278. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02950.x
- Suliman, M., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint: Physical restraint in Jordan. *Nursing in Critical Care*, 22(5), 264-269. <https://doi.org/10.1111/nicc.12303>
- Sze, T.W., Leng, C. Y. & Lin, S. K. (2011). The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *The JBI Library of Systematic Reviews*, 6, 26. <https://doi.org/10.1111/jbisr-2010-696>
- Werner, P. (2002). Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: comparison of Israeli health care nurses and social workers. *Journal of Interprofessional Care* 16 59–68. <https://doi.org/10.1080/13561820220104177>

- Zarate-Lagunes, M., Lang, P.-O, & Zekry, D. (2008). Syndrome confusionnel du sujet âgé : les difficultés d'un diagnostic facile. *Revue Médicale Suisse*, 6. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-178/Syndrome-confusionnel-du-sujet-age-les-difficultes-d-un-diagnostic-facile>
- Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin : « Fonds commun d'humanité ». *Cahiers philosophiques*, n° 125(2), 89. <https://doi.org/10.3917/caph.125.0089>

Appendice A

Déclaration d'authentification

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lieu, date et signature

Fribourg, le 11 juillet 2019



Lieu, date et signature

Fribourg, le 11 juillet 2019

C. Gomez

Appendice B

Tableau récapitulatif des résultats

Tableau récapitulatif des articles sélectionnés

Auteurs Titres Années Objectifs ou QDR	Devis Participants Contexte Méthode Outils	Intervention Procédure	Résultats	Quel intérêt son sujet de recherche
<p>Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2018).</p> <p>The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use</p> <p>Objectifs ou QDR</p> <p>Le but de cette étude était de déterminer l'effet d'une intervention éducative pour les infirmiers sur la base de leurs connaissances, de</p>	<p>Devis/participants/contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devis quantitatif • 245 infirmiers <ul style="list-style-type: none"> - Agées d'environ 26,53 ans, - 83.26% avaient un diplôme en sciences infirmières - 60,4 % avait une expérience de 4 ans ou moins - 78.7% avait reçues une formation sur la contention physique durant leur formation - 11.02% formation en cours d'emploi - 31.83% ont lu une information sur la contention au cours de la dernière année • Dans 12 unités (médecine, chirurgie, soins intensifs, 	<p>Les données sur le taux d'incidence de contention avant l'évaluation ont été collectées entre juillet 2013 et janvier 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ce formulaire a été rempli par les infirmiers et signé par les médecins responsables de ces patients. - Les données post-intervention ont été complétées un mois après l'intervention éducative. Une journée de formation de 8 heures ont été offertes aux infirmiers. Dans chaque séance, les participants ont été regroupés en 3 groupes pour discuter et résoudre des scénarios. L'intervention éducative s'est concentrée sur les 	<p>Effet de l'intervention éducative sur les connaissances, l'attitude, l'intention et la pratique des infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation significative des scores moyens de connaissances : de moyenne 39,61 (ET=3,76) avant l'intervention à une moyenne de 50,62 (ET=3,13) pendant la phase post intervention (P < 0,001). - Différence significative dans les scores d'attitude de moyenne 24.00, SD=3.04) à moyenne 31.09, SD=2.72) (P < 0.001). - Différence significative entre les scores moyens de pratique de moyenne 25.36, SD=4.71) à (moyenne 38.22, SD=2.69) (P < 0.001). - Diminution significative des scores moyens d'intention d'une moyenne de 15,60 (SD=2,38) à une moyenne de 10,77 (SD=1,28) (P < 0,001). Les scores moyens d'intention les plus bas impliquent une faible intention d'utiliser des moyens de contention physique par les infirmiers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les connaissances, les attitudes et les intentions des infirmiers sont des facteurs essentiels pouvant contribuer à réduire la contention physique. La meilleure approche pour améliorer les connaissances et les attitudes consiste à effectuer des interventions éducatives. - La durée des programmes d'enseignement variait entre 1 et 12 semaines. Les différences de cultures et de milieu de travail peuvent avoir une incidence sur l'efficacité du programme d'éducation et matière de contrainte physique. • Une journée de formation de 8h a été offertes aux infirmiers. Dans chaque séance, les participants ont été regroupés en 3 groupes pour discuter et résoudre des scénarios. L'intervention éducative s'est concentrée sur les faits et les mythes concernant l'utilisation des

<p>leur attitude, de leur intention, de leur pratique et du taux d'incidence de la contention physique.</p>	<p>neurologie, gériatrie, réadaptation, psychiatrie)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hôpital universitaire de Kuala Lumpur <p>Méthode/outils Questionnaires en 2 parties.</p> <ul style="list-style-type: none"> 45 items sur les connaissances, attitude, pratique et intention avec une échelle de Likert. 22 items sur les caractéristiques démographiques et professionnelles des participants <p>Les données sur le taux d'incidence de la contention physique ont été recueillies à partir d'un formulaire d'ordonnance de contention, vérifié par l'hôpital, sur lequel les infirmiers consignent le moment où la contention est utilisé et celle qui a été interrompue pour les patients retenus.</p> <p>Le type de contention physique utilisé était les contentions de jambe et poignets, ceintures, gilets, une chaise contentionnée et des mouffles.</p>	<p>faits et les mythes concernant l'utilisation des contentions physiques, les solutions de rechanges aux contentions, en particulier pour les patients ayant des tubes et des cathéters, les patients souffrant de troubles cognitifs et de troubles mentaux ainsi que sur le recours approprié aux contentions physiques en dernier recours. La méthode d'enseignement comprenait un cours magistral, une démonstration de certains types de contention physique et de l'utilisation appropriée de la contention physique, des discussions de groupe et trois démonstrations vidéo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Une comparaison aux taux d'incidence post-évaluation de contrainte physique après une 	<p>Caractéristiques démographiques et cliniques des patients immobilisés avant et après l'intervention : Dans les services non psychiatriques, il n'y avait pas de différences significatives en ce qui concerne, le sexe, l'origine ethnique, le diagnostic, le mois de l'hospitalisation, l'âge des patients.</p> <p>Comparaison du taux d'incidence de la contrainte physique utilisée avant et après intervention éducative :</p> <ul style="list-style-type: none"> 5,57 % des patients étaient retenus avant l'intervention éducative. La contention était plus élevée dans les services de neurologie et de neurochirurgie (20,70 %, n = 118), et des services de réadaptation gériatrique (12,33 %, n = 57). Le plus faible taux d'incidence de contention physique a été observé dans les unités de médecine et de chirurgie (1,76 %, n = 78). Dans la phase post-interventionnelle, le taux d'incidence le plus élevé a été observé dans les services de neurologie et de neurochirurgie (14,72 %, n = 77), suivis des services de gériatrie et de réadaptation (11,44 %, n = 40). → En général, il y a une différence statistiquement significative du taux d'incidence de l'utilisation de contentions physiques dans 12 services entre la phase 	<p>contentions physiques, les solutions de rechanges aux contentions, en particulier pour les patients ayant des tubes et des cathéters, les patients souffrant de troubles cognitifs et de troubles mentaux ainsi que sur le recours approprié aux contentions physiques en dernier recours. La méthode d'enseignement comprenait un cours magistral, une démonstration de certains types de contention physique et de l'utilisation appropriée de la contention physique, des discussions de groupe et trois démonstrations vidéo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans le cadre de cette étude, une conférence de 4h sur la réduction des contentions a été donnée à titre d'intervention à l'intention du personnel infirmier, ce qui pourrait être lié dans la partie pratique de l'étude. → Une explication possible, un programme éducatif de 90 minutes, ne suffisait peut-être pas pour changer en profondeur l'attitude des infirmiers à l'égard de la contention physique. L'intervention éducative d'apprentissage en ligne sur les procédures coercitives.
---	---	---	--	---

	Les barrières de lits ont été exclues de la présente étude car elles n'étaient pas considérées comme une contrainte physique dans la politique de l'hôpital.	formation de 6 mois pour le personnel infirmier a été faite.	pré- et post-intervention (Z=5.129, P < 0.001)	
<p>Nakanishi, M., Okumura, Y., & Ogawa, A. (2018).</p> <p>Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals</p> <p>Objectifs ou QDR</p> <p>L'étude visait à étudier le lien entre les soins prodigués aux personnes atteintes de démence et le recours à la contrainte physique chez les patients hospitalisés atteints de démence dans un contexte général de</p>	<p>Devis/participants/contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude transversale quantitative - 8 types d'unités de soins aigus dans le programme d'assurance maladie publique. - L'échantillon final inclus dans l'analyse, comprenait 23'539 questionnaires remplis par le personnel de 2'355 unités de soin dans 937 hôpitaux. <p>Par conséquent, les détails concernant les patients hospitalisés ont été extraits s'ils présentaient des signes de déficience cognitive, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une difficulté à vivre seul en raison d'un trouble cognitif - Un ou plusieurs comportements empêchant l'administration du traitement 	<p>Les infirmiers gestionnaires ont été invités à extraire les patients hospitalisés atteints de démence et à évaluer les soins qui leur étaient prodigués sur la base des observations notées pour les journées d'enquête.</p> <p>Les 11 moyens de contraintes mécaniques ont été tirés des directives nationales pour la prévention de la contrainte physique (ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être, 2011) et de la définition répandue de la contrainte utilisée dans les hôpitaux généraux (All Japan Hospital Association, 2016) ou dans les établissements de soins de longue durée (Kurata et Ojima, 2014).</p> <p>Si des informations indiquaient qu'un patient était en contention, il était demandé à l'infirmier gestionnaire de répondre au</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des différences significatives ont été observées avec l'âge, le sexe, l'absence de diagnostic de démence et la présence de délire. - L'âge moyen était de 83.1 ans (écart type (SD)= 9.0). Il y avait 10'340 patients de sexe masculin (43.9%) et 1'015 qui souffraient de délire (4.3% deux ou plus élevé dans Nu-DESC). - La principale forme de contention était les barrières de lits. (n=7'194, 68.6 %), une ceinture ou une barre dans un fauteuil (n=2'937, 28%). - Les principales raisons de la contrainte étaient le risque de chute (n=4'971, 47.4%) et le risque d'auto-extubation (n=466, 14%). - Lorsque l'utilisation de mitaines a été exclus de la définition de contrainte physique, 9'643 patients sont demeurés sous contention physique (41% ; 95% CI {40.3, 41.6}). - Parmi les unités de soins, des différences significatives sont survenues dans les domaines de soins aigus alors que, seule la réadaptation différait considérablement d'un service clinique à l'autre. 	<p>Le gouvernement national donne des certificats de prise en charge de la démence aux unités de maladies physiques et ils reçoivent 1'500 Yens par patient et par jour pour leur prise en charge de ce type de patient en plus de l'indemnité des soins de bases pour les malades hospitalisés. Les conditions suivantes sont nécessaires pour avoir cette allocation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs infirmiers doivent suivre une formation en matière de démence - Un manuel de traitement de la démence est nécessaire pour guider la procédure de contention mécanique et de contention chimique élaboré par les infirmiers spécialisés dans la démence et en gériatrie. <p>→ L'avantage de cette allocation, est une mesure de dissuasion financière à l'égard du recours à la contrainte physique. Lorsqu'ils utilisent les contraintes physiques, leur allocation est réduite de 60%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un kit pédagogique devrait être élaboré pour guider l'approche des soins de la démence, notamment

soins de courte durée.	<ul style="list-style-type: none"> - Des comportements / signes préjudiciables, nuisibles observés - Présence d'une déficience cognitive selon l'échelle établie dans le cadre du programme public d'assurance de soins de longue durée - Trois scores ou plus dans la version japonaise de FAST (Functional Assessment Staging of Staging) (Reiberg et al., 1984; Homma et al., 1989). <p>Méthode/outils</p> <p>La présence de délire a été évaluée à l'aide de la version japonaise du Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale). Le Nu-DESC est une échelle d'observation à 5 items avec un score inférieur de 0 à 2 points. Un total de 2 points ou plus indiquait la présence d'un délire (Gaudreau et al., 2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ils ont réalisé un questionnaire papier. La série de questionnaires comprenait une partie introductive, qui consistait 	questionnaire en indiquant la raison de l'utilisation de la contention. Ces raisons ont été classées en 12 catégories développées par un groupe d'experts composé d'un psychiatre (qui a fourni des services de liaison-consultation aux hôpitaux de soins de courte durée), d'un infirmier (travaillant sur des personnes atteintes de démence) et d'un travailleur social psychiatrique (qui a de l'expérience dans la prévention de la maltraitance chez les personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée). Chaque unité de soins devait évaluer les patients atteints de démence. Par conséquent, l'indemnité de soins pour démence a été appliquée aux patients qui ont problèmes liés à la communication, ou qui présentent des symptômes et / ou des comportements qui perturbent la vie quotidienne, et ceux qui ont besoin de soins personnels. Chaque unité devait indiquer si l'unité	<ul style="list-style-type: none"> - 1'134 ont été certifiés pour la prestation de soins aux personnes atteintes de démence (48.2%). Le nombre moyen d'infirmiers en dotation pour 100 patients hospitalisés était de 24.6 (écart-type = 54.9). Le ratio médian de dotation en personnel était de 15.4 avec un intervalle de quintile (IQR) de 10.0-25.9. - La prévalence par type de service clinique était de 36.9% (3'313 sur 8'982) en réadaptation de 31.9% (2'281 sur 7'146) en chirurgie neurologique, 25.9 % (1'345 sur 5'185) en médecine interne cardiovasculaire de 24.4% (5'140 sur 21'042), en chirurgie orthopédique 24.2% (18102 sur 4'552), en médecine interne respiratoire 21.4% (1'041 sur 4'870) en médecine interne gastroentérologique 18.6% (664 sur 3'567), en urologie et 15.7% (708 sur 4'523) en chirurgie gastro-entérologie. - Parmi les 937 hôpitaux, 441 avaient une équipe de soins palliatifs (47.1%), 244 avaient des psychiatres de consultation-liaison (26%), 201 avaient des infirmières formées pour les soins infirmiers de personne atteinte de démence (21.5%), 33 avaient des infirmiers spécialisés psychiatrique en santé mentale (3.5%) et 21 avaient des infirmiers spécialisés en soins infirmiers en gériatrie (2.2%). - Sur l'ensemble des 23'539 patients répartis dans 2'355 unités, il y a 11'926 	<p>la nécessité d'éviter le recours à la contrainte physique par les professionnels de la santé dans les hôpitaux de courte durée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il serait promoteur d'améliorer la capacité du personnel à comprendre les comportements des patients atteints de démence, en tant que communication des besoins non satisfait. • Psychiatre de liaison-consultation disponible
------------------------	---	--	--	--

	<p>en une description du but de l'étude, une explication du caractère volontaire de la participation et une garantie d'anonymat pour les patients, les infirmiers répondants et les hôpitaux.</p>	<p>recevait une certification de l'allocation de soin de démence ou non. Les mitaines ont été exclues de la définition de la contention.</p>	<p>patients (50.7%) dans 1'134 unités (48.2%) ont reçu l'indemnité de soins de démence tandis que les 11'613 patient restant était répartis dans 1'221 unités sans allocation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients atteints de démence étaient moins susceptibles d'être immobilisés lorsqu'ils étaient âgés de 40 à 84 ans que lorsqu'ils étaient âgés de 95 ans ou plus quand le diagnostic de démence était absent ou quand ils étaient dans un hôpital avec des psychiatres de consultation-liaison. 	
<p>Kwok, T., Bai, X., Chui, M. Y. P., Lai, C. K. Y., Ho, D. W. H., Ho, F. K. Y., & Woo, J. (2012) Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patient's Hospital Length of Stay</p> <p>Objectifs ou QDR</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude vise à comparer la durée moyenne du séjour des patients âgés dans un service de convalescence avant et après un programme de 	<p>Devis/participants/contexte</p> <p>Etude rétrospective et quantitative</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1000 patients sélectionnés au hasard sur 5000 personnes - Age moyen de 79,4 ans, 12% alimenté par SNG <p>Hôpital de convalescence</p> <p>Méthode/outils</p> <p>Extraction des dossiers médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la mobilité par les physiothérapeutes (MFAC) - Evaluation des AVQ par les ergothérapeutes à l'aide de l'indice de Barthel (MBI) - Etat de santé des patients évalué par l'échelle de Norton - Les fonctions cognitives ont été évaluées par un score mental (AMT) 	<ul style="list-style-type: none"> - Le programme était dirigé par l'infirmier responsable du département et soutenu par les gériatres et l'hôpital. La haute direction et le directeur général ont fourni des ressources supplémentaires. Le poste de soins infirmiers a été déplacé de l'entrée au centre de la salle pour améliorer la surveillance des patients. La participation active des infirmiers à la planification de l'action a permis de réduire certaines inquiétudes et difficultés perçues. Un petit groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • En 2007, le taux global de recours à la contrainte physique était de 13,3%. - Les poignées, le gilet de sécurité et les barrières de lit bilatérales étaient les formes de contention les plus courantes. - Les principales causes de mise en place de contraintes physiques étaient les troubles cognitifs, le score inférieur de l'échelle Norton et le sexe masculin mais la déficience cognitive était le facteur le plus présent. • En 2009, un an après la mise en œuvre du schéma de réduction des contraintes, le taux de contention physique a diminué à 4,1%. - La diminution a été significative chez les patients ayant des troubles cognitifs (de 24,5% en 2007 à 9% en 2009) et chez les patients n'ayant pas de troubles cognitifs (de 4,8% en 2007 à 0,5% en 2009). 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation du personnel afin de changer l'attitude - Modification de l'environnement et des politiques - Consultation d'expert <ul style="list-style-type: none"> → ont changé les attitudes du personnel et amélioré les performances cognitives des patients sans pour autant augmenter les taux des chutes ou les comportements désorganisés. - Promotion du soutien social par le personnel soignant - Mise en œuvre de politiques institutionnelles pertinentes - Lits bas - Capteurs de pressions - Rails de lits raccourcis - Eviter d'utiliser des sondes ou cathéter urinaire chez les patients

réduction de la contention.	→ Score évalué à l'entrée et à la sortie du patient	<p>d'infirmiers supérieurs ont assuré la formation et le soutien continu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans cette étude, les attaches-mains et pieds, le drap Zewi, la ceinture abdominale, la ceinture de sécurité, la table pour chaise roulante et les barrières de lit sont considérés comme des moyens de contention physique. L'initiation de la contention devait être autorisée par un médecin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les types de contention, à l'exception des supports pour les pieds, ont été réduits de manière très significative, mais chez 5% des patients présentant des troubles cognitifs les supports pour les mains étaient toujours appliqués en 2009. • En 2007, la durée de séjour moyenne des patients était de 19,5 jours. • En 2009, la durée moyenne de séjour était de 16,8 jours. <p>→ Comme prévu, les patients présentant une déficience cognitive présentaient une durée de séjour plus longue que les patients cognitivement normaux. → Chez les patients atteints de troubles cognitifs et normaux, le taux de chute et de décès n'a pas changé entre 2007 et 2009. Les scores MFAC et MBI à la sortie ont été plus positifs en 2009 qu'en 2007. L'amélioration a toutefois été limitée aux patients cognitivement normaux.</p>	<p>atteints de démence. Il faut promouvoir : l'accompagnement fréquent aux toilettes, un bon contrôle de l'élimination des selles et une bonne réflexion quant à l'utilisation d'un cathéter urinaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afin d'éviter de poser une sonde nasogastrique, il faut promouvoir l'alimentation manuelle prudemment et si alimentation entérale nécessaire, recommandé d'utiliser une SNG à passage fin ou une PEG.
<p>Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A., & Domb, A. (2016)</p> <p>A non-pharmacologic approach to decrease restraint use</p> <p>Objectifs ou QDR</p>	<p>Devis/participants/contexte</p> <p>- Etude original, devis quantitatif</p> <p>- 77 infirmiers travaillant en traumatologie donnaient des soins directs aux patients ont été invitées à participer, dont 56 (73%) ont accepté.</p> <p>L'étude a été réalisée dans une unité de soins intensifs en traumatologie de niveau 1 en Arizona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une lettre a été distribuée aux infirmiers expliquant le but de l'intervention et les invitant à participer à l'étude. Le PRUQ avait été administré avant l'intervention. Une fois le PRUQ terminé, l'éducateur des soins intensifs assurait la formation des infirmiers. Le recours à la 	<p>Résultats de la contention physique</p> <p>La moyenne et l'écart-type des moyens de contention par 1000 jours-patients est passée de 314,1 (35,4%) à 237,8 (56,4%). Une différence statistiquement significative a été démontrée dans l'utilisation de moyens de contention avant et après l'intervention éducative.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aides visuelles et auditives • Communication fréquentes avec le patient • Evaluation complète du patient pour identifier des problèmes médicaux spécifiques, tels que l'agitation due à la douleur. • Participation du patient et sa famille à la décision et aux choix des moyens de contention • Rester auprès du patient

<p>Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'intervention éducative utilisée pour réduire l'utilisation des moyens de contention chez les patients d'une unité de soins intensifs en traumatologie (TICU) et d'évaluer les perceptions des infirmiers concernant les dispositifs de contention.</p>	<p>Méthode/outils</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une norme de soins était d'évaluer les patients à l'admission et toutes les 12 heures en utilisant la méthode d'évaluation de la confusion (CAM-ICU) pour identifier le délirium. Le diagnostic de délire comprend 20 caractéristiques mais 3 ou 4 doivent être présents. - Les perceptions des infirmiers quant à l'utilisation de moyens de contention ont été mesurées à l'aide du questionnaire sur les perceptions de contention (PRUQ) afin de déterminer l'importance relative que les soignants accordent à l'utilisation de moyens de contention physique, de risque de chute et d'interférence avec les médicaments. Plus la moyenne est élevée, plus l'infirmier a une perception globale favorable à l'utilisation de moyen de contention. 	<p>contention a été surveillé quotidiennement lors des tournées de soins et notifiés tous les mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un PowerPoint des interventions non pharmacologiques et des dispositifs alternatifs avec des démonstrations a été fourni dans le service la journée et le soir. - Des paquets stratifiés ont été affichés montrant les différents dispositifs thérapeutiques alternatifs. - Des affiches plastifiées présentant des dispositifs alternatifs et des instructions pour la documentation dans le dossier médical électronique ont été placées à différents endroits du service. 	<p>Résultats du PRUQ</p> <p>Le score moyen sur l'ensemble du PRUQ était de 3,57 avec une fourchette possible (de 1 à 5). Parmi les justifications des restrictions dans l'ordre du plus élevé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger le patient contre les chutes de lit (72,5%) - Protéger le patient d'une chute d'une chaise (66,7%) - Remplacer l'observation du personnel (62,7%) - Empêcher le patient de prendre des choses aux autres personnes (55,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer des serviettes pliantes, des casse-têtes, des livres à colorier, de la musique relaxante, des couvertures chaudes et de la nourriture. • Encourager la marche • Réorientation du patient • Objets familiers du patient dans la chambre • Personnel soignant cohérent • Autorisation de la télévision en journée avec des informations quotidiennes et musiques non verbales. • Approches environnementales incluait : <ul style="list-style-type: none"> - Temps de sommeil - Lumières allumées pendant la journée et éteintes la nuit - Contrôler l'excès de bruit - Contrôler l'ambulation fréquente des patients. • Dispositifs portatifs que les patients pouvaient tordre et transformer en de nouvelles formes, les déplacer et les écraser avec différents degrés de résistance. Ce qui a fourni une stimulation visuelle, tactile et mentale. • Les appareils comprenaient : <ul style="list-style-type: none"> - Couvertures pour activités avec des boutons sur le tissu - Un cadre avec une photo préférée
--	--	--	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Des boucles - Des ceintures - Un porte-monnaie à glissière - Un porte-clés - Un tissu texturé - Des poupées molles avec un corps rembourré et des animaux empaillés avec ou sans dispositif audio-intégré comprenant 4 sons : les pulsations cardiaques, les averses de printemps, les vagues et les chants de baleine. • Examiner le rapport coût-efficacité car la réduction des contraintes physiques peut engendrer un coup pour certains hôpitaux.
<p>Lin, Y.-L., Liao, C.-C., Yu, W.-P., Chu, T.-L., & Ho, L.-H. (2018)</p> <p>A Multidisciplinary Program Reduces Over 24 Hours of Physical Restraint in Neurological Intensive Care Unit</p> <p>Objectifs ou QDR Les objectifs de cette étude étaient d'examiner l'effet d'un programme</p>	<p>Devis/participants/contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Devis quantitatif, étude originale - Etude menée dans trois unités de soins intensifs (45 lits) dans un centre médical du nord de Taiwan - Critères d'inclusions : diagnostic d'une maladie neurologique telle qu'une tumeur au cerveau, une hémorragie intracrânienne, une maladie vasculaire cérébrale aiguë ou maladie épileptique. 1291 patients ont été recrutés à partir des quatre phases. Les 	<p>Les membres de l'équipe ont d'abord déterminé les conditions dans lesquelles un patient pourrait avoir besoin d'une contention selon 13 conditions. Les infirmières travaillant aux soins intensifs ont pu évaluer les 13 indications à la contention physique dans leur pratique clinique sous l'angle de l'importance et de l'urgence. Chaque indication s'est vue attribuer séparément une note allant de 1 à 3, les notes les plus élevées indiquaient une importance et une</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il a y eu un taux d'incidence de la contention physique après la mise en œuvre du programme de réduction des contraintes. Le taux mensuel de contention physique sur les quatre phases étaient respectivement de 72,8 ; 40 ; 53,3 et 36,2. Il y a eu des baisses de restriction physique au cours des quatre phases. - Il y avait des différences significatives dans la durée de la contention (moyenne des heures) entre les quatre phases ($F = 9,73$, $p < 0,001$). - Les patients en pré-interventions subissaient un nombre d'heure de contention physique plus élevé que ceux 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de collecte de données • Standardisation des procédures • Formation du personnel • Surveillance • Identification et gestion des patients à haut risque d'agitation. • Formation des médecins • Campagne de contention chez les personnes âgées • Programme d'éducation comprenant 12 sessions répétées d'une heure d'éducation du personnel. • Création d'un comité de réduction des restrictions physiques composé de médecins,

<p>multidisciplinaire de réduction de la contention physique sur le taux d'incidence global, le taux d'incidence mensuel et le taux d'incidence mensuel de plus de 24h ainsi que de mesurer les effets</p>	<p>hommes représentaient la plupart de l'échantillon dans les quatre phases : 521 (59,6%) en phase de pré-intervention, 23 (57,5%) en phase d'introduction, 101 (63,1%) en phase intermédiaire et 135 (62,2%) en phase d'entretien.</p> <p>Méthode/outils L'infirmier responsable a pris lui-même la décision quant à l'utilisation des moyens de contention. Il a enregistré les emplacements sur le corps dans la base de données informatique, appliqué le matériel de contrainte puis a enregistré la réponse du patient et la durée de contention. La collaboration s'est faite avec un médecin, un pharmacien, un thérapeute respiratoire d'avril à mai 2011 pour former une équipe multidisciplinaire d'amélioration de la qualité des moyens de contention. Ces directives recommandaient une évaluation afin de déterminer quelles indications nécessitaient une restriction physique et d'établir une procédure standard avec des responsabilités pour le personnel de chaque discipline. En mars</p>	<p>urgence accrue. Tous les scores pour les 13 conditions des 76 infirmiers ont donné un score total qui a été utilisé pour classer les conditions du plus important au moins important.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Récupération d'anesthésie (score de 134, soit 29,6%) 2. Ayant un cathéter de soutien à la vie (score de 113, soit 25%) 3. Traitement invasif (score de 75, soit 16,6%) 4. Agitation (score de 44, soit 9,7%) 5. Le patient ne peut pas parler (score de 23, soit 5,1%) <p>Les chercheurs ont également invité 5 experts cliniques (deux médecins et trois infirmiers supérieurs) à examiner et à intégrer les 13 conditions dans 6 indicateurs, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Récupération post anesthésie (A) 	<p>en phase intermédiaire et en phase de maintenance.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le taux mensuel de restriction physique de plus de 24 heures pour les quatre phases était de 50,7 (608 événements par période de 12 mois), 20,0, 17,7 et 12,3. Les pourcentages de restriction physique supérieurs à 24 heures étaient de 69,6%, 50%, 33,1% et 34,1% au cours des quatre phases. Le pourcentage de contention physique supérieur à 24 heures était significativement associé aux phases, étant donné qu'elle était plus élevée dans les phases pré-intervention. - Les chercheurs ont examiné les autres facteurs susceptibles d'avoir influencé les résultats. Il y avait des différences significatives dans la mise en place d'une sonde endotrachéales, d'une sonde nasogastrique, de drainage et le score de Glasgow entre les deux groupes de patients. - Le taux d'incidence de la contention physique de plus de 24 heures était significativement plus bas dans les phases post-intervention, comme suit : phase d'introduction (B = j1,18, OR = 0,31), phase intermédiaire (B = j1,84, OR = 0,16) et phase de maintenance (B = j1,76, OR = 0,18). De plus, la contention physique de plus de 24 heures était significativement plus élevée chez les 	<p>d'infirmiers, d'ergothérapeute et d'un kinésithérapeute.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indications à mettre en place une contention physique spécifique aux soins intensifs ainsi que l'établissement de responsabilités des professionnels de chaque discipline et un protocole clinique standard. • Impliquer la collaboration des professionnels de la santé dans la pratique clinique afin d'améliorer la qualité des soins cela offre aux infirmiers et autres professionnels de la santé la possibilité de travailler ensemble pour trouver la meilleure stratégie pour réduire les restrictions physiques tout en garantissant la sécurité des patients. • Les soignants doivent calmer les patients qui ne sont pas complètement conscients ou agités. • Il est important d'assurer le bon positionnement des tubes et cathéter et d'expliquer aux patients le but de ces dispositifs pour améliorer la qualité des soins. • Favoriser une bonne communication entre les professionnels de la santé.
--	--	---	---	---

	<p>2011, l'infirmier a extrait 12 mois de données sur la base de données informatisées sur les patients ayant eu recours à la contention physique. Cet ensemble de données sur un an a servi de base, qui a été utilisée pour évaluer les conditions au cours de la phase de pré intervention.</p> <p>Le processus de collecte de données a été divisé en trois phases. Au cours de la phase d'introduction, des données sur le taux mensuel de contention physique ont été collectées immédiatement après la mise en œuvre du programme. Au cours de la phase intermédiaire, des données sur le taux mensuel moyen sur 3 mois ont été collectées. Pendant la phase de maintenance, des données sur le taux mensuel moyen sur 6 mois ont été collectées.</p> <p>..</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Imprévisibilité comportementale (B) - Difficulté de communication (C) - Danger pour le patient (D) - Prévention de l'extubation (E) - Facilitation du traitement invasif (F) <p>A l'étape 1, l'infirmier principal se référait à la liste des indicateurs ABCDEF pour évaluer la nécessité de la contention physique. Si un patient nécessitait un moyen de contention, l'étape 2 impliquait une évaluation de la faisabilité de l'utilisation d'un substitut de la contention physique et les médecins étaient prévenus simultanément. L'étape 3 était un processus de consultation visant à garantir le besoin de contention physique. Une fois que la contention physique est initiée, l'équipe de consultation, l'infirmier, les médecins et le thérapeute respiratoire devaient intervenir dans un délai de 60</p>	<p>patients intubés par voie endotrachéale (B = 0,41, OR = 1,51) et portant une sonde nasogastrique (B = 0,77, OR = 2,16) et significativement plus faible chez les patients munis d'un drain externe = j0,40, OR = 0,66). De plus, la contention physique de plus de 24 heures était significativement plus élevée chez les patients présentant des scores GCS de 6Y8 (B = 0,85, OR = 2,36), 9Y12 (B = 0,87, OR = 2,40) et 13Y15 (B = 0,76, OR = 2,15). Un OR inférieur à 1 indique un faible risque de contention physique supérieur à 24 heures, ce qui montre que le programme de réduction a eu un effet significatif sur la réduction du taux d'incidence de la RP supérieur à 24 heures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des indicateurs ABCDEF pour évaluer la nécessité de la contention physique. Ces indicateurs sont faciles à utiliser et peuvent servir de langage commun pour promouvoir la communication entre professionnels de la santé. <p>→ L'étude confirme qu'un programme multidisciplinaire intégrant des indications établies pour la mise en place de contention physique, un processus standard de restriction physique et une coopération entre disciplines permettent de réduire le nombre de patients contentionnés pendant plus de 24 heures.</p>
--	--	---	--	--

		<p>minutes pour évaluer l'état cognitif et comportemental du patient, l'adéquation du traitement et la faisabilité d'un substitut de contention physique puis pour reconfirmer l'indication du traitement de contention. Si l'indication de contention physique était reconfirmée, le médecin expliquait cela à la famille du patient et obtenait son consentement. Le médecin devait ensuite rédiger une ordonnance de restriction physique pour 24 heures. L'étape 4 impliquait des soins aux patients pendant la contention physique et une réévaluation 24h après. Les infirmiers contrôlaient et surveillaient l'état du site de contention toutes les 30 minutes. La partie du corps était libérée 15 minutes toutes les 2 heures au cours de la période de contention physique, l'indicateur de restriction physique était évalué toutes les 8 heures. A la fin de 24 heures, si la contention physique continue, le</p>		
--	--	---	--	--

		<p>processus d'évaluation a été repris à l'étape 1. Ce processus de surveillance continue a été conduit pour garantir la sécurité des patients.</p> <p>Le programme a été annoncé, expliqué lors d'une réunion du personnel et affiché sur le panneau d'information des soins intensifs. Des réunions étaient prévues pour recueillir les commentaires du personnel et évaluer les résultats. Une contention physique de moins de 24 heures était un indicateur de bonne pratique.</p>		
--	--	--	--	--

