



**Heds FR**

Haute école de santé Fribourg  
Hochschule für Gesundheit Freiburg

BACHELOR EN SOINS INFIRMIERS / BACHELOR IN PFLEGE

# **INTERVENTIONS INFIRMIERES PERMETTANT DE LIMITER L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE DANS LES SERVICES D'URGENCE**

**Une revue de littérature**

Travail de Bachelor

Par

**Adrien Andrey et Valentin Bossens**

Promotion 2016-2019

Sous la direction de : Fernando Manuel Correia Pinto  
Santana

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

11 juillet 2019

## Résumé

**Problématique** : La contention physique est une pratique fréquente et acceptée dans les services d'urgence, avec une prévalence estimée entre 0.4 et 0.8 pour mille. Elle remet en question l'autonomie du patient et la qualité des soins.

**Objectifs** : Quelles sont les interventions infirmières permettant de limiter l'utilisation de la contention physique dans les services d'urgence ?

**Cadre théorique** : Cette recherche se base sur le modèle d'intermédiaire culturel de Nadot et sur les concepts d'agressivité et de violence.

**Méthode** : Cette recherche est une revue de littérature.

**Résultats** : La désescalade de la violence est efficace dans 61% des situations d'agressivité. Une majorité d'infirmiers pensent que la contention physique est contraire au principe d'advocacy mais 88.5% estiment qu'elle défend la dignité humaine. Près de la moitié d'entre eux possèdent des connaissances insuffisantes en la matière.

**Conclusion** : Une prise en charge précoce des situations à risque permettrait probablement de limiter l'utilisation de la contention physique. Le recours à des méthodes alternatives semble être un moyen potentiellement très efficace de gérer l'agitation et l'agressivité des patients. Pour favoriser l'application de ces pratiques, il est nécessaire d'améliorer la formation des infirmiers en matière de contention physique et d'application des méthodes alternatives.

**Mots-clés** : contention physique, méthodes alternatives, service d'urgence, agressivité, violence

## Tables des matières

Résumé .....	ii
Liste des tableaux .....	v
Liste des figures .....	vi
Remerciements .....	vii
Introduction.....	1
Problématique .....	4
Question de recherche .....	6
Cadre théorique.....	7
Le modèle d'intermédiaire culturel de Nadot.....	8
Concepts .....	10
Violence .....	10
Agressivité.....	11
Méthode .....	13
Argumentation et choix du devis .....	14
Bases de données .....	14
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	14
Critères d'inclusion .....	14
Critères d'exclusion .....	15
Stratégie de recherche.....	15
Résultats .....	18
Motifs de recours à la contention physique.....	19
Facteurs influençant la décision de recourir à une contention physique.....	20
Caractéristiques des patients sous contention physique .....	20
Conséquences de la contention physique .....	21
Conséquences pour le patient .....	22
Conséquences pour le personnel soignant.....	23
Conséquences sur la relation thérapeutique.....	23
Conséquences organisationnelles .....	23
Documentation de la contention physique .....	24
Modalités d'application de la contention physique .....	25
Protocoles au sujet de la contention physique .....	25
Association avec une contention chimique .....	26

Collaboration avec le service de sécurité.....	27
Méthodes alternatives à la contention physique .....	27
Détection des signes d'agressivité.....	27
Gestion comportementale .....	28
Désescalade de la violence .....	29
Traitement étiologique.....	31
Création de nouveaux postes .....	31
Représentations des infirmiers en matière de contention physique.....	31
Connaissances des infirmiers en matière de contention physique .....	33
Formation des infirmiers.....	34
Discussion .....	36
Interprétation des résultats.....	37
Motifs de recours à la contention .....	37
Facteurs influençant la décision de recourir à une contention physique..	37
Caractéristiques des patients sous contention physique .....	39
Conséquences de la contention physique .....	39
Documentation de la contention physique .....	41
Modalités d'application de la contention physique .....	41
Méthodes alternatives à la contention physique .....	42
Représentations des infirmiers en matière de contention physique.....	44
Connaissances des infirmiers en matière de contention physique .....	45
Formation des infirmiers.....	45
Forces et limites .....	46
Implications pour la pratique .....	47
Pistes de recherches futures.....	49
Conclusion.....	50
Références .....	52
Appendice A .....	55
Appendice B .....	57

### Liste des tableaux

Tableau 1	<i>Equation de recherche numéro 1</i>	15
Tableau 2	<i>Equation de recherche numéro 2</i>	16
Tableau 3	<i>Equation de recherche numéro 3</i>	16
Tableau 4	<i>Equation de recherche numéro 4</i>	17
Tableau 5	<i>Equation de recherche numéro 5</i>	17

## Liste des figures

Figure 1. Modèle d'intermédiaire culturel. ....	10
---	----

## **Remerciements**

Nous souhaitons d'abord remercier notre directeur du Bachelor Thesis, Monsieur Fernando Manuel Correia Pinto Santana, qui nous a donné de précieux conseils et guidés tout au long de l'élaboration de notre revue de littérature.

Nos remerciements vont également à Monsieur Michel Andrey, pour la relecture de notre travail et les propositions de corrections apportées.

## **Introduction**

L'agressivité et la violence sont fréquentes dans le domaine des soins. Environ 80% des infirmiers sont agressés par un patient au moins une fois dans leur carrière (Cunha et al., 2016). Ces situations peuvent amener le personnel soignant à utiliser des méthodes de contention envers le patient.

Les auteurs ont choisi d'aborder cette thématique suite à leur parcours professionnel respectif. Durant leurs diverses expériences au sein de services d'urgence, ils ont fréquemment été confrontés à des cas d'agressivité et de violence, qui ont conduit à des situations de contention physique. De nombreux dysfonctionnements les ont interpellés et encouragés à la réflexion.

Selon Chapman et al. (2016), la contention vise à restreindre la liberté de mouvement du patient, son activité physique ou un accès normal à son corps, sans son consentement libre et éclairé. Elle regroupe la contention physique, la contention chimique et les méthodes d'isolement. Le présent travail porte essentiellement sur la contention physique. Celle-ci comprend la contention manuelle, soit le recours à des prises pour immobiliser le patient, et la contention mécanique, soit l'utilisation de moyens matériels d'immobilisation.

La contention physique a longtemps été considérée comme une méthode raisonnable pour contrôler les comportements agressifs et violents. Traditionnellement, les infirmiers décidaient de l'application ou du retrait de la contention par leur jugement, indépendamment d'un ordre médical. Aujourd'hui, la contention physique est une pratique controversée. Les infirmiers jouent toujours un rôle central dans le processus décisionnel, conseillent les médecins et supervisent la mise en place ou le retrait des mesures de contention. Cependant, la situation tend à évoluer en raison de nombreuses conséquences néfastes et d'un appel international à réduire l'utilisation de la contention physique et à accroître la surveillance des patients sous contention. Malgré cela, la contention physique reste une pratique

courante dans les services d'urgence (Eskandari, Abdullah, Zainal & Wong, 2018). Downey, Zun et Gonzales (2007) affirment que les comportements agressifs sont en augmentation, ce qui souligne la nécessité de réfléchir à la façon de contrôler ces comportements et d'assurer la sécurité du patient, du personnel et de l'environnement.

La contention physique est une pratique controversée dans le domaine des soins. Son utilisation est notamment régie par divers organismes. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), qui évalue et défend la qualité et la sécurité des soins aux Etats-Unis, fait pression pour réduire l'utilisation de la contention physique (Downey et al., 2007). Au Portugal, la Direction Générale de la Santé (DGS) est l'organisme public de référence pour les questions de santé, notamment en ce qui concerne la réglementation et la surveillance du respect des normes de sécurité. Elle stipule que la contention physique devrait avoir pour seul but de garantir la sécurité du patient en cas d'échec des méthodes alternatives (Cunha et al., 2016).

De manière générale, il est interdit d'utiliser des mesures de contention envers les patients. Toutefois, suivant certaines conditions très strictes, il est possible de mettre en place des mesures limitant la liberté de mouvement de l'individu. La contention physique doit être documentée, ne peut être appliquée que pour une durée limitée et doit faire l'objet de réévaluations régulières afin d'évaluer sa pertinence. En Suisse, la réglementation de la contention varie d'un canton à l'autre (Etat de Fribourg, 2017).

La contention physique est difficilement acceptée par la société d'un point de vue éthique, puisqu'elle porte atteinte à l'autonomie, la dignité et l'individualisme du patient (Cunha et al., 2016 ; Eskandari et al., 2018). Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (2015), l'autonomie et le consentement éclairé du patient sont des éléments indispensables pour des soins de qualité et le respect des principes

éthiques. L'usage de la contention physique est donc contraire à ce concept clé, mais certaines situations l'exigent parfois, notamment lorsque les principes de bienfaisance et de non-malfaisance ne peuvent être respectés autrement. L'application de telles mesures doit tout particulièrement respecter les principes de subsidiarité et de proportionnalité. Cela implique que la contention physique doit être nécessaire et appropriée en fonction de chaque situation (Académie Suisse des Sciences Médicales, 2015). Downey et al. (2007) relèvent la difficulté pour les soignants d'établir un équilibre entre les droits des patients et la réduction des risques envers eux-mêmes, les autres patients et le personnel soignant.

### **Problématique**

De nombreuses études au sujet de la contention physique dans les services d'urgence ont été publiées en Océanie, mais très peu en Europe. Il existe des lacunes dans la littérature concernant les indications, les facteurs prédisposants et les complications de cette pratique (Beysard, Yersin & Caron, 2018). Chapman et al. (2016) soulignent également que la contention manuelle, malgré qu'elle soit une pratique acceptée, n'est le sujet que de rares recherches aux urgences, alors qu'elle est fréquemment étudiée en psychiatrie.

La prévalence de la contention physique au sein des services d'urgence varie considérablement dans la littérature. Mion et al. (2010), soulignent une grande différence de prévalence entre les différents hôpitaux, où elle peut être jusqu'à dix fois supérieure, et entre des services comparables, où elle est jusqu'à quarante-et-une fois supérieure. Ces variations persistent même en tenant compte des spécificités des différents services, des caractéristiques sociodémographiques des patients, de l'état ventilatoire, de la dotation en personnel et du type d'hôpital. Zun (2003) affirme que 25% des services d'urgence universitaires ont recours au moins

une fois par jour à des méthodes de contention physique, avec une prévalence de 0.7 pour mille. Chapman et al. (2016) rapportent une estimation subjective du taux de contention s'élevant à 0.8 pour mille admissions. Beysard et al. (2018) font part d'une prévalence de huit cas de contention physique pour mille admissions dans leur étude réalisée dans un hôpital universitaire suisse. Ils opposent ce résultat aux chiffres découverts lors de leur recension des écrits, en estimant que le taux de 0.4 pour mille n'est probablement pas représentatif de la réalité à cause du manque de documentation à ce sujet.

Plusieurs auteurs ont démontré l'inefficacité de la contention physique et les préjudices qui peuvent en découler. Beysard et al. (2018) soulignent que 86% des contentions physiques sont inefficaces et que 91% des patients luttent contre celles-ci. Eskandari et al. (2018) affirment également que de nombreuses études ont démontré qu'il n'existe aucune preuve scientifique de l'efficacité de la contention physique dans la prévention d'éventuels préjudices pour le patient. Au contraire, ils stipulent qu'elle est reliée à une augmentation du nombre de chutes, d'escarres, de suffocations, de conséquences psychologiques et de décès. Ils prétendent également que la diminution du taux de contention physique peut amener plusieurs bénéfices, comme un espace thérapeutique plus respectueux, un milieu moins violent, une plus grande efficacité du personnel et une pratique en harmonie avec une approche centrée sur le patient.

Les auteurs de cette revue de littérature s'intéressent à une population qui comprend tous les patients dont l'âge est égal ou supérieur à seize ans. Cette tranche d'âge peut paraître large, mais elle permet d'avoir un aperçu exhaustif de l'ensemble des situations de contention dans un service d'urgence, notamment parce que les motifs d'admission ou les caractéristiques des prises en charge peuvent varier en fonction de l'âge. La population pédiatrique a été exclue, car la médecine d'urgence

pédiatrique implique de nombreux facteurs spécifiques qui dépassent le cadre global de l'agitation aux urgences et qui compliquent l'établissement de parallèles avec une population adulte.

Dans les services d'urgence, le premier professionnel de la santé en contact avec le patient est très souvent un infirmier, notamment durant la première évaluation clinique effectuée au tri lors de l'admission. Par la suite, l'infirmier possède un contact étroit et régulier avec le patient, ce qui fait de lui un acteur prépondérant de la prise en charge. Les auteurs se questionnent donc sur le rôle de l'infirmier dans la limitation de l'utilisation de la contention physique dans les services d'urgence.

#### **Question de recherche**

En se référant aux données précédentes, les auteurs décident de formuler la question de recherche comme suit : « Quelles sont les interventions infirmières permettant de limiter l'utilisation de la contention physique chez les patients adultes dans un service d'urgence afin d'améliorer la qualité des soins et diminuer le risque de complication ? ».

## **Cadre théorique**

Afin d'étoffer leur cadre théorique et d'affiner leur processus de recherche, les auteurs de cette revue de littérature ont choisi de s'intéresser au modèle d'intermédiaire culturel de Nadot, ainsi qu'aux concepts de violence et d'agressivité.

### **Le modèle d'intermédiaire culturel de Nadot**

Le modèle d'intermédiaire culturel de Nadot définit la profession infirmière selon quatre systèmes culturels (voir Figure 1).

Le premier système, nommé SC1, correspond au système socio-sanitaire. Il regroupe le contexte politique, économique et juridique, le réseau de santé et le cadre institutionnel. L'infirmier, dont le rôle est régi par ce système, fournit des prestations de service pour le système de santé (Nadot, Busset & Gross, 2013). En lien avec SC1, la contention physique est influencée par les bases légales, les protocoles institutionnels, la dotation en personnel, le matériel à disposition, les limites architecturales, la collaboration interdisciplinaire ou encore le flux des patients.

Le deuxième système, SC2, s'apparente à la culture médicale. Il fait référence à la fonction médico-déléguée de l'infirmier, qui fournit également des prestations de service pour le corps médical. Il comprend toutes les interventions infirmières médico-déléguées qui visent à diagnostiquer, traiter ou prévenir les pathologies (Nadot et al., 2013). Comme pour SC1, des éléments appartenant à SC2 ont un impact sur la contention, à savoir les différents facteurs cliniques et paracliniques qui influencent la décision d'application de la contention physique, les complications psychosomatiques de celle-ci ou encore les antécédents du patient.

Le troisième système, SC3, correspond au patient et son entourage d'une part, ainsi qu'aux caractéristiques du soignant d'autre part. Ici, les prestations de service sont destinées à la personne soignée et ses proches. SC3 évoque donc le rôle infirmier autonome, sa fonction indépendante et réflexive (Nadot et al., 2013). Les

composantes de SC3 qui influencent la contention physique du côté du patient comprennent notamment son histoire de vie. Côté soignant, le niveau d'expertise du personnel, la formation continue ou la motivation à utiliser des méthodes alternatives font partie des éléments influençant la décision de recourir ou non à la contention physique. Prenant en compte ces deux pôles, la qualité de la relation entre le patient et les soignants a également un impact réciproque avec cette décision.

Nadot définit donc le rôle infirmier comme celui d'intermédiaire culturel, qui combine des prestations de service fournies aux acteurs de trois cultures distinctes, pas forcément toujours en synergie. Ceci compose le dernier système culturel, SC4. Nadot stipule également que les acteurs de chaque système sont à la fois les bénéficiaires et les prestataires de l'activité infirmière. Cette prestation est ainsi une réponse à des signaux perçus par l'infirmier en provenance de ces différents protagonistes. Le principal intérêt de ce modèle est qu'il structure l'ensemble de l'activité infirmière avec réalisme et qu'il tient compte avec lucidité des facteurs influençant les actes infirmiers (Nadot et al., 2013). Le système SC4 est donc au cœur de la problématique et guide le travail de recherche ainsi que le processus réflexif des auteurs.

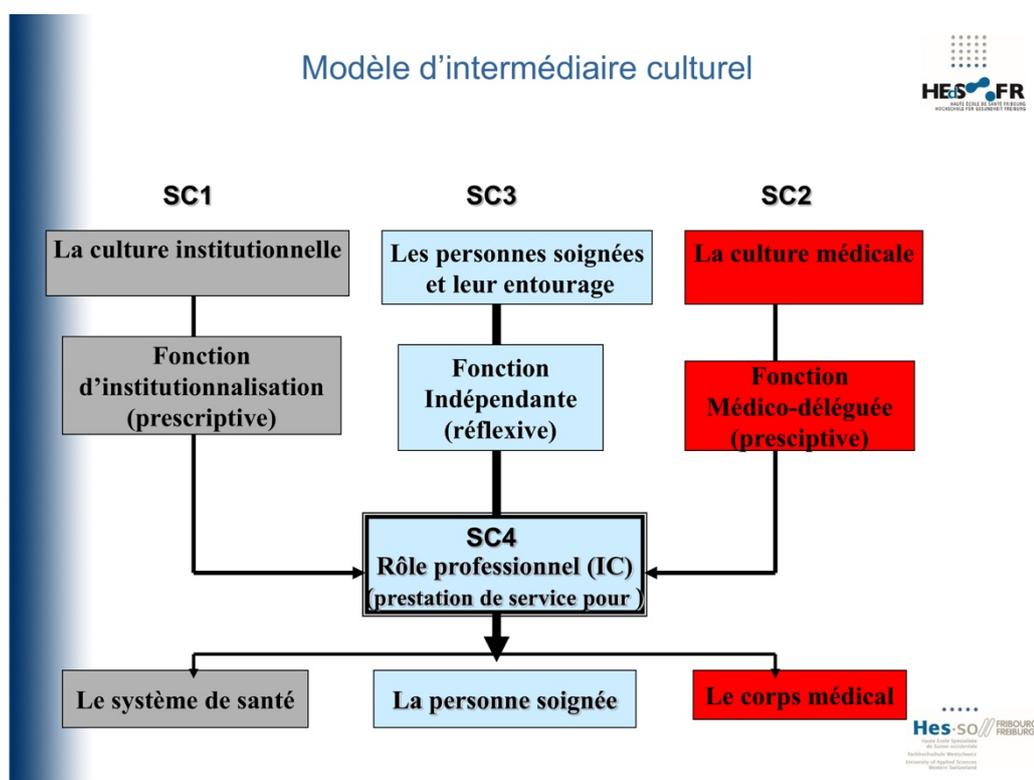


Figure 1. Modèle d'intermédiaire culturel.

(Haute école de santé Fribourg, 2018)

## Concepts

### Violence

La question de la contention est étroitement liée au concept de violence. Selon Formarier et Jovic (2012), l'OMS définit la violence comme :

La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations. (p.302)

C'est un concept complexe et multidimensionnel qui peut prendre différentes formes : violence psychologique et émotionnelle, physique, sexuelle ou économique. Elle peut aussi se manifester sous la forme de privation de liberté ou de négligence. La violence comporte également une dimension subjective qui rend sa définition et son évaluation difficiles. En effet, chacun possède sa propre représentation de la violence, de par son vécu familial et social.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (2015) décrit toutes les mesures de contention comme une limitation de la liberté de mouvement. Par conséquent, la contention physique représente une forme de violence. De plus, son application représente pour le patient un acte traumatisant, qu'il peut ressentir comme une violence physique et psychique. La contention physique est souvent appliquée en réponse à un acte de violence envers le patient lui-même, ses proches, d'autres patients, le personnel soignant ou l'environnement matériel (Cunha et al., 2016). Elle peut s'apparenter à la fois comme une cause et une conséquence de la violence. Le caractère subjectif de la violence peut provoquer des différences de représentations et de perceptions parmi les infirmiers, qu'il est essentiel de prendre en compte.

### **Agressivité**

Selon Formarier et Jovic (2012), l'agressivité, concept proche de la violence, est inhérente aux relations humaines et se réfère à un comportement qui vise à nuire, à détruire, à dégrader, à humilier ou à contraindre, de manière consciente ou non. Elle peut aussi bien faire référence à une conduite, un comportement, un sentiment, une pulsion qu'à un instinct et peut se résumer en trois attitudes principales : l'attaque, la fuite et l'inhibition. Les manifestations de l'agressivité comprennent l'évitement, le refus d'aide, un comportement oppositionnel, des paroles blessantes, des attitudes menaçantes ou des actes de violence. Un contexte pathologique bouleverse les

mécanismes de défense somatiques et psychiques habituels du patient, ce qui peut se manifester par de l'agressivité envers l'environnement. Même involontairement, le soignant exerce un pouvoir sur le patient et détient ainsi une certaine forme d'autorité. De plus, il est parfois amené à prendre des décisions et à intervenir sans solliciter l'avis du patient. L'agressivité est une notion subjective qui dépend de l'interprétation d'un comportement par la personne qui se sent agressée, alors que ce comportement peut ne revêtir aucune hostilité envers cette personne (Formarier & Jovic, 2012).

Selon Cunha et al. (2016), un service d'urgence peut représenter pour le patient un environnement stressant et inconnu, ce qui peut être la source ou le facteur favorisant l'agressivité. Confrontés à des situations d'urgence et parfois obligés de prendre des décisions rapidement, les infirmiers sont susceptibles d'interpréter de manière erronée les signaux émis par le patient, en surestimant son agressivité. En parallèle, l'enchaînement rapide des interventions peut accroître l'incompréhension du patient stressé et potentiellement conduire à un comportement agressif. A l'instar de la violence, l'agressivité peut s'apparenter à une cause ou une conséquence de la contention physique. En effet, le patient peut également percevoir la contention comme une attitude agressive envers lui.

## **Méthode**

Dans ce chapitre, les auteurs expliquent les différentes étapes par lesquelles ils sont passés afin de sélectionner des articles pertinents pour répondre à leur problématique.

### **Argumentation et choix du devis**

Les critères d'évaluation du Bachelor Thesis exigent qu'il soit réalisé sous la forme d'une revue de littérature. Selon Fortin et Gagnon (2016), une revue de littérature consiste en une synthèse critique des savoirs issus des recherches antérieures sur une problématique précise.

### **Bases de données**

Les recherches d'articles ont été menées entre novembre et décembre 2018. Afin d'effectuer une synthèse de littérature au sujet de la contention physique dans les services d'urgence, le moteur de recherche Google Scholar a été utilisé. Par la suite, des bases de données spécifiques au contexte de la santé ont été consultées, à savoir PubMed et ScienceDirect.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Pour affiner leurs recherches, les auteurs de cette revue de littérature ont défini les critères d'inclusion et d'exclusion présentés ci-dessous.

#### **Critères d'inclusion**

- Articles traitant de la contention physique
- Contexte de soins aigus
- Date de publication inférieure ou égale à 15 ans
- Articles en français ou en anglais

### Critères d'exclusion

- Articles payants
- Revues de littérature et méta-analyse
- Population pédiatrique
- Articles ne traitant que d'une population gériatrique
- Articles avec des résultats ne répondant pas à la problématique

### Stratégie de recherche

Les tableaux suivants démontrent les différentes combinaisons de mots-clés et de MeSH Terms qui ont conduit à la sélection des articles.

Tableau 1

#### Equation de recherche numéro 1

<b>MeSH terms</b>	((«Restraint, Physical»[Mesh]) AND «Emergency Service, Hospital»[Mesh]) AND «Adult»[Mesh]
<b>Base de données</b>	PubMed
<b>Filtres</b>	15 ans
<b>Articles trouvés</b>	40
<b>Articles retenus</b>	3
<b>Références des articles</b>	
Beysard, N., Yersin, B., & Carron, P.-N. (2018). Mechanical restraint in an emergency department: a consecutive series of 593 cases. <i>Internal and Emergency Medicine</i> , 13(4), 575-583. <a href="https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6">https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6</a>	
Chapman, R., Ogle, K. R., Martin, C., Rahman, A., McKenna, B., & Barnfield, J. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the Emergency Department: a qualitative perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(9-10), 1273-1281. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13159">https://doi.org/10.1111/jocn.13159</a>	
Zun, L. S. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. <i>The Journal of Emergency Medicine</i> , 24(2), 119-124. <a href="https://doi.org/10.1016/S0736-4679(02)00738-2">https://doi.org/10.1016/S0736-4679(02)00738-2</a>	

Tableau 2

*Equation de recherche numéro 2*

<b>MeSH terms</b>	((«Restraint, Physical»[Mesh]) AND «Dangerous Behavior»[Mesh])
<b>Base de données</b>	PubMed
<b>Filtres</b>	15 ans
<b>Articles trouvés</b>	36
<b>Articles retenus</b>	1
<b>Références des articles</b> Mion, L. C., Sandhu, S. K., Khan, R. H., Ludwick, R., Claridge, J. A., Pile, J., ... Winchell, J. (2010). Effect of Situational and Clinical Variables on the Likelihood of Physicians Ordering Physical Restraints. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 58(7), 1279-1288. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02952.x">https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02952.x</a>	

Tableau 3

*Equation de recherche numéro 3*

<b>MeSH terms</b>	((«Behavior Therapy»[Mesh]) AND «Emergency Service, Hospital»[Mesh]) AND «Adult»[Mesh])
<b>Base de données</b>	PubMed
<b>Filtres</b>	15 ans
<b>Articles trouvés</b>	51
<b>Articles retenus</b>	1
<b>Références des articles</b> Schumacher, J. A., Gleason, S. H., Holloman, G. H., & McLeod, W. T. (2010). Using a single-item rating scale as a psychiatric behavioral management triage tool in the emergency department. <i>Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association</i> , 36(5), 434-438. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.013">https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.013</a>	

Tableau 4

*Equation de recherche numéro 4*

<b>MeSH terms</b>	((«Behavior Control»[Mesh]) AND «Communication»[Mesh]) AND «Adult»[Mesh]
<b>Base de données</b>	PubMed
<b>Filtres</b>	15 ans
<b>Articles trouvés</b>	76
<b>Articles retenus</b>	1
<b>Références des articles</b>	
Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(15-16), 2180-2188. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13239">https://doi.org/10.1111/jocn.13239</a>	

Tableau 5

*Equation de recherche numéro 5*

<b>Mots-clés</b>	« Physical restraint » « Knowledge » « Nursing »
<b>Base de données</b>	Sciadirect
<b>Filtres</b>	5 ans, libre accès, articles de recherche
<b>Articles trouvés</b>	44
<b>Articles retenus</b>	2
<b>Références des articles</b>	
Cunha, M., André, S., Bica, I., Ribeiro, O., Dias, A., & Andrade, A. (2016). Chemical and Physical Restraint of Patients. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i> , 217, 389-399. <a href="https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109">https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109</a>	
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. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007">https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007</a>	

## Résultats

La lecture et l'analyse des articles ont permis de dégager différentes thématiques en lien avec la contention physique dans les services d'urgence (Appendice B). Ces résultats sont mis en avant dans ce chapitre.

### **Motifs de recours à la contention physique**

Les motifs de recours à la contention physique sont nombreux et variés. D'abord, elle permet la gestion des patients violents et agressifs (Chapman et al., 2016 ; Cunha et al., 2016 ; Eskandari et al., 2018 ; Zun, 2003). Ces comportements violents sont souvent en lien avec l'abus de drogue ou d'alcool (Chapman et al., 2016 ; Zun, 2003). Par ce biais, elle sert à prévenir les préjudices envers le patient lui-même, les autres patients, le personnel et les proches (Chapman et al., 2016 ; Cunha et al., 2016 ; Eskandari et al., 2018 ; Zun, 2003). La contention physique est également souvent utilisée pour prévenir les chutes chez des patients présentant des troubles cognitifs ou comportementaux (Cunha et al., 2016 ; Eskandari et al., 2018). La contention physique vise parfois à protéger les patients lors de traitements invasifs, à préserver l'équipement vital et à prévenir l'interruption des traitements (Cunha et al., 2016).

Selon Chapman et al. (2016), la contention manuelle peut être appliquée dans le but d'administrer des médicaments ou de réaliser des interventions et des examens diagnostiques en cas de non compliance de la part du patient. Dans ce cas de figure, l'application de la contention physique suppose que le patient est incapable de discernement. Elle peut également être utilisée dans le cas où un patient souhaiterait quitter le service contre l'avis médical.

Selon Zun (2003), la contention physique est appliquée en présence d'un comportement violent et perturbateur (29.2%), d'agitation (25.2%), de risque suicidaire (16.8%), d'homicide (7.4%), d'intoxication à l'alcool ou à la drogue (7.4%), de confusion (6.4%), de catatonie (1.7%), de démence (1.7%) ou d'autres indications

(4%). Il souligne que 40.3% des patients sous contention physique cumulent plusieurs de ces indications.

### **Facteurs influençant la décision de recourir à une contention physique**

Le manque d'infrastructure, comme des salles de détente ou de défouloir pour les patients agités, le manque de temps pour l'utilisation de méthodes alternatives à la contention physique de la part des soignants et les problèmes organisationnels sont des facteurs favorisant le recours à la contention physique (Chapman et al., 2016 ; Cunha et al., 2016).

Dans leur étude, Mion et al. (2010) se sont intéressés aux facteurs influençant la probabilité de recourir à la contention physique. Dans une situation similaire, un patient présentant un diagnostic de démence modérée a plus de chance (1.7 fois) de subir une contention physique, tout comme un patient dépendant à l'alcool (1.5 fois). Le comportement du patient a une influence statistiquement significative dans les cas suivants : des tremblements, une atteinte aux instruments médicaux et une tentative de sortir du lit malgré une réorientation de la part des soignants. Au contraire, certains signes cliniques diminuent la probabilité de recourir à la contention physique, à savoir la tachycardie ou l'hyperthermie. La probabilité d'appliquer une contention physique varie principalement en fonction du comportement et non des signes cliniques. De plus, les médecins sont presque deux fois moins susceptibles d'ordonner une contention physique s'ils ne connaissent pas l'infirmier ou s'ils n'ont pas confiance en son jugement.

### **Caractéristiques des patients sous contention physique**

L'hétérogénéité des patients aux urgences complexifie le processus décisionnel de l'application de la contention physique (Mion et al., 2010). Malgré cette

hétérogénéité, certaines catégories sont récurrentes (Beysard et al., 2018). Selon Lavelle et al. (2016), le jeune âge et les antécédents de violence sont des facteurs de risque d'agressivité. Downey et al. (2007) affirment que les patients agités sont souvent accompagnés par la police pour une évaluation psychiatrique. Cunha et al. (2016) prétendent que les éléments suivants sont des facteurs de risque d'agressivité : les changements de comportement, la démence, les traumatismes antérieurs, les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité, la consommation de drogues et le rejet des règles hospitalières.

Les patients sous contention physique aux urgences sont stressés par l'environnement et/ou la situation. Ceci peut par exemple exacerber la confusion chez un patient atteint de démence. 90% des patients sous contention physique présentent un trouble psychiatrique. La plupart cumulent ce trouble avec une toxicomanie (Chapman et al, 2016). Selon Beysard et al. (2018), les motifs d'admission des patients sous contention physique sont l'intoxication à la drogue ou à l'alcool (37.8%), les troubles neurologiques (17.5%) et les troubles psychiatriques aigus (17%). Ces situations arrivent le plus fréquemment le vendredi et le samedi, le plus souvent l'après-midi et le soir. Plus de la moitié des patients sous contention physique sont des hommes (61.4%), 62% sont âgés de moins de 50 ans et la moyenne d'âge se situe à 42 ans. Dans leur étude, Beysard et al. (2018), ont recensé un taux de récurrence s'élevant à 9.4% sur une période de deux ans, pouvant aller jusqu'à sept épisodes pour un patient.

### **Conséquences de la contention physique**

La contention physique aux urgences a un impact important sur le patient, le personnel soignant, la relation thérapeutique et l'organisation du service (Chapman

et al., 2016). La JCAHO affirme que la contention physique a le potentiel de produire de graves préjudices physiques et psychologiques (Zun, 2003).

### **Conséquences pour le patient**

Zun (2003) souligne qu'il existe peu de données sur le type et le taux de complications provoquées par la contention physique aux urgences. Il démontre que 6.7% des patients ont connu des complications liées à la contention physique. Il a comparé ces résultats à une autre étude qui recensait que 13% des patients avaient subi des complications importantes. Il relativise néanmoins ce taux contradictoire en émettant certaines limites à son étude, comme la faible taille de l'échantillon, l'exclusion des complications psychiques et des complications à long terme, ainsi que le faible taux de documentation des cas de contention physique.

Au niveau somatique, l'impact sur le patient peut se manifester par de la douleur, des blessures notamment aux membres supérieurs, des thromboses, de l'asphyxie ou une broncho-aspiration (Chapman et al., 2016). Dans les cas plus graves, la contention physique peut conduire jusqu'au décès du patient (Beysard et al., 2018 ; Chapman et al., 2016). Beysard et al. (2018), soulignent un taux de 1.2% de décès chez les patients sous contention physique aux urgences. Tous étaient des personnes âgées qui présentaient des problèmes médicaux aigus.

Au niveau psychique, les conséquences peuvent se traduire par de la colère, de l'anxiété, de la peur, de l'impuissance ou de l'humiliation (Chapman et al., 2016). La contention physique peut avoir d'importants effets à long terme sur la qualité de vie du patient et s'avérer être un facteur de risque de développement d'un syndrome de stress post-traumatique (Mion et al., 2010).

### **Conséquences pour le personnel soignant**

Les conséquences pour le personnel soignant apparaissent parfois de manière différée et leur lien avec les situations de contention physique est parfois difficile à établir (Chapman et al., 2016).

Sur le plan somatique, les conséquences comprennent notamment des blessures physiques, des douleurs au dos, aux bras ou des ecchymoses, des suites de coups de poing, de morsures voire de coups de couteau. Les situations de contention physique peuvent amener les soignants à entrer accidentellement en contact avec des liquides biologiques, comme des crachats, de l'urine ou du sang (Chapman et al., 2016).

Sur le plan psychique, le personnel soignant peut parfois subir un stress important et un impact émotionnel varié. Il peut également être amené à perdre confiance en l'organisation du service. A terme, il évite parfois de se confronter aux situations de violence ou de contention potentielle (Chapman et al., 2016).

### **Conséquences sur la relation thérapeutique**

Le recours à la contention physique peut être la source d'une rupture de la relation thérapeutique entre le patient et le soignant. Cette pratique remet également en question le rôle d'advocacy que l'infirmier se doit d'avoir auprès du patient (Chapman et al., 2016). De plus, Eskandari et al. (2018) affirment qu'une expérience de contention physique augmente le taux d'agression envers le personnel soignant.

### **Conséquences organisationnelles**

A cause du nombre important de soignants impliqués pour immobiliser un patient, entre trois et sept, la contention physique touche l'organisation du service. En effet,

cette mobilisation des ressources en personnel a un impact sur la prise en charge des autres patients. Les soins peuvent être retardés, avec des conséquences potentiellement dangereuses. Ensuite, l'infirmier responsable du flux des patients est souvent impliqué dans ce genre de situation. Ceci a un impact sur la fluidité et la sécurité de la prise en charge des autres patients (Chapman et al., 2016). De plus, un patient agité représente une distraction dangereuse dans un service d'urgence chargé (Schumacher, Gleason, Holloman & McLeod, 2010).

### **Documentation de la contention physique**

Il existe des lacunes importantes en matière de documentation des cas de contention physique dans les services d'urgence (Beysard et al., 2018 ; Zun, 2003).

Selon Beysard et al. (2018), 60.6% des situations de contention physique sont brièvement décrites dans le dossier médical mais seulement 29.2% sont complétées de manière exhaustive, ceci malgré l'existence d'un formulaire spécifique au sein de l'institution, devant être rempli pour chaque cas de contention. Ils soulignent également qu'un tiers des formulaires manquent. Zun (2003), quant à lui, démontre que seulement 56.2% des cas de contention physique sont documentés par le personnel soignant.

Chapman et al. (2016) prétendent que, si le recours à la contention mécanique n'est que partiellement documenté, la situation est encore pire pour la contention manuelle, car les soignants estiment qu'il n'est pas nécessaire de la documenter. Les conséquences qui découlent de ce manque sont une absence de documentation des conséquences subies et de statistiques précises sur la thématique, éléments qui risquent de favoriser la pérennité du phénomène et de ses conséquences.

La documentation doit également attester que le recours à des méthodes alternatives a été envisagé en première intention (Downey et al., 2007).

### **Modalités d'application de la contention physique**

Les auteurs de cette revue de littérature évoquent ci-dessous les modalités d'application de la contention physique ayant une influence sur les interventions infirmières visant la limitation de son utilisation. Les autres recommandations présentes dans les protocoles, comme les méthodes d'immobilisation ou le positionnement des patients, ne sont pas en lien avec la problématique.

### **Protocoles au sujet de la contention physique**

Le manque de littérature et le manque de protocoles qui en découle fournissent une orientation incomplète aux médecins sur la décision de recourir ou non à la contention physique (Mion et al., 2010). Dans l'étude de Downey et al. (2007), tous les établissements affirment posséder des protocoles en matière de contention physique. Néanmoins, 80 à 99% des contentions physiques ne seraient pas nécessaires.

Zun (2003) affirme que la durée moyenne d'une contention physique aux urgences est de 4.8 heures, comprenant un intervalle allant de quinze minutes à vingt-cinq heures. Cunha et al. (2016) soulignent qu'il est important que la contention physique soit l'objet d'un ordre limité dans le temps. Ils citent les éléments qu'un protocole en matière de contention physique devrait contenir. Tout d'abord, les infirmiers doivent s'assurer que le médecin évalue la situation dans l'heure qui suit l'application de la contention. Ils doivent également justifier sur plan clinique et thérapeutique l'utilisation de la contention. De plus, il est nécessaire d'évaluer les signes de complications somatiques toutes les quinze à trente minutes et d'effectuer fréquemment une analyse des paramètres vitaux et un examen clinique ciblé. Ensuite, les infirmiers doivent réévaluer la nécessité du maintien de la contention physique au moins toutes les deux heures et la retirer en fonction de l'efficacité des traitements

pharmacologiques et de l'état clinique du patient. Par ailleurs, ils doivent obligatoirement inscrire dans le dossier médical les raisons et les caractéristiques de la contention physique, en précisant l'échec des mesures alternatives et en décrivant les événements imprévus. Finalement, un débriefing avec le patient et le personnel soignant doit être effectué après l'arrêt de l'intervention.

### **Association avec une contention chimique**

A cause du stress engendré par la contention physique, l'association systématique d'une contention chimique est primordiale. Elle permet en effet de réduire l'agitation, l'anxiété et la durée de la contention physique. Néanmoins, il est recommandé de considérer les risques de cette association auprès des personnes âgées et des patients déjà sous substances psychoactives. A l'instar de la contention physique, il existe un manque de protocole au sujet de l'association entre la contention physique et la contention chimique (Beysard et al., 2018).

Downey et al. (2007) considèrent les interventions non-pharmacologiques comme prioritaires mais affirment que le recours à des psychotropes est nécessaire suivant les situations. Ils soulignent que la contention chimique est plus utilisée dans les services d'urgence psychiatriques que généraux. Malgré les recommandations, le taux de patients sous contention physique bénéficiant d'une contention chimique varie passablement selon les études. Zun (2003) évoque un taux de 29.1%, Beysard et al. (2018) un taux de 36.2%, Downey et al. (2007) un taux de 76%.

Dans une autre optique, Cunha et al. (2017) qualifient la contention chimique d'approche médicale et infirmière et la considèrent comme une méthode alternative à la contention physique.

### **Collaboration avec le service de sécurité**

Beysard et al. (2018), dans leur étude réalisée au sein du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), rapportent que dans 86.2% des situations de contention physique, les infirmiers font appel au service de sécurité.

### **Méthodes alternatives à la contention physique**

Dans l'étude de Downey et al. (2007), tous les établissements affirment détenir des protocoles et former le personnel aux méthodes alternatives. En accord avec les standards de la JCAHO, 90% des services déclarent recourir à des méthodes alternatives en première intention. Beysard et al. (2018) déplorent l'absence de guideline spécifique suggérant toutes les méthodes alternatives à la contention physique. Il existe également un manque de données probantes quant à l'efficacité respective de ces méthodes (Downey et al., 2007 ; Mion et al., 2010). Downey et al. (2007) rapportent également une certaine ambivalence chez les infirmiers quant aux méthodes alternatives. Ils sont partagés entre l'efficacité de ces méthodes et la sécurité.

### **Détection des signes d'agressivité**

Il n'existe pas d'échelle d'évaluation ou de score spécifiques de l'agitation aux urgences. Cela permettrait néanmoins de monitorer l'évolution de la situation, d'anticiper et d'optimiser la prise en charge (Beysard et al., 2018).

Selon Schumacher et al. (2010), il serait judicieux de développer des outils simples d'utilisation et à la portée de tous les infirmiers, sans qu'ils possèdent nécessairement une formation spécifique en psychiatrie. Une surveillance adéquate du comportement des patients est essentielle pour un triage et une prise en charge efficaces des patients au sein d'un service d'urgence.

Dans leur étude, Schumacher et al. (2010) ont utilisé une échelle appelée Behavioral Activity Rating Scale (BARS). Celle-ci a été mise au point pour mesurer l'agitation des patients souffrant de troubles psychotiques au cours d'essais cliniques. Elle est composée d'un seul item évalué sur sept niveaux et est considérée comme une échelle valide, sensible et fiable. D'après les résultats de l'étude, seulement 46% des patients avec des troubles psychiatriques ont bénéficié de l'évaluation par la BARS au moment du tri. Les patients admis la nuit étaient significativement moins susceptibles d'en bénéficier. En effet, 23% des évaluations ont donné un résultat indiquant une activité comportementale cliniquement pertinente, corrélée avec une probabilité de prise en charge comportementale treize fois plus importante. En conclusion, les chercheurs affirment que la BARS est un outil efficace et pertinent pour anticiper les situations d'agressivité et de violence et pour communiquer de manière discrète avec les collègues au sujet de l'état d'agitation des patients.

### **Gestion comportementale**

De nombreuses études rapportent diverses méthodes alternatives visant la gestion comportementale (Beysard et al., 2018 ; Chapman et al., 2016 ; Cunha et al., 2016 ; Downey et al., 2007). Cunha et al. (2016) catégorisent ces méthodes de la façon suivante : modification de l'environnement, approche occupationnelle et approche socio-psychologique. Beysard et al. (2018) pensent que les chambres d'isolement permettraient de diminuer l'impact du comportement violent des patients et d'augmenter la sécurité des patients et du personnel. Downey et al. (2007) évoquent comme méthodes alternatives les « temps morts » ou temps laissé au patient pour se calmer, l'activité physique, le recours aux services spirituels comme l'aumônerie, ainsi que les entretiens individuels. Ils qualifient ces derniers comme la méthode la plus efficace pour réduire l'anxiété et aider le patient à reprendre le contrôle de son

comportement. Chapman et al. (2016) soulignent les interventions infirmières qui permettent une gestion plus rapide des situations à risque de violence, afin de limiter ou de retarder l'utilisation de la contention physique : se tenir à l'écart du patient, établir des règles claires avec le patient, faciliter les demandes du patient notamment au sujet du tabac, contacter et solliciter les proches, placer le matelas au sol, accorder du temps pour que les contentions chimiques fassent effet. Ils proposent également de recourir au soutien par les pairs, soit l'intervention d'une tierce personne, avec un diagnostic psychiatrique, qui peut offrir un soutien et défendre les intérêts du patient. Ils mettent également en avant l'importance de communiquer adéquatement avec le patient.