<p>Suliman, M., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017)</p> <p>Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint: Physical restraint in Jordan.</p> <p>Objectifs ou QDR Cette étude vise à examiner les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contention physique dans les unités de soins intensifs jordaniennes. Les résultats seront une première dans le traitement de la question dans les unités de soins intensifs en Jordanie. Ils aideront les décideurs, les administrateurs</p>	<p>Devis/participants/contexte - L'étude a utilisé un plan descriptif et transversal. C'est une étude quantitative. - Elle s'est déroulée dans 12 unités de soins intensifs dans trois hôpitaux publics jordaniens. Un échantillon de commodité d'environ 400 infirmiers travaillant dans les unités de soins intensifs a été sélectionné, 300 questionnaires complets ont été retournés. Près des deux tiers des infirmiers provenaient d'hôpitaux publics (n=197 ; 65,7 %). Les infirmiers étaient relativement jeunes (moyenne = 30,5 ans ; écart-type = 5,5), titulaires d'un baccalauréat (n = 241 ; 80,3 %) et presque également réparties entre hommes (n = 153 ; 51 %) et femmes. Près des deux tiers des participants ont déclaré qu'ils n'avaient jamais reçu de formation antérieure en contention physique (n=193 ; 64,3 %).</p> <p>Méthodes/outils La première demandait des renseignements démographiques</p>	<p>Trois collecteurs de données formés ont été chargés de recueillir des données auprès des infirmiers. Des questionnaires ont été distribués aux participants. Le but, les objectifs et le contenu de l'étude ont été décrits dans une fiche d'information sur la recherche.</p>	<p>Niveau de connaissances de la contention physique Les infirmiers ont fait preuve d'une connaissance insuffisante de certaines pratiques de contention physique sécuritaires et d'un manque de connaissance des faits et des normes en matière de contention physique. Par exemple, peu d'infirmiers croient qu'il n'existe pas de bonne solution de rechange à la contention (39 %), elles pensaient que la contrainte physique était la méthode la plus efficace à utiliser dans les USI pour contrôler les mouvements inattendus des patients et que la contention devrait être bien ajustée pour qu'il n'y ait pas d'espace entre la contention et la peau du patient (42 %).</p> <p>Attitude envers l'utilisation de la contention De nombreuses déclarations d'attitude ont suscité des opinions controversées sur l'utilisation de la contrainte physique, sur le droit des patients, des infirmiers et des familles de décider de son utilisation. Le pourcentage d'infirmiers ayant souscrit à ces affirmations variait de 46% à 54%. Les infirmiers ont désapprouvé les déclarations qui traduisaient un sentiment de culpabilité à propos de la contention des patients. Cependant, elles ont affirmé avoir une connaissance suffisante de la prise en charge du patient retenu (n = 222, 74%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La contention physique devrait être l'option la moins restrictive, les solutions de rechange à la contention physique devraient être privilégiées. • La dignité et le confort du patient devraient être considérés, la contention ne devrait pas être appliquée comme pratique courante. • L'ordonnance de contention physique devrait être renouvelée toutes les 24 heures. • Les sites utilisant la contention physique devraient être évalués toutes les 4 heures. • Le patient ou la famille devraient être informés de la contention physique et les raisons pour lesquelles on a recours à celle-ci devraient être documentées. • Si l'écart des connaissances est comblé, les infirmiers auront une attitude plus positive et une pratique plus sécuritaire de la contention physique. • La création d'un environnement confortable • L'accompagnement et la supervision du patient • La proximité du patient du poste de soins infirmiers
---	--	---	--	---

<p>d'hôpitaux et les infirmiers à prendre des décisions concernant l'utilisation de la contention physique, en Jordanie et dans d'autres pays. Les questions de recherche sont les suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est l'étendue des connaissances, de l'attitude et de la pratique des infirmiers en soins intensifs en Jordanie ? - Quelles sont les différences dans les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers qui ont reçu une formation antérieure en matière de contention physique et de celles qui ne l'ont pas ? 	<p>sur les infirmiers : type d'unité de soins intensifs, âge de l'infirmier, sexe, scolarité, expérience en soins infirmiers et formation antérieure sur les contraintes physiques. La deuxième partie était le questionnaire sur la contrainte physique (PRQ) (Janelli et al., 1991). Ce document a été élaboré à partir d'une analyse documentaire approfondie visant à mesurer les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en gérontologie en ce qui a trait aux contentions physiques aux États-Unis. Plus tard, l'auteur a adapté le questionnaire à d'autres contextes de soins actifs (Janelli et coll., 1994).</p> <p>La section sur les connaissances comprenait 15 énoncés, auxquels il fallait répondre en choisissant d'accord ou en désaccord. La section sur les attitudes comportait 11 énoncés reflétant l'opinion des infirmiers sur le recours à la contention physique, avec trois options de réponse (d'accord, en désaccord et sans opinion). La section pratique comportait 14 énoncés avec trois options de réponse (toujours, parfois et</p>		<p>Seulement 36,7% (n = 110) des infirmiers ont déclaré « toujours » à l'énoncé suivant : « J'essaie une intervention infirmière alternative avant de retenir le patient. ». Les résultats des énoncés de pratique montrent que peu d'infirmiers informent les familles des raisons de la contention (seulement 23,7 % l'ont qualifiée de " toujours "). Seulement la moitié (50,3 %) se sentent gênés lorsque la famille entre dans la chambre d'un patient qui est retenu et qu'elle n'a pas été avisée. Près des deux tiers des infirmiers ont déclaré avoir eu recours à la contention sans l'avis d'un médecin (64,7 % l'ont jugée " jamais " ou " parfois ") et près de la moitié (49,3 % ; n=148) ne savaient pas si elles avaient le droit de refuser l'ordonnance de contrainte. Peu d'infirmiers (17,3 % ; n=52) ont déclaré toujours vérifier le site de contention au moins toutes les deux heures ; peu (22 % ; n=66) ont déclaré toujours inspecter la peau du patient pour déceler toute abrasion ou déchirure cutanée ; et peu (17,3 % ; n=52) ont fréquemment évalué si le dispositif devait être retiré. Un autre tiers a omis d'évaluer ou d'enregistrer l'effet de la contention physique sur les patients (n=99 ; 33 %). Seulement 41 % (n=134) des infirmiers n'étaient pas d'accord avec l'énoncé, plus de patients sont retenus lorsque nous manquons de personnel, tandis que 42,3 % (n=127) étaient d'avis que la raison principale de retenue est que l'hôpital manque de personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La thérapie de diversion, comme le massage ou la musicothérapie → Ces méthodes devraient être examinées par les infirmiers avant qu'elles ne décident de recourir à la contention physique. • La documentation indique que la mise en œuvre de programmes de formation en cours d'emploi améliorera les connaissances des infirmiers et réduira les fautes professionnelles. • Les programmes de formation en cours d'emploi devraient mettre l'accent sur les risques et les avantages de la contrainte, les méthodes alternatives, les pratiques sûres et les questions juridiques et éthiques, en soulignant l'importance de la documentation et des droits des patients et des familles. • La décision de recourir à la contention physique devrait être fondée sur une évaluation précise et sur la recommandation du fournisseur de soins de santé primaires du patient. • Les chercheurs ont suggéré de fournir des outils d'évaluation précis pour évaluer l'agitation des patients et raccourcir la période de contention.
---	--	--	---	---

	<p>jamais). La note de la section des connaissances a été calculée comme suit : les bonnes réponses ont reçu la note 1 et les réponses incorrectes ou indéterminées la note 0. Ainsi, la note possible pour chaque participant variait de 0 à 15. Le score d'attitude a été calculé en donnant 3 à " d'accord ", 2 à " pas d'opinion " et 1 à " en désaccord ", les scores possibles allant de 11 à 33. Pour la section pratique, tous les énoncés ont été rédigés de façon positive, à l'exception de l'article numéro 10. Le système de notation était le suivant : La note " toujours " était de 3, " parfois " de 2 et " jamais " de 1, et l'item no 10 a reçu une note inversée. La fourchette possible pour la pratique était de 14 à 42.</p>		<p>Auto-déclaration des pratiques de contrainte Les réponses montrent que les infirmiers ont négligé les décisions des médecins et les souhaits des familles en matière de contention physique. Par exemple, peu d'infirmiers ont démontré qu'ils se reposaient toujours sur une ordonnance du médecin ou suggéraient au médecin de retirer une contention :34,9% et 35,3%. Mais, un nombre limité d'infirmiers ont indiqué avoir fourni des informations à un patient ou à sa famille sur la contention (22-29,3%).</p> <p>Comparaison des scores PRQ Les résultats montrent que les personnes ayant une formation antérieure ont obtenu des scores plus élevés dans la section des connaissances (moyenne = 10,7; SD = 1,4) que les infirmiers sans (moyenne = 9,1; SD = 1,6); (t (298) = -8,6; p <0,000). Pas de différence significative entre le score moyen d'attitude (t (298) = -0,39, p> 0,05) et le score moyen de pratique (t (298) = -1,5 ; p> 0,05). La conduite d'un programme de formation continue est une stratégie efficace pour améliorer les connaissances des infirmiers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paterson et ses collaborateurs (2003) recommandent une collaboration interdisciplinaire entre les membres de la famille et les professionnels de la santé en ce qui concerne la décision de recourir à la contention. • Les hôpitaux jordaniens devraient adopter des listes de contrôle pour les soins des patients sous contention, telles que la vérification du pouls et de la couleur des membres toutes les 30 minutes et le retrait de la contention et l'exécution d'une gamme d'exercices de mouvement toutes les 2 heures. • Les administrations hospitalières jordaniennes devraient rendre obligatoire la documentation régulière des patients soumis à des contraintes physiques, afin de protéger les droits des patients et des infirmiers. • Il est donc important pour la sécurité des patients que les administrations hospitalières jordaniennes fournissent un nombre suffisant d'infirmiers pour soigner les patients en soins intensifs.
--	---	--	---	---

Appendice C

Grille de résumé et de lecture critique de Lin, Liao, Yu, Chu & Ho

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte**

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Lin, Y.-L., Liao C.-C., Yu, W.-P., Chu, T.-L., & Ho, L.-H. (2018). A Multidisciplinary Program Reduces Over 24 Hours of Physical Restraint in Neurological Intensive Care Unit: <i>Journal of Nursing Research</i> , 26(4), 288-296. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000251
Introduction Problème de recherche	Une revue de littérature montre que peu d'études de programme de réduction de contention physique multidisciplinaire ont été menées dans des établissements de soins aigus à Taiwan.
Recension des écrits	<p>Les moyens de contention physique désignent un dispositif, un matériel ou un équipement attaché au corps d'une personne ou à proximité de celle-ci, qui ne peut pas être contrôlé ou facilement retiré par la personne.</p> <p>La contention physique est souvent utilisée pour prévenir l'interruption du traitement et faciliter les soins auprès du patient afin d'éviter que celui-ci enlève des dispositifs médicaux tels que les tubes trachéaux, les cathéters artériels et les veineux centraux dans un milieu de soins intensifs. De plus, la restriction physique est principalement utilisée chez les patients présentant une agitation et/ou une confusion. Cependant, des conséquences telles que des lésions vasculaires, nerveuses et musculosquelettiques pouvant aggraver le délire et l'agitation ont été relevées. De plus, la contention physique est source d'inconfort qui compromet la dignité du patient lorsqu'elle est perçue comme dégradante et constitue une source de traumatisme psychologique.</p> <p>Malgré l'utilisation fréquente en pratique clinique, les restrictions physiques (RP) dans les unités de soins intensifs ont été rapportées comme inappropriées.</p> <p>Selon une enquête faite en France, 29% des unités de soins intensifs utilisaient la contention physique dans plus de 50% de leurs patients éveillés, calmes et coopératifs. Elles sont mises en place et enlevées sans ordre médical. Seulement 21% des unités de soins intensifs disposent d'une procédure écrite pour l'utilisation des restrictions physiques.</p> <p>Il est important de prendre en compte l'inconfort et l'anxiété dans la prise en charge des patients gravement malades, afin de montrer la pertinence dans la mise en place de contention physique.</p> <p>Certains programmes limitent leurs protocoles à de simples dimensions telles que la mise en place d'outils de collecte, la standardisation des procédures ou la formation du personnel, la surveillance, l'identification et la gestion de patients à haut risque.</p> <p>Enns, Rhemtulla, Ewa, Fruetel et Holroyd-Leduc (2014) ont mené une étude auprès de médecins et d'infirmiers formés et mis en place des campagnes de contention chez les personnes âgées hospitalisées. Les résultats ont montré que le taux de contention physique diminuait significativement. Toutefois une revue Cochrane a révélé qu'un programme éducatif qui ne cible uniquement les infirmiers n'est peut-être pas efficace pour réduire l'utilisation de la restriction physique car ce n'est pas la responsabilité des infirmiers cliniciens.</p> <p>Lai et al. (2011) ont étudié un programme de réduction de contention physique dans un centre de réadaptation. Le programme comprenait 12 sessions répétées d'une heure d'éducation du personnel ainsi que la création d'un comité de réduction des restrictions physiques composé de médecins, d'infirmiers, d'ergothérapeutes et d'un kinésithérapeute. Les résultats ont montré que le taux de contrainte sur le site d'intervention était 4,3 fois inférieur à celui du site témoin. Par conséquent, il est important de prendre en compte les membres de l'équipe multidisciplinaire.</p>

	Selon le manuel des indicateurs de performance clinique de Taiwan (2013), une durée de contention physique inférieure à 24h est un indicateur de la qualité des soins.																																																					
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun																																																					
Hypothèses/question de recherche/buts	Les objectifs de cette étude étaient d'examiner l'effet d'un programme multidisciplinaire de réduction de la contention physique sur le taux d'incidence global, le taux d'incidence mensuel et le taux d'incidence mensuel de plus de 24h ainsi que de mesurer les effets.																																																					
Méthodes Devis de recherche	Devis quantitatif, étude originale																																																					
Population, échantillon et contexte	<p>L'étude a été menée dans trois unités de soins intensifs (45 lits) dans un centre médical du nord de Taiwan. Les patients ont été hospitalisés pendant plus de 24h entre janvier 2010 et mars 2012 et ceux qui ont subi une contention physique ont été recrutés pour l'étude. Les critères d'inclusions étaient le diagnostic d'une maladie neurologique telle qu'une tumeur au cerveau, une hémorragie intracrânienne, une maladie vasculaire cérébrale aiguë ou une maladie épileptique. Une taille d'échantillon n'a pas été estimée pour cette étude.</p> <p>Au total, 1291 patients ont été recrutés à partir des quatre phases. Les hommes représentaient la plupart de l'échantillon dans les quatre phases.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Patients hommes</th> <th>Âge moyen</th> <th colspan="2">Score Glasgow compris en 9 et 12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Phase pré-intervention</td> <td>521 (59,6%)</td> <td>54,5 (T20,5)</td> <td colspan="2">316 (36,2%)</td> </tr> <tr> <td>Phase d'introduction</td> <td>23 (57,5%)</td> <td>55,8 (T19,2)</td> <td colspan="2">17 (42,5%)</td> </tr> <tr> <td>Phase intermédiaire</td> <td>101 (63,1%)</td> <td>53,5 (T21,1)</td> <td colspan="2">65 (40,6%)</td> </tr> <tr> <td>Phase d'entretien</td> <td>135 (62,2%)</td> <td>56,4 (T21,4)</td> <td colspan="2">84 (38,7%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il n'y avait pas de différence significative d'âge ou de sexe entre les quatre phases.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sonde endotrachéale</th> <th>Sonde nasogastrique</th> <th>Sonde vésicale</th> <th>Drainage externe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Phase pré-intervention</td> <td>469 (53,7%)</td> <td>510 (58,4%),</td> <td>809 (92,6%)</td> <td>490 (56,1%)</td> </tr> <tr> <td>Phase d'introduction</td> <td>23 (57,5%)</td> <td>28 (70,0%)</td> <td>39 (97,5%)</td> <td>15 (37,5%)</td> </tr> <tr> <td>Phase intermédiaire</td> <td>92 (57,5%)</td> <td>101 (63,1%)</td> <td>142 (88,8%)</td> <td>83 (51,9%)</td> </tr> <tr> <td>Phase d'entretien</td> <td>109 (50,2%)</td> <td>138 (63,6%)</td> <td>190 (87,6%)</td> <td>106 (48,8%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Le pourcentage de mise en place d'un dispositif de drainage externe était associé à des « phases » ($n^{\circ} 2 = 8,45$, $p = 0,03$), le pourcentage étant significativement plus bas dans la phase d'introduction (15, 37,5%). Le taux d'auto-extubation était de 0,06, 0,22, 0 et 0,03 par patient pour les quatre phases.</p>					Patients hommes	Âge moyen	Score Glasgow compris en 9 et 12		Phase pré-intervention	521 (59,6%)	54,5 (T20,5)	316 (36,2%)		Phase d'introduction	23 (57,5%)	55,8 (T19,2)	17 (42,5%)		Phase intermédiaire	101 (63,1%)	53,5 (T21,1)	65 (40,6%)		Phase d'entretien	135 (62,2%)	56,4 (T21,4)	84 (38,7%)			Sonde endotrachéale	Sonde nasogastrique	Sonde vésicale	Drainage externe	Phase pré-intervention	469 (53,7%)	510 (58,4%),	809 (92,6%)	490 (56,1%)	Phase d'introduction	23 (57,5%)	28 (70,0%)	39 (97,5%)	15 (37,5%)	Phase intermédiaire	92 (57,5%)	101 (63,1%)	142 (88,8%)	83 (51,9%)	Phase d'entretien	109 (50,2%)	138 (63,6%)	190 (87,6%)	106 (48,8%)
	Patients hommes	Âge moyen	Score Glasgow compris en 9 et 12																																																			
Phase pré-intervention	521 (59,6%)	54,5 (T20,5)	316 (36,2%)																																																			
Phase d'introduction	23 (57,5%)	55,8 (T19,2)	17 (42,5%)																																																			
Phase intermédiaire	101 (63,1%)	53,5 (T21,1)	65 (40,6%)																																																			
Phase d'entretien	135 (62,2%)	56,4 (T21,4)	84 (38,7%)																																																			
	Sonde endotrachéale	Sonde nasogastrique	Sonde vésicale	Drainage externe																																																		
Phase pré-intervention	469 (53,7%)	510 (58,4%),	809 (92,6%)	490 (56,1%)																																																		
Phase d'introduction	23 (57,5%)	28 (70,0%)	39 (97,5%)	15 (37,5%)																																																		
Phase intermédiaire	92 (57,5%)	101 (63,1%)	142 (88,8%)	83 (51,9%)																																																		
Phase d'entretien	109 (50,2%)	138 (63,6%)	190 (87,6%)	106 (48,8%)																																																		

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Étant donné qu'il n'y avait pas de protocole pour l'utilisation des restrictions physiques dans ces trois unités, l'infirmier responsable a pris la décision quant à l'utilisation des moyens de contention. Il a enregistré les emplacements sur le corps de la contention physique dans la base de données informatiques, appliqué le matériel de contrainte puis enregistré la réponse du patient et la durée de la contention. Ils ont collaboré avec un médecin, un pharmacien, un thérapeute respiratoire d'avril à mai 2011 pour former une équipe multidisciplinaire d'amélioration de la qualité des moyens de contention. Ces directives recommandaient une évaluation afin de déterminer quelles indications nécessitaient une restriction physique et d'établir une procédure standard avec des responsabilités pour le personnel de chaque discipline.</p> <p>Les données sur l'âge et le sexe des patients ont été obtenues à partir de dossiers de patients.</p> <p>Trois infirmiers en chef des unités de soins intensifs ont collecté les données avant et après la mise en œuvre du programme de réduction des contraintes. En mars 2011, l'infirmier a extrait 12 mois de données sur la base de données informatisées sur les patients ayant eu recours à la contention physique. Le logiciel « Système de contrôle de la qualité des contraintes physiques et qualité des soins infirmiers » créé par le département de la gestion de l'information et le département des soins infirmiers a été conçu pour analyser la qualité des soins dans l'hôpital étudié.</p> <p>Cet ensemble de données sur un an a servi de base et a été utilisée pour évaluer les conditions au cours de la phase de pré intervention.</p> <p>Les lignes directrices ont été établies d'avril à mai 2011 et le programme a été officiellement mis en œuvre en juin 2011. Les chercheurs ont suivi le programme sur trois périodes définies comme immédiate, intermédiaire et de maintenance.</p> <p>Le processus de collecte de données a été divisé en trois phases. Au cours de la phase d'introduction, des données sur le taux mensuel de contention physique ont été collectées immédiatement après la mise en œuvre du programme. Au cours de la phase intermédiaire, des données sur le taux mensuel moyen sur 3 mois ont été collectées et utilisées pour examiner l'effet intermédiaire. Pendant la phase de maintenance, des données sur le taux mensuel moyen sur 6 mois ont été collectées et utilisées pour examiner l'effet de maintenance. La cohérence interévaluateur des trois enregistrements a été obtenue (accord de 98%) avant l'extraction des données.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les membres de l'équipe ont d'abord déterminé les conditions dans lesquelles un patient pourrait avoir besoin d'une contention physique. Sur la base d'une revue de littérature, 13 conditions ont été définies et sélectionnées comme indications. Étant donné que les restrictions physiques sont généralement appliquées par un infirmier, ceux-ci travaillant aux soins intensifs ont pu évaluer les 13 indications à la contention physique dans leur pratique clinique sous l'angle de l'importance et de l'urgence. Chaque indication s'est vue attribuer séparément une note allant de 1 à 3, les notes les plus élevées indiquaient une importance et une urgence accrue. 76 infirmiers des trois unités de soins intensifs ont complété l'évaluation. Tous les scores pour les 13 conditions des 76 infirmiers ont donné un score total qui a été utilisé pour classer les conditions du plus important au moins important.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Récupération d'anesthésie (score de 134, soit 29,6%) 7. Ayant un cathéter de soutien à la vie (score de 113, soit 25%) 8. Traitement invasif (score de 75, soit 16,6%) 9. Agitation (score de 44, soit 9,7%) 10. Le patient ne peut pas parler (score de 23, soit 5,1%) <p>Les chercheurs ont également invité 5 experts cliniques (deux médecins et trois infirmiers supérieurs) à examiner et à intégrer les 13 conditions dans 6 indicateurs, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Récupération post anesthésie (A) - Imprévisibilité comportementale (B) - Difficulté de communication (C) - Danger pour le patient (D)

- Prévention de l'extubation (E)
- Facilitation du traitement invasif (F)

Le tableau ci-dessous présente les 13 conditions ainsi que les 6 indicateurs auxquels ces conditions appartiennent.

TABLE 1.
Indicators of the Need for Patient Physical Restraint

Original Condition/Scenario (Score)	Indicator	Definition
Under postanesthetic recovery (134)	Anesthetic recovery	Patient does not waken after surgical operation
Agitation (44)	Behavioral unpredictability	Patient shows delirium or agitation
Confusion (4)	Behavioral unpredictability	Patient shows delirium or agitation
Patient can't talk (23)	Communication difficulty	Difficulty with verbal expression and communication
Having a tracheostomy (3)	Communication difficulty	Difficulty with verbal expression and communication
May fall (14)	Danger to patient safety	Prevent patient fall and/or injury prevention
May hurt someone (12)	Danger to patient safety	Prevent patient fall and/or injury prevention
May hurt self (3)	Danger to patient safety	Prevent patient fall and/or injury prevention
Intention to remove the catheter (22)	Extubation prevention	Prevention of unplanned removal of tube or drainage
History of self-extubation (4)	Extubation prevention	Prevention of unplanned removal of tube or drainage
Self-extubation after release restraint (1)	Extubation prevention	Prevention of unplanned removal of tube or drainage
Having life-supporting catheterization (113)	Facilitation of invasive therapy	Patient security during invasive procedure (examination or treatment)
Performing invasive therapy (75)	Facilitation of invasive therapy	Patient security during invasive procedure (examination or treatment)

Le processus d'admission des patients à l'unité des soins intensifs comportait quatre étapes.

A l'étape 1, l'infirmier principal se référait à la liste des indicateurs ABCDEF (tableau 1) pour évaluer la nécessité de la contention physique.

Si un patient nécessitait un moyen de contention, l'étape 2 impliquait une évaluation de la faisabilité de l'utilisation d'un substitut de la contention physique et les médecins étaient prévenus simultanément.

L'étape 3 était un processus de consultation visant à garantir le besoin de contention physique. Étant donné que le site de l'étude était une unité de soins intensifs, les médecins, les infirmiers et les thérapeutes en respiration étaient disponibles 24h sur 24.

Le rôle du pharmacien était de fournir des informations sur le temps nécessaire à l'efficacité optimale des anesthésiques et des informations pharmacocinétiques pour les médicaments sédatifs.

Une fois que la contention physique est initiée, l'équipe de consultation, l'infirmier, les médecins et le thérapeute respiratoire devaient comparaître dans un délai de 60 minutes pour évaluer l'état cognitif et comportemental du patient, l'adéquation du traitement et la faisabilité d'un substitut de contention physique. Ensuite, pour reconfirmer l'indication du traitement de contention. Si l'indication de contention physique

était reconfirmée, le médecin expliquait cela à la famille du patient et obtenait son consentement. Le médecin devait ensuite rédiger une ordonnance de restriction physique pour 24 heures.

L'étape 4 impliquait des soins aux patients pendant la contention physique et une réévaluation 24h après. Les infirmiers contrôlaient et surveillaient l'état du site de contention toutes les 30 minutes. La partie du corps était libérée 15 minutes toutes les 2 heures au cours de la période de contention physique, l'indicateur de restriction physique était évalué toutes les 8 heures. Les informations relatives à chaque étape ont été enregistrées dans la base de données du système informatique depuis le début de la contention physique jusqu'à la suppression de celle-ci.

La restriction physique a été interrompue si un membre de l'équipe a confirmé qu'elle n'était plus adaptée ou si un substitut était réalisable. A la fin de 24 heures, si la contention physique continue, le processus d'évaluation reprend à l'étape 1. Ce processus de surveillance continue a été conduit pour garantir la sécurité des patients.

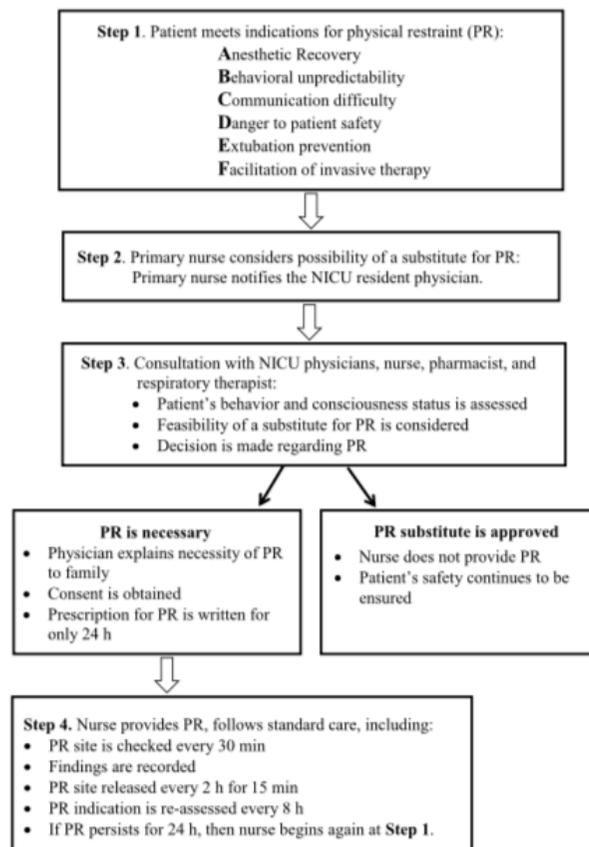


Figure 1. Flowchart of physical restraint reduction program.

La procédure normalisée a été mise en œuvre en juin 2011 et s'est poursuivie jusqu'en mars 2012. 103 infirmiers, 9 médecins, 3 pharmaciens et 12 thérapeutes spécialisés en respiration ont travaillé dans ces trois unités de soins intensifs. Le programme a été annoncé, expliqué lors d'une réunion du personnel et affiché sur le panneau d'informations des soins intensifs. Les membres du personnel ont été informés des indicateurs de restrictions physiques propres aux patients, de la responsabilité de chaque discipline et des procédures standard pour la restriction physique. Des réunions étaient prévues pour recueillir les commentaires du personnel et évaluer les résultats.

Une contention physique de moins de 24 heures était un indicateur de bonne pratique. Les résultats comprenaient le taux d'incident de la restriction physique, le taux mensuel et le taux mensuel supérieur à 24 heures. Le deuxième résultat examiné est l'effet de la mise en œuvre

	<p>d'un programme de réduction des contraintes mais principalement sur les contraintes physiques de moins de 24 heures après contrôle des facteurs associés.</p> <p>Les données cliniques comprenaient une évaluation du niveau de conscience en utilisant l'échelle de Glasgow et un traitement pendant la contention physique avec ou sans sonde endotrachéale, ligne intraveineuse, sonde nasogastrique ou la mise en place d'un drainage externe ou d'une sonde vésicale. L'auto-extubation a également été enregistrée.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'évaluation institutionnel de l'hôpital d'étude.</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Ils ont calculé la puissance statistique de cette étude à l'aide du logiciel G*Power software. Cela a montré une valeur statistique de puissance 0,99.</p> <p>Les données brutes ont été enregistrées dans un fichier Excel (Microsoft Office) puis exportées vers IBM SPSS version 22 (IBM, Inc., Armonk, NY, États-Unis) pour une analyse plus poussée. Une analyse de variance unidirectionnelle et des tests post-hoc de Scheffe ont été utilisés pour examiner la différence entre les heures de restrictions physiques au cours des quatre phases. Des tests du chi carré ont été utilisés pour examiner le lien entre les données de base du patient et la contrainte physique supérieure et inférieure à 24 heures. Une analyse de régression logistique a été utilisée pour examiner les effets du programme de réduction des contraintes sur une période de 24 heures en tenant compte des données démographiques et cliniques. Le niveau de signification a été fixé à 0,05.</p> <p>Le taux d'incidence de la contention physique a été calculé selon les directives de la commission mixte de Taiwan sur l'accréditation des hôpitaux en tant qu'événements totaux de contention physique divisé par le nombre total de jour-patients puis multiplié par 100.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les quatre phases étaient respectivement de 6,1% pour la phase de pré-intervention, 3,6% pour la phase d'introduction, 4,8% pour la phase intermédiaire et 3,2% pour la phase d'entretien. Il y a eu un taux d'incidence de la contention physique après la mise en œuvre du programme de réduction des contraintes. Le taux mensuel de contention physique sur les quatre phases étaient respectivement de 72,8 ; 40 ; 53,3 et 36,2. Il y a eu des baisses de restriction physique au cours des quatre phases (tableau 2).</p> <p>Les chercheurs ont ajouté toutes les durées de contention pour chaque patient pour représenter la durée totale de la restriction physique. Comme montre le tableau 2, les durées moyennes de restriction physique sous les quatre phases étaient respectivement de 178,9 (T 446,5), 75,9 (T 143,7), 56,2 (T 101,2) et 58,3 (T 103,8)</p> <p>Il y avait des différences significatives dans la durée de la contention (moyenne des heures) entre les quatre phases ($F = 9,73$, $p < 0,001$). Une comparaison post-hoc (test de Scheffe) a montré que les patients en pré-interventions subissaient un nombre d'heure de contention physique plus élevé que ceux en phase intermédiaire et en phase de maintenance. Le taux mensuel de restriction physique de plus de 24 heures pour les quatre phases était de 50,7 (608 événements par période de 12 mois), 20,0, 17,7 et 12,3. Les pourcentages de restriction physique supérieurs à 24 heures étaient de 69,6%, 50%, 33,1% et 34,1% au cours des quatre phases. Le pourcentage de contention physique supérieur à 24 heures était significativement associé aux phases, étant donné qu'elle était plus élevée dans les phases pré-intervention ($\chi^2 = 140,8$, $p < 0,001$; voir le tableau 2).</p>

TABLE 2.
Changes in Physical Restraint Before and After Initiation of a Physical Restraint Reduction Program

Item/Variable	Preintervention Phase		Introduction Phase		Intermediate Phase		Maintenance Phase	
Duration of data collection (months)	12		1		3		6	
Total patient days	14,393		1,100		3,324		6,836	
PR (events)	874		40		160		217	
Incidence rate of PR (%)	6.1		3.6		4.8		3.2	
Mean number of PR per month	72.8		40.0		53.3		36.2	
PR hours (mean and SD) ^a	178.9	446.5	75.9	143.7	56.2	101.2	58.3	103.8
PR duration of more than 24 hours (event, %) ^b	608	69.6	20	50.0	53	33.1	74	34.1
PR duration of less than 24 hours (event, %)	266	30.4	20	50.0	107	66.9	143	65.9
PR duration of more than 24 hours per month (%)	50.7		20.0		17.7		12.3	

Note. PR = physical restraint.
^aF = 9.73, *p* < .001. ^b χ^2 = 140.80, *p* < .001.

Une analyse de l'effet du programme sur la contention physique inférieure et supérieure à 24 heures a été réalisée après contrôle des facteurs associés.

Les chercheurs ont examiné les autres facteurs susceptibles d'avoir influencé les résultats. Les données ont montré qu'il n'y avait pas de différence d'âge, de sexe, de cathéter intraveineux ou de sonde vésicale entre les groupes de patients avec utilisation de contention physique pendant plus ou moins de 24 heures (*p* 9,05). Cependant, il y avait des différences significatives dans la mise en place d'une sonde endotrachéale, d'une sonde nasogastrique, de drainage et le score de Glasgow entre les deux groupes de patients (voir tableau 3). Étant donné que ces facteurs étaient associés à l'utilisation de contention physique pendant plus de 24 heures, ils ont été contrôlés dans le modèle de régression logistique. Ainsi, les variables indépendantes incluses dans la phase d'intervention étaient la mise en place de sondes endotrachéales, nasogastriques, de drainage et le score de Glasgow. Une méthode d'entrée forcée a été utilisée pour l'analyse ultérieure.

Les résultats du modèle de régression logistique ont montré que le taux d'incidence de la contention physique de plus de 24 heures était significativement plus bas dans les phases post-intervention, comme suit : phase d'introduction (*B* = 1,18, *OR* = 0,31), phase intermédiaire (*B* = 1,84, *OR* = 0,16) et phase de maintenance (*B* = 1,76, *OR* = 0,18). De plus, la contention physique de plus de 24 heures était significativement plus élevée chez les patients intubés par voie endotrachéale (*B* = 0,41, *OR* = 1,51) et portant une sonde nasogastrique (*B* = 0,77, *OR* = 2,16) et significativement plus faible chez les patients munis d'un drain externe = 0,40, *OR* = 0,66). De plus, la contention physique de plus de 24 heures était significativement plus élevée chez les patients présentant des scores GCS de 6-8 (*B* = 0,85, *OR* = 2,36), 9-12 (*B* = 0,87, *OR* = 2,40) et 13-15 (*B* = 0,76, *OR* = 2,15). Un *OR* inférieur à 1 indique un faible risque de contention physique supérieur à 24 heures, ce qui montre que le programme de réduction a eu un effet significatif sur la réduction du taux d'incidence de la RP supérieur à 24 heures.

Discussion
Interprétation des résultats

L'incidence et les taux mensuels de contention physique dans cette étude ont diminué à 3,2% et 36,2 % durant la phase d'entretien. Ce résultat confirme l'affirmation qu'il est possible de réduire le taux de contention physique à 5% ou moins. La durée de la contention physique après l'intervention était inférieure à celle trouvée dans les rapports précédents. La mise en œuvre du programme de diminution de la contention physique a entraîné une diminution immédiate de l'incidence et des taux moyens de restriction physique au cours du premier mois du

	<p>programme. Au cours des trois mois de la phase intermédiaire, l'incidence et les taux mensuels moyens ont légèrement augmenté. Cela peut être dû à une fluctuation de l'échantillon ou à une attention insuffisante au programme accordée par le personnel des soins intensifs. Néanmoins, le taux d'incidence de la contention physique était nettement inférieur à celui de la phase de pré-intervention.</p> <p>Cette étude a révélé que la restriction physique de plus de 24 heures était considérablement réduite après la mise en œuvre du programme multidisciplinaire. Ce résultat confirme l'hypothèse de l'étude selon laquelle un programme multidisciplinaire intégrant des indications établies pour la mise en place de contention physique, un processus standard de restriction physique et une coopération entre disciplines permettent de réduire le nombre de patients contentionnés pendant plus de 24 heures. Une autre étude a montré qu'un programme de contention pouvait effectivement améliorer l'utilisation inappropriée des restrictions physiques dans un établissement de soins de réadaptation (Lai et al., 2011). Les chercheurs de cette étude abordent les effets de l'éducation, de la vérification et le retour d'informations concernant le comité interdisciplinaire. Cela a mis un accent plus important sur les indications à mettre en place une contention physique spécifique aux soins intensifs ainsi que l'établissement de responsabilités des professionnels de chaque discipline et un protocole clinique standard.</p> <p>Ces résultats prouvent que la contention physique devrait impliquer la collaboration des professionnels de la santé dans la pratique clinique afin d'améliorer la qualité des soins.</p> <p>L'effet du programme de réduction de la contention physique sur la restriction supérieure à 24 heures est associé au niveau de conscience mesuré à l'aide du score de Glasgow.</p> <p>Une des raisons fréquente de l'utilisation de la contention physique est d'empêcher le retrait non planifié de tubes ou de dispositifs de drainage afin de protéger la sécurité des patients. Les résultats du programme ont confirmé ce raisonnement, il y a une probabilité que le patient ait un moyen de contention de plus de 24 heures. Néanmoins, une contention inappropriée peut augmenter le taux de résistance et de lutte des patients et augmenter la probabilité d'extubation non planifiée.</p> <p>Le programme d'intervention pour la réduction des contraintes offre aux infirmiers et autres professionnels de la santé la possibilité de travailler ensemble pour trouver la meilleure stratégie pour réduire les restrictions physiques tout en garantissant la sécurité des patients. Cependant, les résultats ont montré que la présence d'un tube de drainage était associée à une contention physique inférieure à 24 heures, expliqués probablement par le fait que le dispositif a été fixé à l'aide de sutures chirurgicales et qu'il n'a donc pas été facilement retiré par le patient. Mais cette association mérite une enquête plus approfondie.</p>
Forces et limites	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité d'une liste d'indicateurs spécifiques était utile pour les infirmiers et autres professionnels de la santé car elle fournit un guide pour la prise de décision concernant la restriction physique. • Les indicateurs sont utiles pour une analyse plus approfondie du besoin de contention physique dans un service de soins intensifs qui sert de langage commun. Cela sert à promouvoir la communication entre les professionnels de santé. • Les indicateurs garantissaient la sécurité des patients. <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'application clinique des indicateurs mérite des investigations supplémentaires. • La conception avant-après ne faisait pas appel à un essai contrôle randomisé et était de nature pré-expérimentale. • Les données récoltées ont été enregistrées rétrospectivement à partir du système informatique. Les indicateurs de restriction physique n'avaient pas été entrés dans le système informatique ni pendant ni après le programme. • Les données ont été extraites de la base de données, les détails des contentions physiques pour chaque étape n'étaient pas disponibles et des statistiques inférentielles telles qu'une comparaison de l'incidence et des taux de moyens mensuels des quatre phases n'ont pas pu être effectuées.

Conséquences et recommandations	<p>Le programme pluridisciplinaire était composé de trois parties : établissement d'indicateurs spécifiques pour les patients hospitalisés aux soins intensifs, développement d'une procédure standard pour l'administration de contention physique et définition des responsabilités du personnel dans chaque discipline. Le taux d'incidence, le taux mensuel moyen et la durée de contention ont été considérablement réduits après la mise en œuvre du programme.</p> <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats indiquent que les stratégies axées sur l'amélioration de la pratique clinique du professionnel de la santé et sur l'amélioration de la collaboration entre professionnels de santé peuvent potentiellement réduire la prévalence de la contention physique. • Une intervention favorisant la qualité des soins concernant les restrictions physiques devrait inclure non seulement des infirmiers et des médecins, mais également des pharmaciens et des inhalothérapeutes. • Les soignants doivent calmer les patients qui ne sont pas complètement conscients ou agités. • Il est important d'assurer le bon positionnement des tubes et cathéters et d'expliquer aux patients le but de ces dispositifs pour améliorer la qualité des soins. • Favoriser une bonne communication entre les professionnels de la santé. • Utilisation des indicateurs ABCDEF pour évaluer la nécessité de la contention physique. Ces indicateurs sont faciles à utiliser et peuvent servir de langage commun pour promouvoir la communication entre professionnels de la santé.
Commentaires	[Traduction libre]

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Lin, Y.-L., Liao C.-C., Yu, W.-P., Chu, T.-L., & Ho, L.-H. (2018). A Multidisciplinary Program Reduces Over 24 Hours of Physical Restraint in Neurological Intensive Care Unit: <i>Journal of Nursing Research</i> , 26(4), 288-296. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000251				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le problème et la population ne sont pas présents. Concept : Programme multidisciplinaire de réduction des contentions physiques de plus de 24 heures. Contexte : Unité de soins intensifs neurologiques
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	<p>Problème : N'est pas clairement défini. Ils ont expliqué pourquoi ils ont voulu mettre en place ce programme : La contrainte physique doit être exercée de manière bien organisée, structurée et prudente. La sécurité et l'efficacité de la procédure de restriction physique en pratique clinique sont cruciales pour les soins aux patients.</p> <p>Méthode : Est bien expliquée. Une étude avant-après a été réalisée dans trois unités de soins intensifs neurologiques. Un programme pluridisciplinaire de réduction des restrictions physiques a été mise en place avec quatre phases de collecte de données. Lors de la première phase de pré-intervention, les données sur le taux (nombre ou fréquence) et la durée de la RP ont été collectées pendant 12 mois avant la mise en œuvre du programme. Les trois phases suivantes de la collecte de données ont été 1 mois (introduction), 3 mois (intermédiaire) et 6 mois (maintenance) après la mise en œuvre du programme.</p> <p>Résultats : Ils sont bien résumés. Les résultats ont montré que la contention physique était utilisée 72,8 fois en moyenne par mois avant la mise en œuvre du programme. Après la mise en œuvre, le nombre moyen de fois par mois est tombé à 40 après le premier mois de la mise en œuvre (introduction), à 53,3 fois à 3 mois (intermédiaire) et à 36,2 fois à 6 mois (maintenance). La mise en œuvre du programme de réduction de la restriction physique a entraîné une diminution du taux d'incidence de la restriction physique de 6,1% à 3,2% (événement / journée totale du patient) et une diminution du pourcentage de patients immobilisés pendant plus de 24 heures de 69,6% à 34,1. %.</p> <p>Discussion : Sous forme de conclusion.</p>

					Les résultats confirment qu'un programme de collaboration multidisciplinaire peut potentiellement réduire l'incidence de la RP dans les unités de soins intensifs neurologiques. Un protocole et des politiques normalisés sont essentiels pour que les professionnels de la santé utilisent efficacement les restrictions physiques et améliorent effectivement la qualité des soins fournis aux patients en soins intensifs.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	Il n'est pas clairement formulé. Les chercheurs évoquent seulement que l'utilisation des moyens de contention est mise en doute quant à leur efficacité et leur sécurité.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Les chercheurs se basent sur plusieurs articles pour faire un état des connaissances. Selon une enquête faite en France, 29% des unités de soins intensifs utilisaient la contention physique dans plus de 50% de leurs patients éveillés, calmes et coopératifs. Elles sont mises en place et enlevées sans ordre médical. Seulement 21% des unités de soins intensifs disposent d'une procédure écrite pour l'utilisation des restrictions physiques. Plusieurs études ont déjà étudié la mise en place d'un programme de réduction des contraintes mais il ne faut pas cibler uniquement les infirmiers mais également l'équipe pluridisciplinaire.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		La théorie n'est pas présente. Les concepts ne sont pas définis mais ressortent : qualité des soins, éthique, bienfaisance, dignité
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les objectifs de cette étude étaient d'examiner l'effet d'un programme multidisciplinaire de réduction de la contention physique sur le taux d'incidence global, le taux d'incidence mensuel et le taux d'incidence mensuel de plus de 24h ainsi que de mesurer les effets.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Il n'est pas clairement cité mais la grandeur de l'échantillon (1291 patients) et la méthode de récolte de données à partir d'une base informatique permettent de dire que l'étude est quantitative.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			L'étude a été menée dans trois unités de soins intensifs (45 lits) dans un centre médical du nord de Taiwan. Les patients ont été hospitalisés pendant plus de 24h entre janvier 2010 et mars 2012 et ceux qui ont subi une contention physique ont été recrutés pour l'étude. Les critères d'inclusions étaient le diagnostic d'une maladie neurologique telle qu'une tumeur au cerveau, une hémorragie intracrânienne, une maladie vasculaire cérébrale aiguë ou maladie épileptique.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Ils ont détaillé chaque critère suivant pour chacune des 4 phases : - Sexe prédominant : hommes

					<ul style="list-style-type: none"> - Âge moyen - Score de Glasgow - Equipement
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			L'infirmier a d'abord enregistré l'emplacement de la contention, la durée et la réponse du patient dans le système informatique. Les données sur l'âge et le sexe des patients ont été obtenues à partir des dossiers de patients. Le processus de collecte de données a été réalisé en quatre phases : Pré-intervention, introduction, intermédiaire et maintenance. Trois infirmiers en chef des unités de soins intensifs ont collecté les données avant et après la mise en œuvre du programme de réduction des contraintes.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			La récolte de données faite par l'infirmier avant et après l'intervention ont permis de confirmer les hypothèses de départ.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Ils ont d'abord déterminé les conditions dans lesquelles un patient pourrait avoir besoin d'un moyen de contention. Ils ont ensuite invité 5 experts afin d'intégrer les 13 conditions à 6 indicateurs. Un processus d'admission des patients à l'unité des soins intensifs a été établi en quatre étapes.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'étude a été approuvée par le comité d'évaluation institutionnel de l'hôpital d'étude.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les données brutes ont été enregistrées dans un fichier Excel (Microsoft Office) puis exportées vers IBM SPSS version 22 (IBM, Inc., Armonk, NY, Etats-Unis) pour une analyse plus poussée. <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de variance unidirectionnelle et des tests post-hoc de Scheffe pour examiner la différence entre les heures de restrictions physiques au cours des quatre phases • Des tests du chi carré pour examiner le lien entre les données de base du patient et la contrainte physique supérieur ou inférieur à 24 heures. • Une analyse de régression logistique pour examiner les effets du programme sur une période de 24 heures.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Le tableau 2 montre les changements concernant l'utilisation de la contention physique avant et après le programme de réduction des contraintes. Le tableau 3 évoque les différences entre les variables de base et les variables

					cliniques liées à la contrainte physique entre des événements d'une durée supérieure à 24 heures. Le tableau 4 montre les facteurs associés à la contention physique de plus de 24 heures.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont comparés avec plusieurs études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<ul style="list-style-type: none"> • L'application clinique des indicateurs mérite des investigations supplémentaires. • La conception avant-après ne faisait pas appel à un essai contrôle randomisé et était de nature pré-expérimentale. • Les données récoltées ont été enregistrées rétrospectivement à partir du système informatique. Les indicateurs de restriction physique n'avaient pas été entrés dans le système informatique ni pendant ni après le programme. • Les données ont été extraites de la base de données, les détails des contentions physique pour chaque étape n'étaient pas disponibles et des statistiques inférentielles telles qu'une comparaison de l'incidence et des taux de moyens mensuels des quatre phases n'a pas pu être effectuées.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats indiquent que les stratégies axées sur l'amélioration de la pratique clinique du professionnel de la santé et sur l'amélioration de la collaboration entre professionnels de santé peuvent potentiellement réduire la prévalence de la contention physique. • Une intervention favorisant la qualité des soins concernant les restrictions physiques devrait inclure non seulement des infirmiers et des médecins, mais également des pharmaciens et des inhalothérapeutes. • Les soignants doivent calmer les patients qui ne sont pas complètement conscients ou agités. • Il est important d'assurer le bon positionnement des tubulures et cathéters et d'expliquer aux patients le but de ces dispositifs pour améliorer la qualité des soins. • Favoriser une bonne communication entre les professionnels de la santé.

					<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des indicateurs ABCDEF pour évaluer la nécessité de la contention physique. Ces indicateurs sont faciles à utiliser et peuvent servir de langage commun pour promouvoir la communication entre professionnels de la santé.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est bien structuré mais parfois la compréhension des éléments étaient un peu plus compliqués. Les informations ne sont pas écrites clairement.
Commentaires :	[Traduction libre]				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice D

Grille de résumé et de lecture critique de Johnson, Curry, Steubing, Diana, McCray,
McFarren & Domb

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A., & Domb, A. (2016). A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 34, 20-27. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.004
Introduction Problème de recherche	L'absence d'intervention non pharmacologiques, d'éducation et d'attitude des soignants sont des obstacles signalés dans la mise en œuvre de solutions de rechange à l'utilisation de la contention.
Recension des écrits	<p>Malgré les initiatives en cours visant à réduire le recours aux moyens de contention, les dispositifs de contention des patients sont utilisés plus fréquemment dans les établissements de soins de courte durée en raison de l'utilisation accrue de dispositifs invasifs, notamment des cathéters artériels, des tubes endotrachéaux et des cathéters intraveineux. Les raisons de l'utilisation de moyens de contention peuvent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prévention des chutes - La prévention des actes d'automutilation - La prévention du retrait des dispositifs médicaux. <p>Une strangulation, une atrophie musculaire, des ulcères, de l'incontinence, des contractures musculaires, des troubles cognitifs et fonctionnels, de l'agitation, une détresse psychologique et même la mort ont été rapportés dans les hôpitaux avec l'utilisation de dispositifs de contention physique.</p> <p>En situation de soins intensifs, les conséquences d'une contention physique sont l'hypertension, la tachycardie, une agitation croissante, l'inconfort, le délire, l'anxiété, les attaques de panique, une insuffisance circulatoire, une aspiration, des escarres, des lésions nerveuses, des chutes, des infections nosocomiales et de la dépression.</p> <p>Bien que le délire soit souvent négligé et sous-diagnostiqué chez les adultes hospitalisés, 70 à 87% des cas de délirium surviennent dans des unités de soins intensifs. La prise en charge de patients agités risquant le délire avec des contraintes physiques peut potentiellement entraîner une baisse de l'état fonctionnel et cognitif, une agitation accrue, un risque de blessure et une durée prolongée de délirium.</p> <p>Le Centre for Medicare and Medicaid Services (CMS) définit une contention comme toute méthode manuelle, appareil physique ou mécanique, matériel ou équipement immobilisant ou diminuant la capacité d'un patient à bouger librement les bras, les jambes, le corps ou la tête dans tous les milieux hospitaliers. La norme CMS est conçue pour protéger les droits des patients, assurer leur sécurité et réduire l'utilisation inappropriée de moyens de contention. Les dispositifs de contention sont recommandés pour promouvoir la sécurité physique immédiate du patient, du personnel ou d'autres personnes mais doivent être supprimés dès qu'ils ne sont plus nécessaires.</p> <p>Une évaluation complète du patient est recommandée pour identifier des problèmes médicaux spécifiques, tels que l'agitation du patient due à la douleur qui ne nécessiterait plus de moyens de contention dès la résolution de la douleur.</p> <p>En 2009, la Commission mixte (TJC) a révisé son utilisation des moyens de contention en mettant davantage l'accent sur l'éducation et la formation, en utilisant le dispositif le moins restrictif et en supprimant les moyens de contention dès que le patient était cliniquement en sécurité. Le positionnement de l'association britannique des infirmiers de soins intensifs (BACCN) sur l'utilisation des moyens de contention chez les patients adultes en soins intensifs inclut la facilitation des soins du patient mais ne doit pas être utilisé comme alternative aux ressources humaines ou environnementales inadéquates mais uniquement lorsque les mesures</p>

thérapeutiques alternatives ont été inefficaces. Cela repose sur des directives pour la mise en place de moyens de contention, une évaluation continue du patient pour en justifier le besoin, la participation du patient et de sa famille à la décision et au choix des moyens de contention ainsi que la formation du personnel aux moyens de contention chimiques, physiques et psychologiques. Cela implique des programmes de formations et de compétences. Au Royaume-Uni, le personnel infirmier est prié d'utiliser un outil validé pour évaluer le délirium, corriger la cause, revoir les médicaments en cours et appliquer des mesures non pharmacologiques pour prévenir celui-ci.

Une approche non pharmacologique pourrait être efficace pour améliorer l'humeur, la fonction physique et comportementale en fournissant des stimuli tactiques, auditifs et visuels qui améliorent la fonction cognitive, le traitement perceptuel, la force neuromusculaire et la diversion. Les approches non pharmacologiques pour réduire l'incidence de la contention peuvent inclure la mobilisation précoce, l'assistance nutritionnelle, des activités thérapeutiques et stimulant la cognition, la musique, des bouchons d'oreilles, des masques pour les yeux, l'orientation du patient, des objets familiers dans la pièce, des appareils auditifs et des lunettes, des dentiers et une évaluation gériatrique complète.

Une revue de la littérature évaluant les approches non pharmacologiques au lieu des dispositifs de contention chez les adultes hospitalisés a été réalisée afin de caractériser les forces et les limites. Un autre modèle d'intervention basé sur un hôpital et sur les hospitalisations destinées à gérer le comportement des patients à risque de contention, a été testé et comparé à la pratique actuelle de gestion de contention, dans laquelle il existait peu de dispositifs alternatifs. Un chariot de prévention de la contention a été mis au point, comprenant des solutions de rechange sans retenue classées du moins contraignant au plus restrictif. Des exemples de dispositifs alternatifs trouvés dans le premier tiroir comprenaient un classeur de référence, du papier ligné ordinaire, des marqueurs. Dans le deuxième tiroir : des boules de compression, des grands dominos, des jeux de cartes, des énigmes en gros caractères, des échecs, des dames, du backgammon, de la pâte à modeler, des énigmes en bois. Dans le troisième tiroir : manches en peau, mouffles, ceintures ventrales avec soutien du torse. Dans le quatrième tiroir : alarmes de chaise, dans le cinquième tiroir : gilet, membre mou. À la fin de l'intervention de modèle alternatif en hôpital de 10 semaines, l'utilisation de la contention a diminué, passant de 11,5% à 3,3%.

Flaherty et Little (2011) ont testé une salle Delirium en tant qu'intervention de modèle de gestion alternative au sein d'une unité de soins de courte durée pour personnes âgées offrant des soins infirmiers 24 heures sur 24 sans recours à des moyens de contention tant mécaniques que chimiques. Les infirmiers ont déclaré que l'environnement était un endroit sûr pour soigner les patients. Ceux-ci ont été responsabilisés grâce à l'approche « Tolérer, anticiper et ne pas s'agiter » (T-A-D-A) pour réagir naturellement à une situation. L'infirmier devait observer un patient essayant de se lever du lit, l'autonomisant en lui permettant de continuer, tout en fournissant à l'infirmier des indices sur le comportement du patient (Flaherty et Little, 2011). Une approche « ne pas agiter » était la clé de l'intervention, avec des soins infirmiers permettant d'anticiper l'agitation des patients, tout en maintenant un environnement sans agitation. Les infirmiers ont appris à réorienter le patient et à utiliser des techniques de distractions sécuritaires. La salle de délirium était située près du poste de soins infirmiers. Les patients qui étaient visibles par les soignants, les rideaux assurant la confidentialité entre les quatre patients et les sources de bruit excessif et de distractions ont été supprimés ou réduits au minimum. Une méthodologie de groupe de discussion a été utilisée pour examiner l'expérience et les connaissances des infirmiers en soins de courte durée en matière d'évaluation et de gestion du délirium. Les obstacles à la mise en place d'un modèle de gestion non médicamenteuse comprenaient le manque de temps nécessaire pour mettre en œuvre des stratégies non pharmacologiques telles que la marche ou des activités diversifiées, la difficulté à fournir des soins intensifs de qualité aux patients complexes, particulièrement en cas de délire ou de démence et le manque d'éducation concernant les meilleures pratiques. Parmi les stratégies non pharmacologiques citées par les soignants, le fait de rester auprès du patient, les serviettes pliantes, la marche, la musique relaxante, la surveillance fréquente, la diminution des stimuli environnementaux, les casse-têtes, les livres à colorier, la présence familiale, le contact simple, le réconfort par la communication, les couvertures chaudes, la nourriture et la routine changeante de l'hôpital (Yevchak et al., 2012).

	<p>Les trois raisons principales selon Gelkopf et al. (2009) qui ont motivé la contention des patients étaient l'automutilation, les blessures subies par le personnel et/ou l'environnement. Plus l'infirmier est qualifié, plus ils considèrent une approche thérapeutique plutôt que des contraintes physiques.</p> <p>McCabe et al. (2011) ont examiné les perceptions d'infirmiers et d'assistantes infirmiers à l'égard de l'utilisation de moyens de contention chez les personnes âgées et ont constaté que l'interruption du traitement était la principale raison perçue de recours à des moyens de contention physique chez les patients hospitalisés.</p> <p>Möhler et Meyer (2014) ont examiné l'attitude du personnel infirmier dans les établissements de soins de courte durée à l'égard de l'utilisation des moyens de contention physique. Les infirmiers ont perçu le besoin de recourir à des moyens de contention continus dans de nombreuses situations, les plus importantes étant les questions de sécurité. Les infirmiers appliquaient des moyens de contention comme première intervention de leur choix avant d'envisager des mesures de rechange. Leur raison pour appliquer des restrictions était un manque de connaissance des approches alternatives qui pourraient être utilisées et un manque d'approvisionnement pour mettre en œuvre ces dernières-</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Hypothèses/question de recherche/buts	Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'intervention éducative utilisée pour réduire l'utilisation des moyens de contention chez les patients d'une unité de soins intensifs en traumatologie (TICU) et d'évaluer les perceptions des infirmiers concernant les dispositifs de contention.
Méthodes Devis de recherche	Etude original, devis quantitatif
Population, échantillon et contexte	<p>L'étude a été menée dans une TICU d'un hôpital communautaire de traumatologie de niveau 1 en Arizona. L'hôpital comprend 266 lits dont 22 lits de soins intensifs. Un centre de traumatologie de niveau 1 comprend une couverture interne 24 heures sur 24 par des chirurgiens généralistes, avec des soins spécialisés en chirurgie orthopédique, neurochirurgie, anesthésiologie, médecine d'urgence, radiologie, médecine interne, chirurgie plastique, chirurgie buccale et maxillo-faciale, pédiatrie et soins continus.</p> <p>77 infirmiers travaillant en traumatologie donnaient des soins directs aux patients ont été invitées à participer, ceux-ci ont été invitées à participer, seulement 56 (73%) ont accepté.</p>

Table 1 Characteristics of nursing staff in the Trauma Intensive Care Unit.

Nursing demographics (N=56) 73%			
Education	Number (N=52)	Number	
• MSN	3 (06%)	• Female	47 (84%)
• BSN	29 (55%)	• Any geriatric education	
• ADN	17 (33%)	• Yes	8 (14%)
• Diploma	3 (06%)	• No	48 (86%)
Age (N=51)		Length of employment (N=51)	
• 20–30 years	10 (20%)	• <1 year	5 (10%)
• 31–40 years	21 (41%)	• 1–5	19 (37%)
• 41–50 years	16 (31%)	• 6–10	8 (15%)
• 51–60 years	2 (03%)	• 11–15	6 (12%)
• 61–70 years	2 (03%)	• 16–20	4 (08%)
• Sex		• 21–30	6 (12%)
• Male	9 (16%)	• 31–35	3 (06%)

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Une norme de soins était d'évaluer les patients à l'admission et toutes les 12 heures en utilisant la méthode d'évaluation de la confusion (CAM-ICU) pour identifier le délirium. Le délirium a été défini à l'aide de cet outil en fonction de quatre fonctions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Changement aigu ou évolution fluctuante de l'état mental au cours des dernières 24 heures 2. Inattention 3. Altération du niveau de conscience (SRA) 4. Pensée désorganisée <p>Le diagnostic de délire comprend 20 caractéristiques mais 3 ou 4 doivent être présents.</p> <p>Le recours à la contention a été surveillé quotidiennement et notifié tous les mois. Un événement de contention a été mesuré comme une contention appliquée dans une période de 24 heures allant de 0h à 23h59. Chaque fois qu'une contrainte était appliquée et retirée, elle était comptée comme un événement. Le nombre total de recours à la contention a été divisé par le nombre jours-patients ajustés par mois et multiplié par 100 pour obtenir un taux de patient sous contraintes par 1000 jours-patients ajustés.</p> <p>Les perceptions des infirmiers quant à l'utilisation de moyens de contention ont été mesurées à l'aide du questionnaire sur les perceptions de contention (PRUQ) conçu pour être utilisé dans les établissements de soins de courte durée afin de déterminer l'importance relative que les soignants accordent à l'utilisation de moyens de contention physique, de risque de chute et d'interférence avec les médicaments.</p> <p>L'outil comprend 17 éléments avec une échelle de réponse de Likert en 5 points allant de pas du tout important au plus important. Chaque question traite une raison pour laquelle un patient peut être physiquement retenu. Le PRUQ original a été mis au point pour déterminer l'importance que les fournisseurs de soins accordent aux motifs de contention. Ce PRUQ modifié comprenait plus d'éléments concernant le risque de chute et les interférences de traitement. La moyenne globale de ce questionnaire est calculée en prenant un score numérique total des réponses divisées par 17 pour correspondre à une moyenne entre 1 et 5. Plus la moyenne est élevée, plus l'infirmier a une perception globale favorable à l'utilisation de moyen de contention.</p> <p>Les informations démographiques, y compris l'âge, le sexe, le type d'unité, la durée de l'emploi dans cet établissement, l'éducation et tout enseignement spécialisé en gériatrie sont également collectées avec cet outil.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les patients n'ont pas participé à l'étude car l'intervention était considérée comme une pratique courante dans le service de soins intensifs. Le protocole « Douleur, agitation, délire (PAD en anglais) » fournit des recommandations pour identifier et réduire l'agitation et le délire dans le milieu des soins intensifs.</p> <p>Une lettre a été distribuée aux infirmiers expliquant le but de l'intervention et les invitant à participer à l'étude. Le PRUQ avait été administré avant l'intervention car l'enquêteur cherchait à ce que l'infirmier réalise l'importance de la contention physique. Les infirmiers disposaient de deux semaines pour remplir le questionnaire de façon anonyme. Une fois le PRUQ terminé, l'éducateur des soins intensifs assurait la formation des infirmiers. Le taux d'utilisation des moyens de contention par 1000 jours-patients a été mesuré quotidiennement lors des tournées de soins.</p> <p>Un PowerPoint des interventions non pharmacologiques et des dispositifs alternatifs avec des démonstrations ont été fournis dans le service la journée et le soir. Les interventions non pharmacologiques incluses dans le protocole PAD ont été examinées. Elles consistaient à fournir des aides visuelles et auditives, des communications fréquentes et une réorientation avec le patient, des objets familiers du patient dans la chambre, du personnel soignant cohérent, l'autorisation de la télévision en journée avec des informations quotidiennes et de la musique non verbale. Les approches environnementales incluaient le temps de sommeil, les lumières allumées pendant la journée et éteintes la nuit, contrôler l'excès de bruit et l'ambulation fréquente des patients.</p> <p>Le protocole d'instructions d'appareils thérapeutiques alternatifs comprenait des images, les caractéristiques et les avantages de l'appareil. Les infirmiers devaient envisager de faire correspondre un appareil avec les préférences, la capacité cognitive et physiques du patient en fournissant une stimulation mentale, sensorielle, auditive ou tactile, une amplitude de mouvement et une coordination des yeux et des mains. Les dispositifs alternatifs à utiliser comprenaient des dispositifs portatifs que les patients pouvaient tordre et transformer en de nouvelles formes, les déplacer, les écraser avec différents degrés de résistance. Ces dispositifs ont fourni une</p>

	<p>stimulation visuelle, tactile et mentale. Les appareils comprenaient des couvertures pour activités avec boutons sur le tissu, un cadre pour une photo préférée, des boucles, des ceintures, un porte-monnaie à glissière, un porte-clés et un tissu texturé. Des poupées molles avec un corps rembourré et des animaux empaillés avec ou sans dispositif audio intégré comprenant quatre sons différents : les pulsations cardiaques, les averses de printemps, les vagues et les chants de baleines apportaient une stimulation visuelle, tactile et auditive. Des paquets stratifiés ont été affichés montrant les différents dispositifs thérapeutiques alternatifs à l'usage des patients. Des affiches plastifiées présentant des dispositifs alternatifs et des instructions pour la documentation dans le dossier médical électronique ont été placées à différents endroits du service.</p> <p>Afin de maintenir la fidélité au traitement et aux dispositifs thérapeutiques alternatifs, les soignants mettaient en avant l'intervention lors des réunions mensuelles du personnel et des réunions de gouvernance partagée afin de réviser et clarifier le protocole.</p>																																																																												
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'approbation a été fournie par la commission d'étude institutionnelle (IRB), le bureau de la protection de la recherche humaine (OHRP) et par les conseils de recherche de John C. Lincoln Deer Valley et/ou North Mountain, en collaboration avec le comité d'examen de recherche exempt de réseaux (NERRC).</p> <p>Les questionnaires infirmiers étaient anonymes et la participation volontaire. Une lettre de non-responsabilité accompagnait les enquêtes auprès du personnel indiquant l'objectif de l'étude, la participation volontaire, la capacité de refuser de répondre à une question particulière et d'interrompre la participation sans encourir de sanction. Toutes les données ont été gardées confidentielles pendant toute la période de l'étude sur un serveur protégé par un mot de passe. L'accès était limité au chercheur principal.</p>																																																																												
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Les données du PRUQ sur les perceptions des infirmiers quant à l'usage de moyens de contention ont été codées et analysées à l'aide d'un logiciel commercial (SPSS version 16.0 ; Chicago, IL). Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques démographiques du personnel infirmier et les variables d'intérêt, notamment l'âge, le sexe, le type d'unité, la durée de l'emploi dans cet établissement, la formation en gériatrie. Les variables discrètes ont été résumées par les fréquences et les pourcentages. Les moyennes, les écarts types et les médianes ont été utilisées pour les variables continues. Les fréquences et le coefficient de corrélation produit-moment de personnes ont été utilisés pour mesurer la force de la relation entre les variables PRUQ. Un graphique de contrôle a été utilisé pour étudier l'utilisation de la contention au fil du temps avec des données tracées mensuellement avec des variables continues rapportées avec des moyennes et des écarts types avant et après l'intervention. Une valeur p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative pour cette étude.</p>																																																																												
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Résultats de la contention physique</p> <p>Les données sur la contrainte avant l'intervention incluaient de 4Q2012 à 1Q2013. Les données post-interventions incluaient le 2Q2013 jusqu'à 1Q2014. La moyenne et l'écart-type des moyens de contention par 1000 jours-patients avant l'intervention était de 314,1 (35,4). Après l'intervention, l'écart moyen et standard était de 237, 8 (56,4). Le P était de 0,008 en utilisant un test t.</p> <div data-bbox="952 1050 1556 1340" data-label="Figure"> <table border="1"> <caption>Restraints / ICU Pt Days - Control Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Mean rate</th> <th>UCL</th> <th>LCL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Oct-12</td><td>0.28</td><td>0.38</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Nov-12</td><td>0.32</td><td>0.38</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Dec-12</td><td>0.35</td><td>0.38</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Jan-13</td><td>0.30</td><td>0.38</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Feb-13</td><td>0.35</td><td>0.38</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Mar-13</td><td>0.35</td><td>0.38</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Apr-13</td><td>0.25</td><td>0.38</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>May-13</td><td>0.25</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Jun-13</td><td>0.25</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Jul-13</td><td>0.25</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Aug-13</td><td>0.20</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Sep-13</td><td>0.25</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Oct-13</td><td>0.30</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Nov-13</td><td>0.20</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Dec-13</td><td>0.15</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Jan-14</td><td>0.18</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Feb-14</td><td>0.18</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> <tr><td>Mar-14</td><td>0.18</td><td>0.30</td><td>0.18</td></tr> </tbody> </table> </div> <p>Une différence statistiquement significative a été démontrée dans l'utilisation de moyens de contention avant et après l'intervention éducative. Le diagramme montre les limites de contrôle supérieure et inférieure de trois écarts-types (UCL et LCL) Les données ont</p>	Month	Mean rate	UCL	LCL	Oct-12	0.28	0.38	0.18	Nov-12	0.32	0.38	0.18	Dec-12	0.35	0.38	0.18	Jan-13	0.30	0.38	0.18	Feb-13	0.35	0.38	0.18	Mar-13	0.35	0.38	0.18	Apr-13	0.25	0.38	0.18	May-13	0.25	0.30	0.18	Jun-13	0.25	0.30	0.18	Jul-13	0.25	0.30	0.18	Aug-13	0.20	0.30	0.18	Sep-13	0.25	0.30	0.18	Oct-13	0.30	0.30	0.18	Nov-13	0.20	0.30	0.18	Dec-13	0.15	0.30	0.18	Jan-14	0.18	0.30	0.18	Feb-14	0.18	0.30	0.18	Mar-14	0.18	0.30	0.18
Month	Mean rate	UCL	LCL																																																																										
Oct-12	0.28	0.38	0.18																																																																										
Nov-12	0.32	0.38	0.18																																																																										
Dec-12	0.35	0.38	0.18																																																																										
Jan-13	0.30	0.38	0.18																																																																										
Feb-13	0.35	0.38	0.18																																																																										
Mar-13	0.35	0.38	0.18																																																																										
Apr-13	0.25	0.38	0.18																																																																										
May-13	0.25	0.30	0.18																																																																										
Jun-13	0.25	0.30	0.18																																																																										
Jul-13	0.25	0.30	0.18																																																																										
Aug-13	0.20	0.30	0.18																																																																										
Sep-13	0.25	0.30	0.18																																																																										
Oct-13	0.30	0.30	0.18																																																																										
Nov-13	0.20	0.30	0.18																																																																										
Dec-13	0.15	0.30	0.18																																																																										
Jan-14	0.18	0.30	0.18																																																																										
Feb-14	0.18	0.30	0.18																																																																										
Mar-14	0.18	0.30	0.18																																																																										

été répertoriées en tant que contraintes par jours-patient. Les limites ont été recalculées pour la période post-intervention. La ligne traitée noire représente le taux moyen pour chaque période. Les résultats significatifs sur la carte de contrôle comprenaient deux analyses dans après l'intervention, une de six valeurs consécutives et une parmi cinq valeurs consécutives inférieures à la moyenne pré-intervention. Il y avait 6 valeurs inférieures au LCL avant l'intervention représentant le mois d'octobre 2013, où 30% des admissions étaient des traumatismes, notamment des accidents impliquant plusieurs véhicules et des traumatismes crâniens chez des patients entre 20 et 40 ans où l'intervention a échoué et donc la contention était nécessaire.