### **Désescalade de la violence**

Il est recommandé d'utiliser des méthodes de désescalade de la violence en première intention dès l'apparition de signes d'agressivité (Beysard et al., 2018 ; Cunha et al., 2016). Lavelle et al. (2016) définissent la désescalade comme l'utilisation de la communication verbale et non-verbale pour réduire ou éliminer l'agressivité et la violence pendant la phase d'escalade du comportement du patient. Cette méthode se base sur les théories de la violence, qui stipulent que le comportement du patient suit une trajectoire prévisible allant de l'agitation vers l'agressivité. Ils déplorent un manque de recherches et de données empiriques sur cette méthode potentiellement très efficace. Ils la recommandent néanmoins comme intervention de première intention dans la gestion de l'agressivité et de la violence. Alternative plus sûre et moins contraignante que les méthodes de contention traditionnelles, la désescalade est efficace dans plus de la moitié (61%) des situations d'agressivité. Les tentatives infructueuses sont rarement suivies d'actes de violence (5%) ou de contention physique (5%).

Dans leur étude, Lavelle et al. (2016) se sont intéressés aux événements précurseurs des tentatives de désescalade. Premièrement, ils qualifiaient les tentatives de réussies lorsque la désescalade désamorçait la situation conflictuelle et de non-réussies lorsqu'elles étaient suivies d'autres conflits ou de mesures de contention. Secondement, ils définissaient les précurseurs comme les événements intervenant en amont de la désescalade et les précurseurs immédiats comme le dernier événement le plus proche de la désescalade. Les tentatives réussies possédaient les précurseurs suivants : l'agressivité verbale (40%), le refus de suivre les règles établies (11%), l'administration de médicaments psychoactifs (9%), l'agressivité envers les objets (7%), la violence physique et l'automutilation (7%) et le refus de prendre une médication (7%). Immédiatement avant le début de la tentative, les précurseurs suivants étaient présents : le refus de suivre les règles établies (17%), l'agressivité verbale (16%), l'agressivité envers les objets (13%), le refus de prendre une médication (11%), l'administration d'un médicament psychoactif (11%), la violence et l'automutilation (10%). Lors des tentatives non-réussies, les précurseurs suivants étaient présents : l'agressivité verbale (36%), l'agressivité envers des objets (14%), la violence physique et l'automutilation (13%), les tentatives de fuite (8%), l'administration de médicaments psychoactifs (7%), le refus de suivre les règles établies (6%), le refus de prendre une médication (6%). Les précurseurs immédiats comprenaient l'agressivité verbale (41%), la violence physique et l'automutilation (13%), l'agressivité envers des objets (12%) et les tentatives de fuite (8%). Les séquences réussies possédaient moins de précurseurs et les séquences débutant par de l'agressivité étaient moins susceptibles de réussir (37% contre 47%).

Lavelle et al. (2016), affirment également que dans 44% des situations où les techniques de désescalade sont infructueuses, l'administration d'une contention

chimique permet de réduire l'agressivité. Lorsqu'elles ne sont pas efficaces seules, elles le sont souvent en association avec une médication.

### **Traitement étiologique**

Bien que cela puisse paraître évident, il est nécessaire, dans chaque situation, d'évaluer les causes de l'agitation et de prendre les mesures adaptées pour traiter le problème. Un exemple fréquent est celui d'un patient âgé agité et désorienté à cause d'une infection urinaire. La résolution de celle-ci permet une correction des troubles comportementaux (Chapman et al., 2016).

### **Création de nouveaux postes**

Selon Chapman et al. (2016), puisque le manque d'effectif est un facteur favorisant le recours à la contention physique, il est essentiel d'améliorer la dotation en personnel au sein des services d'urgence.

Dans l'optique d'une prise en charge optimale des patients agités, le recours à une expertise spécifique en psychiatrie ou en gériatrie semble pertinent, d'autant plus que 90% des patients sous contention physique ont des troubles psychiatriques (Chapman et al., 2016).

### **Représentations des infirmiers en matière de contention physique**

Bien que la contention physique soit souvent inefficace dans la prévention des préjudices, les professionnels de la santé la perçoivent de manière durable et profondément ancrée comme un outil qui favorise la sécurité des patients (Mion et al., 2010).

Chapman et al. (2016) décrivent les représentations des infirmiers au sujet de la contention manuelle. Ces derniers ne la considèrent pas comme une forme de

contention officielle. Ils la qualifient d'inévitable et d'inhérente au travail quotidien dans un service d'urgence. Ils affirment que la sécurité du personnel doit être la priorité. Ils pensent que la contention manuelle a également certains attraits positifs pour le patient, notamment lorsqu'elle permet de soigner le patient, en facilitant les examens diagnostics ou la pose d'équipement médical. Néanmoins, les infirmiers décrivent la contention manuelle comme désagréable et source de malaise. Ils la considèrent comme étrangère au rôle infirmier et contraire au concept d'advocacy. Selon Chapman et al. (2016), un infirmier raconte qu'il n'a plus l'impression de jouer le rôle d'avocat des patients, en s'occupant d'eux et en les aidant, mais celui de gardien de prison, en les tenant et en les forçant à prendre leurs médicaments. [traduction libre] (p. 1277)

Une partie des infirmiers perçoit la contention physique comme un dispositif protecteur, préventif, thérapeutique et de soutien. En revanche, une autre partie des soignants a une représentation négative de la contention physique, car elle a conscience de l'existence du conflit entre l'autonomie du patient et la nécessité des mesures (Eskandari et al., 2018). Selon Cunha et al. (2016), 76.9% des infirmiers voient la contention physique comme une bonne pratique de santé parfois nécessaire pour assurer la sécurité et 92.3% la considèrent comme une pratique protectrice pour la sécurité du patient ; 88.5% pensent qu'elle défend la dignité humaine ; 92.9% des infirmiers considèrent la contention physique comme une immobilisation du patient et 71.8% pensent que c'est la meilleure méthode ; 69.6% associent l'immobilisation à l'acte d'attacher le patient ; 69.2% estiment que la contention physique n'est pas un indicateur de la qualité des soins ; 51.9% prétendent que la contention physique est une pratique infirmière autonome ; 95.5% affirment qu'elle peut être effectuée par un infirmier ; 72.4% considèrent la contention physique comme un acte médical et infirmier.

### **Connaissances des infirmiers en matière de contention physique**

Selon Cunha et al. (2016), les infirmiers pensent que la contention physique est indiquée notamment dans les situations suivantes : risque de chute (87.2%), troubles psychotiques (91%), troubles liés à la consommation de substances (68.6%), troubles de la personnalité (59.6%) et troubles de l'humeur (55.1%).

Concernant les connaissances au sujet des complications, 79.5% des infirmiers estiment que la contention physique comporte des risques et citent notamment les escarres (82.1%), les hématomes (79.9%) et la peur (67.3%) (Cunha et al., 2016).

Beysard et al. (2018) soulignent que les connaissances des infirmiers au sujet des bases légales sont pauvres. Selon Cunha et al. (2016), 23.7% des infirmiers interrogés ne connaissent pas l'existence des directives portugaises en matière de contention physique. 4.5% pensent que la contention chimique ne nécessite pas d'ordre médical.

Tous les infirmiers pensent que la documentation et l'évaluation de la contention sont des standards de soin. Ils soulignent l'importance du rôle infirmier dans l'évaluation de l'intégrité cutanée en cas de contention physique et dans la mesure des signes vitaux et de l'état de conscience en cas de contention chimique (Cunha et al., 2016).

Au sujet des alternatives, 94.2% des infirmiers pensent que la contention physique doit être précédée par des méthodes alternatives et appliquée uniquement si celles-ci sont inefficaces. Dans cette optique, 84.2% privilégient la désescalade verbale à la contention chimique (Cunha et al., 2016).

Cunha et al. (2016) concluent que 46.9% des infirmiers ont de bonnes connaissances au sujet de la contention physique, 6.2% ont des connaissances raisonnables et 46.9% font preuve de connaissances insuffisantes. Ils démontrent de

légères différences en fonction du sexe, de l'âge et des années d'expérience mais aucune n'est statistiquement significative.

### **Formation des infirmiers**

Il existe des lacunes dans la formation des infirmiers en matière de contention physique (Beysard et al., 2018 ; Eskandari et al., 2018 ; Mion et al., 2010). Chapman et al. (2016) soulignent une absence de formation au sujet de la contention manuelle malgré l'existence d'une formation spécifique en soins d'urgence. Selon Cunha et al. (2016), 59.6% des infirmiers disent ne pas avoir eu de cours sur la contention durant leur cursus et 58.3% disent avoir acquis leurs connaissances dans leur pratique hospitalière.

Eskandari et al. (2018) soulignent un manque de littérature au sujet de l'intention des infirmiers de recourir à la contention physique dans une situation donnée. Ils basent leurs recherches sur les notions de connaissances, d'attitude, d'intention et de pratique (KAIP) des infirmiers en matière de contention physique et étudient l'impact de la formation sur ces KAIP. Les études démontrent des résultats variables au sujet de l'efficacité de la formation sur les KAIP et le taux de contention physique en fonction de la durée du programme éducatif. Avec une formation d'une journée, on constate déjà une amélioration statistiquement significative des connaissances, de l'attitude et de la pratique des infirmiers, qui s'accompagne d'une diminution statistiquement significative de l'intention de recourir à la contention physique. Pour que la formation soit efficace, elle doit avoir une durée suffisante. En effet, un enseignement de nonante minutes ne provoque aucune amélioration, contrairement à une formation de huit heures. Concernant la forme, les formations incluant des situations pratiques ont démontré des résultats positifs, alors que celles sous formes d'e-learning ne provoquent aucune amélioration. Comme les KAIP peuvent avoir une

influence majeure sur le recours à la contention physique, il est nécessaire de sensibiliser les infirmiers aux conséquences de son utilisation pour améliorer leur raisonnement clinique.

Downey et al. (2007) déplorent également un manque de connaissances de la part des infirmiers au sujet de l'utilisation de méthodes alternatives à la contention physique et soulignent la nécessité d'améliorer la formation en la matière. Lavelle et al. (2016) affirment que la formation au sujet de la désescalade de la violence n'est pas fondée sur des données empiriques et qu'il n'existe pas de méthode alternative qualifiée de bonne pratique infirmière. L'efficacité de la formation dans la réduction du taux de conflit et de recours à la contention physique n'est pas claire. Néanmoins, la désescalade n'est pas une compétence instinctive et exige donc une formation spécifique.

## **Discussion**

Dans ce chapitre, les auteurs interprètent les résultats retenus en regard de la problématique et du cadre théorique. Ils soulignent ensuite les forces et limites de cette revue de littérature. Ils évoquent finalement les implications dans la pratique et les pistes de recherches futures.

## **Interprétation des résultats**

### **Motifs de recours à la contention**

Les motifs de recours à la contention physique sont nombreux et variés. Néanmoins, certaines catégories sont récurrentes, comme l'agitation, les comportements auto- et hétéro-agressifs, les troubles cognitifs et psychiatriques, ainsi que la consommation de substances psychoactives. Être conscient de ces motifs permet aux infirmiers d'être vigilants lorsque de telles situations se produisent, puisqu'il est probable qu'elles amènent à une contention physique.

Le recours à la contention physique suppose que le patient est incapable de discernement (Chapman et al., 2016). Or, cette incapacité résulte d'une évaluation subjective de la part des soignants. Dans le contexte des urgences, un jugement clinique raccourci peut amener à établir des liens potentiellement infondés, comme l'association d'un refus et de l'âge avancé à un problème de démence. De plus, cette incapacité de discernement ne doit pas conduire à une stigmatisation du patient, puisqu'elle peut être temporaire, comme pour un patient sous l'effet de substances psychoactives.

### **Facteurs influençant la décision de recourir à une contention physique**

Le manque d'infrastructure, comme des salles de détente ou de défouloir, le manque de temps pour l'utilisation de méthodes alternatives et les problèmes

organisationnels sont des facteurs favorisant le recours à la contention physique (Chapman et al., 2016 ; Cunha et al., 2016). Ces éléments appartiennent au système culturel SC1 du modèle de Nadot et ont une influence directe sur la pratique infirmière en matière de contention physique dans les services d'urgence. Par conséquent, en agissant positivement sur ces éléments, on permettrait probablement de limiter le recours à la contention physique.

Mion et al. (2010) démontrent que les comorbidités du patient ont une influence sur la probabilité de recourir ou non à la contention physique. Les antécédents du patient appartiennent au système culturel SC2. Cela souligne l'importance pour les infirmiers d'évaluer de manière objective la situation et les risques encourus, afin d'éviter la stigmatisation des patients avec troubles cognitifs ou psychiatriques.

Cette affirmation est renforcée par le fait que les facteurs influençant le processus décisionnel des soignants correspondent aux comportements du patient (Mion et al., 2010). La décision de recourir à la contention physique doit se baser sur un jugement clinique objectif du comportement du patient, et non pas sur ses signes vitaux, ses comorbidités ou ses caractéristiques sociodémographiques. La notion de jugement clinique s'insère d'une part dans le système culturel SC2, car il évalue des données cliniques, et d'autre part dans le système SC3, puisqu'il dépend des compétences infirmières. Ceci démontre le fonctionnement systémique du modèle et les interactions entre les différents systèmes.

Les médecins sont presque deux fois moins susceptibles d'ordonner une contention physique s'ils ne connaissent pas l'infirmier ou s'ils n'ont pas confiance en son jugement (Mion et al, 2010). D'une part, cette affirmation souligne qu'un excès de confiance de la part du médecin envers le jugement infirmier pourrait conduire à des situations de contention physique inadéquates. D'autre part, elle démontre l'importance de la collaboration interdisciplinaire. Ainsi, la notion de rôle médico-

délégué de l'infirmier est inhérente au système SC2 et souligne que la qualité de la relation entre le médecin et l'infirmier peut avoir une influence sur la prise en charge du patient.

### **Caractéristiques des patients sous contention physique**

A l'instar des motifs de recours à la contention physique, certaines caractéristiques des patients sous contention sont récurrentes. Il faut encore une fois être attentif au risque de stigmatisation. Néanmoins, avoir connaissance de ces caractéristiques pourrait amener les infirmiers à détecter de manière précoce les situations à risque d'agressivité, afin d'anticiper la prise en charge et de limiter l'utilisation de la contention physique. Ces caractéristiques composent notamment le système culturel SC3, comme, par exemple, le jeune âge ou les antécédents de violence.

### **Conséquences de la contention physique**

Selon Zun (2003), près d'un patient sur dix est victime de complications suite à une contention physique aux urgences, tant sur le plan somatique que psychique. Il pense néanmoins que ses résultats ne représentent pas la réalité, qui est probablement sous-estimée à cause du manque de documentation en matière de contention physique et la difficulté à établir des liens entre la contention et les conséquences qui en découlent au niveau psychique et/ou à long terme. Le caractère multidimensionnel de ces conséquences est en lien avec le caractère multidimensionnel de la violence. Cela renforce l'idée que la contention peut avoir des effets délétères pour la santé et la qualité de vie du patient, à court comme à long terme et soutient les recommandations internationales à limiter l'utilisation de la contention physique.

Les conséquences pour le personnel soignant se traduisent également sur le plan somatique et psychique. Cela peut amener à une augmentation du taux d'arrêt maladie et entraîner des conséquences organisationnelles. De plus, certains infirmiers ont tendance à éviter les situations de violence ou de contention potentielle (Chapman et al., 2016). D'une part, ceci peut repousser la prise en charge précoce des situations à risque de contention et compromettre l'efficacité des méthodes alternatives. D'autre part, cet évitement peut avoir un impact organisationnel et entraîner des conflits entre collègues.

La contention physique met en péril le rôle d'advocacy de l'infirmier, qui le définit comme le défenseur des droits, des choix et des intérêts du patient (Chapman et al., 2016). La qualité de relation entre le soignant et le patient s'inscrit dans le système culturel SC3. Eskandari et al. (2018) affirment qu'une expérience de contention physique augmente par la suite le risque d'agressivité envers le personnel soignant. Cette affirmation renforce l'idée que la violence est à la fois cause et conséquence de la contention physique. Ce cercle vicieux renforce l'intérêt d'utiliser prioritairement des méthodes alternatives afin de limiter l'utilisation de la contention physique.

Les conséquences organisationnelles, provoquées par la mobilisation d'importantes ressources en personnel et l'implication fréquente de l'infirmier responsable du flux des patients, ont un impact sur la fluidité et la sécurité de la prise en charge des autres patients (Chapman et al., 2016). Si les éléments du système SC1 ont une influence sur la contention physique, celle-ci a également un impact sur ce système.

### **Documentation de la contention physique**

De nombreuses études démontrent un faible taux de documentation des cas de contention physique dans les services d'urgence. Ces lacunes favorisent le manque de données sur la thématique et pérennisent les pratiques actuelles.

Chapman et al. (2016) affirment que la situation est encore pire en ce qui concerne la contention manuelle. Cela démontre que les infirmiers ne considèrent pas forcément cette pratique comme une forme de contention physique et souligne le besoin de clarifier les définitions et le cadre juridique en la matière.

### **Modalités d'application de la contention physique**

Downey et al. (2007) affirment que 80 à 99% des situations de contention physique sont superflues. Néanmoins, tous les établissements de leurs études affirmaient détenir des protocoles et former leur personnel aux méthodes alternatives. Ces résultats sont paradoxaux et démontrent que, malgré l'existence de protocoles institutionnels, des pratiques erronées persistent dans la réalité. Ils soulignent également la pertinence du rôle des organismes qui règlementent et surveillent l'application des mesures de contention physique, comme la JCAHO aux Etats-Unis. En Suisse, il n'existe pas de telle institution, ce qui engendre des différences entre les cantons et les différents services d'urgence.

Cunha et al. (2016) citent, parmi les différents points du protocole d'application de la contention physique, l'importance de réaliser un débriefing avec le patient et le personnel après l'intervention. Une telle pratique permettrait, d'une part, de faire évoluer les représentations infirmières en matière de contention physique et, d'autre part, de diminuer le taux d'agression envers le personnel par des patients ayant subi une contention physique par le passé.

A l'instar de la contention physique, le recours à la contention chimique ne devrait se faire qu'après l'échec de méthodes alternatives (Downey et al., 2007). Bien que dans les recommandations la contention physique doit toujours être associée à une contention chimique, il s'avère que, dans la pratique, entre 24% (Downey et al., 2007) et 70% des patients (Beysard et al., 2018) n'en bénéficient pas.

Beysard et al. (2018) rapportent que dans 86.2% des cas, les infirmiers contactent le service de sécurité pour appliquer une contention physique. Cet élément souligne que la collaboration interdisciplinaire entre les deux services doit être optimale, que leur formation soit commune ou complémentaire, et que tous les services d'urgence aient la possibilité de recourir aux prestations d'un service de sécurité.

### **Méthodes alternatives à la contention physique**

Diverses études déplorent un manque de données au sujet des différentes méthodes alternatives à la contention physique et sur leur efficacité respective (Beysard et al., 2018 ; Downey et al., 2007 ; Mion et al., 2010). L'utilisation des méthodes alternatives est au cœur du système SC3 et apparaît comme une des clés essentielles à la limitation de l'utilisation de la contention physique dans les services d'urgence.

Actuellement, il n'existe pas d'échelle d'évaluation ou de score spécifique de l'agitation aux urgences. Néanmoins, un tel outil permettrait de monitorer l'évolution de la situation, d'anticiper et d'optimiser la prise en charge des patients (Beysard et al., 2018). Comme l'agressivité est une notion résultant d'une évaluation subjective, les infirmiers peuvent surestimer le comportement agressif d'un patient, ce qui souligne la nécessité d'utiliser des outils objectifs. Selon Schumacher et al. (2010), l'implémentation de la BARS aux urgences a démontré des résultats positifs, puisque les patients qui obtenaient un score élevé étaient treize fois plus susceptibles d'être

pris en charge au niveau comportemental par la suite. Ceci prouve la sensibilité et la pertinence de l'évaluation. La BARS, conçue à l'origine dans le cadre d'essais cliniques qui ont démontré son efficacité, a pu être implémentée dans le contexte des urgences. En effet, elle a pour avantage de n'impliquer qu'une charge de travail minimale, d'être facilement ajoutée au formulaire de tri et de ne nécessiter aucune collaboration de la part du patient. En revanche, tous les patients agités ne présentent pas forcément de troubles psychotiques, pour lesquels l'échelle a été validée. Néanmoins, au vu des résultats positifs de l'étude, l'adaptation d'outils déjà existants peut être une alternative à la création de nouvelles échelles spécifiques au contexte des urgences.

Les méthodes alternatives de gestion comportementale sont nombreuses : modification de l'environnement, approche occupationnelle, approche socio-psychologique, chambres d'isolement, « temps morts », activité physique, recours aux services spirituels, entretiens individuels, se tenir à l'écart du patient, établir des règles claires avec lui, faciliter ses demandes, contacter et solliciter ses proches, placer le matelas au sol, accorder du temps pour que la contention chimique fasse effet ou encore soutien par les pairs. Néanmoins, il existe un manque de données au sujet de leur efficacité dans les services d'urgence.

Puisque l'une des causes d'un comportement agressif est l'incompréhension, la communication verbale avec le patient est un élément clé dans la gestion de l'agressivité. Lavelle et al., (2016) décrivent la désescalade de la violence, quant à elle, comme une méthode alternative très efficace pour limiter l'utilisation de la contention physique. Elle ne comporte que peu de risque, puisque même ses tentatives infructueuses n'augmentent pas de manière significative ni les actes de violence ni le recours à la contention physique. Au contraire, elle permet de gérer les situations d'agressivité dans presque deux tiers des situations. Elle apparaît donc

comme une méthode plus sûre et moins contraignante que les méthodes de contention traditionnelles. Ils concluent que les résultats laissent penser qu'en présence d'une situation à risque de violence élevé, les tentatives de désescalade sont entreprises de manière plus prudente, ce qui peut refléter un manque de confiance du personnel envers ces techniques.

En parallèle, il est essentiel de traiter de manière adaptée les causes de l'agitation du patient. En effet, l'agressivité est une réponse de celui-ci à un élément perturbateur. Parfois, cet élément n'est autre qu'un trouble somatique devant être traité prioritairement.

Chapman et al. (2016) recommandent d'améliorer la dotation en personnel dans les services d'urgence, puisque que c'est un facteur favorisant le recours à la contention physique. A nouveau, cela démontre l'impact des éléments du système SC1 sur la contention physique. En parallèle, le recours à une expertise spécifique en psychiatrie ou en gériatrie semble être une piste prometteuse pour améliorer la prise en charge des patients agités. Cette expertise est une des composantes essentielles du système culturel SC3.