Résultats du PRUQ

73% des questionnaires ont été retournés. Le score moyen sur l'ensemble du PRUQ était de 3,57 avec une fourchette possible (de 1 à 5). Plus la fourchette était haute, plus l'attitude des soignants à l'égard des moyens de contention était positive dans certaines circonstances. Parmi les justifications des restrictions dans l'ordre du plus élevé :

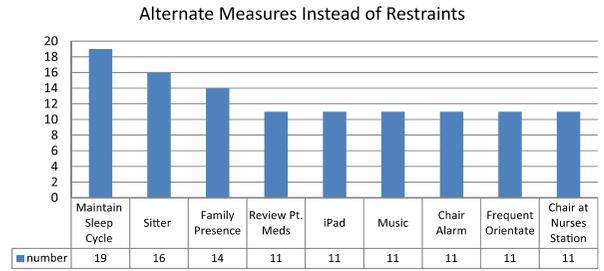
- Protéger le patient contre les chutes de lit (72,5%)
- Protéger le patient d'une chute d'une chaise (66,7%)
- Remplacer l'observation du personnel (62,7%)
- Empêcher le patient de prendre des choses aux autres personnes (55,1%)

Table 2 Reasons given for restraining patients in the TICU. The two highest ranked reasons towards restraint uses by nurses, "protecting patients from falling out of bed", 37 (72.5%) and "protecting patients from falling out of chair 34 (66.7%).

Perceptions of Restraint Use Questionnaire

PRUQ results to determine importance nurses give to reasons for restraint use	Most important	Important	Somewhat important	Not important	Not at all important
Protect pt. from falling out of bed	37 (72.5%)	9 (17.6%)	3 (5.9%)	2 (3.9%)	0%
Protect pt. from falling out of chair	34 (66.7%)	13 (25.5%)	4 (7.8%)	0%	0%
Protect pt. from unsafe ambulation	26 (51%)	10 (19.6%)	9 (17.6%)	5 (9.8%)	1 (2%)
Prevent pt. from breaking sutures	29 (56.9%)	20 (39.2%)	2 (3.9%)	0%	0%
Provide safety with impaired judgement	25 (49%)	13 (25.5%)	8 (15.7%)	3 (5.9%)	2 (3.9%)
Prevent pt. from pulling out feeding tube	22 (43.1%)	18 (35.3%)	11 (21.6%)	0%	0%
Prevent pt. from pulling out catheter	21 (41.2%)	22 (43.1%)	6 (11.8%)	2 (3.9%)	0%
Prevent pt. from pulling out IV	19 (37.3%)	18 (35.3%)	12 (23.5%)	0%	2 (3.9%)
Prevent pt. from dangerous places	19 (37.3%)	10 (19.6%)	9 (17.6%)	8 (15.7%)	5 (9.8%)
Prevent pt. from removing dressing	17 (33.3%)	17 (33.3%)	10 (19.6%)	4 (7.8%)	3 (5.9%)
Prevent pt. from wandering	12 (23.5%)	4 (7.8%)	10 (19.6%)	18 (35.3%)	7 (13.7%)
Manage agitation	9 (18%)	9 (18%)	8 (16%)	15 (30%)	9 (18%)
Prevent pt. from taking things from others	8 (16.3%)	3 (6.1%)	6 (12.2%)	5 (10.2%)	27 (55.1%)
Substitute for staff observation	6 (11.8%)	4 (7.8%)	5 (9.8%)	4 (7.8%)	32 (62.7%)
Keep confused pt. from bothering others	4 (7.8%)	6 (11.8%)	9 (17.6%)	6 (11.8%)	26 (51%)

Les infirmiers ont été invités par le PRUQ à proposer des interventions de mesures. Il y a eu 115 réponses en neuf thèmes communs. Les trois réponses les plus fréquentes sont notamment la promotion du cycle du sommeil, la présence de la famille et les soignants qui veillent sur les patients.



Graph 2 Nine most frequent measures identified by nurses that could be used instead of physical restraints.

Avant l'intervention, les infirmiers utilisaient couramment d'autres solutions pour protéger les patients, notamment les soignants et la famille qui sont au chevet du lit du malade. Pendant cette même période, l'écart moyen et l'écart type pour les restrictions par 1000 jours-patients était de 314,1 (35,4) avant l'intervention. Les interventions alternatives couramment utilisées après l'intervention comprenaient des dispositifs thérapeutiques (coupures d'activité, musique, dispositifs de distraction) et, pendant la même période, l'écart moyen et l'écart type pour l'utilisation de moyens de contention étaient de 237,8 (56,4) $p = 0,008$ avec une réduction statistiquement significative de la contention.

Discussion
Interprétation des résultats

Les interventions non pharmacologiques peuvent être utilisées pour soigner des patients offrant une alternative aux contraintes physiques. Les unités de soins intensifs du Canada, du Royaume-Uni et des États-Unis ont de plus en plus de preuves que l'utilisation de moyens de contention est un facteur de risque de délire, mais certains patients peuvent nécessiter une forme de contention (Benbenbishty et al., 2010 ; Bray et al., 2004 ; Luk et al., 2014 ; Mittal et al., 2011 ; Yevchak et al., 2012). Il existe un consensus parmi les normes internationales en matière de soins infirmiers pour assurer la sécurité des patients et protéger leurs droits (Bray et al., 2004 ; Centers for Medicare et Medicaid Services, 2008 ; Cospers et al., 2015). Réduire l'utilisation inutile des moyens de contention en mettant en avant l'éducation à l'aide de mesures de remplacement thérapeutiques et en évaluant les patients pour identifier et traiter les raisons de l'agitation sont des recommandations émises par la CMS, la TJC et le BACCN (Bray et al., 2004 ; Centers for Medicare et Medicaid Services, 2008 ; Cospers et al., 2015). Cette étude représente l'évaluation d'une intervention visant à réduire l'incidence de la contention et la perception des infirmiers à son égard.

Les résultats du sondage ont révélé que la principale préoccupation des infirmiers immatriculés était la sécurité des patients. Celle-ci a été identifiée comme la principale raison de l'utilisation de moyens de contention et une autre était la sécurité des infirmiers (Benbenbishty et coll., 2010 ; et coll., 2009 ; McCabe et coll., 2011 ; Yevchak et coll., 2012). Le risque d'extubation et le retrait des lignes de perfusion constituaient les deux principales raisons de l'utilisation de la technique de contention (Benbenbishty et al., 2010 ; Gelkopf et al., 2009 ; Yevchak et al., 2012).

Forces et limites

Limites

- La période d'intervention (octobre 2013) où l'utilisation d'approches non pharmacologiques a été mises en place n'était pas efficace
- 33% des admissions de ce mois, étaient des traumatismes, accidents de la route et traumatismes crâniens chez des patients entre 20 à 40 ans pour lesquels une intervention de contention était nécessaire.
- Un autre dispositif alternatif n'était pas efficace et des contraintes physiques étaient nécessaires pour les patients de ce groupe d'âge et porteurs de ce diagnostic.

Forces

	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention innovante à faible risque, non invasive, sans effets secondaires indésirables et pouvant être mise en œuvre au chevet du patient par les soignants.
Conséquences et recommandations	<p>Les contraintes physiques peuvent entraîner une agitation accrue, un risque de blessure et un déclin fonctionnel et cognitif chez les patients. Avec l'augmentation de la population de personnes âgées, le besoin d'hospitalisation augmentera également. Les chercheurs proposent les recommandations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eduquer les infirmiers sur les approches alternatives - Procéder à une évaluation complète du patient pour identifier et traiter les raisons de l'agitation - Mesurer les perceptions des soignants peut améliorer les résultats pour les patients. - Inclure des disponibilités de solutions de rechange aux moyens de contention <p>Néanmoins, créer un environnement sans contrainte peut être considéré comme un coût dans certains hôpitaux. Il est nécessaire d'examiner le rapport coût-efficacité de la réduction de l'utilisation de la contention aux coûts des blessures et des complications à long terme.</p>
Commentaires	[Traduction libre]

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A., & Domb, A. (2016). A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 34, 20-27. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.004				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le problème n'est pas indiqué. Concept : Réduire les contraintes à l'aide d'approche non pharmacologique. La population n'est pas explicitée.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Problème : Il n'est pas décrit Méthode : Elle est clairement expliquée. Ils ont rassemblé les incidences de délire et de contraintes avant et après l'intervention. Les données rapportant les opinions et les préférences des soignants ont été recueillies avant l'intervention. Les patients ont été évalués par les soignants à l'admission et à chaque quart de travail par l'outil d'évaluation de la confusion. La contention a été mesurée sur une période de 24 heures. La perception des infirmiers en matière de contention a été mesurée à l'aide du questionnaire sur la perception de la contention (PRUQ). Résultats : Les résultats sont bien synthétisés. Ils ont démontré une différence statistiquement significative dans l'utilisation de la contention avant et après l'intervention éducative. L'écart moyen et standard des moyens de contention par 1000 jours-patients avant l'intervention était de 314,1 (35,4), 237,8 (56,4) après l'intervention (p = 0,008). Le PRUQ moyen global, 3,57 (extrêmes 1 à 5), indique que les infirmiers ont une attitude positive à l'égard des moyens de contention dans certaines circonstances. Les principales raisons pour lesquelles des moyens de contention étaient utilisés étaient les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Protéger les patients contre les chutes de lit (37 soit 72,5%) • Protéger les patients contre les chutes », (34 soit 66,7%). Discussion : Sous forme de conclusion. Cette étude démontre qu'une intervention éducative à faible risque visant l'utilisation d'un autre dispositif peut réduire l'utilisation de dispositifs de contention.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	Le problème de recherche est évoqué mais n'est pas situé dans un contexte. Ils évoquent que l'absence d'intervention non pharmacologiques, d'éducation et d'attitude des soignants sont des

					obstacles signalés dans la mise en œuvre de solutions de rechange à l'utilisation de la contention.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Plusieurs études ont montré les raisons d'utilisation de la contention physique notamment la prévention des chutes, la prévention des actes d'automutilation et la prévention du retrait des dispositifs médicaux. Les conséquences ont aussi été démontrées par plusieurs études comme une strangulation, une atrophie musculaire, des ulcères, de l'incontinence, des contractures musculaires, des troubles cognitifs et fonctionnels, de l'agitation, une détresse psychologique et même la mort. Ils évoquent également que le délire est souvent négligé et sous-diagnostiqué chez les patients hospitalisés, 70 à 87% des cas de délirium surviennent dans des unités de soins intensifs. La contention peut donc entraîner une baisse de l'état fonctionnel et cognitif, une agitation accrue, un risque de blessures et une durée prolongée de délirium.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Il n'y pas de théorie dans cette étude. Les concepts ressortent mais ne sont pas définis : Ethique, bienfaisance, travail en équipe, apprentissage
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'intervention éducative utilisée pour réduire l'utilisation des moyens de contention chez les patients d'une unité de soins intensifs en traumatologie (TICU) et d'évaluer les perceptions des infirmiers concernant les dispositifs de contention.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Il n'est pas clairement cité mais la grandeur de l'échantillon (56 infirmiers) et la méthode de récolte de données, à partir d'échelle de mesure (CAM-ICU et PRUQ) permettent de dire que l'étude est quantitative.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			L'étude a été menée dans une TICU d'un hôpital communautaire de traumatologie de niveau 1 en Arizona. L'hôpital comprend 266 lits dont 22 lits en soins intensifs.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			77 infirmiers travaillant en traumatologie donnaient des soins directs aux patients ont été invitées à participer, dont 56 (73%) ont accepté.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Afin d'identifier le délirium, ils ont utilisé la méthode d'évaluation de la confusion (CAM-ICU). Le diagnostic de délire comprend 20 caractéristiques mais 3 ou 4 doivent être présents.

instruments de mesure				<p>Le recours à la contention a été surveillé quotidiennement et notifié tous les mois. Un événement de contention a été mesuré comme une contention appliquée dans une période de 24 heures allant de 0h à 23h59. Chaque fois qu'une contrainte était appliquée et retirée, elle était comptée comme un événement.</p> <p>Les perceptions des infirmiers quant à l'utilisation de moyens de contention ont été mesurées à l'aide du questionnaire sur les perceptions de contention (PRUQ) afin de déterminer l'importance relative que les soignants accordent à l'utilisation de moyens de contention physique, de risque de chutes et d'interférence avec les médicaments. Les informations démographiques, y compris l'âge, le sexe, le type d'unité, la durée de l'emploi dans cet établissement, l'éducation et tout enseignement spécialisé en gériatrie sont également collectées avec cet outil.</p>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X		L'évaluation de la confusion réalisée à l'admission et aux 12h, la notification quotidienne et mensuelle de la contention physique et l'évaluation de la perception des infirmiers ont permis de fournir les données nécessaires afin d'évaluer la mise en place d'une approche non pharmacologique.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X		<p>La procédure est bien expliquée.</p> <p>Pour commencer, une lettre a été distribuée aux infirmiers expliquant le but de l'intervention et les invitant à participer à l'étude. Le PRUQ avait été administré avant l'intervention car l'enquêteur cherchait à ce que l'infirmier réalise l'importance de la contention physique. Un PowerPoint des interventions non pharmacologiques et des dispositifs alternatifs avec des démonstrations ont été fournis dans le service la journée et le soir. Les interventions non pharmacologiques incluses dans le protocole PAD ont été examinées.</p>
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X		L'approbation a été fournie par la commission d'étude institutionnelle (IRB), le bureau de la protection de la recherche humaine (OHRP) et par les conseils de recherche John C. Lincoln Deer Valley et/ou North Mountain, en collaboration avec le comité d'examen de recherche exempté de réseaux (NERRC). Les questionnaires infirmiers étaient anonymes et la participation volontaire.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X		Les données du PRUQ sur les perceptions des infirmiers quant à l'usage de moyens de contention ont été codées et analysées à l'aide d'un logiciel commercial (SPSS version 16.0 ; Chicago, IL). Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques démographiques du personnel infirmier et les variables d'intérêt. Les variables discrètes ont été résumées par les fréquences et les pourcentages. Les moyennes, les écarts-types et les médianes ont été utilisés pour les variables continues. Les fréquences et le

					coefficient de corrélation produit-moment de personnes ont été utilisés pour mesurer la force de la relation entre les variables PRUQ.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Plusieurs tableaux et graphiques explicitent les résultats. Le graphique 1 montre la fréquence de l'utilisation de la contention. Le tableau 1 représente les caractéristiques des infirmiers de l'unité de soins intensifs. Le tableau 2 évoque les raisons de contention des patients en unité de traumatologie intensive.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Une étude évoque le fait qu'il est important d'assurer la sécurité des patients et protéger leurs droits. D'autres appuient le fait que la réduction de l'utilisation inutile des moyens de contention en mettant en avant l'éducation à l'aide de mesures de remplacement thérapeutiques permettent de réduire l'utilisation de la contrainte physique. L'évaluation des patients pour identifier et traiter l'agitation permet également la réduction des contraintes. La sécurité des patients a été identifiée comme la principale raison de l'utilisation de moyens de contention et une autre était la sécurité des infirmiers.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			<ul style="list-style-type: none"> • La période d'intervention (octobre 2013) où l'utilisation d'approches non pharmacologiques a été mises en place n'était pas efficace • 33% des admissions de ce mois, étaient des traumatismes, accidents de la route et traumatismes crâniens chez des patients entre 20 à 40 ans pour lesquels une intervention de contention était nécessaire. • Un autre dispositif alternatif n'était pas efficace et des contraintes physiques étaient nécessaires pour les patients de ce groupe d'âge et porteurs de ce diagnostic.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Les chercheurs ressortent les recommandations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Eduquer les infirmiers sur les approches alternatives - Procéder à une évaluation complète du patient pour identifier et traiter les raisons de l'agitation - Mesurer les perceptions des soignants peut améliorer les résultats pour les patients. - Inclure des disponibilités de solutions de rechange aux moyens de contention

					Il est également important de se rendre compte que la population âgée augmente et par conséquent, le besoin d'hospitalisation augmentera. Il faut se rendre compte qu'un environnement sans contrainte peut être considéré comme un coût pour certains hôpitaux. Il est donc nécessaire d'examiner le rapport coût-efficacité de la réduction des contraintes aux coûts des blessures et des complications à long terme.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est rapidement compréhensif. L'illustration des résultats permet une bonne compréhension de ceux-ci.
Commentaires :	[Traduction libre]				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice E

Grille de résumé et de lecture critique de Kwok, Bai, Chui, Lai, Ho, Ho & Woo

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Kwok, T., Bai, X., Chui, M. Y. P., Lai, C. K. Y., Ho, D. W. H., Ho, F. K. Y., & Woo, J. (2012). Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patients' Hospital Length of Stay. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 13(7), 645-650. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.05.019
Introduction Problème de recherche	Les contraintes physiques sont souvent utilisées pour prévenir les chutes et sécuriser les dispositifs médicaux chez les personnes âgées dans les hôpitaux. La réduction des contraintes a été préconisée car que les contraintes physiques ont des effets psychologiques négatifs et ne sont pas efficaces pour prévenir les chutes.
Recension des écrits	<p>Dans beaucoup d'établissements hospitaliers, la contention physique est fréquemment utilisée dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de maladie mentale ou de troubles de la mobilité. Les soignants utilisent la contrainte physique afin d'assurer la sécurité du patient et du personnel, de faciliter le traitement et de compenser le manque de personnel.</p> <p>Capezuti et al. (2002) évoque que l'utilisation de barrières de lit ne réduisait pas le risque de chutes et de blessures. Un groupe de chercheurs a montré que le retrait des moyens de contention n'a pas modifié les taux de chutes et de blessures. Mohr et ses collaborateurs (2008) ont constaté que les patients qui avaient été immobilisés physiquement étaient plus à risque de faire des cauchemars et cela jusqu'à cinq ans plus tard.</p> <p>La moitié des patients interrogés en psychiatrie exprimaient un sentiment de manque de préoccupation et d'empathie à la suite de l'utilisation de moyens de contrainte physique, et plus d'un tiers des participants se trouvaient impuissants, isolés et incertains.</p> <p>De nombreux efforts de recherche ont été établis pour trouver des moyens afin de réduire efficacement la contention physique. Dans diverses études, la formation du personnel afin de changer l'attitude du personnel, la modification de l'environnement et des politiques ont été recommandées. Evans et al. (2003) ont suggéré que l'intégration de l'éducation et de la consultation d'experts pourrait minimiser en toute sécurité l'utilisation de la contention. Les preuves montrent que ces méthodes ont changé les attitudes du personnel et amélioré les performances cognitives des patients sans pour autant augmenter les taux des chutes ou de comportements désorganisés.</p> <p>Au Japon, le recours à la contention physique est très courant dans les soins destinés aux personnes âgées principalement en lien avec l'épuisement émotionnel mais négativement au support émotionnel des collègues. Afin de réduire la mise en place de contraintes, des mesures telles que la promotion du sentiment de soutien social par le personnel soignant et la mise en œuvre de politiques institutionnelles pertinentes ont été mise en place.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Hypothèses/question de recherche/buts	L'étude vise à comparer la durée moyenne du séjour des patients âgés dans un service de convalescence avant et après un programme de réduction de la contention.
Méthodes Devis de recherche	Etude rétrospective et quantitative.

Population, échantillon et contexte	<p>Pour réaliser cette étude, les chercheurs se sont basés sur un hôpital public de convalescence doté de 521 lits. Le département de médecine et de gériatrie comportait 277 lits sur 10 services et fournit des soins en réadaptation gériatrique. Tous les services médicaux de l'hôpital de convalescence étaient supervisés par des gériatres qualifiés et la durée moyenne de séjour des patients était de 14 jours environ.</p> <p>Sur environ 5000 patients admis dans l'hôpital chaque année, 1000 personnes ont été sélectionnées au hasard en 2007 et 2009. Ceux qui ont été transférés dans d'autres hôpitaux ont été exclus.</p> <p>Sur les 1000 patients sélectionnés au hasard, 958 dossiers étaient disponibles en 2007 contre 988 en 2009. L'âge moyen était de 79,4 ans, 29,2% venaient d'EMS et 12% étaient alimentés par sonde</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les dossiers médicaux des patients sélectionnés ont été extraits dans le but d'évaluer le schéma de réduction de la contention mis en place en 2008.</p> <p>Trois assistants de recherche, non liés à l'hôpital, ont recueilli les données à partir des dossiers.</p> <p>Les physiothérapeutes ont documenté la mobilité à l'aide des catégories ambulatoires fonctionnelles modifiées (MFAC) à l'entrée du patient et à sa sortie. La MFAC a comme une classification la catégorie 1, la plus basse, c'est-à-dire, les personnes alitées et la catégorie 7, la plus haute, c'est-à-dire, les personnes indépendantes à l'extérieur.</p> <p>Les ergothérapeutes ont évalué l'aptitude à l'activité de la vie quotidienne à l'aide l'indice de Barthel modifié (MBI) à l'admission et à la sortie du patient. Cet indice comprend des évaluations sur 10 domaines tels que l'hygiène personnel, le bain, l'habillage, l'alimentation, l'utilisation des toilettes, la continence fécale et urinaire, la montée d'escaliers, la déambulation, le transfert lit/chaise. Le score de 100 indique une dépendance totale.</p> <p>L'état de santé général des patients a été évalué par l'échelle Norton qui comprend 5 sous échelles : état physique, état mental, activité, mobilité et l'incontinence. Chaque échelle a une note de 1 à 4, 1 correspond à l'état de santé le plus médiocre et 4 représente le meilleur. En résumant le score de chaque échelle, on obtient un score maximum de 20. Un patient est classé à risques s'il obtient un score de 14 ou moins.</p> <p>La fonction cognitive des patients a été évaluée par un score test mental abrégé (AMT). Le score maximum est de 10. Les sujets étaient considérés comme ayant une déficience cognitive s'ils avaient un score inférieur à 6 dans l'AMT ou un score inférieur à 2 dans l'échelle de Norton, ou encore s'ils avaient un diagnostic de démence.</p> <p>Dans cette étude, les attaches-mains et pieds, le drap Zewi, la ceinture abdominale, la ceinture de sécurité, la table pour chaise roulante et les barrières de lit sont considérés comme des moyens de contention physique. L'initiation de la contention devait être autorisée par un médecin.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Le programme était dirigé par l'infirmier responsable du département et soutenu par les gériatres et l'hôpital. La haute direction et le directeur général ont également fourni des ressources supplémentaires sous forme de lits électriquement bas, de capteurs de pression et de rails de lit raccourcis, ce qui a facilité le transfert. Le poste de soins infirmiers a été déplacé de l'entrée au centre de la salle pour améliorer la surveillance des patients.</p> <p>Un élément central du programme était la participation des infirmiers à la planification de l'action au lieu d'une simple approche descendante et directive de la part de la direction de l'hôpital. Ce qui a permis de réduire certaines inquiétudes et difficultés perçues des infirmiers. Un petit groupe d'infirmières et infirmiers supérieurs du département ont assuré la formation et le soutien continu.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche clinique du du groupe universitaire New Territories East de l'Université chinoise de Hong Kong.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les analyses de données ont été réalisées avec SPSS version 15. Les caractéristiques des patients entre 2007 et 2009 ont été comparées. Pour évaluer le programme de réduction de la contention mis en place en 2008, ils ont comparé le recours à la contention physique à la durée de séjour et au placement dans une nouvelle maison de retraite. Des comparaisons de groupe ont été effectuées par</p>

des tests indépendants t ou Mann-Whitney U et des tests du khi-deux pour les données continues et catégoriques. Une analyse de sous-groupe de patients présentant une altération cognitive et une normalité cognitive a été réalisée

Présentation des résultats

Les scores moyens dans MFAC, Norton et MBI étaient de 3.6, 15 et 52.6. Des caractéristiques initiales ont été observées chez les patients admis en 2009. Les tests t et khi-deux ont montré qu'il n'y avait généralement pas de différence significative entre les patients de 2007 et 2009 concernant l'état de santé général et démographique.

Un total de 836 patients (43%) a été classé comme ayant des troubles cognitifs. Les proportions de patients souffrant de troubles cognitifs en 2007 et 2009 étaient similaires. Les femmes étaient plus sujettes à souffrir de troubles cognitifs, à résider en EMS et à être alimentées par sonde. Elles étaient également plus âgées et obtenaient des scores plus bas sur l'échelle Norton, MFAC et MBI.

Table 1

Characteristics of Patients by 2007/2009

Characteristics	Overall (Total = 1946)			Cognitively Impaired Patients			Cognitively Normal Patients		
	2007 (Total = 958)	2009 (Total = 988)	P value	2007 (Total = 413)	2009 (Total = 423)	P value	2007 (Total = 545)	2009 (Total = 565)	P value
	# (% within year) / M (SD)			# (% within year) / M (SD)			# (% within year) / M (SD)		
Baseline characteristics									
Age	79.40 (10.05)	79.58 (10.81)	.71	82.94 (9.01)	84.24 (8.87)	.04	76.72 (9.98)	76.09 (10.82)	.31
Male	469 (49.0%)	492 (49.8%)	.71	144 (34.9%)	154 (36.4%)	.64	325 (59.6%)	338 (59.8%)	.95
Old age home resident	280 (29.2%)	301 (30.5%)	.55	192 (46.5%)	208 (49.2%)	.44	88 (16.1%)	93 (16.5%)	.89
Tube feeding	115 (12.0%) (N = 955)	114 (11.5%) (N = 977)	.80	97 (23.5%) (N = 411)	102 (24.1%) (N = 419)	.80	18 (3.3%) (N = 544)	12 (2.2%) (N = 558)	.24
MFAC (max. 7)	3.62 (1.78) (N = 934)	3.61 (3.85) (N = 971)	.95	2.57 (1.51) (N = 402)	2.47 (1.40) (N = 414)	.30	4.41 (1.54) (N = 532)	4.46 (4.77) (N = 557)	.81
MBI (max. 100)	52.59 (32.90) (N = 798)	52.43 (31.79) (N = 824)	.92	30.87 (29.15) (N = 334)	31.72 (29.42) (N = 330)	.71	68.23 (25.82) (N = 464)	66.27 (25.10) (N = 494)	.23
Norton Score (max. 20)	14.99 (3.52) (N = 949)	14.94 (3.63) (N = 983)	.77	12.49 (3.36) (N = 411)	12.21 (3.53) (N = 422)	.24	16.89 (2.21) (N = 538)	16.99 (1.96) (N = 561)	.43

#, corresponding number of patients in subgroup; M, mean value; MBI, modified Barthel Index; MFAC, Modified Functional Ambulatory Categories; N, total number of valid patients.

En 2007, le taux global de recours à la contrainte physique était de 13,3%. Les poignées, le gilet de sécurité et les barrières de lit bilatérales étaient les formes de contention les plus courantes. Les principales causes de mise en place de contraintes physiques étaient les troubles cognitifs, le score inférieur de l'échelle Norton et le sexe masculin mais la déficience cognitive était le facteur le plus présent. En 2009, un an après la mise en œuvre du schéma de réduction des contraintes, le taux de contention physique a diminué à 4,1%. La diminution a été significative chez les patients ayant des troubles cognitifs (de 24,5% en 2007 à 9% en 2009) et chez les patients n'ayant pas de troubles cognitifs (de 4,8% en 2007 à 0,5% en 2009). Tous les types de contention, à l'exception des supports pour les pieds, ont été réduits de manière très significative, mais chez 5% des patients présentant des troubles cognitifs les supports pour les mains étaient toujours appliqués en 2009.

Table 2
Comparison of Use of Physical Restraints in 2007 and 2009

Characteristics	All (Total = 1946)			Cognitively Impaired			Cognitively Normal		
	2007 (Total = 958)	2009 (Total = 988)	P value	2007 (Total = 413)	2009 (Total = 423)	P value	2007 (Total = 545)	2009 (Total = 565)	P value
	# (% within year) / # (prevalence)			# (% within year) / # (prevalence)			# (% within year) / # (prevalence)		
Physical Restraint Use									
Use of physical restraint									
Yes	127 (13.3%)	41 (4.1%)	<.0001	101 (24.5%)	38 (9.0%)	<.0001	26 (4.8%)	3 (0.5%)	<.0001
No	831 (86.7%) (N = 958)	947 (95.9%) (N = 988)		312 (75.5%) (N = 413)	385 (91.0%) (N = 423)		519 (95.2%) (N = 545)	562 (99.5%) (N = 565)	
Types of restrainer									
Hand holder	65 (6.8%)	21 (2.1%)	<.0001	48 (11.6)	20 (4.7%)	.0003	17 (3.1%)	1 (0.2%)	.0001
Safety vest	48 (5.0%)	8 (0.8%)	<.0001	41 (9.9%)	8 (1.9%)	<.0001	7 (1.3%)	0 (0%)	.007
Bedrails	38 (4.0%)	0 (0%)	<.0001	31 (7.5%)	0 (0%)	<.0001	26 (4.8%)	3 (0.5%)	<.0001
Abdominal belt	32 (3.3%)	15 (1.5%)	.009	26 (6.3%)	13 (3.1%)	.03	6 (1.1%)	2 (0.4%)	.14
Table top	18 (1.9%)	1 (0.1%)	<.0001	13 (3.1%)	1 (0.2%)	.001	5 (0.9%)	0 (0%)	.02
Seat belt	7 (0.7%)	0 (0%)	.007	4 (1.0%)	0 (0%)	.04	3 (0.6%)	0 (0%)	.08
Foot holder	1 (0.1%)	1 (0.1%)	.98	0 (0%)	1 (0.2%)	.32	1 (0.2%)	0 (0%)	.31
More than one	53 (5.5%)	5 (0.5%)	<.0001	42 (10.2%)	5 (1.2%)	<.0001	11 (2.0%)	0 (0%)	.0007

#, corresponding number of patients in subgroup; N, total number of valid patients.

En 2007, la durée de séjour moyenne des patients était de 19,5 jours. En 2009, la durée moyenne de séjour était de 16,8 jours. Comme prévu, les patients présentant une déficience cognitive présentaient une durée de séjour plus longue que les patients cognitivement normaux. Parmi les patients ayant des troubles cognitifs, la durée de séjour est passée de 23 jours en 2007 à 17,8 jours en 2009. Néanmoins, la durée de séjour des patients n'ayant pas de troubles cognitifs n'a pas significativement diminué, elle est passée de 16,8 jours en 2007 à 16 jours en 2009.

Chez les patients atteints de troubles cognitifs et normaux, le taux de chutes et de décès n'a pas changé entre 2007 et 2009. Les scores MFAC et MBI à la sortie ont été plus positifs en 2009 qu'en 2007. L'amélioration a toutefois été limitée aux patients cognitivement normaux. Les patients pour lesquels il manquait des données sur le MFAC ou le MBI à la sortie étaient plus susceptibles de résider dans une maison de retraite et d'être alimentés par sonde à l'admission. Les patients pour lesquels les données MBI étaient manquantes étaient également significativement plus âgés et présentaient un score de Norton inférieur à l'admission.

Table 3
Comparison of Clinical Outcomes On Discharge in 2007 and 2009

Characteristics	Overall (Total = 1946)			Cognitively Impaired Patients			Cognitively Normal Patients		
	2007 (Total = 958)	2009 (Total = 988)	P value	2007 (Total = 413)	2009 (Total = 423)	P value	2007 (Total = 545)	2009 (Total = 565)	P value
	# (% within year) / M (IQR)			# (% within year) / M (IQR)			# (% within year) / M (IQR)		
Length of hospital stay, days	15 (10–23) (N = 958)	13 (8–21) (N = 988)	<.001	17 (11–27) (N = 413)	14 (9–22) (N = 423)	<.001	14 (9–20) (N = 545)	13 (8–20) (N = 565)	.21
Fall incident	9 (0.9%) (N = 958)	10 (1%) (N = 988)	.87	4 (1%) (N = 413)	2 (0.5%) (N = 423)	.40	5 (0.9%) (N = 545)	8 (1.4%) (N = 565)	.44
Mortality	71 (7.4%) (N = 958)	75 (7.6%) (N = 988)	.88	51 (12.3%) (N = 413)	56 (13.2%) (N = 423)	.70	20 (3.7%) (N = 545)	19 (3.4%) (N = 565)	.78
Change in MFAC	0.00 (0.00–1.00) (N = 740)	0.00 (0.00–1.00) (N = 683)	.02	0.00 (0.00–1.00) (N = 323)	0.00 (0.00–1.00) (N = 288)	.37	1.00 (0.00–1.00) (N = 417)	1.00 (0.00–1.00) (N = 395)	.02
Change in MBI	5.00 (0.00–13.00) (N = 605)	6.00 (0.00–17.00) (N = 562)	.01	3.00 (0.00–13.00) (N = 247)	3.00 (0.00–10.00) (N = 219)	.50	6.00 (0.00–13.25) (N = 358)	9.00 (2.00–19.00) (N = 343)	<.001

#, corresponding number of patients in subgroup; IQR, interquartile range (lower to upper); M, mean value; MBI, modified Barthel Index; MFAC, Modified Functional Ambulatory Categories; N, total number of valid patients.

Discussion
Interprétation des résultats

L'étude a confirmé que le programme de réduction de la contention permettait de réduire efficacement la contention physique. Les contraintes physiques étaient clairement beaucoup plus fréquemment appliquées aux patients atteints de troubles cognitifs dans nos services hospitaliers. Ceci est cohérent avec des études menées ailleurs. La réduction plus significative de la durée de séjour (DS) chez les patients présentant une déficience cognitive en 2009, par rapport aux patients présentant une cognition normale, suggère que la DS raccourcie est imputable à la réduction des contraintes physiques, plutôt qu'à une amélioration générale de la qualité du traitement. Les facteurs liés au patient, tels que l'âge, le sexe, le diagnostic, l'état de santé et la fonction cognitive, sont des déterminants importants de la DS. Il n'y a eu aucun changement politique majeur dans le transfert de patients entre les hôpitaux de soins de courte durée et de convalescence pendant cette période. Il est donc évident que les caractéristiques des patients en 2007 et 2009 étaient très similaires. Il est important de déterminer comment la réduction des contraintes physiques a conduit à une durée de séjour plus courte. Il a été démontré que les contraintes physiques conduisaient au délire, à des comportements agités, à des cauchemars et à des sentiments d'impuissance. Ces résultats psychologiques négatifs peuvent entraver la progression du traitement et donc prolonger la DS. Malheureusement, les chercheurs n'avaient pas de données longitudinales sur la fonction cognitive, le délire ou l'humeur pour soutenir l'idée que la réduction de la contention peut prévenir ou réduire la durée du délire associée à de mauvais résultats cliniques. Dans la limite des données disponibles, il était intéressant d'observer qu'il y avait eu des améliorations significatives dans les modifications de la mobilité et des AVQ en 2009 chez les patients cognitivement normaux, mais pas chez les patients ayant une déficience cognitive. L'amélioration apparente de la mobilité et du gain des AVQ n'étaient probablement pas directement imputable à la réduction des contraintes physiques, car seule une minorité des personnes normalement cognitives étaient restreintes même avant le programme de réduction des contraintes. Cependant, il est possible que l'amélioration générale de la qualité des soins infirmiers associée au programme de réduction de la contrainte physique ait facilité la réadaptation. Bien que les données disponibles ne suggèrent pas une amélioration de la mobilité et des AVQ avec réduction des contraintes physiques chez les déficients cognitifs, il est toujours possible que les patients atteints de déficiences cognitives les plus handicapés retrouvent plus rapidement leur mobilité pré morbide et leurs AVQ avec une réduction des contraintes, ce qui explique la DS plus courte.

	<p>Une des principales raisons de la contrainte physique est le risque de chutes. Une grande partie des interventions de ce programme de réduction des contraintes ont été axées sur la prévention des chutes par d'autres moyens. Conformément à d'autres études prospectives, les chercheurs n'ont pas observé de changement significatif dans l'incidence des chutes.</p> <p>Malheureusement, ceux qui nécessitaient une alimentation par sonde risquaient beaucoup plus de souffrir de troubles cognitifs. Il est difficile de maintenir l'alimentation par sonde chez des patients souffrant de troubles cognitifs sans contrainte physique.</p> <p>Des études antérieures sur la pratique du personnel infirmier ont montré que la fréquence d'utilisation des moyens de contention était associée à la connaissance et à l'expérience de ces derniers et à leurs attitudes. Familles et l'amélioration de l'humeur des patients, le personnel infirmier a progressivement accepté le stress de ne pas avoir recours à la contrainte physique et a adopté le concept de réduction de la contrainte.</p>
Forces et limites	<p>Forces</p> <p>Les forces de cette étude sont la conception quasi expérimentale et la mise en œuvre réussie de la réduction de la contrainte physique dans un environnement où celle-ci était prédominante.</p> <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • La documentation des contraintes physiques dépendait du personnel infirmier et n'était pas effectuée par des observateurs indépendants. Cela signifie que la définition de la contention physique n'était pas la même pour tous. Par exemple, certaines personnes n'ont peut-être pas considéré les barrières de lit comme une contention. • Le manque d'informations sur l'utilisation de mitaines signifiait qu'il n'était pas possible d'évaluer complètement les changements possibles chez les patients nourris par sonde alimentaire. • Les données incomplètes sur la mobilité et les AVQ ainsi que l'absence de données longitudinales sur la fonction cognitive et l'humeur ne permettaient pas d'examiner adéquatement les avantages cliniques potentiels de la réduction de la contention. • Les chercheurs ne peuvent pas déduire de relation de cause à effet entre la réduction des moyens de contention physique et la durée de séjour.
Conséquences et recommandations	<p>Il y a une possible amélioration générale de la qualité des soins infirmiers associée au programme de réduction de la contrainte physique ce qui a facilité la réadaptation. Il est également possible que les patients atteints de déficiences cognitives retrouvent rapidement leur mobilité et leurs habiletés aux AVQ ce qui explique la durée de séjour plus courte.</p> <p>Recommandations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour réduire toute contrainte des mains, nous devons éviter d'utiliser une sonde ou un cathéter urinaire en particulier chez les patients atteints de démence. Les interventions suivantes permettent de limiter l'utilisation de cathéter urinaire. <ul style="list-style-type: none"> - Un accompagnement fréquent aux toilettes - Un bon contrôle de l'élimination des selles - Une bonne réflexion quant à l'utilisation d'un cathéter urinaire. <p>Finucane TE et Bynum JP (1996) ; Gillick Mr (2000) ; Kwok T, Twinn S. et Yan E. (2007) évoquent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'administration par sonde chez les patients atteints de dysphagie ont montré une mortalité plus élevée que faible. <ul style="list-style-type: none"> - L'alimentation manuelle prudente doit être poursuivie autant que possible - Si l'alimentation entérale est jugée nécessaire, il est recommandé d'utiliser une SNG à passage fin ou une PEG.

Commentaires	Les chercheurs suggèrent que l'évaluation future des programmes de restrictions physiques s'intéresse davantage au délire, aux symptômes neuropsychiatriques et aux complications médicales (comme pneumonie ou rétention urinaire) chez les patients présentant des troubles cognitifs. [Traduction libre]
--------------	--

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Kwok, T., Bai, X., Chui, M. Y. P., Lai, C. K. Y., Ho, D. W. H., Ho, F. K. Y., & Woo, J. (2012). Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patients' Hospital Length of Stay. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 13(7), 645-650. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.05.019				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le problème n'est pas explicité. Concept : Réduction des contraintes via un programme La population n'est pas clairement précisée, il est seulement mentionné que cela concerne des personnes âgées en milieu hospitalier.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Problème : Il est bien décrit pourquoi ils ont mis en place un tel programme. Les contraintes physiques sont souvent utilisées pour prévenir les chutes et sécuriser les dispositifs médicaux chez les personnes âgées dans les hôpitaux. Il a été démontré que les moyens de contention physique ont des effets psychologiques négatifs et ne sont pas efficaces pour prévenir les chutes. L'objectif de cette étude visait à comparer la durée moyenne de séjour des patients avant et après un programme de réduction de la contention. Méthode : Le déroulement de la méthode est clairement expliqué. Ils ont comparé l'utilisation de la contrainte physique, la durée de séjour et les résultats cliniques (catégories ambulatoires fonctionnelles et indice de Barthel) de patients sélectionnés au hasard au cours de l'année précédant et suivant la mise en œuvre d'un programme de réduction de contention. Une analyse de sous-groupe a été réalisée sur les personnes présentant une confusion définie par un diagnostic de démence, un score de test mental abrégé ou un domaine mental anormal du score de Norton. Résultats : Les résultats sont bien synthétisés. Un total de 958 et 988 patients admis dans 10 services de médecines en 2007 et 2009 ont été examinés. Avec la mise en œuvre du schéma réduction de la contention, le taux d'utilisation a diminué, passant de 13,3% en 2007 à 4,1% en 2009 pour tous les patients. La durée de séjour moyenne des patients était significativement inférieure l'année suivant la mise en œuvre du programme. Lors de l'analyse des sous-groupes, la réduction de la durée de séjour était significative chez les patients présentant une altération cognitive mais pas chez les patients présentant une cognition normale. Il n'y avait pas de différence entre les deux années concernant l'incidence des chutes, la mobilité et les activités de la vie quotidienne.

					Discussion : Sous forme de conclusion. La réduction de la contrainte physique était associée à une réduction de la durée moyenne de séjour en particulier chez les patients présentant des troubles cognitifs. Il n'y pas de discussion sur les futures études à faire.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est bien expliqué. Il évoque le fait que la contention physique est fréquemment utilisée dans la prise en charge des patients souffrant de troubles cognitifs. Les soignants utilisent ce moyen afin d'assurer la sécurité du patient et du personnel, de faciliter le traitement et de compenser le manque de personnel. Contexte : Hôpital de convalescence, service de médecine
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Plusieurs études ont montré que l'utilisation des barrières de lit ne diminuait pas les chutes, de plus, le patient était plus à risque de faire des cauchemars.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Il n'y pas de théorie dans cette étude. Les concepts ressortent mais ils ne sont pas définis : Bientraitance, éthique des soins
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			But : comparer la durée moyenne du séjour des patients âgées dans un service de convalescence avant et après un programme de réduction de la contention.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	La grandeur de l'échantillon (958 patients en 2007 et 988 patients en 2009) et la méthode de récolte de données, à partir d'échelle de mesure (MFAC, MBI, AMT) permettent de dire que l'étude est quantitative. L'étude est une étude rétrospective.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Le tableau 1 détaille les caractéristiques des patients.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Il y a une explication détaillée sur le nombre de patients initiaux et les causes de la diminution. Il y a un paragraphe dans les résultats sur les caractéristiques des patients (sexe, âge moyen, patients ayant des troubles cognitifs)
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			La collecte des données s'est faite essentiellement à l'aide des dossiers médicaux. Chaque intervenant a utilisé une échelle pour récolter les données : Les physiothérapeutes ont utilisé la mobilité à l'aide des catégories ambulatoires fonctionnelles modifiées (MFAC), les ergothérapeutes ont évalué l'aptitude à l'activité quotidienne à l'aide de l'indice de Barthel modifié (MBI). L'état de santé général des patients a été évalué à l'aide de l'échelle de Norton et la fonction cognitive par un test mental abrégé (AMT)

	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les réponses à ces tests réalisés à l'entrée et à la sortie du patient ont permis de fournir les données nécessaires pour comparer la prise en charge du patient avec et sans moyens de contentions physiques.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Le déroulement de l'étude est expliqué mais il manque de précision. Ils ont dit qu'ils ont comparé les patients en 2007 et en 2009. Ensuite, ils ont comparé le recours à la contention physique à la durée de séjour et au placement dans une maison de retraite. Ils ont effectué des comparaisons de groupe par des tests indépendants. Une analyse de sous-groupe de patients présentant des troubles cognitifs.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche clinique du groupe universitaire New Territories East de l'Université chinoise de Hong Kong.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Ils ont utilisé un logiciel commercial (SPSS version 16.0 ; Chicago, IL) pour analyser les données du PRUQ. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques de la population. Les variables discrètes ont été résumées par les fréquences et les pourcentages. Les moyennes, les écarts types et les médianes ont été utilisés pour les variables continues. Les fréquences et le coefficient de corrélation produit-moment de personnes ont été utilisés pour mesurer la force de la relation entre les variables du PRUQ.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de tableaux. Le premier tableau compare les caractéristiques des patients. Le deuxième tableau compare l'utilisation de la contention physique en 2007 et 2009. Le troisième tableau compare les résultats cliniques à la sortie du patient.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Ils se basent sur plusieurs études afin de comparer leurs résultats.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Plusieurs limites sont évoquées tels que le manque d'information sur l'utilisation des mitaines, le manque de définition commune de la contention physique. Les données concernant les AVQ et la mobilité étaient incomplètes, les données sur la fonction cognitive et l'humeur étaient absentes. Les chercheurs n'ont pas réussi à faire de lien entre la réduction des contraintes physiques et la durée de séjour.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils ont remarqué que le personnel soignant a accepté le stress de la non-utilisation des moyens de contention. Ils évoquent également la

					possibilité que les patients ayant des troubles cognitifs retrouvent plus rapidement leur mobilité, ont une meilleure habilité des AVQ.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils suggèrent que les futures études s'intéressent concernant la contention physique s'intéressent davantage au délire, aux symptômes neuropsychiatriques et aux complications médicales comme la pneumonie ou rétention urinaire) chez les patients atteints de troubles cognitifs.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est rapidement compréhensif. L'illustration des résultats permet une bonne compréhension de ceux-ci.
Commentaires :	Article intéressant dans son ensemble. [Traduction libre]				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice F

Grille de résumé et de lecture critique de Suliman, Aloush & Al-Awamreh

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Suliman, M., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint: Physical restraint in Jordan. <i>Nursing in Critical Care</i> , 22(5), 264-269. https://doi.org/10.1111/nicc.12303
Introduction Problème de recherche	L'examen de la littérature révèle que peu de recherches ont été menées sur l'utilisation de la contrainte physique en Jordanie, en particulier dans les unités de soins intensifs où le pourcentage d'utilisation de la contrainte est élevé.
Recension des écrits	<p>Les patients des unités de soins intensifs (USI) sont admis avec des conditions médicales graves et sont sous l'effet de divers types de sédation qui peuvent les rendre délirants et agités (Langley et al., 2011). Ils sont reliés à des équipements comportant de nombreuses tubulures, ce qui les rend sujets à l'auto-extraction accidentelle des dispositifs médicaux (Nirmalan et al., 2004). Ainsi, les infirmiers ont parfois recours à la contention physique pour protéger ces patients de l'interruption de leur traitement (Cohen et coll., 2002). La contention physique est pratiquée régulièrement dans de nombreuses unités de soins intensifs dans le monde, de 3,4 % à 21 % pendant 2,7 à 4,5 jours (Evans et al., 2003).</p> <p>La contention physique est définie comme toute action, méthode ou procédure qui empêche le patient de se déplacer librement ou limite l'accès à son propre corps (Bleijlevens et al., 2016). Elle aide les infirmiers à contrôler les mouvements inattendus des patients, à les garder en sécurité. Cependant, du point de vue des patients ou des familles, la contention physique pourrait être considérée comme une forme d'agression ou même de séquestration. La contention physique ne devrait être utilisée que si d'autres méthodes ont échoué, et ensuite avec prudence et comme dernière option. Les infirmiers devraient avoir de bonnes connaissances et suivre des pratiques sécuritaires pour prévenir les effets indésirables liés à la contention physique (Martin et Mathisen, 2005). La documentation indique que la contention physique est associée à de nombreux événements physiques indésirables directs, comme la lacération de la peau, la perte musculaire, les lésions nerveuses et la destruction des os.</p> <p>La revue de littérature révèle peu de recherches sur l'utilisation jordanienne des contentions physiques, en particulier dans les unités où le pourcentage d'utilisation de contentions est élevé, comme les USI. Les effets indésirables indirects comprenant l'asphyxie ou même la mortalité (Evans et al., 2003). La contention physique peut aussi être associée à un certain nombre de problèmes psychologiques, comme la colère, la dépression et l'isolement social (Bray et coll., 2004). Pour prévenir l'une ou l'autre de ces complications, les infirmiers ne devraient recourir à la contention physique qu'en dernier recours, après l'échec d'autres solutions de rechange, conformément à la norme de soins prescrite. L'American College of Critical Care Medicine Task Force a recommandé des lignes directrices de pratique clinique pour maintenir la sécurité physique et psychologique des patients en soins intensifs (Maccioli et al., 2003). Par exemple, la contention physique devrait être l'option la moins restrictive. Les solutions de rechange à la contention physique devraient être privilégiées, la dignité et le confort du patient devraient être considérés. La contention ne devrait pas être appliquée comme pratique courante, l'ordonnance de contention physique devrait être renouvelée toutes les 24 heures. Les sites utilisant la contention physique devraient être évalués toutes les 4 heures. Le patient ou la famille devraient être informés de la contention physique et les raisons pour lesquelles on a recours à celle-ci devrait être documentées (Maccioli et al., 2003).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun

Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Cette étude vise à examiner les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contention physique dans les unités de soins intensifs jordaniennes. Les résultats seront une première dans le traitement de la question dans les unités de soins intensifs en Jordanie. Ils aideront les décideurs, les administrateurs d'hôpitaux et les infirmiers à prendre des décisions concernant l'utilisation de la contention physique, en Jordanie et dans d'autres pays. Les questions de recherche sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est l'étendue des connaissances, de l'attitude et de la pratique des infirmiers en soins intensifs en Jordanie ? - Quelles sont les différences dans les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers qui ont reçu une formation antérieure en matière de contention physique et de ceux qui ne l'ont pas reçue ?
Méthodes Devis de recherche	L'étude a utilisé un plan descriptif et transversal. C'est une étude quantitative.
Population, échantillon et contexte	<p>Elle s'est déroulée dans 12 unités de soins intensifs (4 unités médicales, 4 unités chirurgicales, 2 unités coronariennes et 2 unités intermédiaires) dans trois hôpitaux publics jordaniens (un dans le nord, un dans le centre et un dans l'est du pays) et un hôpital universitaire affilié. Un échantillon de commodité d'environ 400 infirmiers travaillant dans les unités de soins intensifs a été sélectionné.</p> <p>Au total, 300 questionnaires complets ont été retournés sur 400 distribués (taux de réponse de 75 %). Près des deux tiers des infirmiers provenaient d'hôpitaux publics (n=197 ; 65,7 %). Les infirmiers étaient relativement jeunes (moyenne = 30,5 ans ; écart-type = 5,5), titulaires d'un baccalauréat (n = 241 ; 80,3 %) et presque également répartis entre hommes (n = 153 ; 51 %) et femmes. Les caractéristiques de l'échantillon de notre étude sont semblables à celles de la population en Jordanie. Près des deux tiers des participants ont déclaré qu'ils n'avaient jamais reçu de formation antérieure en contention physique (n=193 ; 64,3 %) (voir tableau 1).</p>

Table 1 Nurses' characteristics

Variables	Number	%
Hospitals		
Public hosp. 1	83	27.7
Public hosp. 2	77	25.7
Public hosp. 3	37	12.3
University-affiliated hosp.	103	34.3
Units		
Medical ICU	102	34
Surgical ICU	97	32.3
Coronary ICU	51	17
Intermediate ICU	50	16.7
Age		
20–30 years	179	59.7
30–40 years	105	35
>40 years	16	5.3
Gender		
Male	153	51
Female	147	49
Education		
Diploma	35	11.7
Bachelor	241	80.3
Master	24	8
Experience		
1–5 years	171	57
5–10 years	102	34
>10 years	27	9
Previous education on Physical Restraint		
No	193	64.3
Yes	107	35.7

Hosp., hospital; ICU, intensive care unit.

Méthode de collecte des données et instruments de mesure

L'instrument utilisé dans cette étude comportait deux parties. La première demandait des renseignements démographiques sur les infirmiers : type d'unité de soins intensifs, âge de l'infirmier, sexe, scolarité, expérience en soins infirmiers et formation antérieure sur les contraintes physiques. La deuxième partie était le questionnaire sur la contrainte physique (PRQ) (Janelli et al., 1991). Ce document a été élaboré à partir d'une analyse documentaire approfondie visant à mesurer les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en gériatrie en lien avec la contention physique aux États-Unis. Plus tard, l'auteur a adapté le questionnaire à d'autres contextes de soins actifs (Janelli et coll., 1994).

La section sur les connaissances comprenait 15 énoncés, auxquels il fallait répondre en choisissant d'accord ou en désaccord. La section sur les attitudes comportait 11 énoncés reflétant l'opinion des infirmiers sur le recours à la contention physique, avec trois

	<p>options de réponse (d'accord, en désaccord et sans opinion). La section pratique comportait 14 énoncés avec trois options de réponse (toujours, parfois et jamais). Le questionnaire a été traduit en arabe pour le rendre plus compréhensible aux infirmiers jordaniens et révisé par cinq experts en soins actifs. Le questionnaire original a été utilisé et sa fiabilité et sa validité ont été testées par différents auteurs dans différents pays (Stinson, 2016). Les alphas de Cronbach pour les sections connaissances, attitude et pratique étaient respectivement de 0,75, 0,79 et 0,77 (Azab et Abu Negm, 2013). L'indice de validité du contenu du questionnaire original était de 86 % (Janelli et coll., 2006).</p> <p>La note de la section des connaissances a été calculée comme suit : les bonnes réponses ont reçu la note 1 et les réponses incorrectes ou indéterminées la note 0. Ainsi, la note possible pour chaque participant variait de 0 à 15. Le score d'attitude a été calculé en donnant 3 à " d'accord ", 2 à " pas d'opinion " et 1 à " en désaccord ", les scores possibles allant de 11 à 33. Pour la section pratique, tous les énoncés ont été rédigés de façon positive, à l'exception de l'article n° 10. Le système de notation était le suivant : La note " toujours " était de 3, " parfois " de 2 et " jamais " de 1, et l'item n° 10 a reçu une note inversée. La fourchette possible pour la pratique était de 14 à 42 ans (voir le tableau 2).</p>
Déroulement de l'étude	Trois collecteurs de données formés ont été chargés de recueillir des données auprès des infirmiers. Des questionnaires ont été distribués aux participants. Le but, les objectifs et le contenu de l'étude ont été décrits dans une fiche d'information sur la recherche.
Considérations éthiques	L'approbation éthique de cette étude a été obtenue de l'Institution of Review Board (IRB) de l'université et de certains hôpitaux. Le consentement verbal à participer à l'étude a été obtenu. Aucun nom ou autre forme d'identification n'était requis par le questionnaire. Tous les questionnaires ont été conservés dans une armoire fermée à clé dans le bureau du chercheur, avec un accès restreint.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Le système de notation du travail original a été utilisé pour calculer les scores des trois sections de l'étude (Janelli et al., 1991). La version 17 du Statistical Package for Social Sciences (SPSS, IBM, Chicago, Illinois) a été utilisée pour analyser les données. La maximisation des attentes (ME) a été utilisée pour remplacer les données manquantes. Des statistiques descriptives, comme le nombre et le pourcentage, ont été utilisées pour les caractéristiques de l'échantillon et les notes des énoncés. Le test t indépendant d'inférence statistique à un niveau significatif de 0,05 a été utilisé pour mesurer la différence dans les connaissances, l'attitude et les notes moyennes dans la pratique entre les infirmiers ayant une formation antérieure en contention physique et ceux qui n'en avaient pas.</p> <p>Un test t indépendant a été mené afin de comparer les scores moyens globaux en matière de connaissances, d'attitude et de pratique, en fonction du fait que les infirmiers avaient ou non reçu une formation en matière de contention physique.</p>
Présentation des résultats	<p>Niveau de connaissances de la contention physique</p> <p>Les résultats de l'étude montrent que les infirmiers en soins intensifs jordaniens possèdent divers niveaux de connaissances sur la contention physique. Les scores totaux pour les connaissances allaient de 5 à 14 (moyenne = 9,7). Le tableau 2 représente le nombre et le pourcentage de bonnes réponses à chaque question, qui varie de 19,7 % à 96,3 %. Les infirmiers ont fait preuve d'une connaissance insuffisante de certaines pratiques de contention physique sécuritaires et d'un manque de connaissance des faits et des normes en matière de contention physique (questions n° 5, 8, 14 et 15). Par exemple, peu d'infirmiers croient qu'il n'existe pas de bonne solution de rechange à la contention (39 %). Ils pensaient que la contrainte physique était la méthode la plus efficace à utiliser dans les USI pour contrôler les mouvements inattendus des patients et que la contention devrait être bien ajustée pour qu'il n'y ait pas d'espace entre la contention et la peau du patient (42 %). Ce résultat a été confirmé dans la section pratique.</p> <p>Près des deux tiers (n=193 ; 64,3 %) des infirmiers ont déclaré n'avoir aucune formation antérieure sur ce sujet, bien que ceux qui avaient obtenu de meilleurs résultats dans la section des connaissances.</p> <p>Attitude envers l'utilisation de la contention</p> <p>Les scores d'attitude allaient de 13 à 33 (moyenne = 24,7 ; ET = 4,8). Comme le montre le tableau 2, de nombreuses déclarations d'attitude ont suscité des opinions controversées sur l'utilisation de la contrainte physique, sur le droit des patients, des infirmiers et</p>

des familles de décider de son utilisation (points 1 à 3). Le pourcentage d'infirmiers ayant souscrit à ces affirmations variait de 46% à 54%. En outre, les infirmiers ont désapprouvé les déclarations qui traduisaient un sentiment de culpabilité à propos de la contention des patients (points 6 et 10). Cependant, ils ont affirmé avoir une connaissance suffisante de la prise en charge du patient retenu (n = 222, 74%).

Seulement 36,7% (n = 110) des infirmiers ont déclaré « toujours » l'énoncé suivant : « J'essaie une intervention infirmière alternative avant de retenir le patient. »

Par exemple, les résultats des énoncés de pratique montrent que peu d'infirmiers informent les familles des raisons de la contention (seulement 23,7 % l'ont qualifiée de " toujours "). Dans la section sur l'attitude (énoncés 1, 3 et 6), les infirmiers étaient divisés entre ceux qui étaient d'accord et ceux qui étaient en désaccord sur le fait que le patient et sa famille avaient le droit de refuser la contention. Ce résultat implique que les infirmiers jordaniens considèrent la contention comme une protection pour le patient, de sorte qu'elle n'exige pas le consentement du patient ou de sa famille. Par exemple, seulement la moitié (50,3 %) se sentent gênés lorsque la famille entre dans la chambre d'un patient qui est retenu et qu'elle n'a pas été avisée. Dans la section sur la pratique, près des deux tiers des infirmiers ont déclaré avoir eu recours à la contention sans l'avis d'un médecin (64,7 % l'ont jugée " jamais " ou " parfois ") et près de la moitié (49,3 % ; n=148) ne savaient pas s'ils avaient le droit de refuser l'ordonnance de contrainte. Le recours à la contention sans ordonnance d'un médecin est pratique courante chez les infirmiers en Jordanie, la plupart (80 % ; n = 241) estimant que l'hôpital est légalement responsable de l'utilisation des contentions pour assurer la sécurité du patient. Par exemple, peu d'infirmiers (17,3 % ; n=52) ont déclaré toujours vérifier le site de contention au moins toutes les deux heures ; peu (22 % ; n=66) ont déclaré toujours inspecter la peau du patient pour déceler toute abrasion ou déchirure cutanée ; et peu (17,3 % ; n=52) ont fréquemment évalué si le dispositif devait être retiré. Malgré l'importance de la documentation, les infirmiers de notre étude ont démontré qu'ils n'en savaient pas suffisamment sur ce sujet pour les patients sous contention. Un tiers (n=101, 33,7 %) ont indiqué qu'ils consignaient toujours les restrictions dans leurs notes, en précisant le type, la raison et le moment des restrictions. Un autre tiers a omis d'évaluer ou d'enregistrer l'effet de la contention physique sur les patients (n=99 ; 33 %). Seulement 41 % (n=134) des infirmiers n'étaient pas d'accord avec l'énoncé, plus de patients sont retenus lorsque nous manquons de personnel, tandis que 42,3 % (n=127) étaient d'avis que la raison principale de retenue est que l'hôpital manque de personnel.

Auto-déclaration des pratiques de contrainte

Les scores pour la pratique de la contrainte physique allaient de 16 à 41 (moyenne = 30,9 ; ET = 3,5). Le tableau 2 concerne les infirmiers s'occupant de patients pendant et après la contention. En outre, les réponses à ces déclarations montrent que les infirmiers ont négligé les décisions des médecins et les souhaits des familles en matière de contention physique. Par exemple, peu d'infirmier ont démontré qu'ils se reposaient toujours sur une ordonnance du médecin ou suggéraient au médecin de retirer une contention (rubriques 2 et 3) : 34,9% et 35,3%. Mais, un nombre limité d'infirmiers ont indiqué avoir fourni des informations à un patient ou à sa famille sur la contention (points n ° « toujours » ; 7.9, 22-29,3%).

Comparaison des scores PRQ

Les résultats montrent que les personnes ayant une formation antérieure ont obtenu des scores plus élevés dans la section des connaissances (moyenne = 10,7 ; SD = 1,4) que les infirmiers sans (moyenne = 9,1 ; SD = 1,6) ; (t (298) = -8,6 ; p < 0,000). Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre le score moyen d'attitude (t (298) = -0,39, p > 0,05) et le score moyen de pratique (t (298) = -1,5 ; p > 0,05). Les résultats indiquent que la conduite d'un programme de formation continue pourrait constituer une stratégie efficace pour améliorer les connaissances des infirmiers en matière de contention physique.