### **Représentations des infirmiers en matière de contention physique**

Les infirmiers décrivent la contention physique comme une pratique désagréable mais acceptée au sein des services d'urgence. Ils sont confrontés à une recherche d'équilibre entre la nécessité des mesures de contention et le respect de l'autonomie du patient. Étonnamment, 88.5% des infirmiers affirment que la contention physique défend la dignité humaine (Cunha et al., 2016). Paradoxalement, les infirmiers pensent que cette pratique va à l'encontre du concept d'advocacy (Chapman et al., 2016). Ces deux postulats soulignent la contradiction qui est au centre de la question de la contention physique. Les auteurs de cette revue de littérature sont surpris par

le nombre d'infirmiers qui pensent que la contention physique défend la dignité humaine. Au contraire, les auteurs pensent qu'elle est un acte désagréable, dégradant voire humiliant pour le patient et qu'elle ne respecte pas les principes éthiques. Néanmoins, elle est parfois inévitable à cause du manque de moyens nécessaires pour mettre en œuvre des méthodes alternatives efficaces et adaptées à la situation.

Plus de la moitié des infirmiers prétendent que la contention physique est une pratique infirmière autonome (Cunha et al., 2016). Ceci démontre l'impact majeur des connaissances en matière de contention physique sur les représentations infirmières.

### **Connaissances des infirmiers en matière de contention physique**

Cunha et al. (2016) rapportent que tous les infirmiers de leur étude pensent que l'évaluation et la documentation de la contention sont des standards de soin. Ce résultat est contradictoire avec le faible taux de documentation dans la pratique.

Cunha et al. (2016) concluent que près de la moitié des infirmiers ont des connaissances insuffisantes en matière de contention physique. Un infirmier sur cinq pense que la contention physique ne comporte aucun risque et un sur quatre ne connaît pas l'existence des directives nationales à ce sujet. Ces données soulignent des lacunes en matière de formation.

### **Formation des infirmiers**

Cunha et al. (2016) affirment que 59.6% des infirmiers disent ne pas avoir reçu de cours sur la contention physique durant le cursus et 58.3% disent avoir acquis leurs connaissances dans la pratique hospitalière. Ce manque de formation est relevé dans de nombreuses études (Beysard et al., 2018 ; Eskandari et al., 2018 ; Mion et al., 2010). Malgré l'existence de formation spécifique en soins d'urgence, l'enseignement

au sujet de la contention manuelle est également lacunaire (Chapman et al., 2016). Les auteurs de cette revue de littérature, actuellement en fin de formation, estiment que la situation est identique dans leur cursus et soulignent les lacunes dans ce domaine.

Ce manque de connaissances est d'autant plus regrettable qu'elles ont un lien direct avec la prévalence de la contention physique. En effet, une formation ciblée d'une seule journée permet d'obtenir une amélioration statistiquement significative des connaissances des infirmiers en la matière, ce qui conduit à une diminution statistiquement significative de l'utilisation de la contention physique (Eskandari et al., 2018). Cet élément renforce l'importance de former les infirmiers en matière de contention physique. La formation, y compris continue, est inhérente au système SC3.

Le manque de connaissances des infirmiers se ressent également au sujet de l'utilisation des méthodes alternatives et démontre que cette thématique doit également être renforcée durant le cursus de formation des infirmiers (Downey et al., 2007).

### **Forces et limites**

Cette revue de littérature s'appuie sur plusieurs forces. D'abord, les auteurs ont pu mettre à profit leurs compétences complémentaires pour entreprendre ce travail de manière optimale. Ils ont notamment pu s'appuyer sur leur expérience personnelle et leurs connaissances en matière de contention physique dans les services d'urgence. Ensuite, la majorité des études sélectionnées ont été publiées récemment et l'une d'entre elle a été réalisée dans un hôpital universitaire de Suisse romande. Ceci a permis d'obtenir des informations actuelles et applicables dans le contexte où cette revue de littérature a été effectuée. De plus, la problématique évoquée par les auteurs

touche diverses thématiques, soulevant ainsi de nombreuses questions. Les résultats des études sélectionnées sont en accord et offrent des informations complémentaires. Ils permettent de mettre évidence plusieurs pistes d'actions prometteuses.

En revanche, une des limites rencontrées par les auteurs de cette revue de littérature sont les restrictions temporelles, définies par le cadre de référence du Bachelor Thesis, qui limitent la profondeur de la recension des écrits. De plus, certaines études utilisées dans cette revue datent de plus de dix ans ou ont été réalisées dans un contexte éloigné, comme celle d'Eskandari et al. (2018) en Malaisie. Le système socio-sanitaire, le cadre légal, le fonctionnement des services d'urgence ou encore les pratiques en matière de contention physique y sont potentiellement différents, ce qui peut réduire la pertinence des parallèles tirés avec la situation en Suisse. Les auteurs déplorent également un manque de données probantes au sujet des interventions infirmières efficaces permettant de limiter la contention physique dans les services d'urgence de manière statistiquement significative.

### **Implications pour la pratique**

Cette revue de littérature soulève plusieurs implications potentielles pour la pratique infirmière. La récurrence des motifs de recours à la contention, des facteurs de risque d'agressivité et des caractéristiques des patients sous contention physique, permettrait de créer un outil de dépistage du risque d'agressivité et de recours à la contention physique. Il faudrait toutefois veiller à éviter la stigmatisation de la population concernée, mais un tel outil permettrait une prise en charge précoce des comportements agressifs et donc de limiter l'utilisation de la contention physique.

Lavelle et al. (2016), soulignent la nécessité de mettre en place des infrastructures adaptées et d'améliorer la dotation en personnel au sein des services d'urgence. Chapman et al. (2016), recommandent la création de nouveaux postes avec des infirmiers ayant des compétences spécifiques, notamment en psychiatrie ou en gériatrie.

Cunha et al. (2016) évoquent l'importance de sensibiliser les infirmiers à documenter de manière exhaustive les situations de contention physique. Chapman et al. (2016) mettent en évidence le besoin de sensibiliser les infirmiers à reconnaître la contention manuelle comme une forme de contention physique et donc de la documenter comme telle.

Cunha et al. (2016) stipulent qu'il serait judicieux de créer des protocoles permettant d'appliquer et de surveiller la contention physique de manière optimale. Ces protocoles devraient notamment favoriser le recours aux méthodes alternatives, l'association de la contention physique à la contention chimique et les débriefings avec le patient et les soignants après chaque situation de contention physique. A l'instar de la JCAHO aux Etats-Unis, il pourrait être intéressant de mettre en place une équivalence au niveau Suisse, afin de réglementer la pratique et d'obtenir une ligne de conduite commune à l'ensemble du territoire. Chapman et al. (2016) soulèvent la question de l'évaluation de la capacité de discernement chez les patients agités aux urgences. La subjectivité de cette évaluation peut entraîner des biais qu'il serait bénéfique de juguler grâce à une amélioration des critères d'évaluation.

Schumacher et al. (2010) recommandent de créer un outil d'évaluation de l'agitation spécifique aux urgences ou d'adapter à ce contexte un outil déjà existant. La BARS a notamment démontré des résultats prometteurs lors de son implémentation dans un service d'urgence.

Cunha et al. (2016) pointent la nécessité d'améliorer la formation de base des infirmiers en matière de contention physique et d'utilisation des méthodes alternatives. Mion et al. (2010) soulignent également l'importance d'améliorer la collaboration entre le corps médical et les infirmiers. Cette collaboration peut être élargie au service de sécurité, vu leur implication fréquente dans les situations de contention physique (Beysard et al., 2018).

### **Pistes de recherches futures**

Cette revue de littérature met en avant diverses pistes pour des recherches futures. Chapman et al. (2016) recommandent de déterminer plus précisément la prévalence de la contention physique aux urgences, puisque celle-ci semble largement sous-estimée. Ils soulignent également l'importance d'évaluer si ces contentions sont appropriées, sans pour autant blâmer les intervenants.

Zun (2003) dit qu'il serait intéressant de se pencher plus précisément sur les complications psychiques et les complications à long terme pour les patients ayant subi une contention physique.

Downey et al. (2007), recommandent de recenser les méthodes alternatives à la contention physique et de déterminer leur réelle efficacité respective. Lavelle et al. (2016) évoquent le même processus pour la désescalade de la violence. Ils soulignent l'importance de ces actions afin d'améliorer la confiance des infirmiers envers ces méthodes potentiellement très efficaces.

Eskandari et al. (2018) émettent l'idée d'évaluer plus profondément l'efficacité d'une formation sous forme d'e-learning et de comprendre les éventuelles forces et limites de cette méthode.

## **Conclusion**

Le but de cette revue de littérature était de déterminer les interventions infirmières permettant de limiter l'utilisation de la contention physique dans les services d'urgence.

La contention physique est préjudiciable pour les patients, les soignants et le fonctionnement du service. Elle remet en question les principes éthiques de bienfaisance, de non-malfaisance et d'autonomie et la notion de qualité des soins.

Une prise en charge précoce des situations à risque d'agressivité permettrait probablement de limiter l'utilisation de la contention physique. Le recours à des méthodes alternatives semble être un moyen potentiellement très efficace de gérer l'agitation et l'agressivité des patients sans utiliser une contention physique. Pour favoriser l'application de ces pratiques, il est nécessaire d'améliorer la formation des infirmiers en matière de contention physique et d'application des méthodes alternatives.

« Le dialogue paraît en lui-même constituer une renonciation à l'agressivité »  
(Jacques Lacan, 1948).

## Références

- Académie Suisse des Sciences Médicales. (2015). Mesures de contraintes en médecine, directives médico-éthiques de l'ASSM. Berne, Suisse : Auteur.
- Beysard, N., Yersin, B., & Carron, P.-N. (2018). Mechanical restraint in an emergency department: a consecutive series of 593 cases. *Internal and Emergency Medicine*, 13(4), 575- 583. <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6>
- Chapman, R., Ogle, K. R., Martin, C., Rahman, A., McKenna, B., & Barnfield, J. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the Emergency Department: a qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9- 10), 1273- 1281. <https://doi.org/10.1111/jocn.13159>
- Cunha, M., André, S., Bica, I., Ribeiro, O., Dias, A., & Andrade, A. (2016). Chemical and Physical Restraint of Patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 389- 399. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109>
- Downey, L. V. A., Zun, L. S., & Gonzales, S. J. (2007). Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *General Hospital Psychiatry*, 29(6), 470- 474. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.07.006>
- 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>
- Etat de Fribourg. (2017). *L'essentiel sur le droit des patients*. Fribourg, Suisse : Direction de la santé et des affaires sociales.
- Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2<sup>e</sup> édition). Lyon, France : Mallet Conseil
- Fortin, M-F. & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (3<sup>e</sup> édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation
- Lacan, J. (1948). Conférence au Congrès des psychanalystes de langue française. *Revue Française de Psychanalyse*, 8(2), 367-388.
- Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2180- 2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.13239>
- Mion, L. C., Sandhu, S. K., Khan, R. H., Ludwick, R., Claridge, J. A., Pile, J., ... Winchell, J. (2010). Effect of Situational and Clinical Variables on the Likelihood of Physicians Ordering Physical Restraints. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(7), 1279- 1288. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02952.x>
- Nadot, M., Busset, F. & Gross, J. (2013). *L'activité infirmière. Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable*. Paris, France : De Boeck-Estem

- Schumacher, J. A., Gleason, S. H., Holloman, G. H., & McLeod, W. T. (2010). Using a single-item rating scale as a psychiatric behavioral management triage tool in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association*, 36(5), 434- 438. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.013>
- Zun, L. S. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 24(2), 119- 124. [https://doi.org/10.1016/S0736-4679\(02\)00738-2](https://doi.org/10.1016/S0736-4679(02)00738-2)

## **Appendice A**

Déclaration d'authenticité

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière professionnelle 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. »

Fribourg, 11 juillet 2019

Adrien Andrey

A handwritten signature in blue ink that reads "Adrien Andrey". The signature is written in a cursive style and is contained within a light blue rectangular box.

Valentin Bossens

A handwritten signature in blue ink that reads "Bossens". The signature is written in a cursive style and is underlined with a blue horizontal line.

## **Appendice B**

Grilles de lecture critique et de résumé des articles

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

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Beysard, N., Yersin, B., & Carron, P.-N. (2018). Mechanical restraint in an emergency department: a consecutive series of 593 cases. <i>Internal and Emergency Medicine</i> , 13(4), 575-583. <a href="https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6">https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			L'étude de 593 cas de contention physique dans un service d'urgence.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Le résumé aborde tous ces éléments, mais la discussion n'est pas réellement abordée, et les différentes parties ne sont pas séparées de manière distincte.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			L'étude s'intéresse aux caractéristiques des patients sous contention, ainsi qu'à la qualité de la documentation, le respect du protocole et des bases légales. Le contexte est clairement explicité, puisqu'elle concerne un service d'urgence sur une période de deux ans.
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 études existantes sont citées et développées dans le texte, mais elles ne sont pas réunies dans un paragraphe uniquement dédié à ce sujet.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Cette étude ne se base pas principalement sur des théories et des concepts. La contention est cependant développée et expliquée dans son ensemble.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but est clairement explicité : la description des caractéristiques des patients sous contention ainsi que l'évaluation de la documentation et du respect du protocole et des bases légales.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Le devis n'est pas concrètement explicité, néanmoins le texte permet de rapidement comprendre qu'il s'agit d'un devis quantitatif.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Tous les patients, âgés de plus de seize ans, admis dans un service d'urgence durant une période de deux ans, et pour lesquels des mesures de contention physique ont été utilisées.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Tous les patients correspondant aux critères de la population à l'étude ont été sélectionnés. (n=593)
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Non, il n'y a aucune justification statistique.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Trois outils ont été utilisés pour récolter les données au sujet de la contention et des caractéristiques des patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La base de données du flux de patients aux urgences (Gyroflux©)</li> <li>- Le registre du service de sécurité de l'hôpital</li> <li>- Les dossiers médicaux des patients au sein de l'hôpital</li> </ul>
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Ils permettent d'analyser les caractéristiques des patients, le déroulement et la nature de la contention et de vérifier la présence des documents légaux.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			-Collecte des données sociodémographiques (âge, genre, ...) -Collecte des raisons d'admission, du type de contention, la présence d'un agente de sécurité, le taux d'alcoolémie et l'association d'une contention chimique - Contrôle de la documentation au sujet de la contention : présence des documents, remplissage complet et correct, signatures du médecin et de l'infirmier responsables du patient - Collecte des données au sujet du diagnostic, de la destination à la sortie et du taux de mortalité - Recoupement des données anonymisées
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'éthique institutionnel local.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Les analyses statistiques permettent de répondre à l'objectif de l'étude, par le biais des caractéristiques des patients, de la qualité de la documentation, l'association d'une contention chimique ainsi que l'orientation des patients à leur sortie du service d'urgence.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Différents tableaux, un diagramme, ainsi qu'un résumé narratif complet mettent en évidence les résultats.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Comme décrit précédemment, l'étude ne se base pas réellement sur un concept ou une théorie infirmière. Néanmoins, les résultats sont interprétés en tenant compte de la contention, de ses caractéristiques et du respect des protocoles et des bases légales.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les valeurs statistiques sont mises en parallèle avec celles des études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Selon les chercheurs les limites de l'étude sont les suivantes : - Une évaluation rétrospective et monocentrale, des données manquantes et la partialité de la sélection - Il n'existe pas de logiciel médical pour prescrire et recenser les contentions
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Le sujet n'est pas abordé.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ils affirment qu'une contention physique doit systématiquement être associée à une contention chimique, afin de diminuer le stress causé par la contention. Le choix du traitement pharmacologique doit être fait en accord avec la littérature afin d'éviter des complications sévères.</li> <li>- Ils insistent sur le fait que la contention doit être utilisée en dernier recours, lorsque des négociations verbales ont échouées, et doit être la plus courte possible.</li> <li>- Ils soulignent l'importance de l'existence de protocole et l'importance de former le personnel à ces situations.</li> <li>- Ils espèrent le développement d'une échelle spécifique d'évaluation de l'agitation.</li> </ul>
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	Ils évoquent la thématique de la création d'une échelle spécifique d'évaluation de l'agitation.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il contient tous les chapitres nécessaires et permet de mettre en évidence des chiffres intéressants à exploiter. Son aspect visuel facilite également la lecture et la compréhension de cette étude. Les informations sont passablement détaillées.
Commentaires :	Aucun				

Références :

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

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

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Beysard, N., Yersin, B., & Carron, P.-N. (2018). Mechanical restraint in an emergency department: a consecutive series of 593 cases. <i>Internal and Emergency Medicine</i> , 13(4), 575-583. <a href="https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6">https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les services d'urgence sont régulièrement confrontés aux patients agités. De telles situations nécessitent parfois des mesures de contention physique ou chimique. Bien que ces mesures soient utilisées quotidiennement dans beaucoup de services d'urgence, le sujet de la contention reste méconnu. Cette étude a pour but de décrire les caractéristiques des patients sous contention ainsi que la qualité de la documentation, le respect du protocole et des bases légales.
Recension des écrits	Des études au sujet de la contention dans les services d'urgence ont été publiées dans les pays d'Océanie, mais cela manque dans les pays européens. Ces études ont montré que le taux moyen d'utilisation des mesures de contention était estimé à 0,04%, mais que les informations étaient mal documentées et la fréquence d'utilisation probablement sous-estimée. Bien que de nombreux articles traitent de la contention, il s'avère que les connaissances au sujet des indications, des facteurs prédisposant et des complications manquent.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Hypothèses/question de recherche/buts	L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques des patients sous contention physique, dans le service d'urgence concerné, et d'évaluer la qualité de la documentation de la contention ainsi que le respect du protocole et des bases légales.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude descriptive rétrospective.
Population, échantillon et contexte	La population étudiée englobe tous les patients âgés de plus de 16 ans, admis dans le service des urgences durant une période de deux ans et pour lesquels des mesures de contention physique ont été utilisées. L'échantillon se compose de 593 patients.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Trois sources d'informations ont permis de récolter les données au sujet des patients et de la contention. Premièrement, la base de données du flux de patients aux urgences (Gyroflux <sup>®</sup> ) a permis de sélectionner les patients qui étaient sous contention physique à l'aide d'un item signalant la contention par l'équipe soignante. Deuxièmement, le registre du service de sécurité de l'hôpital a permis de compléter les données récoltées dans la base de données du flux de patients.

	<p>Troisièmement, les dossiers médicaux des patients ont permis d'obtenir des données sociodémographiques des patients (âge et genre) et des informations sur leur prise en charge (durée de la prise en charge, date d'admission, motif de consultation). Ils ont également permis de vérifier le type de contention physique, la présence d'un agent de sécurité, le taux d'alcoolémie du patient et l'association d'une contention chimique. De plus, la documentation de ces contentions a été contrôlée (exhaustivité, justifications médicales, surveillances de l'état du patient, signatures du médecin et de l'infirmier responsables du patient). Finalement, ils ont permis de collecter les diagnostics et l'orientation des patients à leur sortie du service, ainsi que le taux de mortalité dans le service.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La première étape du déroulement de l'étude consistait en une récolte des données et un contrôle de la documentation comme expliqué ci-dessus.</p> <p>Lors de la seconde étape, les chercheurs ont recoupé les données qu'ils avaient au préalable anonymisées et compilées dans une base de données Excel®.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique institutionnel local.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>L'analyse statistique a été réalisée au moyen de la médiane et de l'écart interquartile. Toutes les analyses ont été exécutées avec le programme Stata 13.1 (StataCorp LP, College Station Texas).</p>
Présentation des résultats	<p>0.8% des patients admis dans le service d'urgence ont été placés sous contention physique (n=593).</p> <p>Les raisons d'admission les plus fréquentes parmi ces patients étaient une intoxication à une drogue ou à l'alcool (n=224, 37.8%), un problème neurologique (n=104, 17.5%) ou un problème psychiatrique aigu (n=101, 17%).</p> <p>53.5% de ces patients ont subi un test d'alcoolémie (n=317), qui s'est révélé positif dans 84.5% des cas (n=268), avec une moyenne de 266.2 mg/dl.</p> <p>L'utilisation de mesures de contention physique était plus fréquente le vendredi (16.7%) et le samedi (18.5%). Ces patients ont été admis à raison de 13.5% le matin (7h à 13h), 31.5% l'après-midi (13h à 19h), 31% le soir (19h à 1h) et 23.9% la nuit (1h à 7h).</p> <p>9.4% des patients ont été sous contention à plusieurs reprises durant la période de l'étude (n=56), jusqu'à 7 fois pour un patient.</p> <p>Les patients étaient principalement des hommes (n=364, 61.4%) et 62% étaient âgés de moins de 50 ans avec un âge moyen de 42 ans.</p> <p>60.8% sont retournés à domicile suite à leur prise en charge aux urgences (n=361), généralement des jeunes hommes alcoolisés. Les 39.2% restant ont été hospitalisés le plus souvent pour les raisons suivantes : d'une part l'agitation et la confusion chez les personnes âgées, d'autre part les maladies psychiatriques et la consommation de substances psychoactives chez les jeunes.</p> <p>Dans 68.6% des cas (n=407), la situation était brièvement décrite dans le dossier médical, mais seul 119 documents (29.2%) ont été complétés de manière exhaustive.</p> <p>61.6% des patients étaient sous contention au moyen d'une sangle abdominale, 50.6% aux poignets, 45.9% aux chevilles et 37.9% étaient sous contention physique complète.</p> <p>Dans 86.2% des situations (n=511), les infirmiers des urgences ont fait appel à un agent de sécurité. Le reste du temps, ils ont eux-mêmes appliqué les mesures de contention.</p>

	<p>Des sédatifs ont été administrés à 36.2% des patients sous contention physique (n=215). Dans 46% des cas il s'agissait de benzodiazépine, dans 41.5% d'antipsychotiques et dans 12.5% une association des deux classes médicamenteuses. Les principes actifs les plus utilisés étaient le lorazepam et l'haloperidol.</p> <p>Sur les 51 patients qui ont reçu de l'haloperidol IV, seulement 35 (68.6%) ont eu un ECG à leur admission.</p> <p>60.9% des patients (n=361) sont rentrés à domicile après leur départ des urgences. 19.4% ont été hospitalisés en psychiatrie (n=115), 14.2% en médecine (n=84), 3.4% en chirurgie (n=20), 2.4% en unité carcérale (n=14), 0.7% aux soins intensifs (n=4) et 0.3% en pédiatrie (n=2).</p> <p>7 patients sont décédés durant leur prise en charge aux urgences (1.2%). Tous étaient des personnes âgées avec une affection médicale aigue.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>En comparaison avec les publications précédentes, l'étude a démontré un taux plus élevé d'utilisation de moyens de contention physique, bien que la prévalence reste faible. Cette différence peut s'expliquer par un éventuel manque de recherches dans les études précédentes, alors que cette étude s'est basée sur de multiples sources pour collecter les données. Une autre explication peut être l'absence de guidelines spécifiques suggérant toutes les possibilités de désescalade avant de devoir recourir à une contention physique. Bien que l'hôpital dans lequel l'étude a été réalisée possède un formulaire spécifique devant être systématiquement rempli en cas de contention, peu d'entre eux ont été remplis correctement. Pire encore, un tiers manquent. Cela souligne l'importance de former les soignants aux moyens de désescalade, d'individualiser les appareils de contention et de compléter correctement les formulaires.</p> <p>Les études réalisées précédemment en Océanie ont démontré que seulement 43% des hôpitaux possédaient des guidelines pour la contention physique et qu'un seul service d'urgence avait un formulaire spécifique pour documenter la contention. Bien que les soignants dans les services d'urgence soient fréquemment confrontés à la violence, seule une faible proportion a été formée à faire face à ces situations et leurs connaissances au sujet des bases légales sont pauvres.</p> <p>Cette étude illustre également qu'il existe une population hétérogène de patients sous contention. Parmi eux, les jeunes patients sous l'effet d'une substance psychoactive, avec une agitation importante et un comportement violent, représentent fréquemment un danger envers eux et les autres. A la fin de leur prise en charge, la plupart d'entre eux sont rentrés à domicile sans entretien psychiatrique, alors que les études en Océanie ont démontré que 91.3% d'entre eux avaient reçu un diagnostic de maladie psychiatrique.</p> <p>Une autre observation importante est la rare utilisation d'une sédation chimique. Des études ont montré que 86% des contentions physiques étaient inefficaces et que 91% des patients luttaienent contre les moyens de contention. L'association d'une contention chimique permet de diminuer l'agitation et l'anxiété et de réduire la durée de la contention. Il faut néanmoins considérer les risques chez les personnes âgées ou chez les patients déjà sous l'influence d'une substance psychoactive.</p> <p>Des protocoles standardisés sont nécessaires pour l'utilisation associée d'une contention physique et d'une contention chimique. L'utilisation d'une échelle d'évaluation de l'agitation permet de monitorer l'évaluation de la situation et d'optimiser le traitement. Cependant, aucun score spécifique pour l'agitation aux urgences n'existe.</p> <p>L'étude n'a pas permis de récolter des données au sujet des complications ou de la durée de la contention, parce que de nombreuses informations ne sont pas enregistrées dans les rapports. Des études antérieures ont démontré différentes complications, parmi lesquelles l'asphyxie, mais avec une prévalence faible. L'analyse du décès des 7 patients sous contention a souligné que les causes n'avaient pas de lien direct avec la contention.</p>

	<p>Certains services d'urgence utilisent des chambres d'isolement comme alternative à la contention physique, ce qui diminuerait l'impact du comportement violent des patients et augmenteraient la sécurité des soignants. Ces options doivent être considérées.</p>
Forces et limites	<p>L'étude possède différentes limites : le caractère rétrospectif et monocentral de l'évaluation, des données manquantes, la partialité de la sélection, l'absence de logiciel médical pour prescrire et recenser les contentions.</p> <p>Les forces de l'étude découlent du fait que les données sont basées sur des documents médicaux et sur une documentation spécifique et systématique. Ces données ont été complétées avec les données du service de sécurité, qui sont considérées comme exhaustive d'un point de vue légal. Le rassemblement de ces données permettent également d'aborder les situations de manière complète.</p> <p>Une autre force de cette étude correspond à la description et l'analyse simultanées de l'association d'une contention chimique.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude souligne le besoin d'élaborer des protocoles et d'entraîner le personnel soignant à les appliquer.</p> <p>Les chercheurs croient également que la pratique infirmière bénéficierait grandement de l'utilisation d'un score spécifique d'agitation, qui aurait besoin d'être développé.</p> <p>L'étude met en évidence l'importance d'utiliser des mesures de contention uniquement après avoir tenté une désescalade verbale. La contention doit être de dernier recours et la plus courte possible.</p> <p>A cause du stress causé par une contention physique, l'association systématique d'une sédation chimique devrait être prise en compte. Le choix des substances pharmacologiques doit être fait en accord avec la littérature afin d'éviter les complications sévères.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> 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 qualitative**

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Chapman, R., Ogle, K. R., Martin, C., Rahman, A., McKenna, B., & Barnfield, J. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the Emergency Department: a qualitative perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(9-10), 1273-1281. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13159">https://doi.org/10.1111/jocn.13159</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Les auteurs évoquent quelques études et soulignent également le manque de littérature au sujet de leur question de recherche.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Aucun cadre conceptuel n'est utilisé.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			L'étude vise à explorer les perceptions des infirmiers au sujet de l'utilisation de la contention manuelle aux urgences et à déterminer ses raisons et ses conséquences.
<b>Méthodes</b>	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Descriptif exploratoire.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Il permet d'étudier les perceptions et de les décrire.
	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Des infirmiers recrutés dans plusieurs services d'urgence.

Population, échantillon et contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X				Il se compose de 15 infirmiers, dont les caractéristiques (âge, expérience) sont décrites précisément.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>		<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X				Entretiens semi-structurés de 20 à 50 minutes, enregistrés et retranscrits en verbatim, avec un guide d'entretien composé de questions et d'instructions pour réduire le biais induit par les chercheurs.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?			X		Il est brièvement évoqué mais peu détaillé. On apprend principalement que la collecte des données a cessé lorsque la saturation des données a été atteinte.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X				
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X				
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X				
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X				
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X				Les thèmes sont la part dans le travail, les raisons, les techniques, les conséquences et le manque de documentation concernant la contention.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X				Les participants ont pu valider les informations retranscrites.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X				
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X				Cette thématique est essentiellement abordée dans le paragraphe concernant les limites.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Ces recommandations apparaissent plusieurs fois dans la discussion et la conclusion.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Seule critique à émettre, certaines idées se répètent parfois au fil du texte.
Commentaires :					

## Références :

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

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

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Chapman, R., Ogle, K. R., Martin, C., Rahman, A., McKenna, B., & Barnfield, J. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the Emergency Department: a qualitative perspective. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(9-10), 1273-1281. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13159">https://doi.org/10.1111/jocn.13159</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Bien que les infirmiers aient traditionnellement eu recours à leur jugement clinique pour décider de la nécessité de la contention dans les soins aux patients, des inquiétudes ont été soulevées concernant son utilisation. Récemment, un appel international a été lancé aux organisations pour qu'elles réduisent, surveillent et établissent des guidelines sur l'utilisation de la contention. Les patients à risque de subir une contention manuelle dans les services d'urgence sont notamment ceux qui souffrent de maladies psychiatriques graves et un nombre croissant de patients atteints de démence. Les infirmiers et les organisations de santé sont mis au défi de fournir des soins de haute qualité aux patients qui peuvent présenter un risque, pour eux-mêmes ou pour autrui, et d'être responsables d'un environnement de travail sûr pour le personnel.</p> <p>Bien que l'utilisation de la contention manuelle semble être une pratique acceptée, les recherches à ce sujet sont rares et les guidelines sont fondées sur un consensus d'experts plutôt que sur des preuves. De plus, des problèmes de définition perturbent les recherches qui ont été menées. Cette étude explore et décrit les perceptions de l'utilisation de la contention manuelle par les infirmiers dans les services d'urgence, secteurs hospitaliers de courte durée particuliers. L'aspect de la contention étudié est la contention manuelle, définie comme l'immobilisation du patient au moyen de prises.</p>
Recension des écrits	<p>Les stratégies de contention physique, chimique et d'isolement sont les plus fréquentes pour traiter les patients violents, agressifs, agités ou non compliants. La contention physique regroupe la contention mécanique, soit l'utilisation de moyens matériels d'immobilisation, et la contention manuelle, soit le recours à des prises pour immobiliser le patient. La contention est une pratique courante pour prévenir les lésions envers le patient, les autres patients et le personnel, ou pour administrer des médicaments ou d'autres traitements. Cependant, bien qu'il existe des études en milieu psychiatrique, on sait peu de choses sur l'utilisation de la contention manuelle aux urgences.</p> <p>La littérature a mis en évidence les nombreuses complications psychologiques et physiques pour le patient et le personnel suite à l'instauration et au maintien de la contention. On peut notamment citer colère, anxiété, peur, impuissance, humiliation, douleur, asphyxie, broncho-aspiration, thrombose et décès. Bien que la sécurité des patients soit citée comme une raison courante pour l'application de la contention physique, la documentation a souligné une grande proportion de blessures (35%) aux membres supérieurs durant ces interventions. La contention physique a surtout fait l'objet de recherches dans le domaine de la santé mentale et la documentation en milieu hospitalier général est limitée et met l'accent sur l'utilisation de dispositifs mécaniques plutôt que sur la contention manuelle.</p> <p>Une recherche exhaustive dans la littérature n'a pas permis de trouver d'études portant sur les perceptions infirmières quant à l'utilisation de la contention manuelle dans les services d'urgence.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Question de recherche/buts	Cette étude vise donc à explorer les perceptions infirmières au sujet de l'utilisation de la contention manuelle aux urgences et à déterminer les raisons de mise en place, ainsi que les conséquences pour les patients et les soignants. Ces informations sont impératives pour permettre aux organisations d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer les stratégies visant à garantir la sécurité de tous les protagonistes lors de l'utilisation de moyens de contention manuelle.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude descriptive prospective transversale.
Population, échantillon et contexte	Les infirmiers ont été recrutés dans plusieurs sites appartenant à un vaste réseau de santé. Sept infirmiers ont été recrutés au moyen de séances d'information et d'affiches installées dans les services d'urgence. Huit autres infirmiers ont été recrutés par le biais des sept premiers. Ces infirmiers avaient tous participé ou assisté à une situation de contention manuelle dans un service d'urgence.
Méthode de collecte des données	Pour saisir leurs histoires et leurs avis à partir de leurs connaissances et de leur expérience, les infirmiers ont participé à des entretiens semi-structurés. Ceux-ci ont duré entre 20 et 50 minutes et ont été enregistrés et retranscrits mot pour mot. Les questions d'entretien étaient basées sur les objectifs de l'étude et étaient ouvertes. Un guide d'entretien a été utilisé avec une série de questions et d'instructions pour réduire le biais induit par les chercheurs. Voici des exemples de questions posées : Pouvez-vous me parler d'une situation où vous avez vu un patient être immobilisé manuellement aux urgences ? Pouvez-vous me parler des conséquences de cet événement pour vous, vos collègues et l'organisation ?
Déroulement de l'étude	La collecte des données a cessé après 15 entretiens lorsque la saturation des données a été atteinte.
Considérations éthiques	Les considérations éthiques ont été validées à la fois par le réseau de santé et par le comité éthique universitaire.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	Une structure théorique qualitative descriptive a été suivie, car le but de l'étude était exploratoire et cette méthode est adaptée aux descriptions fondamentales des phénomènes. Le processus standard d'analyse des données qualitatives de Streubert-Speziale a été utilisé et a d'abord impliqué deux chercheurs qui ont réfléchi sur chaque transcription et codage pour identifier les mots et expressions utilisées par les participants qui ont identifié des définitions significatives. Les définitions codées ont ensuite été regroupées et la relation entre elles a été identifiée afin que les thèmes ressortis des données soient adéquats et informatifs. La crédibilité des données a été assurée en vérifiant la représentation exacte du phénomène. Deux chercheurs ont d'abord codé les données, en dérivant des catégories et des thèmes émergents. Deux autres chercheurs ont ensuite reçu un échantillon de transcriptions

	<p>à analyser et il y a eu concordance et cohérence entre les résultats initiaux et subséquents. En outre, les participants ont vérifié que les résultats reflétaient leurs expériences. La transférabilité a été établie par la génération de descriptions épaisses et riches, et le maintien d'une piste de vérification pour la comparaison de cette étude avec des études menées dans des contextes similaires.</p>
Présentation des résultats	<p>Les participants comprenaient 15 infirmiers diplômés, tous employés à temps plein ou partiel, au moment de l'étude, dans un service d'urgence d'un grand réseau de santé. Les infirmiers étaient âgés de 24 à 46 ans et 9 avaient 28 ans ou moins. La majorité était des femmes. Tous sauf un possédaient un Bachelor et tous, sauf deux, avaient effectué une formation post-grade. Ils avaient en moyenne 9 ans d'expérience en soins infirmiers et 6 ans au sein des urgences.</p> <p>Les thèmes qui ressortaient des données incluaient : part dans le travail, les raisons de la contention manuelle, les techniques de contention, leurs conséquences et le manque de documentation.</p> <p><u>Part dans le travail :</u>      Bien que la prévalence de ces événements soit méconnue et que la question ne leur ait pas été posée directement, chaque participant s'est rappelé et a décrit une situation où il avait retenu manuellement un patient, et ce durant son dernier horaire de travail. Ce qui suit est typique de toutes les réponses des infirmiers lorsqu'on leur demande de décrire un tel événement : « Hier, j'ai reçu un patient sous l'emprise de drogues et qui convulsait. Nous devons lui tenir les épaules, les bras et les jambes et lui dire d'arrêter de nous donner des coups. »</p> <p>Le nombre rapporté de ces événements est surprenant. Par exemple, un infirmier a expliqué : « Les services d'urgence sont confrontés jusqu'à 12 ou 13 contentions manuelles par quart de travail, surtout durant la nuit. »</p> <p>Les infirmiers ont décrit la contention manuelle comme un élément présent dans leur travail quotidien, désagréable mais inévitable : « J'ai presque accepté que cela fasse partie du travail. Cela fait partie du service des urgences, tu dois être capable de gérer ça. »</p> <p><u>Raisons de la contention manuelle :</u>      La décision de contensionner manuellement un patient visait à arrêter ou réduire des comportements agressifs ou violents, afin de protéger la sécurité du patient, du personnels, des proches ou d'autres patients. La contention manuelle se produisait souvent avant l'instauration d'une contention chimique ou mécanique. Les événements impliquant des comportements violents suite à l'abus d'alcool ou de drogues ont été décrits comme les plus difficiles à gérer. Souvent, les patients contensionnés associaient toxicomanie et pathologie psychiatrique. Un infirmier a expliqué : « La police a accompagné un patient très agressif et sous l'influence d'une substance. Il n'arrêtait pas de cracher sur tout le monde et a été maintenu au sol. »</p> <p>La contention manuelle était souvent mise en place lorsqu'un patient tentait de quitter le service contre avis médical et pour prévenir un comportement agressif accru : « Un homme délirant très délirant avait été adressé pour une évaluation psychiatrique mais essayait de partir. Deux agents de sécurité et trois infirmiers l'ont plaqué au sol, installé sur lit et appliqué une contention mécanique. »</p> <p>Les patients âgés et atteints de démence qui refusaient un traitement représentaient une population couramment concernée par la contention manuelle : « Avec les patients atteints de démence, indépendamment de ce que vous expliquez, le scénario comprend toujours une résistance. Parfois, vous ne pouvez donc pas éviter d'appliquer rapidement une contention manuelle pour que les examens puissent se dérouler. »</p> <p>Souvent, les infirmiers n'ont pas indiqué qu'il s'agissait d'une forme de contention. Un infirmier a par exemple déclaré : « Tenir quelqu'un par la force pendant que vous appliquez une procédure n'est pas reconnu comme une mesure de contrainte. »</p>

Les participants ont déclaré que les contentions manuelles étaient principalement destinées à de petites interventions telles que l'insertion de cathéters ou de sondes et à la collecte de données physiopathologiques : « Certaines personnes âgées démentes sont très fortes et présentent peut-être une infection des voies urinaires. J'ai aidé des médecins en maintenant les patients par l'épaule et le poignet, afin d'obtenir les données toxicologiques ou pathologiques nécessaires. Il suffit simplement de le faire rapidement. »

Pour éviter la contention manuelle, les infirmiers ont mis en place des stratégies, comme se tenir à l'écart du chemin du patient, établir des règles claires, parler aux patients, placer le matelas sur le sol, contacter la famille, faciliter les demandes de fumer et accorder du temps pour que les contentions chimiques fassent effet. Un infirmier a déclaré : « J'ai appris avec le temps que, si vous établissez les règles tout de suite avec les patients difficiles, ils se montreront plus coopératifs. »

Toutefois, certains infirmiers avaient des opinions divergentes au sujet de ces stratégies, indiquant que la sécurité du personnel était une priorité et que le personnel ne disposait que peu de salles calmes et de temps de planification : « Parfois, cela prend trop de temps. Si quelqu'un devient vraiment agressif, nous devons être un peu plus rapides et mettre fin à ce comportement en mettant le patient dans une position sûre et sans danger pour les gens autour. »

Le fait d'avoir les ressources appropriées pour mettre en œuvre des stratégies pour ces patients a souvent été mentionné, y compris un personnel spécifique et avec une expertise spécialisée : « Ils ont embauché une infirmière en santé mentale supplémentaire pendant la nuit pour essayer de désamorcer les patients avant qu'ils ne deviennent un problème. Pourquoi ne pouvons-nous pas le faire durant la journée ? »

#### Techniques de contention :

Les infirmiers ont évoqué une variété de techniques utilisées pour contenir manuellement les patients, qui varient selon le niveau d'agressivité, si la contention se justifiait pour une intervention, si le patient essayait de quitter le service ou si elle était nécessaire jusqu'à ce que la contention chimique ou mécanique puisse être efficace. La contention manuelle était souvent un événement aléatoire et imprévu. La méthode la plus courante consistait à maintenir les membres : « J'assistais pour le cathéter et je tenais une de ses jambes, pendant qu'un collègue tenait l'avant-bras. Parce qu'il essayait de donner un coup de pied, j'avais les deux mains de chaque côté de ses genoux et je lui tenais la jambe en bas. »

Le fait de contenir un patient d'une position debout vers le sol ou un chariot était qualifié comme « le descendre ». Il s'ensuivait habituellement une contention chimique et mécanique. Une infirmière l'a décrit ainsi : « Un jeune homme de 17 ans, ivre et suicidaire, était relativement obéissant avant de craquer. Il a essayé de s'enfuir. J'ai attrapé un de ses bras par derrière, quelqu'un d'autre a réussi à prendre l'autre bras et nous l'avons mis au sol, d'abord avec deux collègues, puis avec deux supplémentaires. On l'a finalement installé sur un chariot. »

Malgré leurs spécialisations, les participants ont signalé qu'ils n'avaient pas reçu de formation sur les techniques permettant d'éviter les contentions ou de contenir manuellement un patient en toute sécurité : « Je n'ai jamais eu de formation sur la désescalade ou la contention physique. J'ai entendu des gens dire qu'ils n'étaient pas sûrs de la façon dont ils devaient maintenir le patient. Si je me trouve dans une situation où la sécurité est garantie et qu'un patient nécessite une contention, je lui demande « Où voulez-vous que je mette mes mains ? »

#### Conséquences :

Dans l'ensemble, les infirmiers ont souligné les conséquences négatives de la contention manuelle sur les patients, le personnel et l'organisation. Pour les patients, elle conduit souvent à des contentions chimiques et mécaniques, ainsi qu'à de mauvaises relations, avec le personnel. Une infirmière a eu un résultat positif pour un patient, bien qu'elle ait exprimé des inquiétudes au sujet du processus : « Je

me sens bien ce matin parce que les médecins ont trouvé ce qui n'allait pas chez lui et on pu le soigner. En fin de compte, ils ont obtenu un bon résultat. Ce n'était pas la meilleure façon, mais ils l'ont aidé. »

D'autres infirmiers ont décrit les conséquences négatives pour les patients : « Parfois nous retenons probablement des gens dont les facultés cognitives sont correctes ou qui présentent un bon status mental, parce que nous faisons des suppositions, qu'ils sont vieux et qu'ils ont besoin de ça. Le refus est interprété comme un signe de démence. Parfois, nous les sondons, ils sont hospitalisés et nous les soignons durant le jour suivant, alors que tout cela n'avait pas besoin d'arriver. »

Les conséquences pour les infirmiers étaient le stress physique et psychologique, des blessures et, parfois, la perte de confiance en l'organisation. Tous les infirmiers ont déclaré avoir subi une blessure physique à la suite d'une contention manuelle, notamment des coups de poing, des morsures ou des coups de couteau. Ceci a entraîné des douleurs au dos, aux bras, des ecchymoses et des tremblements adrénrgiques. De plus, certains participants ont déclaré que des liquides corporels les avaient aspergés eux ou les patients : « Nous risquons recevoir un coup de poing ou de pied, et pas forcément avec des patients psychiatriques. Cela peut arriver avec une vieille grand-mère souffrant d'une infection urinaire. »

Leur malaise à l'idée d'avoir à contenir manuellement les patients a été clairement exprimé par un infirmier, qui considérait que son rôle d'advocacy envers les patients était compromis et estimait que la contention ne devrait pas faire partie du rôle infirmier : « Je n'ai pas l'impression d'être un avocat. J'ai l'impression d'être ici pour aider et m'occuper des patients, puis on me dit de jouer le rôle du gardien de prison pour tenir les patients et les forcer à prendre leurs médicaments. »

Par conséquent, de nombreux participants ont indiqué qu'ils s'efforçaient de se tenir à l'écart des situations de violence ou de potentielle contention. Un infirmier a décrit l'impact physique et émotionnel des contentions manuelles : « Je trouve toujours que, quand je suis impliqué dans la contention, il y a un ébranlement par la suite, qui dépend de l'agressivité de la situation. »