Table 2 Nurses' knowledge, attitude and practice[†]

Knowledge section	Agree; N	Disagree; N	Correct; (%)
1. Physical restraints are safety vests or garments (outer cover) designed to prevent injury	289*	11	96.3
2. A restraint is legal only if it is necessary to protect the patient or others from harm	270*	30	90
3. Patients are allowed to refuse to be placed in a restraint	208*	92	69.3
4. A physical restraint requires a physician's order	233*	67	77.7
5. Confusion or disorientation is the main reason for using a restraint	242	58*	19.7
6. A restraint should be released every 2 h if the patient is awake	241*	59	80.3
7. Restraints should be put on snugly so that there is no space between the restraint and patient's skin	174	126*	42
8. A patient should never be restrained while lying flat in bed because of the danger of choking	232*	68	77.3
9. When a patient is restrained, skin can break up or restlessness can increase	248*	52	82.7
10. When a patient is restrained in bed, the restraint should not be attached to the side rails	160*	140	53.3
11. A record should be kept on every shift of patients in restraints	258*	42	86
12. A nurse can be charged with assault if he/she applies restraints when they are not needed	230*	70	76.7
13. In an emergency, a nurse can legally restrain a patient without a physician's order	212*	88	70.7
14. Good alternatives to restraints do not exist	183	117*	39
15. Deaths have been linked to the use of vest restraints	142*	158	47.3
Attitude section	Agree; N (%)	Disagree; N (%)	No opinion; N (%)
1. I feel that family members have the right to refuse the use of restraints	138 (46)	149 (49.7)	13 (4.3)
2. I feel that nurses have the right to refuse to place the patient in restraints	148 (49.3)	136 (45.3)	16 (5.3)
3. If I were the patient, I feel I should have the right to refuse/resist when restraints are placed on me	156 (52)	124 (41.3)	20 (6.7)
4. I feel guilty placing a patient in restraints	132 (44)	149 (49.7)	19 (6.3)
5. I feel that the main reason restraints are used is that the hospital is short staffed	127 (42.3)	160 (53.3)	13 (4.3)
6. I feel embarrassed when the family enters the room of a patient who is restrained and they have not been notified	151 (50.3)	132 (44)	17 (5.7)
7. The hospital is legally responsible for using restraints to keep the patient safe	241 (80.3)	43 (14.3)	16 (5.4)
8. It makes me feel bad if the patient gets more upset after restraints are applied	238 (79.3)	48 (16)	14 (4.7)
9. I feel that it is more important to let the patients in restraints know that I care about them	241 (80.3)	49 (16.3)	10 (3.3)
10. A patient suffers a loss of dignity when placed in restraints	162 (54)	121 (40.3)	17 (5.7)
11. In general, I feel knowledgeable about caring for a restrained patient	222 (74)	68 (22.7)	10 (3.3)
Practice section	Always; N (%)	Sometimes; N (%)	Never; N (%)
1. I try alternative nursing measures before restraining the patient	110 (36.7)	179 (59.6)	11 (3.7)
2. When I restrain a patient, I make this decision only with a physician's order	106 (35.3)	175 (58.3)	19 (6.4)
3. When I feel that the patient does not need to be restrained, I make this suggestion to the doctor	105 (34.9)	176 (58.7)	19 (6.4)
4. I answer the call for the patient who is restrained as soon as possible	80 (26.7)	218 (72.7)	2 (.6)
5. I check the restraints at least every 2 h to make sure they are in the proper position	52 (17.3)	242 (80.7)	6 (2)
6. I inspect the skin of the patient for abrasions or skin tears if I bathe a patient who is restrained	66 (22)	228 (76)	6 (2)
7. I tell family members why the patient is being restrained	71 (23.7)	223 (74.3)	6 (2)
8. I explain to the patient why the restraint is being applied	88 (29.3)	204 (68)	8 (2.7)
9. I tell the patient when the restraint(s) will be removed	74 (24.7)	220 (73.3)	6 (2)
10. More patients are restrained when we are short of staff than when we are fully staffed	72 (24)	104 (34.7)	124 (41.3)
11. In our unit, staff members work together to discover ways to control the behaviour of patients other than by using physical restraints	129 (43)	151 (50.3)	20 (6.7)
12. I frequently assess if the restraint should be removed	52 (17.3)	245 (81.7)	3 (1)
13. When physical restraints are applied, I record on the Kardex the type of restraint used, the reason for adopting it, the time the application commenced, and the related nursing care required	101 (33.7)	162 (54)	37 (12.3)
14. I frequently evaluate and record the effect of physical restraint when applied to a patient	99 (33)	192 (64)	9 (3)

N, number; *, correct answer.

[†]Missing responses to knowledge section were considered as an incorrect answer.

<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Niveau de connaissances de la contention physique</p> <p>Nos résultats montrent de nombreux cas de fausses connaissances et d'attitudes négatives à l'égard de la pratique de la contention physique par les infirmiers. Les connaissances des infirmiers façonnent leur attitude et leur pratique. Les chercheurs suggèrent que, si l'écart des connaissances est comblé, les infirmiers auront une attitude plus positive et une pratique plus sécuritaire de la contention physique. Cette étude a démontré que certains infirmiers manquent de connaissances sur les pratiques courantes de contention physique. La documentation fait état de nombreuses méthodes de rechange pour contrôler les mouvements nocifs des patients agités dans les unités de soins intensifs, comme la création d'un environnement confortable, l'accompagnement et la supervision, la proximité du patient du poste de soins infirmiers et la thérapie de diversion, comme le massage ou la musicothérapie (Bray et al., 2004 ; Kandeel et Attia, 2013). Ces méthodes devraient être examinées par les infirmiers avant qu'ils ne décident de recourir à la contention physique. Le faible pourcentage de bonnes réponses à certains énoncés de connaissances peut s'expliquer par le manque d'éducation en cours d'emploi sur l'utilisation des contraintes physiques. Chien et Lee (2007) ont démontré qu'un manque d'information pourrait mener à une connaissance insuffisante et à de mauvaises pratiques dans l'utilisation de la contention physique. La documentation indique que la mise en œuvre de programmes de formation en cours d'emploi améliorera les connaissances des infirmiers et réduira les fautes professionnelles (Swauger et Tomlin, 2000 ; Huang et al., 2009 ; Pellfolk et al., 2010). Les programmes de formation en cours d'emploi devraient mettre l'accent sur les risques et les avantages de la contrainte, les méthodes alternatives, les pratiques sûres et les questions juridiques et éthiques, en soulignant l'importance de la documentation et des droits des patients et des familles (Janelli et al., 2006).</p> <p>Attitude envers l'utilisation de la contention</p> <p>Sujata et Kaur (2015) ont constaté qu'en Inde, 43,3 % des patients étaient retenus sans consentement écrit et tous sans ordonnance écrite du médecin. Ces pratiques insatisfaisantes pourraient exposer les infirmiers à des problèmes juridiques et éthiques avec les familles et les hôpitaux. Bien qu'il n'y ait pas de politique en Jordanie pour obtenir le consentement de la famille, les infirmiers sont toujours obligés d'expliquer à la famille la raison pour laquelle le patient est retenu. Toutefois, la décision de recourir à la contention physique devrait être fondée sur une évaluation précise et sur la recommandation du fournisseur de soins de santé primaires du patient. De même, Choi and Song (2003) a mené une étude sur 23 patients et 29 infirmiers en Corée et a constaté que 94 % des demandes de contention n'étaient pas fondées sur une ordonnance médicale. Les chercheurs ont suggéré de fournir des outils d'évaluation précis pour évaluer l'agitation des patients et raccourcir la période de contention. Paterson et ses collaborateurs (2003) recommandent une collaboration interdisciplinaire entre les membres de la famille et les professionnels de la santé en ce qui concerne la décision de recourir à la contention. Les deux stratégies pourraient être envisagées dans les unités de soins intensifs en Jordanie.</p> <p>Evaluation et documentation de la contention physique</p> <p>De même, Kandeel et Attia (2013) en Égypte ont constaté que l'évaluation des patients retenus se limitait à la circulation périphérique. Cette étude a démontré l'importance de lignes directrices normalisées pour l'évaluation des patients immobilisés afin de maintenir leur sécurité et de prévenir les blessures. Les hôpitaux jordaniens devraient adopter des listes de contrôle pour les soins des patients sous contention, telles que la vérification du pouls et de la couleur des membres toutes les 30 minutes et le retrait de la contention et l'exécution d'une gamme d'exercices de mouvement toutes les 2 heures. De même, Hine (2007) a constaté que la documentation sur les contentions était rare dans les notes infirmiers, peut-être parce que les infirmiers ne considéraient pas les contentions physiques comme un traitement médical important qui devrait être enregistré. La documentation sur les contentions physiques est importante pour suivre l'état du patient au fil du temps. En cas de complications, cette documentation est la seule preuve que les infirmiers ont rempli leur devoir de soins envers les patients retenus. Les administrations hospitalières jordaniennes devraient rendre</p>
---	---

	<p>obligatoire la documentation régulière des patients soumis à des contraintes physiques, afin de protéger les droits des patients et des infirmiers.</p> <p>Dotation insuffisante en infirmier et contention physique Fournir un nombre suffisant d'infirmiers ayant une charge de travail gérable pourrait faciliter la surveillance étroite des patients et réduire la prévalence de la contention (Whitman et al., 2002). De même, Martin et Mathisen (2005) ont mené une étude observationnelle sur 50 patients en soins intensifs aux États-Unis et 50 en Norvège. L'une des constatations importantes est qu'un ratio infirmier-patient inadéquat pourrait être la cause d'un taux élevé de contention physique. Whitman et ses collaborateurs (2002) ont mené une étude sur 95 unités de soins aux patients dans 10 hôpitaux des États-Unis, qui a montré une relation inverse significative entre la dotation en personnel et la prévalence des restrictions, des erreurs de médication et des chutes dans les établissements de soins actifs. Il est donc important pour la sécurité des patients que les administrations hospitalières jordaniennes fournissent un nombre suffisant d'infirmiers pour soigner les patients en soins intensifs.</p>
Forces et limites	<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a utilisé un échantillon de commodité, bien qu'un échantillon plus large d'infirmiers provenant de différentes régions géographiques de Jordanie pourrait améliorer la généralisation de nos résultats. • L'étude s'est concentrée sur le contexte jordanien, limitant à nouveau sa généralisation à d'autres pays. • Le questionnaire comportait des questions similaires dans les sections sur les connaissances, les attitudes et la pratique, de sorte que certains participants ont pu confondre leurs réponses en ce qui concerne la théorie et la pratique. • L'utilisation d'une méthode d'auto déclaration pour évaluer la pratique de la contrainte physique des infirmiers pourrait sous-estimer le tableau réel dans les hôpitaux jordaniens.
Conséquences et recommandations	<p>Le chercheur recommande donc de réaliser une autre étude observationnelle pour valider ces résultats. Cette étude visait à explorer les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contention physique dans les unités de soins intensifs en Jordanie. Elle a constaté que de nombreux infirmiers n'avaient pas une connaissance suffisante des pratiques sécuritaires. La contention physique a été jugée préférable à d'autres méthodes. Les souhaits de la famille et les décisions des médecins ont été ignorés à maintes reprises. Des lacunes dans l'évaluation des patients et dans la documentation de la contention ont été signalées. Il est fortement recommandé de mener des programmes de formation continue dans les hôpitaux jordaniens. D'autres recommandations comprennent le recours à une équipe multidisciplinaire pour évaluer et déterminer l'utilisation des contentions physiques, l'élaboration de politiques et de lignes directrices plus locales pour réglementer les contentions physiques et la fourniture de personnel et de matériel adéquats pour assurer la sécurité des patients et prévenir les complications.</p>
Commentaires	[Traduction libre]

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions		Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Références complètes	Suliman, M., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint: Physical restraint in Jordan. <i>Nursing in Critical Care</i> , 22(5), 264-269. https://doi.org/10.1111/nicc.12303					
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?				X	Le titre dit qu'ils s'intéressent aux connaissances, aux attitudes et à la pratique mais n'explicite pas réellement le problème. Le contexte des soins intensifs est connu.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?				X	<p>Problème : Ils citent les problèmes qui peuvent découler de la contention physique et les causes de cette utilisation. L'objectif est d'enquêter sur les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en soins intensifs en Jordanie.</p> <p>Méthode : Le déroulement de l'étude est peu clair, il y a 400 infirmiers qui ont été sélectionnés, travaillant dans 3 hôpitaux universitaires de Jordanie. Un questionnaire en arabe a été utilisé.</p> <p>Résultats : Les résultats sont bien synthétisés. 75% des questionnaires ont été remplis. Ils démontrent que le niveau de connaissances dépend de la formation reçue et qu'en terme de pratique et d'attitude, il n'y a aucune différence significative.</p> <p>Discussion : Sous forme de conclusion, ils affirment qu'il y a un manque de connaissances et une pratique non sécuritaire est démontrée. Ils proposent une piste d'actions pour améliorer cela, une formation continue, une élaboration des lignes directrices et une mise à disposition de matériel adéquat.</p>
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?				X	Le problème de recherche est bien expliqué. Ils nomment les causes (le risque de retrait de matériel de soins) ainsi que les raisons (protéger les patients et éviter une interruption de leurs traitements) de l'utilisation de la contention. Ils ne situent pas le contexte de leur propre étude mais compare avec le monde entier, la prévalence et la durée moyenne de contention.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?		X			Ils définissent la contention grâce à une étude de Bleijlevens et al de 2016. L'étude de Martin et Mathisen (2005) démontrent que les infirmiers devraient avoir des connaissances et suivre des pratiques sécuritaires pour éviter les effets indésirables de la contention. 2 études

						démontrent les risques de l'utilisation de la contention. Et une dernière étude explique ce qui devrait être fait en matière de contention, dans l'idéal.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				X	Une théorie n'est pas définie. Les concepts ne sont pas explicités mais les suivants ressortent : autonomie du patient, bienfaisance, dignité
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?		X			But Examiner les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contention physique dans les unités de soins intensifs jordaniennes. Questions de recherche Quelle est l'étendue des connaissances, de l'attitude et de la pratique des infirmiers en soins intensifs en Jordanie ? Quelles sont les différences dans les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers qui ont reçu une formation antérieure en matière de contention physique et de celles qui ne l'ont pas reçue ?
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		X			C'est une étude descriptive et transversale
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?		X			Il s'agit de 400 infirmiers travaillant dans 12 unités de soins intensifs différents, 4 unités médicales, 4 unités chirurgicales, 2 unités coronariennes et 2 unités intermédiaires.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X			L'échantillon est décrit de façon précise. Près des deux tiers des infirmiers provenaient d'hôpitaux publics (65,7 %). Les infirmiers étaient relativement jeunes (moyenne = 30,5 ans) titulaires d'un baccalauréat (80,3 %) et presque également répartis entre hommes (51 %) et femmes. Près des deux tiers des participants ont déclaré qu'ils n'avaient jamais reçu de formation antérieure en contention physique (64,3 %)
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X		
Éléments du rapport	Questions		Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?		X			Il s'agit de questionnaires, traduit en arabe pour la bonne compréhension des infirmiers. Il est composé en 2 parties. La première étudiait l'aspect démographique de l'infirmiers et la seconde, questionnait sur la contention physique. Ce sont 3 collecteurs de données formés qui

					ont été chargés de recueillir des données auprès des infirmiers.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?		X		Les connaissances, l'attitude et la pratique sont mesurées grâce au questionnaire.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	La procédure du questionnaire est clairement explicitée mais pas le déroulement de l'étude. Nous ne savons pas dans quelle mesure les 3 collecteurs sont intervenus.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?		X		L'institution of Review Board (IRB) de l'université et de certains hôpitaux ont délivré leur approbation.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?		X		Le système de notation du travail original a été utilisé pour calculer les scores des trois sections de l'étude (Janelli et al., 1991). La version 17 du Statistical Package for Social Sciences (SPSS, IBM, Chicago, Illinois) a été utilisée pour analyser les données. La maximisation des attentes (ME) a été utilisée pour remplacer les données manquantes. Un test t indépendant a été mené afin de comparer les scores moyens globaux en matière de connaissances, d'attitude et de pratique
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?		X		Les résultats sont présentés de manière narratives et sous forme de tableau. Tableau 1 : Caractéristique des infirmiers Tableau 2 : Connaissances, attitude et pratique des infirmiers
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		Plusieurs études sont mentionnées. D'autres méthodes utilisées avant la contention, le manque de connaissances ainsi que les bienfaits d'une formation continue sont interprétés avec d'autres études.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Plusieurs limites sont décrites comme la sélection de l'échantillon, le contexte qui se limite à la Jordanie, la formulation des questions qui pouvaient prêter à confusion ou encore la méthode de collecte utilisée pourrait sous-estimer le tableau réel de cette utilisation.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	

Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X			Ils disent que les infirmiers manquent de connaissances et que la contention a été préférable à d'autres moyens et donc ils préconisent de mener des programmes de formations continues, faire appel à une équipe multidisciplinaire pour évaluer et déterminer la contention, l'élaboration de lignes directrices pour régler la contention et la fourniture de matériel adéquat à la sécurité des patients.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X			Ils recommandent de réaliser une autre étude observationnelle pour valider les résultats.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X			L'article est bien structuré et compréhensible. L'interprétation des résultats est facilitée grâce aux tableaux.
Commentaires :	[Traduction libre]					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice G

Grille de résumé et de lecture critique de Nakanishi, Okumura & Ogawa

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Nakanishi, M., Okumura, Y., & Ogawa, A. (2018). Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. <i>International Psychogeriatrics</i> , 30(7), 991-1000. https://doi.org/10.1017/S104161021700240X
Introduction Problème de recherche	La contention physique est une pratique courante dans les milieux de soins aigus (Krüger et al., 2013). Les patients avec des troubles cognitifs présentent un risque élevé d'utilisation de contrainte physiques (Hofmann et Hahn, 2014). Ils sont susceptibles de présenter des comportements qui sont pénibles pour eux-mêmes et qui représentent un défi pour le personnel soignant. (Sampson et al., 2014; Hessler et al., 2017). L'utilisation de moyens de contention physique engendrent des effets psychologiques et physiologiques néfastes (Castle, 2006 ; Enberg et al., 2008). Elle ne prévient pas les chutes (Sze et al., 2012) et peuvent cause la mort. (Barnett et al., 2012 ; Rakhmatullina et al., 2013).
Recension des écrits	<p>La démence est caractérisée par la déficience progressive de la fonction cognitive et est devenue un problème de santé publique dans les sociétés vieillissantes (Alzheimer's Disease International, 2015). L'augmentation rapide de la prévalence est un défi considérable pour les soins aigus (Alzheimer's Disease International, 2016). Peu importe qu'ils vivent dans la communauté ou dans des maisons de retraite, les personnes atteintes de démence ont besoin d'un accès à des soins de courte durée à un moment donné en raison de comorbidités physiques. La démence est fréquente chez les personnes âgées admises dans des hôpitaux de soins de courte durée (Timmons et al., 2015 ; Fogg et al., 2017). Les soins aigus sont par définition des soins d'urgence et cet environnement n'est pas adapté à cette population. Les récentes recommandations en matière de soins pour les personnes démentes disent que la contention physique est à éviter (van der Steen et al., 2014). Certains pays européens ont mis au point une initiative visant à améliorer la qualité des soins aigus pour les personnes démentes (Nakanishi et al., 2015), mais il subsiste un risque accru de dommage lors des hospitalisations. La restructuration de la gestion des hôpitaux et des services de santé est une priorité (Alzheimer's Disease International, 2016). Le Japon a également relevé ce défi dans le secteur aigu milieux de soins en raison de la population croissante des personnes atteintes de démence. On estime que les personnes atteintes de démence pourraient atteindre 10% de la population d'ici 2060 (ministère de la Santé, du Travail, et bien-être social, 2015). En 2001, le Ministère japonais de la santé, du travail et de la protection sociale a établi que les prestataires de soins de longue durée doivent éviter de recourir à la contrainte physique (Ministère Santé, Travail et Bien-être social, 2011). En 2006, une loi est entrée en vigueur sur la prévention des mauvais traitements à l'égard de la personne âgée et au soutien des aidants naturels (Nakanishi et al., 2009). Cette loi n'intègre pas les hôpitaux (Nakanishi et al., 2016). Jusqu'en mars 2016, il n'y avait pas de réglementation contre la contention physique dans les établissements aigus. En avril 2016, le ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales a introduit un avantage supplémentaire pour les soins de la démence dans les hôpitaux de soins de courte durée dans le programme de prestations universelles du programme public d'assurance soins de santé. Le gouvernement national donne des certificats de prise en charge de la démence aux unités de maladies physiques et ils reçoivent 1'500 Yens par patient et par jour pour leur prise en charge de ce type de patient en plus de l'indemnité des soins de base pour les malades hospitalisés. Le minimum requis pour bénéficier des indemnités de démence était :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs infirmiers devaient suivre une formation en matière de démence - Un manuel de traitement de la démence était nécessaire pour guider la procédure de contention mécanique et de contention chimique <p>L'avantage de cette allocation, est une mesure de dissuasion financière à l'égard du recours à la contrainte physique. Lorsqu'ils utilisent les contraintes physiques, leur allocation est réduite de 60%. Cependant, aucun système de suivi / surveillance sur la</p>

	contrainte physique a été incorporée à la certification des prestations de soins pour démence en soins aigus dans les hôpitaux. Par conséquent, aucune information n'est disponible en ce qui concerne l'association entre l'incitation et le recours à la contrainte physique chez les patients hospitalisés atteints de démence en soins de courte durée.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Hypothèses/question de recherche/buts	L'étude visait à étudier le lien entre les soins prodigués aux personnes atteintes de démence et le recours à la contrainte physique chez les patients hospitalisés atteints de démence dans un contexte général de soins de courte durée.
Méthodes Devis de recherche	Une étude transversale
Population, échantillon et contexte	<p>L'étude concerne les patients atteints de démence dans les hôpitaux de soins de courte durée au Japon entre février et mars en 2017.</p> <p>8 types d'unités de soins aigus dans le programme d'assurance maladie publique ont été invités à participer à l'étude. Le 1^{er} octobre 2016, 5'576 hôpitaux ont été répertoriés dans 8 bases de données du bureau régional de la Santé et du Bien-être. Parmi ceux-ci, 3'466 hôpitaux comptant 100 lits ou plus ont été extraits pour la cible de l'étude. Cette étude étant centrée sur les établissements de soins généraux, les unités de soins intensifs et les unités de soins de longue durée ont été exclues des unités de soins cibles.</p> <p>Les caractéristiques de l'unité comprenaient le ratio personnel infirmier par patient, le nombre de patients hospitalisés à la date d'achèvement du questionnaire, le type de fonction et le type de service clinique. Le type de fonction était divisé en soins actifs ou soins subaigus. Le type de département clinique a été divisé en 43 éléments dérivés de l'enquête sur les établissements médicaux du ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être. Cependant, les unités de soins constituaient 3,0% sur les 35 types de départements cliniques.</p> <p>3466 hôpitaux répondant aux critères d'inclusion (100 lits ou plus), ont reçu le questionnaire et 1187 hôpitaux (34.2%) y ont répondu. Parmi les 1187 hôpitaux, ceux qui n'avaient pas de patients atteint de démence ont été exclus.</p> <p>Au total, 29'088 questionnaires ont été récolté auprès de 2'676 unités de soins dans 1046 hôpitaux. Sur les 29'088 questionnaires, 5'549 ont été exclus (tableau S1).</p> <p>L'échantillon final inclus dans l'analyse, comprenait 23'539 questionnaires remplis par le personnel de 2'355 unités de soins dans 937 hôpitaux.</p> <p>Par conséquent, les détails concernant les patients hospitalisés ont été extraits s'ils présentaient des signes de déficience cognitive, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une difficulté à vivre seul en raison d'un trouble cognitif - Un ou plusieurs comportements empêchant l'administration du traitement - Des comportements / signes préjudiciables, nuisibles observés - Présence d'une déficience cognitive selon l'échelle établie dans le cadre du programme public d'assurance de soins de longue durée - Trois scores ou plus dans la version japonaise de FAST (Functional Assessment Staging of Staging) (Reiberg et al., 1984 ; Homma et al., 1989). <p>Dans notre échantillon, le coefficient α de Cronbach était modéré (0,75) pour la version japonaise de Nu-DESC. Le score total de Nu-DESC était significativement plus élevé chez les patients dans les unités de soins de courte durée par rapport à celles des unités de soins subaigus ($t(17\ 343,8) = 7,99, p < 0,001$).</p> <p>Dans le tableau 1 : 10'480 (44.5% ; 95% intervalle de confiance [IC] {43.9, 45.2}) patients ont été retenus le jour de l'enquête.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>La présence de délire a été évaluée à l'aide de la version japonaise du Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale). Le Nu-DESC est une échelle d'observation à 5 items avec un score inférieur de 0 à 2 points. Un total de 2 points ou plus indiquait la présence d'un délire (Gaudreau et al., 2005).</p> <p>La série de questionnaires papiers comprenait une partie introductive, qui consistait en une description du but de l'étude, une explication du caractère volontaire de la participation et une garantie d'anonymat pour les patients, les infirmiers répondantes et les hôpitaux.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les questionnaires ont été administrés sur une période de deux semaines, du 13 février au 13 mars 2017. Les hôpitaux ciblés ont été divisés au hasard en trois groupes afin de faciliter la distribution d'un ensemble de questionnaires papier (13, 20 et 27 février). Les questionnaires papier pour l'hôpital, les unités de soins et les patients ont ensuite été envoyés à chaque hôpital participant en fonction du groupe cible, et les questionnaires remplis ont été retournés par mail. Chaque hôpital a été invité à répondre à un questionnaire hospitalier et à distribuer des questionnaires sur les unités et les patients aux infirmiers gestionnaires de chaque unité de soins. Les infirmiers gestionnaires ont été invités à extraire les patients hospitalisés atteints de démence et à évaluer les soins qui leur étaient prodigués sur la base des observations notées pour les journées d'enquête. Les infirmiers gestionnaires ont été invités à parcourir le questionnaire d'instructions et à le remplir de manière indépendante.</p> <p>Le critère de jugement principal était « le recours à la contrainte physique » le jour de l'enquête. La contention physique a été définie comme l'utilisation de l'un des 11 moyens de contention mécanique au cours de la journée d'enquête. Les 11 moyens de contrainte mécanique ont été tirés des directives nationales pour la prévention de la contrainte physique (ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être, 2011) et de la définition répandue de la contrainte utilisée dans les hôpitaux généraux (All Japan Hospital Association, 2016) ou dans les établissements de soins de longue durée (Kurata et Ojima, 2014). Si des informations indiquaient qu'un patient était en contention, il était demandé à l'infirmier gestionnaire de répondre au questionnaire en indiquant la raison de l'utilisation de la contention. Ces raisons ont été classées en 12 catégories développées par un groupe d'experts composé d'un psychiatre (qui a fourni des services de liaison-consultation aux hôpitaux de soins de courte durée), d'un infirmier (travaillant sur des personnes atteintes de démence) et d'un travailleur social psychiatrique (qui a de l'expérience dans la prévention de la maltraitance chez les personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée). Les 12 catégories de raisons étaient basées sur les classifications d'une étude précédente (Kurata et Ojima, 2014) dans les établissements de soins de longue durée japonais et modifié pour être applicable aux établissements de soins hospitaliers.</p>

Table 1. Means and reasons for physical restraint

	N (%)
Restrained, total	10,480
Using side rails to keep a person in bed	7,194 (68.6)
Restricting a person with belts or tray tables to prevent sliding or rising from a (wheel)chair	2,937 (28.0)
Applying mittens to prevent a person from pulling out IV/feeding tubes or tearing skin	2,687 (25.6)
Tying a person to a bed for fall prevention	1,689 (16.1)
Using overalls over-clothing to impede removal of clothes/diapers	1,319 (12.6)
Tying limbs to prevent a person from pulling out IV/feeding tubes	1,173 (11.2)
Tying a person to a wheelchair/bed to prevent wandering	1,015 (9.7)
Giving an overdose of psychotropic drugs to reduce excitement	749 (7.1)
Using a chair to prevent a person from being able to stand up	372 (3.5)
Tying a person to a bed to prevent them from causing trouble to others	149 (1.4)
Locking a person in a room	47 (0.4)
Reasons for physical restraint ^a	
There was risk of fall	4,971 (47.4)
There was risk of self-extubation	1,466 (14.0)
Self-extubation has occurred	1,010 (9.6)
Fall has occurred	621 (5.9)
Fall has almost occurred	541 (5.2)
Self-extubation has almost occurred	522 (5.0)
Behaviors involving feces	238 (2.3)
Wandering	180 (1.7)
Removed dressing	172 (1.6)
Verbal aggression	96 (0.9)
Skin picking	85 (0.8)
Self-harm	23 (0.2)

Chaque unité de soins devait évaluer les patients atteints de démence. Le diagnostic ou les symptômes de démence ne sont pas nécessairement reconnus dans les hôpitaux généraux (Crowther et al., 2017) ; Par conséquent, l'indemnité de soins pour démence a été appliquée aux patients qui ont des problèmes liés à la communication, ou qui présentent des symptômes et / ou des comportements qui perturbent la vie quotidienne, et ceux qui ont besoin de soins personnels. Des pourcentages des cinq différents signes de déficience cognitive utilisés dans le diagnostic de la démence ont été rapportés. Parmi les patients classés comme atteints de démence sur la base des cinq signes ci-dessus, la confirmation de la démence a été réalisée. Ainsi, les pourcentages de présence ou d'absence de confirmation de démence, ainsi que les différents diagnostics confirmés de démence (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, corps de Lewy, démence frontotemporale et démence non précisée) ont été rapportés. En raison du nombre

	<p>élevé de patients sans diagnostic de démence, l'absence du diagnostic de démence a été inclus en tant que variable indépendante dans l'analyse.</p> <p>Afin de rendre le rapport compatible avec les conclusions d'études menées dans des pays avancés, les chercheurs avaient déterminé la prévalence de la contention physique. Les mitaines ont été exclues de la définition de la contention.</p> <p>La variable primaire exploratoire était « unité certifiée pour la prestation de soins aux personnes atteintes de démence ». Chaque unité devait indiquer si l'unité recevait une certification de l'allocation de soins de démence ou non. Les co-variables étaient les caractéristiques des patients, des unités et des hôpitaux. Les caractéristiques des patients comprenaient l'âge, le sexe, la présence de démence et le délire.</p> <p>Pour éviter le risque de biais dû à quelques observations (Greenland, 1989), les 35 types de services cliniques ont été exclus de l'analyse. Les huit autres (chirurgie orthopédique, rééducation, chirurgie neurologique, médecine interne cardiovasculaire, médecine interne gastro-entérologie, médecine interne respiratoire, chirurgie gastro-entérologie et urologie) ont été inclus en tant que types de services cliniques. Les caractéristiques de l'hôpital incluaient la disponibilité d'infirmiers spécialistes certifiées en soins infirmiers gériatologiques ou en soins psychiatriques et infirmiers certifiés pour les soins infirmiers de démence. Ces certifications sont accréditées par la Japanese Nursing Association. La présence d'un psychiatre dans les équipes de consultation en liaison et de soins palliatifs a également été évalué.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Institut métropolitain des sciences médicales de Tokyo (approbation n ° 16–42 du 18 novembre 2016). Les procédures suivies étaient en conformité à la déclaration d'Helsinki de 1975, telles que révisée en 2013. Des numéros d'identification ont été attribués aux hôpitaux et aux unités de soins ainsi qu'aux patients afin de préserver leur anonymat. Les hôpitaux participants n'étaient pas tenus de fournir des formulaires de consentement signés, car le retour du questionnaire impliquait un consentement. Le consentement éclairé n'a pas été demandé aux patients. Le comité d'examen institutionnel a renoncé l'exigence du consentement éclairé après examen de leur protocole d'étude en raison de l'étude revue rétrospectives.</p>
<p>Résultats Traitement/Analyse des données</p>	<p>Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec STATA SE pour Windows, version 15.0 (StataCorp, College Station, Texas, États-Unis). Le niveau de signification bilatéral a été fixé à 0,05.</p> <p>Comme il a été recommandé d'éviter l'utilisation d'analyses à deux variables pour la sélection de variables exploratoires dans l'analyse à plusieurs variables (Sun et al. 1996), l'analyse bivariée selon la variable indépendante principale a été utilisée en référence aux analyses logistiques multivariées récentes (Windham et al., 2015 ; Chang et al., 2016). Les caractéristiques du patient, de l'unité et de l'hôpital, sont comparées entre les unités de soins ayant reçu l'accréditation pour la prestation pour soins aux personnes atteintes de démence et les autres unités, par un t-test et le test U de Mann Whitney pour les variables continues et les tests du chi carré (2) pour des variables catégorielles ont été rapportées. De plus, la prévalence des patients atteints de démence a été calculée en fonction du type de soins et du service clinique dans lequel l'unité de soins était située.</p> <p>Une analyse de régression logistique binomiale à plusieurs niveaux a été réalisée en utilisant la contention physique comme variable dépendante et « attestation de l'allocation de soins pour démence dans l'unité » comme variable indépendante. Le modèle de régression logistique incluait « unité de soins » en tant qu'effet aléatoire pour tenir compte des corrélations entre les patients d'une unité de soins. Sur la base des conclusions précédentes sur les facteurs de risques de la contrainte physique (Krüger et al., 2013 ; Hofmann et Hahn, 2014), l'âge (40–64 ans, 65–69 ans, 70–74, 75–79, 80–84, 85-89, 90–94 et 95 ans et plus), le sexe et le délire ont été inclus en tant que co-variables. Toutes les autres caractéristiques des patients, des unités et de l'hôpital ont également été incluses en tant que co-variables basées sur un jugement clinique. Une analyse de sensibilité a été utilisée à l'aide du modèle multivariable dans lequel l'utilisation de mitaines était exclue de la définition de la contrainte physique.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Caractéristiques de patients : Les différences entre les caractéristiques des patients, des unités et des hôpitaux inclus et exclus ont été déterminées. Des différences significatives ont été observées avec l'âge, le sexe, l'absence de diagnostic de démence et la présence de délire.</p>

Dans l'ensemble, les 23'539 patients atteints de démence avaient une moyenne de 83.1 ans (écart type (SD)= 9.0). Il y avait 10'340 patients de sexe masculin (43.9%) et 1'015 qui souffraient de délire (4.3% deux ou plus élevé dans Nu-DESC). Les signes de troubles cognitifs comprenaient :

- la difficulté de vivre seul (n=21.793, 92.6%)
- les comportements empêchant l'administration du traitement (n= 15'871, 67.4%)
- les comportements ou signes nuisibles (n= 10'949, 46.5%)
- la présence d'une déficience cognitive selon l'échelle d'évaluation dans le cadre du programme public d'assurance de soins de longues durée (n= 21'558, 91.6%)
- plus de 3 points ou plus dans l'échelle de l'EXPRES (n=20'274. 86.1%).

Il y avait 11'269 patients (47.9%) parmi lesquels l'absence de diagnostic de démence a été confirmé. Sur les 12'270 patients restant, la démence a été diagnostiquée et comprenait la maladie d'Alzheimer (n=3'860, 31.5%), la démence vasculaire (n=2'582, 21%), les corps de Lewy (n=279, 2.3%), la démence frontotemporale (n=105, 0.9%), la démence non spécifiée (n=5'032, 41%). L'absence ou la présence d'un diagnostic de démence n'a pas été décelée chez les 419 autres patients (3.4%).

La principale forme de contention était les barrières de lits. (n=7'194, 68.6 %), une ceinture ou une barre dans un fauteuil (n=2'937, 28%) et des mitaines (n=2'687, 25.6%). Les principales raisons de la contrainte étaient le risque de chutes (n=4'971, 47.4%) et le risque d'auto-extubation (n=466, 14%). Lorsque l'utilisation de mitaines a été exclue de la définition de contrainte physique, 9'643 patients sont demeurés sous contention physique (41% ; 95% CI {40.3, 41.6}).

Caractéristiques des unités :

Parmi les unités de soins, des différences significatives sont survenues dans les domaines de soins aigus alors que, seule la réadaptation différait considérablement d'un service clinique à l'autre. La présence d'une équipe spécialisée en soins palliatifs dans les hôpitaux a également révélé des différences significatives entre les participants exclus et inclus.

Sur les 2'355 unités de l'échantillon final, 1'134 ont été certifiés pour les prestations de soins aux personnes atteintes de démence (48.2%). Le nombre moyen d'infirmiers en dotation pour 100 patients hospitalisés était de 24.6 (écart-type = 54.9). Le ratio médian de dotation en personnel était de 15.4 avec un intervalle de quintile (IQR) de 10.0-25.9.

Les types de service clinique incluent la chirurgie orthopédique (n=524, 22.3%), la réadaptation (n=212, 9%), la chirurgie neurologique (n=190, 8.1%), la médecine interne cardiovasculaire (n=141. 6%), la médecine interne gastro-entérologie (n=128, 5.4%), la médecine interne respiratoire (n=120, 5.1%), la chirurgie gastro-entérologie (n=117, 5%) et l'urologie (n=97, 4.1%). Les patients atteints de démence représentaient 23.3% des patients hospitalisés le jour du sondage dans les unités de soins aigus (15'938 sur 68'671) et 35.8% (7'717 sur 21'532) dans les unités de soins subaigus. La prévalence par type de service clinique était de 36.9% (3'313 sur 8'982) en réadaptation de 31.9% (2'281 sur 7'146) en chirurgie neurologique, 25.9 % (1'345 sur 5'185) en médecine interne cardiovasculaire de 24.4% (5'140 sur 21'042), en chirurgie orthopédique 24.2% (18102 sur 4'552), en médecine interne respiratoire 21.4% (1'041 sur 4'870) en médecine interne gastroentérologique 18.6% (664 sur 3'567), en urologie et 15.7% (708 sur 4'523) en chirurgie gastro-entérologie.

Caractéristiques des hôpitaux :

Les 937 hôpitaux inclus dans l'analyse avaient une moyenne plus élevée en nombre de lits de soins de courte durée comparativement aux 2'529 hôpitaux qui ont été exclus ou ceux qui n'ont pas répondu ($t(1\ 670,95) = 5,87, p < 0,001$).

Parmi les 937 hôpitaux, 441 avaient une équipe de soins palliatifs (47.1%), 244 avaient des psychiatres de consultation-liaison (26%), 201 avaient des infirmiers formés pour les soins infirmiers de personne atteinte de démence (21.5%), 33 avaient des infirmiers spécialisés en psychiatrie et en santé mentale (3.5%) et 21 avaient des infirmiers spécialisés en soins infirmiers, en gériatrie (2.2%).

Indemnité de soins pour démence et contrainte physique :

Sur l'ensemble des 23'539 patients répartis dans 2'355 unités, il y a 11'926 patients (50.7%) dans 1'134 unités (48.2%) ont reçu l'indemnité de soins de démence tandis que les 11'613 patients restant était répartis dans 1'221 unités sans allocation. Sur les 11'926 patients des unités de soins de la démence, 5'008 (42%) patients atteints de démence ont été retenus le jour de l'enquête.

Après avoir exclu l'utilisation des mitaines, 4'574 (38.4%) des patients ont été retenus par des moyens de contention. Dans l'analyse bivariée, les patients dans les unités certifiées étaient plus susceptibles de ne pas recevoir de diagnostic de démence que s'ils étaient dans des unités de soins avec un ratio de personnel inférieur par patient, dans des unités de soins subaigus, de chirurgie neurologique, de médecine interne, de médecine interne gastrologique ou cardiovasculaire que dans les hôpitaux avec une équipe de soins palliatifs avec un infirmier spécialisé dans la démence ou un infirmier spécialisé dans la gériatrie. Les patients dans les unités de soins agréés étaient moins susceptibles de se trouver dans des unités de soins de rééducation et de chirurgie gastro-entérologique et dans les hôpitaux avec un infirmier spécialisé psychiatrique (tableau 2). Comme tous les patients atteints de délire étaient restreints, la présence de délire a été exclue de l'analyse de régression logistique multivariable.

Table 2. Characteristics of inpatients with dementia in acute hospitals

	UNIT CERTIFIED FOR DEMENTIA CARE BENEFIT (N = 11,926)	ANY OTHER UNIT (N = 11,613)	TEST STATISTICS	p-VALUE
Physical restraint use, <i>n</i> (%)	5,088 (42.0)	5,472 (47.1)	$\chi^2 (1) = 62.62$	<0.001*
Patient characteristic				
Age, year, mean (SD)	83.2 (8.8)	83.0 (9.1)	$t (23458.70) = 1.93$	0.053
Sex, male, <i>n</i> (%)	6,708 (56.2)	6,491 (55.9)	$\chi^2 (1) = 0.30$	0.586
Absence of dementia diagnosis was confirmed, <i>n</i> (%)	5,795 (48.6)	5,474 (47.1)	$\chi^2 (1) = 4.99$	0.026
Delirium, <i>n</i> (%)	494 (4.1)	521 (4.5)	$\chi^2 (1) = 1.69$	0.194
Unit characteristic				
Nurse staffing ratio per 100 inpatients on the survey day			$U = 11.31$	<0.001*
<25th percentile (10.0)	2,468 (20.7)	1,852 (15.9)		
25–75th percentile (10.0–25.9)	5,931 (49.7)	5,673 (48.9)		
>75th percentile (25.9)	3,527 (29.6)	4,088 (35.2)		
Type of care, <i>n</i> (%)			$\chi^2 (1) = 40.54$	<0.001*
Acute	7,807 (65.5)	8,054 (69.4)		
Sub-acute	4,119 (34.5)	3,559 (30.6)		
Type of clinical department, <i>n</i> (%)				
Orthopedic surgery	2,634 (22.1)	2,468 (21.3)	$\chi^2 (1) = 2.41$	0.120
Rehabilitation	1,587 (13.3)	1,705 (14.7)	$\chi^2 (1) = 9.24$	0.002*
Neurological surgery	1,201 (10.1)	1,037 (8.9)	$\chi^2 (1) = 8.90$	0.003*
Cardiovascular internal medicine	770 (6.5)	574 (4.9)	$\chi^2 (1) = 25.04$	<0.001*
Respiratory internal medicine	587 (4.9)	513 (4.4)	$\chi^2 (1) = 3.36$	0.067
Gastroenterological internal medicine	647 (5.4)	392 (3.4)	$\chi^2 (1) = 58.58$	<0.001*
Gastroenterological surgery	270 (2.3)	435 (3.7)	$\chi^2 (1) = 44.47$	<0.001*
Urology	339 (2.8)	324 (2.8)	$\chi^2 (1) = 0.06$	0.808
Hospital characteristic, available team or specialist, <i>n</i> (%)				
Specialized palliative care team	5,884 (49.3)	5,456 (47.0)	$\chi^2 (1) = 13.08$	<0.001*
Consultation-liaison psychiatrist	3,339 (28.0)	3,281 (28.3)	$\chi^2 (1) = 0.19$	0.663
Dementia nurse	3,323 (27.9)	2,124 (18.3)	$\chi^2 (1) = 303.21$	<0.001*
Psychiatric mental health nurse	256 (2.1)	566 (4.9)	$\chi^2 (1) = 129.86$	<0.001*
Gerontological nurse	362 (3.0)	178 (1.5)	$\chi^2 (1) = 59.27$	<0.001*

	<p>Après ajustement pour tenir compte des co-variables, la certification des unités a été associée à une réduction de 24% de la contention physique (42% dans les unités agréées contre 47.1% dans les autres unités, rapport de cotes ajustées, 0.76 ; IC 95% {0.63-0.92} (tableau 3). Cette association était inchangée dans l'analyse de sensibilité dans laquelle, l'utilisation de mitaines était exclue. Il a été observé que les patients de sexe masculin et les patients en soins aigus, les unités d'orthopédie, de réadaptation et de chirurgie neurologique étaient plus susceptibles d'être retraits le jour de l'enquête. Les patients atteints de démence étaient moins susceptibles d'être immobilisés lorsqu'ils étaient âgés de 40 à 84 ans que lorsqu'ils étaient âgés de 95 ans ou plus quand le diagnostic de démence était absent ou quand ils étaient dans un hôpital avec des psychiatres de consultation-liaison. L'effet aléatoire de l'unité de soins était de 3.94 (tableau 3).</p>
--	---

Table 3. Multivariable binomial logistic regression analysis of physical restraint among patients with dementia with adjusted odds ratio

	COEFFICIENT (β)	ADJUSTED ODDS RATIO [95% CI]	<i>p</i> -VALUE
Unit certified for dementia care benefit	-0.27	0.76 [0.63, 0.92]	0.005*
Patient characteristic			
Age, year, reference: 95 years and older			
40-64 years old	-0.25	0.78 [0.62, 0.98]	0.033*
65-69 years old	-0.32	0.73 [0.59, 0.91]	0.004*
70-74 years old	-0.45	0.64 [0.53, 0.77]	<0.001*
75-79 years old	-0.27	0.77 [0.65, 0.91]	0.002*
80-84 years old	-0.22	0.80 [0.69, 0.94]	0.005*
85-89 years old	-0.09	0.91 [0.79, 1.06]	0.240
90-94 years old	0.06	1.07 [0.91, 1.25]	0.416
Sex, male	0.41	1.51 [1.41, 1.63]	<0.001*
Absence of dementia diagnosis was confirmed	-0.84	0.43 [0.40, 0.47]	<0.001*
Unit characteristic			
Nursing staff ratio per patient, reference: <25th percentile			
25-75th percentile	0.13	1.14 [0.90, 1.45]	0.280
>75th percentile	0.07	1.07 [0.79, 1.45]	0.641
Type of care function, acute	0.71	2.03 [1.54, 2.69]	<0.001*
Type of clinical department			
Orthopedic surgery	0.56	1.75 [1.39, 2.20]	<0.001*
Rehabilitation	0.41	1.50 [1.03, 2.19]	0.036*
Neurological surgery	0.83	2.29 [1.64, 3.21]	<0.001*
Cardiovascular internal medicine	0.01	1.01 [0.68, 1.50]	0.967
Respiratory internal medicine	0.22	1.24 [0.81, 1.91]	0.320
Gastroenterological internal medicine	0.13	1.14 [0.75, 1.74]	0.543
Gastroenterological surgery	-0.11	0.90 [0.57, 1.42]	0.643
Urology	-0.12	0.89 [0.55, 1.45]	0.643
Hospital characteristic			
Specialized palliative care team	0.07	1.07 [0.86, 1.34]	0.520
Consultation-liaison psychiatrist	-0.27	0.76 [0.61, 0.95]	0.015*
Dementia nurse	-0.001	0.999 [0.80, 1.25]	0.996
Psychiatric mental health nurse	-0.17	0.84 [0.54, 1.31]	0.448
Gerontological nurse	-0.38	0.68 [0.39, 1.20]	0.186

<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>La contention physique</p> <p>La contention physique était courante (44.5% le jour de l'enquête) chez les patients atteints de démence dans les établissements de soins aigus. La prévalence de la contention chez les patients atteints de démence était plus élevée dans les établissements de soins aigus que dans les foyers de groupe japonais (1.8% le jour de l'enquête) (Zenkoku-Yokusei-Haishi-Kai, 2015) et dans les établissements de soins aigus du Royaume-Uni (22% lors de leur admission) (White et al., 2017). La prévalence globale n'a pas changé lorsque l'utilisation des mitaines a été exclue. Les raisons les plus fréquentes de contraintes étaient les risques de chutes et les risques d'auto-extubation, similaires observées dans les établissements de soins de courte durée occidentaux (Krüger et al., 2013). La contrainte physique à la suite d'une chute / d'une auto-extubation était moins fréquente. Les raisons de la prévalence élevée de la contention dans notre population demeure floue, une enquête plus vaste, comprenant une population plus représentative, est nécessaire pour élucider les différences dans l'utilisation de la contrainte physique par rapport à la fonction cognitive du patient et au comportement difficile, dans les perspectives des professionnels de la santé envers les patients atteints de démence.</p> <p>Dans les analyses à 2 variables, il existait diverses caractéristiques des unités et des hôpitaux avec des différences significatives entre les unités agréées et les autres. Une explication possible de cette différence peut être la disponibilité de ressources pour répondre aux besoins de la certification. Les infirmiers spécialisés dans la démence et en gériatrie pourraient participer à l'élaboration du manuel de traitement de la démence nécessaire à la certification des avantages en matière de traitement de la démence. Une autre explication possible des caractéristiques de chaque unité en ce qui concerne le bénéfice des soins de la démence dans certains types d'unités de soins, telles que la chirurgie, chirurgie neurologique, médecine interne cardiovasculaire, comme le montre la prévalence calculée de démence.</p> <p>Différences entre les unités certifiées pour l'allocation de soins pour démence et les autres unités :</p> <p>Dans les analyses à 2 variables, il y avait diverses caractéristiques de l'unité et de l'hôpital avec une importante différence entre les unités certifiées et les autres. Une explication possible de la différence est la disponibilité de ressources pour satisfaire à l'exigence de certification de la prestation pour soins aux personnes atteintes de démence. Les infirmiers spécialisés en démence et en gériatrie disponibles dans les hôpitaux pourraient participer à l'élaboration du manuel de soins des démences requis pour la certification des prestations de soins de démence. Une autre explication possible des caractéristiques de chaque unité en relation à la prestation de soins aux personnes atteintes de démence est le besoin élevé de soins dans certains types d'unités de soins, comme la chirurgie subaiguë, la chirurgie neurologique et la médecine interne cardiovasculaire, comme en témoigne la prévalence calculée de la démence.</p> <p>Indemnité de soins pour démence et contrainte physique :</p> <p>Dans l'analyse de régression logistique multivariable, la certification de l'unité était significativement associée à une prévalence plus faible de la contrainte physique chez les patients atteints de démence. Cette association était inchangée dans l'analyse de sensibilité, dans laquelle l'utilisation des mitaines était exclus. Cependant, il y a toujours 42% contre 38.4% dans l'analyse de sensibilité, de patients atteints de démence contraints dans les unités recevant des soins de démence.</p> <p>L'indemnité de soins aux personnes atteintes de démence exige que chaque unité de soins établisse un manuel de contention physique et chimique. Il est possible que ce manuel ait permis aux hôpitaux de soins aigus de maîtriser les patients atteints de démence. De plus, les probabilités ajustées, lorsque l'absence de diagnostic de démence était confirmée, étaient significativement diminués. Bien que nous n'ayons pas évalué le point de vue des infirmiers sur la démence, il est possible que la présence de démence ait pu être considérée comme une indication de contention. Par conséquent, un kit pédagogique devrait être élaborée pour guider l'approche des soins de la démence, notamment la nécessité d'éviter le recours à la contrainte physique par les professionnels</p>
---	---

	<p>de la santé dans les hôpitaux de courte durée. Il serait promoteur d'améliorer la capacité du personnel à comprendre les comportements des patients atteints de démence, en tant que communication des besoins non satisfaits.</p> <p>Parmi les caractéristiques des hôpitaux, le psychiatre de liaison-consultation disponible était significativement associé à une utilisation réduite de la contrainte physique. Cependant, aucune expertise infirmière ou l'équipe de soins palliatifs n'a montré une association significative avec la contrainte physique. Le ratio du personnel infirmier dans les unités de soins ne correspond pas non plus à la contrainte physique. Le programme japonais d'assurance maladie publique permet uniquement de faire appel à une équipe de soins palliatifs spécialisée dans les hôpitaux pour les personnes atteintes du sida et du cancer, au dernier stade. Par conséquent, la disponibilité d'une équipe de soins palliatifs à l'hôpital a peut-être eu un peu de pertinence par rapport à des équipes non spécialisées dans la gestion de la démence au Japon. De plus, même si les professionnels de la santé reconnaissent l'approche des soins aux personnes atteintes de démence, la direction de l'hôpital peut imposer l'utilisation de contentions physiques aux patients, ce qui oblige le personnel de l'hôpital à s'y conformer (Sampson et al., 2017).</p> <p>Certains facteurs environnementaux incontrôlables qui pourraient entraver la mise en œuvre des soins aux personnes atteintes de démence dans les établissements de soins de courte durée ont été signalés, notamment le manque d'espace et les exigences de traitement globales imposées aux patients (Martin et al., 2016).</p> <p>Il y avait des corrélations au sein des patients dans une unité de soins, observées comme étant l'effet aléatoire de l'unité de soins, des facteurs organisationnels ou culturels liés à l'utilisation de la contrainte physique peuvent ne pas avoir été expliqués par les caractéristiques de l'unité dans notre modèle.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'étude transversale n'a pas permis d'établir un modèle causal entre la contention physique et l'allocation de soins aux personnes atteintes de démence. - Les données manquaient d'informations sur quelques facteurs confusionnels comme la gravité de la maladie physique et les caractéristiques des hôpitaux ; elles manquaient également d'information sur les soignants spécialisés dans les soins aux personnes âgées et dans le diagnostic précoce de la démence. - De plus, l'échantillon comprenait des patients âgés avec un diagnostic de démence et de délire, des patients en phase subaiguë et les unités de soins de réadaptation et les patients hospitalisés avec une équipe spécialisée dans les soins palliatifs plutôt que ceux exclus de l'analyse. - Les résultats pourraient donc sous-estimer la prévalence de la contention physique. - Les critères de démence pourraient inclure les patients atteints d'une maladie mentale autre que la démence. <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Néanmoins, les résultats en termes de contention physique dans les hôpitaux de soins aigus offrent un aperçu possible des sociétés internationales vieillissantes.
Conséquences et recommandations	<p>La présente étude est la première à indiquer le lien entre l'allocation de soins et le recours à la contrainte physique chez les patients hospitalisés. L'indication financière a peut-être réduit l'utilisation de contrainte physique chez les patients atteints de démence dans les hôpitaux. Le recours à la contention étant encore trop présente, un kit pédagogique devrait être élaboré pour guider une approche de prise en charge de la démence, afin de garantir que les professionnels évitent l'utilisation de la contrainte.</p>
Commentaires	[Traduction libre]

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Nakanishi, M., Okumura, Y., & Ogawa, A. (2018). Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. <i>International Psychogeriatrics</i> , 30(7), 991-1000. https://doi.org/10.1017/S104161021700240X				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre précise le problème de l'étude ainsi que la population sélectionnée
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Problème : Il explique le programme qu'ils mettent en place et le but recherché => problématique. La population est citée dans le titre. Méthode : Ils nomment le plan d'étude ainsi que la sélection des services avec le total de personne participant. Le devis de recherche est clairement explicité, il s'agit d'une étude transversale. Résultat : La synthétisation des résultats est claire, ils montrent la prévalence de la contention physique, puis la différence entre les unités recevant ou non l'indemnisation. Conclusion : La problématique a été clarifiée mais n'est pas suffisamment efficace. Ils proposent un outil pédagogique pour diminuer d'avantage l'utilisation de la contention.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Oui, ils nous donnent une définition de la démence et ils expliquent les effets du milieu aigu et de la contention sur la population choisie.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Ils se basent sur différentes études appuyant les connaissances qu'ils fournissent.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Les concepts ne sont pas explicités mais les suivants ressortent : éthique et bienfaisance
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?			X	Nous savons ce que les chercheurs veulent démontrer par contre, ils précisent aussi qu'aucun système de suivi n'a été mis en place et n'ont donc pas informations à ce sujet.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			C'est une étude transversale.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Ils ne précisent pas le nombre de participants mais le nombre d'hôpitaux sélectionnés. Ce sont des patients avec des problèmes de communication, ou qui présentent des symptômes et / ou des comportements qui nuisent à la vie quotidienne, et à ceux qui ont besoin de soins personnels.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Le nombre total de participants est de 23'539.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Non, il nous manque des informations à ce sujet
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			La période de remplissage des questionnaires est mentionnée. Ils ont récolté les données grâce à des questionnaires. La présence de délire a été évaluée grâce à l'échelle Nu-DESC.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les infirmiers gestionnaires ont pu observer les soins pour compléter le questionnaire ce qui a permis de comprendre la cause de cette utilisation
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Dans un premier temps, ils ont dû définir les personnes atteintes ou non de démence. Grâce à l'évaluation fonctionnelle de la maladie d'Alzheimer version japonaise, Ensuite, 11 moyens de contention ont été définis avec les lignes directrices nationales. L'infirmier gestionnaire doit répondre au questionnaire si un de ses patients déments a été retenu. Ces raisons ont été classées en 12 catégories classées par des experts.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			L'étude a été approuvée par un comité d'éthique. Les procédures suivies étaient conformes à la déclaration d'Helsinki.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Ils se contredisent dans l'effet de l'allocation. On ne sait pas si elle a contribué à réduire l'utilisation de la contrainte physique
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont expliqués sous forme de texte et sous formes de tableaux ce qui rend les résultats compréhensibles. Tableau 1 : les raisons de l'utilisation des contentions Tableau 2 : Caractéristiques des patients hospitalisés atteints de démence dans les milieux de soins de courte durée Tableau 3 : Analyse de régression logistique binomiale multivariable de la contention physique chez les patients atteints de démence avec rapport de cotes ajusté
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Il n'y a pas de cadre conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, plusieurs études sont citées pour comparer leurs résultats à d'autres pays.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			L'étude n'a pas permis d'établir de lien entre le contention physique et l'avantage des soins aux personnes atteintes de démence. Leurs résultats pourraient sous-estimer la prévalence de contention.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			L'utilisation de la contention reste encore trop présente, ils proposent donc de mettre en place une trousse pédagogique pour guider la prise en charge de la démence.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article n'est pas clair et mal structuré.
Commentaires :	[Traduction libre]				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice H

Grille de résumé et de lecture critique d'Eskandari, Abdullah, Zainal & Wong

**Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative**

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. <i>Nurse Education in Practice</i> , 32, 52-57. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007
Introduction Problème de recherche	Plusieurs études ont démontré que les connaissances des infirmiers en matière d'utilisation correcte de la contention n'était pas satisfaisante et qu'elles avaient un sentiment mitigé quant à cette utilisation.
Recension des écrits	<p>La contrainte physique était considérée comme une méthode raisonnable pour contrôler et gérer les comportements combatifs et perturbateurs dans de nombreux établissements de soins durant plusieurs années. Actuellement, le recours à la contrainte physique est une pratique controversée. Le dilemme auquel sont confrontés les infirmiers dans le processus de décision demeure car la contention a de nombreuses conséquences négatives. Le personnel infirmier joue un rôle central dans ce processus de décision. Ils commencent le processus de décision et demandent aux médecins de commencer ou supprimer une contention physique. Auparavant, les infirmiers décidaient en se basant sur leur jugement clinique. Aujourd'hui, cela a changé en raison des nombreuses conséquences négatives telles que l'étranglement ou la mort. De nombreux organismes de santé ont commencé à demander aux hôpitaux de prendre des mesures pour réduire la contention physique et de renforcer la surveillance des patients contentonnés</p> <p>Les infirmiers utilisent la contention pour prévenir des chutes ou l'interférence des patients avec leurs traitements ou dispositifs médicaux, ainsi que pour gérer et contrôler les troubles cognitifs et du comportement tels que l'agitation et la confusion. De nombreuses études ont démontré qu'il n'y avait aucune preuve que la contention prévienne le préjudice causé aux patients. Cette utilisation a été associée à une augmentation des chutes, des ulcères dus à la pression, suffocation, conséquences psychosociologiques négatives et la mort. D'autres études évoquent qu'il n'y a aucune relation entre la réduction de tubes arrachés ou de cathéters retirés et de l'utilisation des moyens de contention. En Malaisie, Lian (2003) a découvert que la plupart des infirmiers considéraient la contention comme un dispositif de protection, de prévention et de soutien thérapeutique. Les connaissances, les attitudes et les intentions des infirmiers sont des facteurs essentiels pouvant contribuer à réduire cette pratique. La meilleure approche pour améliorer les connaissances et les attitudes consiste à effectuer des interventions éducatives. Certaines études, démontrent l'efficacité des interventions éducatives sur les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers à l'égard de la contrainte physique et la fréquence de leur utilisation dans les hôpitaux. Quelques études ont aussi rapporté aucun changement après un programme éducatif. La durée des programmes d'enseignement variait entre 1 à 12 semaines. Les différences de cultures et de milieux de travail peuvent avoir une incidence sur l'efficacité du programme d'éducation et matière de contrainte physique.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Question de recherche/buts	Le but de cette étude était de déterminer l'effet d'une intervention éducative pour les infirmiers sur la base de leurs connaissances, de leur attitude, de leur intention, de leur pratique et du taux d'incidence de la contention physique.

<p>Méthodes Devis de recherche</p>	<p>C'est une étude quantitative de type expérimental.</p>
<p>Population, échantillon et contexte</p>	<p>245 infirmiers travaillant dans 12 unités d'un grand hôpital universitaire de Kuala Lumpur ont participé à l'étude. Le taux d'incidence de la contention a été évalué dans les 12 mêmes services de l'étude en raison de la complexité de la définition et de l'application de la contrainte physique. Toutes les infirmiers (n=309), à l'exception des infirmiers chefs, des unités de soins intensifs (n=83), des unités de médecine et de chirurgie (n=112), de neurologie-neurochirurgie (n=52), de gériatrie et de réadaptation (n=32) et les services psychiatriques (n=30) ont rempli le questionnaire sur les connaissances, l'attitude, l'intention et la pratique.</p> <p>Ces services ont été sélectionnés sur la base de l'enquête sur l'incidence qui indiquait que ceux-ci avaient le taux d'incidence le plus élevé par rapport aux autres.</p> <p>Les critères d'inclusion utilisés pour sélectionner les participants comprenait la volonté de participer à cette étude. Au cours de la phase d'intervention, 64 infirmiers sur 309 ont été exclue de l'étude en raison de leur transfert dans des unités ambulatoires, congé ou de leur retraite. 80% des infirmiers de chaque service ont participé à la phase d'intervention éducative et à la phase post-évaluation de l'étude. Par conséquent, l'intervention éducative a été introduite auprès de 245 infirmiers sur 3 mois.</p> <p>Caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmiers</p> <p>Au total, 234 infirmières et 11 infirmiers ont participé à cette étude, avec un âge moyen de 26,53 ans (écart-type = 4,84), dont plus de la moitié étaient mariés (53,46 %). La plupart d'entre eux ont obtenu un diplôme en sciences infirmières (83,26 %). 60,4 % des infirmiers avaient une expérience de travail de 4 ans ou moins en tant qu'infirmiers autorisées dans les hôpitaux. La plupart d'entre eux (78,7 %) avaient reçu une formation sur la contention physique pendant leur formation en soins infirmiers, alors que seulement 11,02 % des infirmiers avaient suivi un programme de contentions en cours d'emploi. 31,83 % des infirmiers ont déclaré qu'ils avaient lu une source d'informations sur les contentions physiques au cours de la dernière année.</p>
<p>Méthode de collecte des données</p>	<p>Les listes de contrôle TiDieR et Consert ont été utilisées pour guider la section suivante sur la méthode de l'étude afin d'assurer que des informations adéquates sont incluses lors du rapport de cette étude.</p> <p>Deux types d'instruments ont été utilisés pour collecter des données : connaissance, attitude, intention et pratique des infirmiers à l'égard du questionnaire sur la contrainte physique. Les parties du questionnaire relatives aux connaissances, à l'attitude et à la pratique ont été initialement développées par Janello et Al. (1991) aux Etats-Unis. En 2006, ils ont été adoptés pour toutes les unités hospitalières. Le domaine d'intention du questionnaire (5 questions) a été développé par Werner et Mendelsson (2001) en Israël.</p> <p>Le questionnaire était composé de 3 parties avec 67 items. 22 items ont évalué les caractéristiques démographiques et professionnelles des participants et 45 items sur les connaissances, attitudes, les pratiques et les intentions avec une échelle de Likert sur des catégories de réponses de 3 à 4 points (1 = je ne suis pas d'accord à 4 je suis tout à fait d'accord), pour les connaissances de 1 à 3 (1=jamais et 3= toujours), pour la pratique de 1 à 4 (1=définitivement non et 4= définitivement oui) pour la partie intentionnelle.</p> <p>Les données sur le taux d'incidence de la contention physique ont été recueillies à partir d'un formulaire d'ordonnance de contention, vérifié par l'hôpital, sur lequel les infirmiers consignent le moment où la contention est utilisée et celle qui a été interrompue pour les patients retenus.</p>