Une autre infirmière a décrit les conséquences de la contention manuelle comme suit : « Si vous avez eu un ou deux plaquages en une nuit, vous rentrez chez vous et n'arrivez pas à dormir pendant de nombreuses heures. »

Elle a expliqué plus en détail les effets d'une contention manuelle prolongée : « Habituellement, il y a d'autres moyens de contention, mais ils ne fonctionnent parfois pas très bien. Il faut alors maintenir les patients aussi bien que possible. J'avais très mal aux bras, au dos, un peu partout. »

Outre les blessures subies par le personnel, des conséquences organisationnelles sont survenues à cause du grand nombre d'employés nécessaires à la gestion de ces situations. A de nombreuses situations, 3 à 7 membres du personnel ont été utilisés pour contenir manuellement le patient, ce qui a réduit le nombre d'infirmiers disponibles pour les autres patients. Un infirmier se souvient : « Nous sommes toujours en sous-effectif lorsque qu'un patient est contentonné et cela a un réel impact sur les autres patients qui ont besoin d'être vus. Leurs soins sont retardés et cela peut être dangereux. »

Fréquemment, l'infirmier responsable du flux des patients au sein de l'unité était impliqué et les participants ont reconnu que cela pouvait impacter la sécurité et la fluidité de la prise en charge des autres patients : « J'ai fait l'infection sédatrice et l'infirmier responsable était là, ce qui faisait 5 personnes dans la pièce et au moins six autres impactées en dehors de la salle. »

#### Manque de documentation :

Les infirmiers ont mentionné qu'ils documentaient l'utilisation de contention mécanique. Toutefois, la plupart estimaient que la contention manuelle ne nécessitait pas de documentation. Une infirmière a par exemple déclaré qu'elle n'avait écrit le nom d'un patient qui avait subi une contention manuelle pour un examen. Bon nombre d'entre eux ont documenté les comportements des patients dans le cours normal de leur travail, mais l'acte de contention manuelle n'était pas documenté. Un autre infirmier a déclaré : « Je suis au courant des formalités administratives pour les contentions mécaniques mais pas pour la contention manuelle. »

	<p>A plusieurs occasions, les infirmiers ont parlé d'une documentation indirecte de la contention : « J'ai écrit que l'examen s'était déroulé avec l'aide de 3 membres du personnel. »</p> <p>En conséquence à l'absence de documentation à ce sujet, les infirmiers n'ont pas signalé les blessures subies lors de l'application des mesures de contention. Une infirmière a expliqué : « Tu te réveilles alors avec un mal de dos ou quelque chose comme ça, mais ta douleur n'est pas documentée. »</p> <p>En résumé, tous les participants à cette étude considéraient que la contention manuelle des patients faisait partie du quotidien d'un service d'urgence. La contention manuelle a été utilisée pour assurer la sécurité des patients et du personnel, ainsi que pour entreprendre les traitements nécessaires. Toutefois, dans la mesure du possible, les infirmiers ont utilisé des stratégies pour éviter cette contention. Néanmoins, pour que celles-ci soient efficaces, il était essentiel que le personnel dispose du temps et des ressources nécessaires pour les mettre en œuvre en toute sécurité.</p> <p>Les infirmiers tiennent couramment les bras et les jambes du patient lorsqu'ils utilisent la contention manuelle. Néanmoins, ils se sont dits préoccupés par le manque de formation et d'enseignement à l'égard de ces techniques. Ils ont souligné les conséquences négatives pour le patient, le personnel et l'organisation qu'entraîne la contention manuelle, notamment les conséquences physiques, psychologiques et administratives. Les participants ont indiqué qu'il était peu probable qu'ils documentent les épisodes de contention manuelle. Par conséquent, ils n'ont pas signalé les blessures qu'ils auraient subi suite à la contention manuelle d'un patient.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Cette étude ajoute de nouvelles connaissances, puisqu'elle a été la première du genre à examiner les perceptions des infirmiers des urgences concernant l'utilisation de la contention manuelle. L'une des conclusions surprenantes de l'étude était la prévalence de ces événements perçue par les participants. Tous les infirmiers ont raconté au moins un épisode de contention manuelle au cours de leur dernier horaire de travail. Certains ont évoqué entre 6 et 13 occasions par horaire. On sait peu de choses à propos de cette prévalence. Une analyse de littérature n'a permis de trouver qu'une seule étude portant spécifiquement sur ce sujet, dans laquelle les auteurs ont estimé à la prévalence à 0.8 pour 1000 visites. Cependant, tant pour cette étude de Cannon et al. (2001) que pour la présente étude, la prévalence se fonde sur les estimations subjectives des participants et non sur des données objectives. Par conséquent, pour éclairer les politiques et les stratégies visant à répondre à l'appel international qui soutient une réduction de toutes les mesures de contention dans tous les secteurs hospitaliers, il est essentiel de mener des recherches empiriques pour bien comprendre la prévalence de ces mesures restrictives.</p> <p>Les participants ont facilement pensé que la contention manuelle était nécessaire pour prendre en charge les patients violents et agressifs. Les chercheurs et cliniciens appellent les gouvernements et les organisations à prévenir la violence et les agressions et à protéger le personnel de ces événements depuis des décennies. Les auteurs soutiennent que la violence et l'agressivité continues dans les urgences et d'autres services sont primordiales dans la question de la contention. Par conséquent, il est essentiel que des processus et des mesures visant à réduire la violence et l'agressivité envers le personnel soient mis en place pour réduire la contention manuelle.</p> <p>De plus, les patients jugés incapables de discernement représentaient une population souvent concernées par la contention manuelle. L'évaluation de la compétence des patients par le personnel peut être influencée par la présence d'une maladie physique, mentale ou de démence. Toutefois, la présente étude n'avait pas pour objet d'examiner le raisonnement des infirmiers quant à l'évaluation de la capacité de discernement. D'autres recherches sont donc nécessaires.</p> <p>Les participants ont indiqué que la présence d'un infirmier spécialisé en santé mentale durant certains horaires de nuit améliorerait la prise en charge des patients. L'extension de cette ressource à tous les horaires de travail pourrait améliorer les soins pour tous les patients. Gerace et al. (2014) ont constaté que 90% des patients contentonnés mécaniquement aux urgences présentaient un diagnostic</p>

psychiatrique et ont demandé que tous les services d'urgence fassent appel à une expertise professionnelle en santé mentale. En plus des postes infirmiers supplémentaires, un autre rôle qui peut contribuer à améliorer l'efficacité des soins est celui du soutien par les pairs. Le soutien par les pairs est représenté par une tierce personne avec un diagnostic psychiatrique qui peut offrir du soutien et défendre les intérêts des patients.

Tout comme pour les soins prodigués aux patients souffrant de troubles psychiatriques, les résultats de l'étude confirment la nécessité d'embaucher aux urgences du personnel supplémentaire spécialisé dans la personne âgée, particulièrement pour les patients atteints de démence. Le recours à un infirmier spécialisé dans les soins aux personnes âgées ou atteintes de démence peut améliorer les soins prodigués à cette population nombreuse et aider à réduire les mesures de contention. Nos constatations sont appuyées par des recherches qui ont démontré que l'emploi de la contention physique chez les patients âgés est une pratique courante dans certains milieux pour contrôler les comportements perturbateurs et prévenir les préjudices envers autrui. Il est particulièrement difficile de travailler avec des patients confus lorsqu'ils sont soignés dans un environnement comme celui des urgences.

Conformément aux études d'Elk et Ferchau (2000) et de Janelli et al. (2006), les infirmiers de notre étude se sentaient angoissés et n'aimaient pas appliquer des mesures de contention manuelle. La plupart ont essayé d'autres stratégies avant de recourir à la contention. Cependant, cette pratique est acceptée dans le cadre du travail d'un infirmier aux urgences. Les infirmiers qui utilisent la contention manuelle s'opposent directement aux concepts d'advocacy et de toucher thérapeutique, inhérents aux relations entre infirmiers et patients. L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de mesures visant à réduire les contentions manuelles peuvent améliorer les relations thérapeutiques entre les infirmiers et les patients, mais l'analyse de la littérature n'a pas permis d'identifier des études abordant ces questions.

Les participants ont plaidé en faveur de solutions alternatives à la contention manuelle, préconisant une gestion plus rapide des comportements violents et agressifs. Ces stratégies alternatives ont déjà été évoquées en ce qui concerne la contention mécanique. Toutefois, cette étude a également révélé que le personnel avait l'impression qu'il n'avait pas reçu de formation sur les techniques de contention manuelle ou qu'il n'avait pas suivi de formation dans ce domaine, malgré une spécialisation en urgence et de nombreuses années d'expérience. Cette constatation est préoccupante, compte tenu de la prévalence rapportée par les infirmiers. Pour assurer la sécurité des patients et du personnel, il est essentiel d'offrir aux infirmiers un enseignement et une formation standardisés au sujet de la contention manuelle. Cependant, malgré les récentes initiatives du Royaume-Uni visant à standardiser et à assurer la sécurité des interventions physiques par le biais de la réglementation des formateurs et l'amélioration des connaissances des infirmiers, toutes les initiatives ont été suspendues à défaut de techniques spécifiques approuvées.

Une approche multidisciplinaire de la contention manuelle est nécessaire en association avec un enseignement approprié au sein de la formation infirmière, des services de formation en santé et des programmes de développement du personnel. La contention manuelle est utilisée dans de nombreux autres contextes que les services d'urgence et, bien qu'il existe des recherches dans des disciplines comme la santé mentale avec des initiatives visant à réduire les interventions restrictives, la physiothérapie, la pédiatrie et le milieu du handicap, un programme multidisciplinaire de recherche sur la contention manuelle dans un hôpital général est indispensable.

L'une des conclusions surprenantes de l'étude est que nos infirmiers participants n'ont pas immédiatement considéré l'immobilisation manuelle d'une personne contre sa volonté comme un moyen de contention, terme qu'ils associaient plutôt à l'application de dispositifs mécaniques. C'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles les épisodes de contention manuelle n'ont pas été documentés. Bien que des études antérieures aient identifié de la documentation pour tous les types de contention, les infirmiers de cette étude ont signalé une absence virtuelle de documentation. Cette constatation était étroitement liée à l'idée que la contention manuelle était une pratique acceptée. Afin de fournir aux services de santé et aux gouvernements des renseignements précis et détaillés sur l'ampleur du problème des contentions manuelles et d'élaborer des stratégies efficaces pour assurer la sécurité des patients et du personnel durant ces

	<p>événements, il est important que les infirmières signalent et documentent tous les épisodes de contention manuelle. Pour réaliser cette stratégie, les services de santé sont tenus de fournir aux infirmiers la formation, les droits et le temps nécessaires pour remplir une documentation adéquate. En outre, pour s'assurer que la contention manuelle est utilisée lorsqu'il n'y a pas d'autres options, il est important que les organisations adoptent une approche multidisciplinaire et collaborative pour enquêter sur chaque événement individuel, sans blamer les intervenants. Les résultats de ces recherches pourraient ensuite être communiqués aux cliniciens, ce qui leur donnerait l'occasion de développer leur enseignement, de discuter et d'identifier des stratégies alternatives pour les patients qui nécessiteraient une contention selon le personnel.</p> <p>Les conséquences de la contention manuelle pour le personnel infirmier sont à la fois psychologiques et physiques. Psychologiquement, un grand nombre d'infirmiers de cette étude étaient ébranlés. Les blessures physiques subies par les infirmiers étaient nombreuses, notamment suite à des contentions prolongées et maladroites. L'acceptation des blessures par le personnel et les pratiques de travail habituelles étaient en harmonie avec l'absence de toute documentation sur ces incidents. Sans reconnaissance ni documentation de la contention manuelle et des blessures associées, les conséquences néfastes pour les infirmiers risquent de se poursuivre. L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de formation, ainsi que des politiques et processus clairs pour aider à réduire toutes les formes de contention, essentiellement manuelle, sont essentiels.</p>
Forces et limites	<p>Cette étude a fourni un aperçu des points de vue des infirmiers des urgences de plusieurs sites d'un réseau de santé australien. Les résultats sont donc spécifiques au contexte et la généralisation des résultats à d'autres endroits peut être limitée. D'autres recherches dans les services d'urgence et d'autres milieux aigus seraient bénéfiques. Les infirmiers interrogés travaillaient tous aux urgences, de sorte que les avis de ceux qui avaient démissionné pour chercher d'autres places de travail ne sont pas représentés et pourraient modifier les résultats. De plus, les participants se sont auto-sélectionnés pour l'étude. L'utilisation de la contention manuelle ne se limite pas aux urgences. Des réflexions sur son utilisation dans d'autres domaines peuvent aboutir à des résultats similaires ou différents.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Bien qu'on ne connaisse pas la prévalence exacte de la contention manuelle, les infirmiers qui travaillent aux urgences ont l'impression qu'elle est fréquente, malgré les appels internationaux à réduire toutes les formes de contention. La plupart des épisodes de contention manuelle n'ont pas été documentés, ce qui peut s'expliquer par le fait que les infirmiers perçoivent la contention manuelle comme un élément inhérent à leur travail aux urgences et pas comme une contention officielle. Les infirmiers ont eu recours à diverses stratégies pour contenir manuellement les patients violents et agressifs ou pour effectuer diverses interventions. Ils ont déclaré n'avoir pas ou peu de formation et d'enseignement à ce sujet. Les conséquences pour les infirmiers comprenaient des blessures psychologiques et physiques. Il est urgent que le personnel reçoive une formation et un enseignement sur l'utilisation de la contention manuelle et qu'il augmente le nombre de rapports et de documentation sur ces événements.</p> <p>Des recherches empiriques sur la prévalence et les problématiques entourant la contention manuelle sont nécessaires pour informer les établissements de soins et les gouvernements, afin d'élaborer, mettre en œuvre et évaluer les politiques et stratégies appropriées pour assurer la sécurité des patients et du personnel. L'emploi de professionnels spécialisés en santé mentale et en démence peut aider à réduire le nombre de cas de contention manuelle et à améliorer les soins aux urgences. Alors que cette étude a été menée dans un service d'urgence, des recherches dans d'autres domaines sont également nécessaires.</p> <p>Pour réduire la prévalence de la contention manuelle, les infirmiers doivent être davantage conscients que celle-ci n'est pas une partie acceptée de leur travail mais, comme toute contention, une stratégie de dernier recours qui exige déclaration et documentation. La violence et l'agressivité sont intrinsèquement liées à la contention manuelle et les mesures visant à régler ce problème se poursuivent aux urgences. Les administrateurs des services de santé et des organisations professionnelles doivent mettre en œuvre des programmes</p>

	de formation standardisés pour les infirmiers ainsi que des politiques et des processus de suivi et d'évaluation des cas de contention manuelle.
Commentaires	

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> 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**

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Cunha, M., André, S., Bica, I., Ribeiro, O., Dias, A., & Andrade, A. (2016). Chemical and Physical Restraint of Patients. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i> , 217, 389-399. <a href="https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109">https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?		X		Le titre évoque la thématique principale mais induit en erreur par rapport à la population visée par l'étude puisqu'il comporte le terme « patient » alors que l'étude porte sur la connaissance des infirmiers. Il ne cite pas non plus que ce sont les connaissances qui sont étudiées.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Toutes les parties de l'étude se retrouvent dans le résumé de l'étude.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
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			Dans l'introduction, les auteurs citent de nombreuses études qui se sont penchées sur la question de la contention ainsi que des recommandations officielles.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de la recherche est d'évaluer le niveau de connaissance des infirmiers en matière de contention physique et chimique et d'analyser l'influence du sexe, de l'âge et de l'expérience sur ces connaissances.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			
Population, échantillon	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			

et contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les caractéristiques des 156 infirmiers composant l'échantillon sont détaillées.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Les auteurs décrivent le questionnaire « Knowledge Questionnaire on Patient's Physical and Chemical Restraint » (KQPPCR).
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Oui, puisque ce sont les connaissances qui sont au centre de la question de recherche
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	Certaines informations apparaissent dans certains paragraphes, mais il n'existe pas une partie décrivant le déroulement dans son ensemble.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?		X		Il n'y a pas d'indication à ce sujet.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière narrative et sous forme de tableaux.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Il n'y a pas de cadre conceptuels ou de cadre théorique.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			L'ensemble des résultats est comparé avec les études antérieures.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		
	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 auteurs font plusieurs recommandations pratiques, notamment au sujet de la formation ou de la création de protocoles.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Sans préciser de sujet de recherche, les auteurs soulignent néanmoins l'importance de pratiquer des recherches continues sur cette thématique.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

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

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Cunha, M., André, S., Bica, I., Ribeiro, O., Dias, A., & Andrade, A. (2016). Chemical and Physical Restraint of Patients. <i>Procedia - Social and Behavioral Sciences</i> , 217, 389-399. <a href="https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109">https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le secteur de la santé est reconnu, à l'échelle nationale et internationale, comme un espace de vulnérabilité particulière, car il est en contact direct avec des personnes qui vivent des situations d'anxiété et de stress très élevés. A ces facteurs s'ajoutent d'autres épisodes d'agressivité associés à la maladie et à l'hospitalisation qui, à eux seuls, constituent des facteurs de déséquilibre.
Recension des écrits	<p>Bolander dit que tomber malade peut signifier beaucoup de changements pour un patient, tant sur le plan physique que psychologique. Cela peut notamment causer des crises émotionnelles, favorisées par des événements déclencheurs tel qu'un environnement inconnu, le contact avec des inconnus, des techniques invasives et douloureuses, la perte d'indépendance, d'autonomie, voire d'identité. Ces facteurs, seuls ou en association, peuvent déclencher des comportements agressifs.</p> <p>L'OMS définit l'agressivité comme « tout recours à la force physique ou au pouvoir, réel ou menaçant, contre soi-même, une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui peut entraîner ou risque fortement d'entraîner la mort, un préjudice psychologique, des changements développementaux ou une privation ».</p> <p>Parfois, les situations d'agression peuvent être associées à des changements comportementaux, la démence, les traumatismes antérieurs et d'autres troubles, les troubles psychotiques, de l'humeur et de la personnalité, les drogues, le rejet des règles hospitalières, les situations socio-culturelles, le manque de place et même l'organisation des unités hospitalières. Dans ce contexte, puisque les fonctions des infirmiers exigent une grande proximité avec le patient présentant des troubles comportementaux, développer des pratiques infirmières fermes et efficaces est un défi pour assurer l'intégrité du patient.</p> <p>Tardiff a constaté à travers une étude que 80% des infirmiers étaient agressés par des patients au moins une fois dans leur carrière et étaient souvent présents dans des situations de violence. Les résultats de la littérature justifient l'application de mesures de contention pour les patients à risque de violence envers eux-mêmes ou autrui.</p> <p>La circulaire normative portugaise DGS régit la contention physique dans la pratique clinique portugaise et la définit comme « la restriction des mouvements du malade, dans des situations d'agitation psychomotrice, de confusion ou d'agression/violence envers lui-même et/ou autrui » et « ces procédures devraient avoir pour seul et unique but de garantir que la personne malade dépasse la crise sans danger ». Ces méthodes sont adéquates lorsque les alternatives ne fonctionnent pas, afin de prévenir le risque de blessure.</p> <p>La contention physique est également utilisée pour prévenir les chutes, les comportements représentant un danger pour la sécurité de la personne ou son entourage, la protection des patients lors de traitements invasifs, la prévention ou l'arrêt du traitement et du contrôle de l'agitation/agressivité.</p>

La contention physique comprend les mesures suivantes : la contention posturale qui aide à maintenir une position correcte, la contention active souvent mise en place par un physiothérapeute et la contention passive, qui correspond à l'utilisation de méthodes qui limitent la mobilité volontaire et visent la sécurité du patient.

Toutefois, il existe des solutions alternatives qui peuvent diminuer le taux de contention. Elles peuvent être regroupées en quatre grandes catégories : approches médicales et infirmières, modification de l'environnement, approche occupationnelle et approche socio-psychologique. La contention chimique appartient à la première catégorie.

Le comportement agressif d'un patient peut apparaître de manière inattendue et, dès qu'il se manifeste, une approche verbale doit être tentée prioritairement, dans la mesure du possible. Le recours à la contention physique ne devrait avoir lieu que lorsque cette approche n'est pas efficace et toujours dans le but d'éviter des dommages physiques et psychologiques, tant pour le patient que pour autrui.

Selon une circulaire commune transmise au Portugal, les critères suivants sont à respecter lors de la pose d'une contention: "A) Avoir un endroit dans une pièce isolée ou un endroit approprié qui assure l'intimité, bien ventilé et avec une température adéquate ; B) Placer le patient là où il peut être protégé en permanence ; C) S'assurer qu'il n'y a aucun objet dangereux pour le patient ; D) Utiliser le matériel de contention approprié qui est conçue dans ce but ; E) Placer le lit avec des barrières latérales qui assurent la protection, le soutien et la sécurité du patient ; F) Mettre les attaches aux membres supérieurs et inférieurs et au thorax du patient selon la gravité de la situation. La cinquième attache, à placer sur la poitrine, doit être placée après l'immobilisation des membres ; G) Appliquer du matériel de protection pour prévenir les dommages résultant de la friction ; H) Surveiller à des intervalles d'au plus 15 à 30 minutes, les signaux de changements circulatoires et de perfusion tissulaire qui peuvent résulter de la compression par les bandes respectives ; I) Éviter les événements thromboemboliques ; J) Placer le patient en position couchée sur le dos : la tête légèrement surélevée et les membres supérieurs positionnés pour permettre l'accès veineux. Si nécessaire, une position alternative peut être utilisée, à savoir la position latérale ; L) Changer souvent la position du patient pour prévenir les ulcères dus à l'immobilisation ; M) Communiquer avec le patient pendant son processus thérapeutique ; N) Surveiller fréquemment les paramètres vitaux et analytiques du patient ; O) Faire l'examen physique périodique du patient ; P) Hydrater le patient si la sédation est prolongée ; Q) Réévaluer la nécessité de maintenir la contention physique pendant une période maximale de deux heures, en la répétant au moins à la même fréquence ; R) Retirer la contention physique en fonction de l'efficacité du médicament et de l'état clinique du patient ; S) Inscire obligatoirement, dans le dossier médical du patient, les raisons et caractéristiques de la contention physique, en précisant ce qui précède le besoin du procédé, l'échec des autres mesures et les événements imprévus. Les affirmations de Barros et al. soutiennent les éléments ci-dessus.

La Joint Commission citée par Coburn & Mycyk défend les guidelines suivantes : 1) Un médecin doit voir et évaluer le patient dans l'heure suivant le début de la contention. 2) La contention ou l'isolement ne peuvent être utilisés que si cela peut être justifié sur le plan clinique et thérapeutique. 3) La contention et l'isolement doit faire l'objet d'ordres limité dans le temps -. 4h pour les adultes, 2h pour les adolescents et 1h pour les enfants. 4) Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance continue et d'une évaluation périodique dans l'intention d'interrompre l'intervention le plus tôt possible. 5) Une réévaluation en face à face doit être effectuée chaque renouvellement de l'ordre médical. 6) La direction médicale doit être avisée après 12h de contention ou d'isolement continues et toutes les 24h par la suite. 7) Avec le consentement éclairé du patient, la famille devrait être avisée sans délai lorsque le processus est amorcé. 8) Un débriefing avec le patient et le personnel doit être effectué après l'arrêt de l'intervention.

Barros et al. ont créé un algorithme décisionnel au sujet de la contention. La question à se poser est de savoir si le comportement est dangereux pour le patient ou pour autrui. Si la réponse est négative, alors l'intervention doit traiter les causes au moyen

	<p>d'alternatives. Si la réponse est positive ou si les méthodes alternatives sont inefficaces, alors il est nécessaire de recourir à la contention physique.</p> <p>La contention physique est difficilement acceptée par la société si l'on tient compte des principes éthiques, puisqu'elle atteint l'autonomie, la dignité et l'individualisme du patient. Akansel préconise qu'il est important d'élaborer des protocoles au sujet de la contention physique afin de réduire les fausses perceptions et les mauvaises pratiques dans les soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Hypothèses/question de recherche/buts	La contention physique et chimique des patients, bien qu'elle soit souvent appliquée sans fondement scientifique réel, a toujours fait partie de la pratique des soins infirmiers. Le but de la recherche est donc d'évaluer le niveau de connaissance des infirmiers en matière de contention physique et chimique et d'analyser l'influence du sexe, de l'âge et de l'expérience sur ces connaissances.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude descriptive prospective transversale.
Population, échantillon et contexte	L'étude a été développée dans un hôpital au centre-nord du Portugal. Elle a évalué 156 infirmiers dont l'âge moyen était de 35 ans et dont 79.2% étaient des femmes. L'expérience moyenne dans le service était de 11.8 ans.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Le questionnaire « Knowledge Questionnaire on Patient's Physical and Chemical Restraint » (KQPPCR) a été utilisé durant l'étude. Sa version finale comprend 240 énoncés dichotomiques pour évaluer les connaissances au sujet de la contention physique et chimique du patient. Chacune des questions a reçu une note de 1 en cas de réponse incorrecte ou de 2 en cas de réponse correcte. La somme des scores de tous les items est le score global de connaissance, qui peut varier entre 120 et 240 points. Plus le score est élevé, alors meilleures sont les connaissances. L'analyse du degré de connaissances a été appuyée dans les dimensions suivantes : sécurité des patients, pratique juridique et éthique, connaissances scientifiques et qualité des soins.
Déroulement de l'étude	Les auteurs ne donnent pas plus de précisions que les éléments évoqués ci-dessus.
Considérations éthiques	-

<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Afin d'approfondir l'étude de la connaissance des infirmières, les auteurs ont appliqué la formule présentée par Pestana &amp; Gageiro (2005) pour la création des groupes (moyenne <math>\pm</math> ET = 0.25), ce qui donne les catégories suivantes : bonnes connaissances, connaissances raisonnables, et faibles connaissances.</p> <p>Les résultats obtenus ont été traduits avec une matrice de corrélation de Pearson ainsi qu'avec une analyse de variance.</p>
Présentation des résultats	<p><u>Résultats les plus significatifs selon les auteurs :</u></p> <p>92.9% des participants considèrent la contention physique comme une immobilisation du patient et 69.6% associent l'immobilisation à l'acte d'attacher le patient.</p> <p>La contention physique est considérée par 72.4% des patients comme un acte médical et infirmier. Cependant, 95.5% admettent qu'elle peut être effectuée par des infirmier, tandis que 59.6% des répondants affirment qu'une ordonnance médicale est nécessaire. En parallèle, 51.9% prétendent que la contention physique est une pratique infirmière autonome.</p> <p>En matière de contention chimique, 95.5% des participants affirment qu'elle devrait être effectuée suite à un ordre médical.</p> <p>92.3% voient que la contention physique est une pratique protectrice de la sécurité des patients. 87.2% indiquent qu'elle devrait être appliquée aux patients à risque de chute. 88.5% ont déclaré que la contention physique défend la dignité humaine. En ce sens, les participants considèrent qu'il est approprié d'appliquer une contention physique chez les patients souffrant de troubles psychotiques (91%), de troubles liés à la consommation de substances (68.6%), de troubles de la personnalité (59.6%) et de troubles de l'humeur (55.1%).</p> <p>79.5% des personnes interrogées estiment que l'utilisation de la contention comporte un risque pour le patient. Parmi les complications les plus probables, 82.1% pensent qu'elle peut engendrer des escarres, 79.9% des hématomes, 67.3% de la peur.</p> <p>L'application de barrières de lit, la contention physique et l'immobilisation au lit sont considérés comme les facteurs de contention les plus importants. Dans l'application de la contention mécanique, les matériaux les plus souvent utilisés sont les bandes, le linge et le coton. Les participants soulignent que les poignets et la poitrine sont les parties du corps à immobiliser.</p> <p>Pour 94.2% des participants, l'application de la contention physique devrait être précédée par des mesures d'approche du patient et appliquée uniquement si celles-ci ne sont pas efficaces. En ce sens, l'approche verbale et la contention chimique sont privilégiées pour 84%. 69.2% estiment que la contention physique n'est pas un indicateur de la qualité des soins.</p> <p>Il semble que tous les participants considèrent que l'évaluation et la documentation de la contention sont des standards de soins. Ils soulignent que l'évaluation de l'intégrité cutanée en cas de contention physique, ainsi que la mesure des signes vitaux et de l'état de conscience en cas de contention chimique sont des éléments cruciaux du rôle infirmier.</p> <p>Il a été constaté que 46,9% des participants avaient de bonnes connaissances, 6,2% avaient une connaissance raisonnable et 46,9% faisaient preuve de connaissances insuffisantes.</p> <p><u>Niveau de connaissances au sujet de la contention physique et chimique</u></p> <p>Les participants ont montré une connaissance raisonnable de la contention physique et chimique des patients, les valeurs moyennes allant de 144 à 176 (moyenne = 160,37 <math>\pm</math> ET = 7,51).</p> <p>Au sujet de la sécurité des patients, les scores varient entre 23 et 36 (moyenne = 27 <math>\pm</math> ET = 2,30), alors que les scores de base se situent entre 21 et 44. Ceci démontre des connaissances insuffisantes.</p> <p>Concernant la pratique juridique et éthique, les scores varient entre 21 et 31 (moyenne = 25 <math>\pm</math> ET = 1,75) alors que les scores de base se situent entre 19 et 38. Les participants possèdent des connaissances limitées dans ce domaine.</p>

	<p>Au sujet des connaissances scientifiques, les scores varient entre 49 et 69 (moyenne = <math>60 \pm ET = 4,22</math>) alors que les score de base se situent entre 44 et 88. Ceci démontre de bonnes connaissances de la part des participants à ce sujet.</p> <p>Concernant la qualité des soins, les scores varient entre 38 et 59 (moyenne = <math>48 \pm ET = 4,82</math>) alors que les score de base se situent entre 36 et 72. La connaissance des participants est évaluée comme raisonnable.</p> <p>L'analyse par regroupement a révélé que 46.9% des participants possédaient de bonnes connaissances, 6.2% des connaissances correctes et 46.9% des connaissances insuffisantes.</p> <p>L'analyse par sexe a révélé que 41,7% des hommes ont des bonnes connaissances, 4,2 % des connaissances raisonnables et 54,2 % des connaissances insuffisantes. En revanche, 49,1% des femmes ont des bonnes connaissances, 7,0% des connaissances raisonnables et 43,9% des connaissances plus faibles. Bien que non statistiquement significatif, les infirmières ont montré en général des meilleures connaissances.</p> <p>L'analyse de variance révèle que les participants du groupe 37-40 ans ont une meilleure connaissance et que les 41-57 ans ont les moins bons scores. Ces différences ne sont néanmoins pas statistiquement significatives. On en déduit donc qu'elles sont indépendantes de l'âge. L'analyse des connaissances selon l'ancienneté a révélé que le groupe des 13-16 ans a de meilleure connaissance que les 5-9 ans d'expérience. Ces différences ne sont néanmoins pas statistiquement significatives.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p><u>Connaissances des participants en matière de sécurité du patient</u></p> <p>92,3 % des participants croient que la contention physique est une pratique de protection de la sécurité des patients. En analysant les pratiques infirmières, Alzheimer Europe (2012) a constaté que l'âge, le risque de perte, la désorientation et la dépendance fonctionnelle sont les principales caractéristiques des personnes qui potentiellement vont nécessiter une contention. On a constaté que les résultats de cette étude correspondent à ceux des auteurs parce que la plupart des participants jugent approprié d'appliquer une contention physique aux patients avec des troubles psychotiques (91,0%), des troubles liés aux substances (68,6), des troubles de la personnalité (59,6%), des troubles de l'humeur (55,1%).</p> <p>Lopes et al. (2001) ont conclu que la contention physique est utilisée pour prévenir les chutes, les comportements qui peuvent mettre en danger la sécurité de la personne ou de son entourage, la protection des patients lorsqu'ils prodiguent des traitements invasifs, la préservation de l'équipement vital, la prévention du traitement ou de l'interruption du traitement et le contrôle de l'agitation motrice. Nous avons constaté que 87,2 % des participants ont déclaré que la contention physique devrait être utilisée chez les patients à risque de chute. Ces résultats sont similaires à ceux d'Akansel (2007), qui affirme que la plupart des participants préfèrent immobiliser les patients pour plus de sécurité, afin d'éviter qu'ils ne tombent des lits d'hôpital ou qu'ils ne retirent des équipements médicaux.</p> <p>D'autre part, 79,5 % ont constaté que la contention physique comporte des risques pour le patient et 82,1 % d'entre eux ont des connaissances correctes en l'identifiant comme l'une des causes potentielles d'escarres. Barros et al (2007) et Coburn &amp; Mycyk (2009), disent qu'il est essentiel d'appliquer certains critères afin de les minimiser.</p> <p><u>Connaissances des participants en matière de pratique juridique et éthique</u></p> <p>La contention physique est difficilement acceptée par la société si on la considère d'une perspective éthique. Parfois, lorsque nous recherchons le bien-être, nous ne respectons pas du tout l'autonomie, la dignité et l'individualisme de chacun, ce qui augmente la souffrance du patient. L'application de telles mesures doit tenir compte des principes éthiques, des aspects cliniques et de l'évaluation</p>

individuelle du patient. Dans l'étude, 76,3% des participants ont déclaré qu'ils connaissaient la circulaire DGS au Portugal et 88,5% des participants ont déclaré que la contention physique favorise la dignité humaine, ce qui est potentiellement contradictoire au niveau conceptuel, mais peut être expliqué si nous considérons que les participants appliquent la contention correctement pour promouvoir le bien-être du patient. Les résultats indiquent également que 72,4 % des participants considèrent que la contention physique est une procédure médicale et infirmière et 95,5 % préconisent que la contention chimique devrait être pratiquée après prescription médicale, un résultat qui correspond aux recommandations de la littérature.

#### Connaissances scientifiques des participants

Pour Lopes et al. (2001), la contention physique est une ressource utilisée sur ou à proximité du corps de l'individu, pour limiter la liberté de mouvement volontaire et la capacité fonctionnelle indépendante. La plupart des participants ne considéraient la contention physique que comme l'immobilisation du patient, 69,6 % la reliant à l'acte d'attacher le patient, ce qui dénote une connaissance scientifique insuffisante.

Pour la contention physique du patient, le matériel spécifique conçu à cet effet doit être utilisé. En revanche, les participants signalent que les matériaux les plus utilisés à cette fin sont les bandages, les draps et les linges, ce qui peut s'expliquer par l'absence de matériel approprié. Conformément à la littérature scientifique, les participants affirment que l'utilisation de barrières est un type de contention fréquent, suivi par la contention physique et l'immobilisation au lit.

Considérant les parties du corps à immobiliser, les participants mettent en évidence les poignets et la poitrine, et la littérature rapporte que le placement des attaches doit tenir compte de la situation, et que l'attache de la poitrine ne doit être placée qu'après immobilisation des bras et des jambes.

Les alternatives à la contention physique sont regroupées en quatre grandes catégories : approches médicales et infirmières, modification de l'environnement, approche professionnelle et approche socio-psychologique. Dans la mesure du possible, une approche verbale devrait être tentée et le recours à la contention physique ne devrait se faire que lorsque cette approche n'est pas efficace. La plupart des participants (94,2 %) ont indiqué que la contention physique devrait s'appliquer lorsque toutes les autres mesures échouent.

#### Connaissances des participants en matière de qualité des soins

Les infirmiers sont des professionnels dont les fonctions exigent une relation très étroite avec le patient, d'où la nécessité de développer des pratiques assertives suffisamment efficaces pour assurer l'intégrité du patient. La plupart des participants (69,2 %) ont indiqué que la contention physique n'est pas un indicateur de la qualité des soins, et nous avons conclu que lorsqu'elle est appliquée, ils ont d'abord recours à des alternatives, dans le but de fournir des soins appropriés. Toutefois, 76,9 % des participants ont considéré la contention physique comme une bonne pratique de santé, parfois nécessaire pour assurer leur sécurité et pas seulement en ce qui concerne les patients à risque de chute.

La plupart des participants (84,0 %) préfèrent les approches verbales et la contention chimique à la contention physique, un résultat qui va dans le sens de Nourhashémi (2004), qui affirme qu'il existe des alternatives à la contention physique et que, lorsqu'elles sont appliquées, elles peuvent réduire le taux de contention. Toutefois, 71,8 % des participants croient que la contention physique est la meilleure façon d'immobiliser le patient, ce qui reflète une opinion divergente sur ce qui précède.

En ce qui concerne les complications et événements indésirables résultant de la contention physique, la plupart des participants ont estimé que les ecchymoses (79,5%) et la peur (67,3%) sont les plus fréquentes. A ce sujet, Barros et al (2007) et Portugal (2007)

	<p>proposent comme mesures préventives pour ces événements l'évaluation de l'état général du patient, le changement de position du corps et l'utilisation de protection.</p> <p>Les pratiques d'évaluation et de documentation sont des critères de qualité des soins. Tous les participants considèrent qu'il est crucial et pertinent d'évaluer l'intégrité de la peau dans l'application de la contention physique, ainsi que d'évaluer les signes vitaux et le niveau de conscience dans l'application de la contention chimique. Ce fait concorde avec la circulaire en vigueur au Portugal, puisqu'elle inclut également d'autres mesures à appliquer dans la gestion de la mise en œuvre de ces mesures de contention. Pour résoudre ce problème, Akansel (2007) suggère la création d'un protocole qui décrit comment appliquer la contention, afin d'éduquer les professionnels sur les pratiques de contention, réduisant ainsi les fausses perceptions et les mauvais usages dans la pratique.</p>
Forces et limites	-
Conséquences et recommandations	<p>Il est primordial d'inclure dans le plan d'étude un contenu théorique et pratique sur la contention des patients. L'encouragement de la formation continue et les recherches constantes dans ce domaine sont des stratégies à mettre en œuvre à l'avenir. Les participants rapportent que les programmes de cours n'incluent pas de contenu sur cette thématique (59.6%), disant avoir acquis ces connaissances dans la pratique hospitalière (58.3%). Comme conclusions les plus significatives, nous soulignons que 46.9% des professionnels ont de bonnes connaissances, 6.2% des connaissances raisonnables et 46.9% des connaissances insuffisantes.</p> <p>L'application de la contention étant encore une pratique fréquente et quotidienne dans les hôpitaux, les centres de santé, les maisons de repos et d'autres établissements de santé, afin de mieux comprendre et expliquer ce problème, les questions suivantes restent sans réponse : Quel est le meilleur algorithme décisionnel pour l'application des mesures de contention ? Quand faut-il appliquer la contention physique au détriment de la contention chimique et vice versa ? Par conséquent, il est jugé pertinent d'étudier cette question sous d'autres angles analytiques, afin d'apporter de nouvelles connaissances à l'appui de nouvelles pratiques, de renforcer la qualité des soins de santé et d'honorer les soins infirmiers en tant que profession et domaine de soins.</p> <p>Afin de minimiser les dangers et les complications de la contention physique ou chimique, une formation spécialisée pour les professionnels est indiquée. Il est souhaitable d'investir dans la formation des modèles scientifiques et pédagogiques, l'établissement, la mise en œuvre et le respect de protocole de bonnes pratiques, une attention particulière à la documentation et un bon sens commun.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> 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**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Downey, L. V. A., Zun, L. S., & Gonzales, S. J. (2007). Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 29(6), 470-474. <a href="https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.006">https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.006</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			La population n'est pas concrètement citée, mais elle est facilement déductible via le concept d'agitation. Le contexte et les interventions sont claires.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?			X	La problématique n'est que vaguement évoquée dans un premier temps, elle prend plutôt forme dans la récitation des écrits.
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			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas de théories ou de concepts utilisés.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il n'est pas cité tel quel, mais l'explication permet de le déterminer.
Population, échantillon	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			L'enquête a été envoyée à un échantillon aléatoire de services d'urgence à partir d'une liste aléatoire d'hôpitaux aux Etats-Unis et à

et contexte					des services d'urgence psychiatrique de l'American Association for Emergency Psychiatrists (AAEP).
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Le n=391, car 330 services d'urgence et 61 d'urgence psychiatrique ont rempli le questionnaire.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	X			Un total de N=390 était nécessaire pour atteindre une puissance de 0.8.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Ils sont également présents sous forme de tableau dans l'article.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?			X	Ces mesures ne sont pas évoquées, mais l'étude a été validée par un conseil d'éthique.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de résumé narratif, appuyé par un tableau.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Vu qu'aucun cadre théorique ou conceptuel n'est utilisé.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, des corrélations sont faites avec les études précédemment citées.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Tout à fait, ils soulignent 3 différentes limites.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils évoquent autant les résultats généralisables que les biais pouvant limiter cette généralisation.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils proposent quelques pistes, mais soulignent le fait qu'elles devraient être approfondies par d'autres études.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils évoquent le besoin d'évaluer l'efficacité des différentes alternatives.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

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

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Downey, L. V. A., Zun, L. S., & Gonzales, S. J. (2007). Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. <i>General Hospital Psychiatry</i> , 29(6), 470-474. <a href="https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.006">https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.07.006</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les progrès en matière de gestion des urgences comportementales dans les établissements de soins ont été difficiles. Cela s'explique partiellement par le danger potentiel que représentent ces situations pour les autres patients et les professionnels de la santé dans les services d'urgence. L'utilisation de la contention physique pour la prise en charge des patients dans les services d'urgence est controversée. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) et de nombreux groupes ont fait pression en faveur de l'utilisation d'alternatives à la contention. Il est difficile de trouver un équilibre entre la protection des droits des patients et la réduction des risques qu'ils peuvent représenter pour eux-mêmes, les autres patients ou le personnel soignant.
Recension des écrits	Selon Allen et al. (2001), ceci est dû à la minimisation de certains déterminants-clés, telle l'agitation, laquelle manque de critères définissables pouvant être appliquées aux urgences comportementales. Il semblait que le manque de protocole avait conduit à contraindre un certain pourcentage de patients durant leur séjour aux urgences. Un groupe d'expert a estimé que les interventions d'urgences, telles le recours à une médication parentérale, la contention physique ou l'isolement n'était nécessaire que dans 1 à 20% des cas d'urgence comportementale. Ils soutenaient l'usage d'alternatives en première intention et de ne recourir à une contention chimique qu'afin de contrôler des comportements agressifs qui seraient apparus durant la prise en charge. Ces affirmations sont similaires aux standards de contention et d'isolement de la JCAHO publiés en 2000, selon lesquels le recours aux mesures de contention et/ou d'isolement ne peut être utilisé que dans les situations d'urgence représentant un risque imminent de préjudice physique pour un patient ou d'autres personnes. La différence est qu'il doit exister des documents attestant que le recours de méthodes alternatives a été envisagé prioritairement à l'utilisation de la contention. En 2003, cependant, il n'était toujours pas clairement établi quelles alternatives à la contention étaient utilisées et lesquelles fonctionnaient. L'échange verbal en tête-à-tête s'est néanmoins révélée être la plus efficace pour réduire l'anxiété et aider le patient à reprendre le contrôle. D'après Brown and Tooke, il est nécessaire de former le personnel à l'utilisation des méthodes les moins restrictives, comme les entretiens individuels, afin de prévenir le recours excessif aux mesures de contention. Si des progrès ont été réalisés au niveau de la formation au sujet des alternatives pour le traitement des patients violents, bon nombre de ces solutions ont démontré une utilité très variable une fois mise à l'essai dans le quotidien. Le soignant est souvent coincé entre sa responsabilité à l'égard de la sécurité des patients et du personnel d'une part, et l'utilisation de méthodes moins restrictives d'autre part. Des interventions non pharmacologiques devraient être utilisées dans la mesure du possible. Cependant, certains épisodes psychotiques requièrent un traitement neuroleptique, après que ces interventions comportementales et environnementales se soient révélées inefficaces.