	<p>Dans cette étude, le type de contention physique utilisé était les contentions de jambes et poignets, ceintures, gilets, une chaise contentonnée et des moufles. Les barrières de lits ont été exclues de la présente étude car elles n'étaient pas considérées comme une contrainte physique dans la politique de l'hôpital.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Les chercheurs ont effectué toutes les étapes de la conception, de collecte de données, de l'élaboration et de la mise en œuvre des interventions.</p> <p>Le questionnaire a été traduit de l'anglais en Malais. Un groupe d'experts composé de 3 infirmières cliniciennes et universitaires bilingues a trouvé une similarité élevée de significations entre chaque élément de la version traduite et de celle en anglais. Un panel composé de 10 experts bilingues a été nommé pour évaluer la validité apparente et la teneur du questionnaire. L'indice de validité du contenu (CVI) était de 80% ce qui indique une bonne validité. La cohérence interne du questionnaire était de 0.85 ce qui a démontré une cohérence interne suffisante. Le coefficient de fiabilité test-retest du score total au questionnaire était de 0.88 ce qui indiquait une stabilité acceptable sur une période d'un mois. La validité de la construction réalisée par AMOS a montré une statistique satisfaisante (Chi-squared=1053.9, df=445, SRMR=.037, CFI=.948, AGFI=.80, GFI=.824, RMSEA=0.068). Malgré qu'un score RMSEA idéal soit de 0.05 ou moins, une valeur d'environ 0.068 indique un ajustement acceptable.</p> <p>Le formulaire d'ordonnance de contention a été rempli par les infirmiers et signé par les médecins responsables de ces patients. Dans l'étude, le taux d'incidence correspond au nombre de nouveaux cas de patients ayant subi une contention physique pendant plus de 6 mois, divisé par le nombre de personnes à risque pendant les 6 mois précédants et suivants l'intervention éducative. Les données sur le taux d'incidence de contention avant l'évaluation ont été collectées dans les salles d'études (n=12) entre juillet 2013 et janvier 2014, puis comparé aux taux d'incidence post-évaluation de contrainte physique après une formation de 6 mois pour le personnel infirmier.</p> <p>Tous les patients hospitalisés dans les services mentionnés avaient été considérés comme une population à risque d'exposition à la contention. Les données post-intervention ont été complétées un mois après l'intervention éducative. 20 séances de formation ont été offertes aux infirmiers. Chaque infirmier a été invité à une journée de formation de 8h. De 15 à 20 infirmiers ont assisté à chaque séance de formation. Dans chaque séance, les participants ont été regroupés en 3 groupes pour discuter et résoudre des scénarios. Les cours ont été organisés dans une salle de conférence et une salle de discussion du Centre médical de l'Université de Malaisie. Un plan d'enseignement structuré pour l'intervention éducative a été élaboré en fonction de la politique de l'hôpital, des opinions du groupe d'experts, de l'analyse des résultats de la première phase, une revue de littérature sur la minimisation des programmes de contention physique dans les hôpitaux et du concept de la théorie du comportement planifié. L'intervention éducative s'est concentrée sur les faits et les mythes concernant l'utilisation des contentions physiques, les solutions de rechange aux contentions, en particulier pour les patients ayant des tubulures et des cathéters, les patients souffrant de troubles cognitifs et de troubles mentaux ainsi que sur le recours approprié aux contentions physiques en dernier recours. La méthode d'enseignement comprenait un cours magistral, une démonstration de certains types de contention physique et de l'utilisation appropriée de la contention physique, des discussions de groupe et trois démonstrations vidéo.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>La permission a été obtenue de Janelli qui détenait le droit d'auteur pour le questionnaire relatif aux connaissances, aux attitudes et aux pratiques. L'approbation éthique de l'étude a été obtenue auprès du Comité d'éthique de la recherche du Centre médical (réf. : 872.20). Les gestionnaires et les infirmiers participants ont été informés de l'objectif de l'étude et que la participation à la recherche n'entraînera aucun préjudice ni difficulté. Tous les infirmiers ont été invités à participer volontairement et un consentement écrit a été obtenu. Les participants ont été assurés de leur anonymat et de leur</p>

	confidentialité. Toutes les formes de contention ont été codées, assurant ainsi l'anonymat, et l'accès aux dossiers des patients n'était restreint qu'au personnel infirmier et au médecin responsable des patients. Un système de codage a également été utilisé dans le questionnaire. Les participants n'étant pas identifiés dans les rapports.																																								
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Science, version 22. Des statistiques descriptives ont été utilisées dans l'analyse des connaissances, des attitudes, des intentions et des scores de pratique des infirmiers, des caractéristiques des infirmiers et du taux d'incidence. Un test t jumelé a été utilisé pour comparer les scores moyens des connaissances, de l'attitude, de l'intention et de la pratique avant et après l'intervention. Une comparaison du taux d'incidence de l'utilisation des contentions physiques avant et après l'intervention éducative a été effectuée au moyen d'un test Z en deux proportions. L'alpha de Cronbach (α), la corrélation de Pearson (coefficient) et la modélisation par équation structurale ont été utilisés pour assurer la fiabilité et la validité de l'instrument.																																								
Présentation des résultats	<p>Effet de l'intervention éducative sur les connaissances, l'attitude, l'intention et la pratique des infirmiers :</p> <p>Un test t par paire d'échantillons a démontré une amélioration significative des connaissances, de l'attitude et de la pratique de l'auto-évaluation des infirmiers entre le pré-test et le post-test. Il y a eu une augmentation significative des scores moyens de connaissances, qui sont passés d'une moyenne de 39,61 (ET=3,76) avant l'intervention à une moyenne de 50,62 (ET=3,13) pendant la phase post-intervention ($P < 0,001$). Il y avait une différence significative dans les scores d'attitude moyen entre la phase pré-intervention (moyenne 24.00, SD=3.04) et post-intervention (moyenne 31.09, SD=2.72) ($P < 0.001$). Les résultats ont également montré qu'il y avait une différence significative entre les scores moyens de pratique entre la phase pré-intervention (moyenne 25.36, SD=4.71) et la phase post-intervention (moyenne 38.22, SD=2.69) ($P < 0.001$). Un test t par paire d'échantillon a également été effectué pour tester toutes différences dans le score moyen d'intention des infirmiers en matière de contentions physiques avant et après l'intervention éducative. Les résultats ont montré qu'il y a eu une diminution significative des scores moyens d'intention dans la pré-intervention d'une moyenne de 15,60 (SD=2,38) à une moyenne de 10,77 (SD=1,28) dans la post-intervention ($P < 0,001$). Les scores moyens d'intention les plus bas impliquent une faible intention d'utiliser des moyens de contention physique par les infirmiers. Le score de Cohen's indique une taille d'effets relativement importante pour toutes les variables. (Tableau 1).</p> <p style="text-align: center;">Comparison of knowledge, attitude, practice and intention scores between pre-intervention and post-intervention phases.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Variables</th> <th style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">n</th> <th style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Mean (SD) Pre- intervention</th> <th style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Mean (SD) Post- intervention</th> <th style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">t</th> <th style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">df</th> <th style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">P</th> <th style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">d^a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>knowledge</td> <td>245</td> <td>39.61 (3.76)</td> <td>50.62 (3.13)</td> <td>-38.964</td> <td>244</td> <td>0.001^a</td> <td>3.18</td> </tr> <tr> <td>Attitude</td> <td>245</td> <td>24.00 (3.04)</td> <td>31.09 (2.72)</td> <td>-26.497</td> <td>244</td> <td>0.001^a</td> <td>2.45</td> </tr> <tr> <td>Practice</td> <td>245</td> <td>25.36 (4.71)</td> <td>38.22 (2.69)</td> <td>-36.778</td> <td>244</td> <td>0.001^a</td> <td>3.35</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Intention^b</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">245</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">15.60 (2.38)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">10.77 (1.28)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">28.071</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">244</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">0.001^a</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">2.52</td> </tr> </tbody> </table> <p>Note: ^a calculation based on Cohen's d; ^b Lower median implies weak intention to use physical restraint. ^a Significant at the 0.05 level.</p>	Variables	n	Mean (SD) Pre- intervention	Mean (SD) Post- intervention	t	df	P	d^a	knowledge	245	39.61 (3.76)	50.62 (3.13)	-38.964	244	0.001 ^a	3.18	Attitude	245	24.00 (3.04)	31.09 (2.72)	-26.497	244	0.001 ^a	2.45	Practice	245	25.36 (4.71)	38.22 (2.69)	-36.778	244	0.001 ^a	3.35	Intention ^b	245	15.60 (2.38)	10.77 (1.28)	28.071	244	0.001 ^a	2.52
Variables	n	Mean (SD) Pre- intervention	Mean (SD) Post- intervention	t	df	P	d^a																																		
knowledge	245	39.61 (3.76)	50.62 (3.13)	-38.964	244	0.001 ^a	3.18																																		
Attitude	245	24.00 (3.04)	31.09 (2.72)	-26.497	244	0.001 ^a	2.45																																		
Practice	245	25.36 (4.71)	38.22 (2.69)	-36.778	244	0.001 ^a	3.35																																		
Intention ^b	245	15.60 (2.38)	10.77 (1.28)	28.071	244	0.001 ^a	2.52																																		

Caractéristiques démographiques et cliniques des patients immobilisés avant et après l'intervention :

Les chercheurs s'attendaient à ce qu'il n'y ait pas de différences significatives dans les caractéristiques démographiques et cliniques entre les deux groupes d'étude dans les services psychiatriques et non psychiatriques. Dans les services psychiatriques, aucune différence significative n'a été trouvée sur le sexe ($\chi^2=0.291$, $P=0.58$), l'origine ethnique ($\chi^2=0.918$, $P < 0.82$), le diagnostic ($\chi^2=1.85$, $P=0.76$) et le mois d'hospitalisation ($\chi^2=1.07$, $P=0.95$) des patients retenus avant et après intervention. Statistiquement, aucune différence significative d'âge n'a également été trouvée entre les groupes, $t(142) = -0.254$, $P=0.80$.

Dans les services non psychiatriques, il n'y avait pas non plus de différence significative en ce qui concerne le sexe ($\chi^2=0.073$, $P=0.78$), l'origine ethnique ($\chi^2=0.037$, $P=0.99$), le diagnostic ($\chi^2=8.88$, $P=0.44$), le mois de l'hospitalisation ($\chi^2=1.20$, $P=0.94$) et l'âge des patients retenus ($t(568) = -0.476$, $P=0.63$) avant et après intervention (tableau 2).

Table 2

Comparison of demographic characteristics of the restrained patients between pre-intervention and post-intervention phase in psychiatric and non-psychiatric wards.

Characteristics	Psychiatric wards			Non-Psychiatric wards		
	Pre-intervention (n = 86)	Post-intervention (n = 58)	P	Pre-intervention (n = 338)	Post-intervention (n = 232)	P
	n (%)	n (%)				
Gender						
Female	38 (44.1)	23 (39.5)	0.58 ^a	82 (24.2)	54 (23.2)	0.78 ^a
Male	48 (55.9)	35 (60.3)		256 (75.7)	178 (76.7)	
Ethnicity						
Malay-Malaysian	24 (27.9)	20 (34.4)	0.82 ^a	76 (22.4)	51 (21.9)	0.99 ^b
Chinese-Malaysian	34 (39.5)	22 (37.9)		142 (42.0)	99 (42.6)	
Indian-Malaysian	19 (22.0)	10 (17.2)		113 (33.4)	77 (33.1)	
Others	9 (10.5)	6 (10.3)		7 (2.0)	5 (2.2)	
Diagnosis						
Schizophrenia	36 (41.8)	25 (43.1)	0.76 ^b	-	-	0.44 ^b
Bipolar mood disorder	31 (36.0)	17 (29.3)		-	-	
Substance abuse	7 (8.1)	6 (10.3)		-	-	
Major depressive disorder	6 (6.9)	5 (8.6)		-	-	
Other mental disorders	6 (6.9)	5 (8.6)		-	-	
Cerebro-vascular diseases	-	-		127 (37.5)	87 (37.5)	
Respiratory diseases	-	-		41 (12.1)	35 (15.0)	
Infectious diseases	-	-		32 (9.4)	23 (3.0)	
Cardiovascular diseases	-	-		33 (9.7)	23 (3.0)	
Gastrointestinal diseases	-	-		24 (7.1)	18 (7.7)	
Cancer	-	-		24 (7.1)	17 (7.3)	
Metabolic disorders	-	-		9 (2.6)	7 (3.0)	
Renal diseases	-	-		6 (1.7)	5 (2.1)	
Cognitive impairment disorders	-	-		6 (1.7)	6 (2.5)	
Other physical diseases	-	-		39 (11.5)	11 (4.7)	
Month of hospitalization						
July	15 (17.4)	12 (20.6)	0.95 ^a	60 (17.7)	42 (18.1)	0.94 ^a
August	17 (19.7)	13 (22.4)		66 (19.5)	38 (16.3)	
September	12 (13.9)	9 (15.5)		52 (15.3)	39 (16.8)	
October	11 (12.7)	7 (12.0)		58 (17.1)	38 (16.3)	
November	15 (17.4)	7 (12.0)		48 (14.2)	36 (15.5)	
December	16 (18.6)	10 (17.3)		54 (15.9)	39 (16.8)	
Mean age (SD)	38.9 (13.9)	39.5 (15.0)	0.80 ^c	60.0 (19.7)	60.8 (19.9)	0.63 ^c

Note: ^a Analysis was carried out based on Chi-square test; ^b analysis based on Fisher's exact test; ^c analysis based on independent t-test.

Comparaison du taux d'incidence de la contrainte physique utilisée avant et après intervention éducative

Parmi tous les patients (n=7606) hospitalisés entre juillet 2013 et janvier 2014 (6 mois), 5,57 % (n=424) étaient retenus avant l'intervention éducative. Le taux d'incidence le plus élevé de contention physique était lié aux services de neurologie et de neurochirurgie (20,70 %, n = 118), suivi des services psychiatriques (13,19 %, n = 86) et des services de réadaptation gériatrique (12,33 %, n = 57). Le plus faible taux d'incidence de contention physique a été observé dans les unités de médecine et de chirurgie (1,76 %, n = 78). Dans la phase post-interventionnelle, le taux d'incidence le plus élevé a été observé dans les services de neurologie et de neurochirurgie (14,72 %, n = 77), suivi des services de gériatrie et de réadaptation (11,44 %, n = 40) puis des services psychiatriques (8,72 %, n = 58) (tableau 3).

Comme l'indique le tableau 3, le taux de diminution de l'incidence le plus élevé a été observé en neurologie et en neurochirurgie (5,98 %), suivi des services psychiatriques (5,47 %). Le résultat du test Z en deux proportions a révélé qu'il y avait une différence statistiquement significative dans le taux d'incidence de l'utilisation de contentions physiques dans chaque service, à l'exception des services de gériatrie et de réadaptation, entre la période pré- et post-intervention. En général, il y a une différence statistiquement significative du taux d'incidence de l'utilisation de contentions physiques dans 12 services entre la phase pré- et post-intervention (Z=5.129, P < 0.001) (tableau 3).

Table 3

Comparison of incidence rate of physical restraint use by ward types before and after intervention.

Ward types	Pre-intervention			Post-intervention			Pre-Post ^a		
	Hospitalized patients(n)	Restrained patients(n)	Incidence rate (%)	Hospitalized patients(n)	Restrained patients(n)	Incidence rate (%)	Incidence rate (%)	Z	P
Intensive care unit	674	46	6.82	768	35	4.50	2.32	1.865	0.03 ^a
Cardiac/critical care unit	822	39	4.74	831	27	3.21	1.53	1.652	0.05 ^a
Neurology/Neurosurgery	570	118	20.70	523	77	14.72	5.98	2.579	0.001 ^a
Medical-surgical units	4426	78	1.76	4469	53	1.13	0.63	2.256	0.02 ^a
Geriatric/Rehabilitation	462	57	12.33	350	40	11.44	0.89	0.395	0.34
Psychiatric	652	86	13.19	661	58	8.72	5.47	2.560	0.01 ^a
Total	7606	424	5.57	7602	290	3.81	1.76	5.129	0.001 ^a

Note: Analysis was carried out based on the two-proportion Z-test; ^a pre-intervention incidence rate minus post-intervention.

^a Significant at P value < .05.

Discussion Interprétation des résultats

Dans cette étude, l'intervention éducative a entraîné une augmentation statistique des scores moyens de connaissances, d'attitudes et de pratiques et une diminution des scores moyens d'intention des infirmiers envers l'utilisation de contentions physiques. Les scores moyens d'intention les plus bas impliquent une faible intention d'utiliser des moyens de contention physique par les infirmiers. A notre connaissance, il existe peu de documentation sur l'intention des infirmiers d'utiliser la contention physique.

Toutefois, des études antérieures ont fait état de résultats similaires en ce qui concerne les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contentions physiques. Dans une étude de Huang et ses collaborateurs (2009), une amélioration de la connaissance et de la pratique d'auto déclaration des infirmiers entre le groupe d'intervention et le groupe témoin et entre le pré-test et le post-test dans le groupe d'intervention a été démontrée. Bien que les scores d'attitude aient

augmenté de manière significative après l'intervention dans le groupe expérimental, il n'y avait pas de différence significative en termes d'attitude entre les deux groupes post-test. Une explication possible, un programme éducatif de 90 minutes, ne suffisait peut-être pas pour changer en profondeur l'attitude des infirmiers à l'égard de la contention physique.

Dans une autre étude, Yeh et ses collaborateurs (2004) ont signalé une augmentation du score moyen obtenu après le test de connaissances par rapport au score avant le test. Mais il n'y avait pas de différence significative dans la pratique clinique auto-déclarée des infirmiers en matière de contention physique entre la période pré- et post-intervention. Dans le cadre de cette étude, une conférence de quatre heures sur la réduction des contentions a été donnée à titre d'intervention à l'intention du personnel infirmier, ce qui pourrait être lié dans la partie pratique de l'étude à la formation de courte durée ou au cours d'un laps de temps entre le pré-test et le post-test. Les participants n'ont eu que trois jours pour faire la démonstration d'une différence dans leur pratique en matière de contention physique.

Dans une étude de Pellfolk et al (2010) qui évaluait les effets d'une intervention éducative sur les connaissances et l'attitude du personnel soignant pendant 6 mois, les résultats ont démontré une amélioration des connaissances et de l'attitude des infirmiers dans le groupe d'intervention. Le programme de formation de six mois a été présenté au moyen de conférences enregistrées sur des vidéos et de quelques notes pour des discussions de groupe organisées par des infirmiers gestionnaires.

Dans quelques études, l'intervention n'a pas pu changer les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contention physique. Par exemple, dans une étude de Dermaid et Byrne (2006), les résultats ont montré qu'il n'existait aucune différence dans les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers pour utiliser la contention physique entre les groupes d'intervention et de contrôle. Dans cette étude, les chercheurs ont expliqué que les facteurs environnementaux et les caractéristiques professionnelles des infirmiers pouvaient avoir une incidence sur leurs connaissances, leur attitude et leur comportement, bien que certains facteurs environnementaux aient eu un impact sur les unités. Dans une autre étude dans des unités psychiatriques, Kontio et ses collaborateurs (2011) ont étudié l'effet d'un cours d'apprentissage en ligne sur les compétences professionnelles des infirmiers psychiatriques en matière de contention physique, mais les résultats n'ont pas démontré les avantages de PsychNurse.net sur les connaissances et les attitudes des infirmiers en matière de contention physique. D'autres études pourraient démontrer l'efficacité de l'intervention éducative d'apprentissage en ligne sur les contraintes physiques. Il semble que dans la conception de la recherche, la méthodologie, la durée, le contenu et la stratégie d'enseignement aient pu expliquer les différences dans les résultats entre l'étude actuelle et les études précédentes. Dans cette étude, les caractéristiques des patients qui ont été considérées comme des facteurs d'effets possibles sur le taux d'incidence des contentions physiques (Knutzen et al., 2007 ; McCabe et al., 2011 ; Whittington et al., 2006 ; Zhu et al., 2013) ont été comparés dans les services psychiatriques et non psychiatriques entre les phases pré et post-intervention. Ces facteurs comprenaient des facteurs démographiques et cliniques (âge, sexe, origine ethnique, diagnostic du patient et mois d'hospitalisation). Après avoir contrôlé les effets potentiels des caractéristiques démographiques et cliniques du patient, le taux d'incidence de la contention physique a été comparé entre les phases pré- et post-intervention. Ce résultat a révélé qu'il y avait une différence statistiquement significative dans le taux d'incidence de l'utilisation de contentions physiques dans chaque service, à l'exception des services de gériatrie et de réadaptation, entre les phases pré et post-intervention. En général, il y avait une différence statistiquement significative du taux d'incidence de la contention dans les salles d'études de l'hôpital entre la phase pré et post-intervention. Cette étude est en accord avec d'autres études qui ont montré des résultats positifs d'un programme éducatif utilisé pour diminuer le taux d'utilisation des contentions physiques (Bergk et al., 2008 ; Enns et al., 2014 ; Lan et al, 2017 ; Pellfolk et al., 2010).

Contrairement à nos conclusions, Dermaid et Byrne (2006) et Lai et al (2013) n'ont signalé aucun changement du taux d'utilisation des contentions physiques dans leur étude. Dermaid et Byrne (2006) ont mené une étude cas-témoins pour évaluer

	<p>l'effet d'une intervention sur l'utilisation de contentions physiques ; il était donc nécessaire d'apparier soigneusement les services. Dans leur étude, les chercheurs ont expliqué que le résultat pouvait être affecté par ce problème. Dans l'étude de Lai et al., (2013), les chercheurs ont expliqué qu'ils avaient besoin de la collaboration de tous les membres du personnel et de la famille dans la partie intervention de l'étude. Différentes méthodes d'intervention éducatives auraient pu expliquer les différences entre les résultats de la présente étude et l'étude de Lai et al., (2013).</p> <p>Dans la présente étude, bien que le nombre de patients sous contention ait diminué après l'intervention, dans les services de gériatrie et de réadaptation, il n'y avait pas de différence significative dans le taux d'incidence de l'utilisation de contentions physiques entre deux phases dans ces services. Dans l'étude de Ludwick et al. (2008), les infirmiers pensaient qu'il y a plus d'obstacles à l'utilisation de solutions de rechange que de contention physique lorsqu'elles travaillent avec des patients âgés. Ils croyaient que " la sécurité est la chose la plus importante " dans les services de gériatrie et que les infirmiers doivent coordonner leur travail en matière de sécurité avec les autres infirmiers, les médecins, les familles et les autres travailleurs de la santé. Par conséquent, ils ressentaient trop de pression pour faire le meilleur choix afin de maintenir la sécurité des patients.</p>
Forces et limites	<p>Les infirmiers ont complété la documentation sur un formulaire d'ordonnance de contention physique, et les résultats du taux d'incidence et des modèles d'utilisation de contention physique ont été analysés à partir de cette documentation.</p> <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le personnel infirmier a peut-être signalé une estimation réduite du taux réel de recours à la contention en raison de leur intérêt social. - Deuxièmement, les données sur la pratique des infirmiers ont été recueillies à partir d'un questionnaire autodéclaré. Les données autodéclarées peuvent être influencées en raison de facteurs incontrôlables dans la façon de remplir le questionnaire, ce qui limite l'identification du comportement réel des infirmiers dans cette étude. - Troisièmement, cette étude n'a été menée que dans un seul hôpital. Il existe des protocoles différents concernant les contentions physiques dans les hôpitaux différents de Malaisie et, par conséquent, d'autres hôpitaux n'ont pas été inclus dans cette étude. Par conséquent, le potentiel de généralisation peut être limité et, enfin, nos données ne nous ont pas permis de faire correspondre plus de variables autres que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le diagnostic et le mois d'hospitalisation des patients entre la période pré- et post-intervention. <p>Bien que la plupart des études mentionnant les variables ci-dessus influencent de manière significative sur le taux d'utilisation de contention par les patients, la situation d'autres patients peut affecter la fréquence de l'utilisation des contentions physiques dans les hôpitaux.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats démontrent qu'une intervention éducative pourrait améliorer les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers et réduire leur intention de recourir à la contention. La réduction du taux d'incidence indique l'efficacité de l'intervention éducative. Réduire la contention conduit à un espace plus thérapeutique et respectueux avec un milieu moins violent et une plus grande stabilité. Cela correspond aux soins centrés sur le patient. Les résultats de cette étude et l'intervention éducative développée s'appliquent aux infirmiers, aux éducateurs en sciences infirmières, aux infirmiers gestionnaires, aux chercheurs et aux décideurs de politiques hospitalières.</p>
Commentaires	[Traduction libre]

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. <i>Nurse Education in Practice</i> , 32, 52-57. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	Le problème n'est pas explicité. Le concept est l'effet d'une intervention éducative auprès des infirmiers, sur leurs attitudes, leurs intentions, leurs pratiques, leurs connaissances et le taux d'incidence de la contrainte physique. La population n'est pas mentionnée dans le titre.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Problème : Le problème est clair dès le départ, la contention expose les patients et le personnel à des effets négatifs. C'est pour ces raisons, qu'il est devenu nécessaire d'enseigner au personnel soignant des connaissances, des compétences et attitudes en lien avec cette problématique. Méthode : Le déroulement de l'étude est expliqué. Une conception quasi-expérimentale pré-post a été utilisée pour évaluer l'effet de cette intervention éducative dans 12 services d'un hôpital, grâce à un questionnaire auto-déclaré. Résultats : La synthèse des résultats est claire. L'étude a touché 245 infirmiers, une augmentation significative a été prouvée par rapport aux connaissances et au score de la pratique, tandis qu'une diminution significative a été démontrée concernant le score d'intention. Discussion : Est faite sous forme de conclusion, l'incidence de l'utilisation de contention est présente dans les services sauf en rééducation gériatrique
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème de recherche est expliqué en évoquant la pratique controversée de la contention. Les infirmiers sont confrontés aux conséquences négatives de la contention lorsqu'ils prennent une décision. Ils ont un rôle majeur dans cette prise de décision car, en se basant sur leur jugement clinique, ils font la demande au médecin. Le contexte n'est pas cité dans le problème de recherche mais dans la question de recherche. 245 infirmiers dans 12 unités de soins différentes.

Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			Oui, plusieurs études ont été citées et démontrent qu'il n'y a aucune contention qui préviennent les préjudices causés au patient. D'autres démontre qu'il n'y a aucune relation entre la contention et la réduction des tubulures et cathéters arrachés. Certaines études ont montré que les connaissances des infirmiers en matière de contention (utilisation correcte) n'étaient pas satisfaisantes. Une étude a montré que la contention était vu comme une manière de protéger les patients.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Les concepts ne sont pas explicités mais les suivants ressortent : bienfaisance
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Il est clairement formulé : déterminer l'effet d'une intervention éducative pour les infirmiers sur la base de leurs connaissances, leurs attitudes, leurs intentions, leurs pratiques et le taux d'incidence de la contention physique.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Il n'est pas clairement explicité mais la méthode de collecte évoque le fait que le devis est quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, nous connaissons le nombre de participants, l'hôpital ainsi que le nombre de services et leurs spécificités.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, nous savons quels services ont été sélectionnés et nous savons combien d'infirmiers par service ont été inclus. Nous savons aussi les personnes qui ont été exclus.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			X	Non car les critères d'inclusion utilisés pour sélectionner les participants comprenait la volonté de participer à cette étude.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Deux types d'instruments ont été utilisés pour collecter les données (KAIP). Ils donnent les explications sur la provenance des questionnaires (USA en 1991 et Israël et 2001). Le questionnaire est composé de 3 parties, 67 items. Les données ont été analysés à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Science, version 22.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Les réponses à ces questionnaires ont permis de fournir des réponses sur les caractéristiques démographiques et professionnelles des participants, sur les connaissances, les attitudes, la pratique et l'intention des infirmiers.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les chercheurs ont effectué toutes les étapes de la conception, de collecte des données, de l'élaboration et de la mise en œuvre des interventions. Les données post-intervention ont été complétées un mois après l'intervention éducative.

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			La permission a été obtenue par Janelli qui détenait les droits du questionnaire. L'approbation a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche et du centre médical (réf 872.20). Les participants étaient volontaires et leur anonymat était préservé. Les contentions ont aussi été codées pour assurer l'anonymat. Les accès aux dossiers des patients étaient restreints qu'au personnel infirmier et aux médecins responsables.
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Science, version 22. Une comparaison du taux d'incidence de l'utilisation des contentions physiques avant et après l'intervention éducative a été effectuée au moyen d'un test Z en deux proportions. L'alpha de Cronbach (α), la corrélation de Pearson (coefficient) et la modélisation par équation structurale ont été utilisés pour assurer la fiabilité et la validité de l'instrument. Un test t par paires d'échantillons a démontré une amélioration significative des connaissances, de l'attitude et de la pratique de l'auto-évaluation des infirmiers entre le pré-test et le post-test. Un test t par paires d'échantillon a également été effectué pour tester toute différence dans le score moyen d'intention des infirmiers en matière de contention physique avant et après l'intervention éducative.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de tableaux. Le tableau 1 : Comparaison des scores de connaissances, d'attitudes, de pratiques et d'intentions entre les phases pré-intervention et post-intervention. Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques démographiques des patients retenus entre les services psychiatriques et non psychiatriques avant et après l'intervention Tableau 3 : Comparaison du taux d'incidence de la contention physique par types de services avant et après l'intervention
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Aucun cadre théorique n'a été utilisé mais les concepts suivants ressortent : Ethique, bienfaisance, autonomie, dignité
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, des études antérieures ont fait état de résultats similaires en ce qui concerne les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contention physique. Une deuxième étude démontre une amélioration des connaissances et de la pratique. Une troisième étude, montre une augmentation des connaissances après une intervention éducative.

					Une quatrième étude prouve qu'il n'y a aucune différence entre avant et après l'intervention sur les connaissances, les attitudes et la pratique mais cette étude relève le fait que les caractéristiques démographiques et environnementales peuvent aussi influencer les résultats.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Plusieurs limites ont été citées telles qu'une estimation réduite du taux réel de contention, la manière dont les données ont été récoltées (à travers un questionnaire, il est difficile d'identifier le comportement réel), l'étude a été menée que dans 1 seul hôpital.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils remarquent que l'intervention éducative pourrait améliorer les connaissances, l'attitude et la pratique et réduire leur intention de recourir à cette pratique.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		X		
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est clair et bien structuré. Les résultats sont compréhensibles grâce aux tableaux.
Commentaires :	[Traduction libre]				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice I

Interventions infirmières

Interventions infirmières

Formations

- Effectuer des interventions éducatives afin d'améliorer les connaissances et les attitudes des infirmiers concernant la contention physique (Eskandari, Abdullah, Zainal, & Wong, 2018; Johnson et al., 2016; Kwok et al., 2012; Nakanishi, Okumura & Ogawa, 2018; Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).
 - Journée de formation de 8h concentrée sur les faits et les mythes concernant l'utilisation des contentions physiques, sur les solutions alternatives, sur les patients souffrant de troubles cognitifs et de troubles mentaux et pour terminer sur la façon correcte d'utiliser, en derniers recours, les moyens de contentions.
 - Faire trois groupes pour discuter et résoudre des scénarios
 - La méthode d'enseignement comprend un cours magistral, une démonstration de certains types de contentions physiques, l'utilisation appropriée de la contention, des discussions de groupe et trois démonstrations vidéo
(Eskandari, Abdullah, Zainal, & Wong, 2018).
 - Conférence de 4 heures sur la réduction des contentions (Eskandari, Abdullah, Zainal, & Wong, 2018).
 - Améliorer la capacité du personnel à comprendre les comportements des patients atteints de démence en tant que communication des besoins non satisfaits (Nakanishi, Okumura & Ogawa, 2018).
 - Programme de formation continue dans les hôpitaux (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).
- Élaborer un kit pédagogique pour guider l'approche des soins de la démence (Nakanishi, Okumura & Ogawa, 2018).

- Un PowerPoint des dispositifs alternatifs avec des démonstrations a été fourni dans le service, la journée et le soir (Johnson et al., 2016).

Évaluation du patient et de la nécessité de la contention

- Evaluer la nécessité de la contention physique à l'aide des indicateurs « ABCDEF » et en suivant le protocole (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018).
 - A : récupération post anesthésie ; B : imprévisibilité comportementale ; C : difficultés de communication ; D : danger pour le patient ; E : prévention de l'extubation ; F : facilitation du traitement invasif
 - Etape 1 : évaluer la nécessité de la contention à l'aide des indicateurs « ABCDEF ».
 - Etape 2 : si un patient en nécessite, évaluer la faisabilité de l'utilisation et avertir les médecins.
 - Etape 3 : Intervention dans un délai de soixante minutes de l'équipe de consultation (infirmier, médecin et physiothérapeute respiratoire) afin d'évaluer l'état cognitif et comportementale du patient, l'adéquation du traitement et la faisabilité d'un substitut de contention physique.
Reconfirmer l'indication du traitement de contention puis le médecin explique cela à la famille du patient afin d'obtenir leur consentement.
Rédaction d'une ordonnance de restriction physique pour une durée de 24 heures.
 - Etape 4 : contrôler et surveiller l'état du site de contention toutes les 30 minutes. Libérer la partie du corps 15 minutes toute les 2 heures.
Evaluer l'indication de la contention toutes les 8 heures.
 - A la fin des 24 heures, si la contention est toujours nécessaire, il faut recommencer la démarche à l'étape 1.

Directives sur l'utilisation de la contention physique

- Renouveler l'ordonnance de contention physique toutes les 24 heures (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).
- Evaluer les sites de contention physique toutes les 4 heures. (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).
- Informer le patient ou la famille de la contention physique ainsi que des raisons pour lesquelles elle est mise en place. (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017)
- Des affiches présentant des dispositifs et des instructions pour la documentation dans le dossier médical électronique ont été placées à différents endroits du service (Johnson et al., 2016).
- Créer différents protocoles comprenant (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018 ; Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017)
 - Élaborer des lignes directrices pour régler les contentions physiques (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).
 - La surveillance des patients (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).

Adaptation du matériel

- Promouvoir l'utilisation de matériel adapté (Kwok et al., 2012).
 - Lit bas
 - Capteur de pression
 - Rail de lit raccourcis
- Eviter l'utilisation de cathéter urinaire chez les patients atteints de démence (Kwok et al., 2012).
 - Accompagnement fréquent aux toilettes
 - Bon contrôle de l'élimination des selles
 - Bonne réflexion quant à l'utilisation des cathéters urinaires

- Eviter l'utilisation de sonde nasogastrique (SNG) (Kwok et al., 2012).
 - Promouvoir l'alimentation manuelle prudemment
 - Si l'alimentation entérale est malgré tout nécessaire, il est recommandé d'utiliser une SNG à passage fin ou une PEG.
- Assurer le bon positionnement des tubulures et des cathéters et expliquer aux patients le but de ces dispositifs (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018)
- Utiliser du matériel adéquat pour assurer la sécurité des patients et prévenir les complications (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).

Moyens alternatifs

- Proposer des moyens alternatifs apportant des stimuli auditif, mental et visuel (Johnson et al., 2016 ; Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).
 - Approches environnementales
 - Respecter le temps de sommeil
 - Allumer les lumières pendant la journée et les éteindre la nuit
 - Contrôler l'excès de bruit
 - Contrôler l'ambulation fréquente des patients
 - Activités thérapeutiques et stimulantes cognitives
 - Musique
 - Orientation du patient
 - Communication fréquente avec le patient
 - Objets familiers dans la chambre
 - Personnel soignant cohérent
 - Couvertures avec des boutons
 - Tissus texturés
 - Cadre avec une photo préférée

- Boucles et ceintures
 - Porte-monnaie à glissière
 - Porte-clés
 - Poupées molles avec un corps rembourré
 - Animaux empaillés avec ou sans dispositif audio intégré comprenant quatre sons différents : pulsations cardiaques, averses de printemps, vagues et chants des baleines
 - Dispositif permettant aux patients de tordre et de transformer des objets en de nouvelles formes, de les déplacer et de les écraser avec différents degrés de résistance
 - Massage et musicothérapie (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017)
- Des paquets stratifiés ont été affichés montrant les différents dispositifs thérapeutiques alternatifs (Johnson et al., 2016).

Soins multidisciplinaires

- Favoriser les soins multidisciplinaires afin d'avoir la possibilité de travailler ensemble pour trouver la meilleure stratégie pour réduire les contraintes physiques tout en garantissant la sécurité des patients (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018).
- Disponibilité d'infirmiers spécialisés en psychiatrie, en démence ou en gériatrie (Nakanishi, Okumura & Ogawa, 2018).
- Faire recours à une équipe multidisciplinaire pour évaluer et déterminer l'utilisation des contentions physiques (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).

Soins centrés sur le patient

- Privilégier la dignité et le confort du patient (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).

- Calmer les patients qui ne sont pas complètement conscients ou agités (Lin, Liao, Yu, Chu & Ho, 2018).

Mesures environnementales

- Création d'un environnement confortable (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).
- Placer le patient à proximité du poste de soins infirmiers (Suliman, Aloush & Al-Awamreh, 2017).

Coûts financiers

- Examiner le rapport coût-efficacité car la réduction des contraintes physiques peut engendrer des coûts financiers pour certains hôpitaux (Johnson et al., 2016)