	Comme les services d'urgence sont de plus en plus souvent confrontés à la prise en charge de patients qui manifestent un comportement menaçant ou violent, il se posera la question de savoir quand et comment contrôler l'individu. Ceux-ci sont souvent accompagnés par la police pour une évaluation psychiatrique. Il est souvent nécessaire de retenir le patient durant l'évaluation afin de réduire les préjudices pour lui-même, les autres patients et les soignants.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le premier objectif de cette étude est d'évaluer les techniques d'évaluation de l'agitation, si elles sont utilisées et si cela se fait avant le recours à la contention, dans les services d'urgence, selon les recommandations de la JCAHO. Le deuxième but est de déterminer les raisons des différents niveaux d'utilisation et/ou de conformité avec ces recommandations. Il est nécessaire de comprendre ce qui est fait et son niveau d'efficacité, afin de contrôler suffisamment les symptômes pour diagnostiquer, traiter et/ou hospitaliser le patient, tout en trouvant un équilibre entre sécurité et efficacité.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude descriptive corrélationnelle.
Population, échantillon et contexte	L'enquête a été envoyée à un échantillon aléatoire de services d'urgence à partir d'une liste aléatoire d'hôpitaux aux Etats-Unis et à des services d'urgence psychiatrique de l'American Association for Emergency Psychiatrists (AAEP).
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Un outil d'enquête utilisant les standards de contention et d'isolement de la JCAHO a été utilisé afin de recueillir des informations sur les techniques utilisées pour réduire l'agitation.
Déroulement de l'étude	Un sondage courrier a été envoyé aux institutions afin d'examiner leur recensement annuel pour obtenir les informations nécessaires. Le sondage a été mis à l'essai auprès de 40 services d'urgence et d'urgence psychiatrique, échantillonnés au hasard. Le seul changement apporté a été d'en inclure d'autres afin d'obtenir un éventail des techniques alternatives.
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel d'éthique.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Une analyse de variance a été utilisée pour vérifier les différencier entre les urgences psychiatriques et les services d'urgence hospitalière. Un total de N=390 était nécessaire pour atteindre une puissance de 0.80.
Présentation des résultats	Le taux de réponse pour les urgences générales a été de 40% et celui des urgences psychiatriques de 42%. Il y avait des différences entre les deux types de services, bien qu'ils aient déclaré des flux de patients équivalents sur une année, en moyenne 25'912 pour

	<p>les urgences générales et 29'516 pour les urgences psychiatriques. En effet, les urgences générales comptaient un plus grand nombre de lits que les services psychiatriques, et ils se trouvaient dans des hôpitaux de plus grande taille. Les services spécialisés recevaient en moyenne 687 patients par mois pour des motifs psychiatriques, contre 82 pour les urgences générales, et comptaient en moyenne 36.8 patients par mois sous contention, contre 6.25 pour les urgences générales.</p> <p>Les services d'urgence généraux étaient essentiellement de type communautaire, seulement 6% se trouvant en milieu universitaire et 26% dans des établissements de formation. 70% d'entre eux n'avaient pas d'unité psychiatrique reliée à leur hôpital. 90% ont déclaré utiliser des solutions alternatives avant de recourir à des mesures plus restrictives. Parmi les méthodes utilisées, 24% ont eu recours à une contention physique simple et 23% à une association entre contention physique, chimique et mesures d'isolement. Les services d'urgence psychiatrique étaient plus variés : 50% de type communautaire, 26% universitaires, 7% psychiatriques, 7% des centres de crise, 5% des centres pour vétérans, et seulement 5% dans les hôpitaux de soins généraux. Parmi ces lieux, 70% se considéraient comme des établissements de formation. Contrairement aux urgences générales, 87% des unités spécialisées possédaient une unité psychiatrique rattachée à leur établissement. 98% étaient également propices à utiliser des alternatives en première intention. Ils n'ont pas eu recours à des méthodes de contention physique uniquement : dans 34% des cas elle était associée à une contention chimique simple et à des mesures d'isolement, dans 18% avec une contention chimique simple uniquement, et dans 11% avec une combinaison pharmacologique.</p> <p>Les différences significatives entre les deux types de services qui ressortent de ces conclusions sont les types d'hôpitaux, leur statut de formateur ou non, la présence d'une unité psychiatrique reliée, le nombre de patients sous contention et les alternatives utilisées, comme les tête-à-tête, les temps morts, les activités physiques, l'usage de médicaments et le recours à des services pastoraux. La seule différence au sujet de l'efficacité des alternatives concernait les tête-à-tête, mais le faible taux de participation à cette partie du sondage (25%) peut induire des biais dans l'analyse de cette thématique.</p> <p>Les deux types de services étaient propices à l'utilisation d'interventions en tête-à-tête, avec 90% pour les services généraux et 89% pour les spécialisés. Les premiers déclaraient y recourir dans 40% des cas, contre 21% pour les seconds. 58% des urgences générales n'utilisaient pas la méthode du temps-mort alors que 67% des urgences psychiatriques le faisaient régulièrement. L'activité physique était employée par 46% des services généraux contre 33% pour les unités psychiatriques.</p> <p>Les urgences psychiatriques (96%) et générales (89%) utilisaient des méthodes de contention chimique, 35% des urgences générales y recouraient 50% du temps et 40% des urgences spécialisées les utilisaient à chaque fois. Les services pastoraux étaient utilisés dans 64% des services généraux contre 39% des services psychiatriques. 25% des répondants étaient neutres quant à l'efficacité de toutes les méthodes utilisées pour remplacer la contention.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Tous les établissements ont élaboré des protocoles et ont formé leur personnel à des méthodes alternatives à la contention. Les deux types de services d'urgence ont consacré du temps à former leur personnel à l'usage de ces alternatives. La grande majorité de ces services ont déclaré avoir mis en place des protocoles de gestion. Cela confirme les recherches de Bowler et al. (2003) concernant les progrès réalisés en matière de formation du personnel.</p> <p>Les urgences générales étaient plus susceptibles de recourir au tête-à-tête, aux activités physiques et aux services pastoraux. Les deux services utilisaient des méthodes de contention chimique, mais avec un taux et une fréquence plus élevés pour les services spécialisés. L'utilisation de techniques de diminution de l'agitation étaient plus probables dans un service d'urgence générale que psychiatrique. L'incidence élevée des contentions chimiques dans les deux types de services met en évidence le recours continu à une méthode qui permet d'assurer la sécurité du personnel et du patient, tout en permettant le contrôle et le traitement de l'individu agité. Cela peut être dû à un manque de connaissances des méthodes alternatives efficaces pour les interactions quotidiennes avec</p>

	des patients violents. Une meilleure compréhension de ceci permettrait aux soignants d'évaluer et traiter le patient en assurant la sécurité du personnel et des autres patients.
Forces et limites	<p>Le faible taux de réponse de 40% pourrait fausser les résultats, car ceux qui ont répondu pourraient être ceux qui ont le plus souvent recours à un panel d'alternatives à la contention. Au contraire, les autres établissements pourraient ne pas utiliser ces méthodes ou ne pas rencontrer suffisamment de patients agités. En raison de la nature délicate des questions posées, il pourrait également y avoir un biais de sélection.</p> <p>Une deuxième limite était le petit nombre d'urgences psychiatriques spécialisées, car il en existe moins de 200 à l'échelle nationale et leur nombre est en diminution. Cela pourrait créer un biais de sélection en supposant que les établissements qui persistent sont ceux dont la population est la plus aiguë d'un point de vue psychiatrique et avec lesquels les solutions alternatives pourraient se révéler moins efficaces.</p> <p>De plus, le faible taux de réponse (25%) aux questions sur l'efficacité des alternatives rend difficile l'extrapolation d'une tendance.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En résumé, cette étude démontre que des essais sont effectués pour utiliser des méthodes alternatives avant de recourir à tous les types de contention. Le taux de patient subissant ces contraintes semble être en diminution. Toutefois, il semble y avoir des différences entre les types de contention utilisée entre les deux types d'institutions. Les urgences générales semblent plus susceptibles de recourir à la contention physique, alors que les services psychiatriques privilégient des associations entre contention physique, chimique et isolement. L'utilisation plus répandue d'un plus grand nombre d'alternatives, ainsi que la diminution du nombre total de patients sous contention dans les services d'urgence généraux peuvent être attribuées au fait que le nombre de patients psychiatriques y est moins élevé.</p> <p>L'étude illustre une différence importante entre ces deux types de services, notamment parce que les urgences générales sont conçues pour s'intéresser essentiellement aux problèmes somatiques et non psychiques. Seulement 30% de ces services étaient reliés à une unité psychiatrique, contrairement à 87% des urgences spécialisées.</p> <p>Malgré cela, les services d'urgence généraux continuent d'utiliser une gamme d'alternatives tels que les tête-à-tête, les activités physiques ou les prestations pastorales. Ils sont moins susceptibles d'utiliser les temps-morts que les services spécialisés, ce qui peut toutefois être attribué à l'infrastructure de chaque institution. Tous les services utilisent d'abord des méthodes alternatives, ce qui démontre leur application à suivre les directives du JCAHO. Parmi ceux qui ont répondu aux questions sur l'efficacité de ces mesures, 25% se sont déclarés neutres, si l'on excepte les interventions pharmacologiques. Cela peut illustrer la nécessité d'effectuer d'autres études afin de mieux évaluer l'utilité de chaque méthode dans la pratique quotidienne.</p> <p>Cette étude souligne des progrès positifs dans les deux types d'urgence par rapport aux standards de la JCAHO. Elle ne peut néanmoins pas fournir une réponse définitive quant aux alternatives à utiliser dans toutes les situations. Il pourrait être imaginable de fournir une liste classant les interventions par niveau d'efficacité, ce qui contribuerait à diminuer le recours aux méthodes de contention.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> 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**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	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. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007">https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Les différentes parties sont évoquées, mais le visuel n'est pas très précis.
<b>Introduction de Problème de recherche</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
<b>Recension des écrits</b>	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun cadre conceptuel.
<b>Hypothèses/question de recherche/buts</b>	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
<b>Méthodes Devis de recherche</b>	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			
<b>Population, échantillon</b>	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			

et contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Pas de cadre conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	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			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

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

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	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. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007">https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Durant des années, la contention physique a été considérée comme une méthode raisonnable pour contrôler et gérer les comportements combatifs et perturbateurs dans de nombreuses organisations de santé. Aujourd'hui, le recours à la contention physique dans les établissements de soins est pratique controversée. Le dilemme continue pour les infirmiers qui sont engagés dans le processus décisionnel concernant son utilisation à cause des nombreux effets négatifs de cette procédure. Le personnel infirmier joue un rôle central dans le processus de gestion de la contention physique dans les hôpitaux. Ils entament habituellement le processus décisionnel et conseillent les médecins sur la nécessité de donner des instructions pour la mise en place ou le retrait d'une contention physique. Auparavant, les infirmiers décidaient généralement de l'utilisation et du retrait de la contention en fonction de leur jugement clinique. Cependant, la situation a changé en raison des nombreuses conséquences négatives de la contention physique, comme la mort et la strangulation. Par la suite, de nombreuses organisations de santé ont commencé à demander aux hôpitaux de prendre des mesures pour réduire l'utilisation de la contention physique et pour accroître la surveillance des patients sous contention.
Recension des écrits	La contention physique est une procédure discutable parce qu'il s'agit d'une question éthique et juridique discutable qui affecte l'autonomie et la dignité des patients. Le recours à la contention physique a non seulement un effet sur l'autonomie et la dignité des patients, mais il implique également de graves problèmes de sécurité pour le personnel et les patients qui en font l'objet. Paterson and Duxbury recommandent de réduire l'utilisation de la contention physique en raison de l'augmentation subséquente du taux d'agressions contre le personnel par les patients. Une sensibilisation accrue aux conséquences de la contention physique aide à établir le processus de raisonnement clinique des infirmiers. Il semble que la plupart des infirmiers n'ont pas de sentiments positifs à l'égard de l'utilisation de la contention physique, de sorte qu'ils pensent qu'il existe un conflit entre l'autonomie des patients et les soins infirmiers, lorsqu'ils estiment que la contention est nécessaire. Cependant, la contention continue d'être utilisée dans tous les milieux malgré les standards de soins et les protocoles cliniques concernant l'usage de la contention physique. Les infirmiers utilisent la contention physique pour prévenir les chutes ou l'interférence des patients avec le traitement et les appareils médicaux, ainsi que pour gérer et contrôler les troubles cognitifs et les symptômes de troubles comportementaux, comme l'agitation, l'agressivité et la confusion. Mais de nombreuses études ont montré qu'il n'existe aucune preuve stipulant que le recours à la contention physique protège les patients d'éventuels préjudices. Au contraire, elle a été reliée à une augmentation des chutes, des escarres, des suffocations, des conséquences psychologiques négatifs et même des décès. De plus, des études antérieures n'ont fait état d'aucune relation entre la réduction du taux de retrait de tubes ou de cathéters et l'utilisation de la contention physique.

	<p>Plusieurs études ont démontré que les connaissances des infirmiers concernant le bon usage des contentions physiques ne sont pas satisfaisantes. De plus, certaines études ont montré que les infirmiers ont des sentiments partagés au sujet de l'utilisation de la contention physique. En Malaisie, Lian a découvert que la plupart des infirmiers perçoivent la contention physique comme un dispositif protecteur, préventif, de soutien et thérapeutique. Les connaissances, les attitudes et les intentions des infirmiers à l'égard de l'utilisation de la contention physique sont des facteurs essentiels qui peuvent contribuer à cette pratique. La meilleure approche pour améliorer les connaissances et les attitudes à l'égard de la contention physique passe par des interventions éducatives. Certaines études de recherche démontrent leur efficacité sur les connaissances, l'attitude et la pratique des infirmiers en matière de contention physique et sur sa fréquence d'utilisation dans les hôpitaux. Au contraire, quelques études n'ont fait état d'aucun changement dans la fréquence d'utilisation et dans les attitudes infirmières, après la mise en œuvre d'un programme éducatif. La durée des programmes éducatifs variait d'une heure à 12 semaines. De plus, les différences culturelles et du milieu de travail peuvent influencer sur l'efficacité du programme éducatif. En outre, à notre connaissance, cette étude est la première à examiner l'effet de l'éducation sur la contention physique dans les établissements de soins en Malaisie.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Hypothèses/question de recherche/buts	Par conséquent, le but de cette étude était de déterminer l'effet d'une intervention éducative pour les infirmiers sur les connaissances, l'attitude, l'intention, la pratique et le taux d'incidence de l'utilisation de la contention physique.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude causale quasi-expérimentale.
Population, échantillon et contexte	<p>245 infirmiers qui travaillaient dans 12 services d'un grand hôpital d'enseignement de Kuala Lumpur ont participé à l'étude. Le taux d'incidence a été évalué dans les 12 même unités. Une liste de contrôle « TiDieR and Consort » a été utilisée pour guider la méthode, afin de s'assurer que les informations adéquates étaient incluses dans le rapport de cette étude interventionnelle.</p> <p>Les infirmiers qui travaillaient en néonatalogie, pédiatrie et salle d'opération ont été exclues en raison de la complexité de la définition et de l'application de la contention physique dans ces unités. Les infirmiers (N=309) travaillaient aux soins intensifs (n=83), en médecine et chirurgie (n=112), en neurologie et neurochirurgie (n=52), en gériatrie et réadaptation (n=32) et en psychiatrie (n=30). Ils ont rempli un questionnaire sur les connaissances, les attitudes, les intentions et la pratique. Ces unités ont été sélectionnées sur la base de l'enquête d'incidence en fonction de leur taux élevé de contention. Les critères d'inclusion pour sélectionner les participants comprenaient la volonté de participer à l'étude. Au cours de la phase d'intervention, 64 infirmiers ont été exemptés de l'étude en raison d'un transfert dans une autre unité, d'un congé d'étude, d'un congé maladie de longue durée ou de la retraite. Dans l'ensemble, 80% des infirmiers de chaque service ont participé à la phase d'intervention éducative et d'évaluation postérieure de l'étude. Par conséquent, l'intervention éducative a été présentée à 245 infirmiers sur une période de 3 mois. Les données sur le taux d'incidence de la contention physique avant l'évaluation a été recueilli dans les unités par les chercheurs entre juillet 2013 et janvier 2014, puis comparées au taux d'incidence 6 mois après la formation. Toutes les étapes du développement de l'étude, de la récolte de données, du développement et de l'application de l'intervention ont été effectuées par des chercheurs.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Deux ensembles d'instruments ont été utilisés pour recueillir des données : un questionnaire au sujet des connaissances, de l'attitude, de l'intention et de la pratique des infirmiers (KAIP en anglais) à l'égard de la contention physique d'une part, le taux d'incidence du recours à la contention physique d'autre part. La partie des connaissances, attitudes et pratiques du questionnaire a été initialement développée par Janelli et al. (1991) aux Etats-Unis pour les homes, puis pour toutes les unités hospitalières en 2006. Le domaine de l'intention (5 items dans le questionnaire) a été développé par Werner et Mendelsson (2001) en Israël. Le questionnaire comportait trois parties et 67 questions. 22 items ont évalué les caractéristiques démographiques et professionnelles des participants et 45 items portaient sur les connaissances, l'attitude, la pratique et l'intention, avec une échelle de Likert de 3 ou 4 catégories : pour les connaissances et l'attitude (1=pas du tout d'accord / 4=entièrement d'accord), pour la pratique (1=jamais / 3=toujours) et pour l'intention (1=définitivement non / 4=absolument oui). Le questionnaire a été traduit de l'anglais vers le malaisien. Un groupe d'experts composé de trois infirmiers cliniciens universitaires bilingues a constaté une grande similitude dans entre la version originale et la traduction du questionnaire. Par la suite, un comité de dix experts bilingues a été nommé pour évaluer la validité du questionnaire, tant sur la forme que sur le contenu. L'indice de validité du contenu était de 80%, ce qui indique une bonne validité de l'instrument. La cohérence interne du questionnaire était de 0.85, ce qui démontre une cohérence interne suffisante. Le coefficient de fiabilité test-retest était de 0.88, ce qui indique une stabilité acceptable sur une période d'un mois. La validité de tous les résultats obtenus par AMOS pour l'ensemble de la construction a montré des statistiques d'ajustement satisfaisantes. Bien qu'un score RMSEA idéal soit de 0.05 ou moins, une valeur de 0.068 indique un ajustement acceptable.</p> <p>Les données sur le taux d'incidence de recours à la contention physique ont été recueillies à partir d'un formulaire d'ordre de contention, vérifié par l'hôpital, sur lequel les infirmiers consignent le début et la fin de la contention. Ce formulaire a été rempli par des infirmiers et signé par des médecins. Dans cette étude, les types de contention physique utilisée comprenaient des attaches pour les jambes et les poignets, des ceintures, des vestes, une chaise de constriction et des gants. Les barrières de lit ont été exclues de l'étude parce qu'elles n'étaient pas considérées comme une contention physique selon la politique de l'hôpital à l'époque. Dans la présente étude, le taux d'incidence correspondait au nombre de nouveaux cas de patients ayant subi une contention physique durant 6 mois, divisé par le nombre de patients à risque pendant les 6 mois précédant et suivant l'intervention éducative. Tous les patients hospitalisés dans les unités concernées par l'étude avaient été considérés comme des personnes à risque de subir une contention physique. Les données post-interventionnelles concernant les connaissances, l'attitude, l'intention et la pratique des infirmiers à l'égard de la contention physique ont été complétées un mois après l'intervention éducative.</p>
Déroulement de l'étude	<p>En tout, 20 séances de formation ont été offertes aux infirmiers. Chacun a été invité à une journée de formation de 8h durant une journée. Entre 15 et 20 infirmiers ont assisté à chaque séance. Durant ces séances, les participants étaient regroupés en trois groupes par le chercheur, pour discuter et résoudre les 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 accord avec la politique de l'hôpital, les opinions du groupe d'experts, l'analyse des résultats de la première phase, l'analyse de la littérature sur les programmes de réduction de la contention physique dans les hôpitaux, ainsi que la théorie du comportement planifié. L'intervention éducative s'est concentrée sur les faits et les mythes concernant l'utilisation de la contention physique, les solutions alternatives en particulier pour les patients équipés de tubes ou de cathéters, les patients souffrant de troubles cognitifs et mentaux, et l'utilisation appropriée de cette méthode à l'hôpital en tant que dernier recours. La méthode d'enseignement comprenait un cours magistral, une démonstration de certains types de contention physique et de l'utilisation appropriée de ces techniques, des discussions de groupe et trois démonstrations vidéo. Un panel de huit experts en gestion infirmière et de psychiatres de l'hôpital a validé et vérifié le contenu de l'intervention éducative.</p>

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Janelli, qui détenait les droits d'auteur, a autorisé l'utilisation du questionnaire. Le Comité d'Ethique de la Recherche du Centre Médical a donné son approbation éthique quant à la présente étude. Les chefs et les participants ont été informés de l'objectif de l'étude et du fait que la participation à la recherche n'entraînerait aucun préjudice ou difficulté. Tous les infirmiers ont été invités à participer volontairement et un consentement écrit a été obtenu. Les participants ont été assurés du caractère anonyme et confidentiel de l'étude. Toutes les formes de contention ont été codées, assurant ainsi l'anonymat, et l'accès aux dossiers des patients a été limité à l'infirmier et au médecin référent. Un système de codage a également été utilisé dans le questionnaire, les participants n'ayant pas été identifiés dans les rapports.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données</p>	<p>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 caractéristiques des infirmiers et du taux d'incidence. Un t-test 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 avant et après l'intervention éducative a été réalisée à l'aide d'un Z-test à deux proportions. L'alpha de Cronbach, le coefficient de corrélation de Pearson et la modélisation par équation structurale ont permis d'assurer la fiabilité et la validité de l'instrument.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p><u>Caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmiers</u> Au total, 234 infirmières et 11 infirmiers ont participé à l'étude, avec une moyenne d'âge de 26.5 ans. Plus de la moitié d'entre eux étaient mariés. La plupart avaient obtenu un diplôme en soins infirmiers (83.3%). 60.4% avaient moins de 4 ans d'expérience en tant qu'infirmier diplômé dans un hôpital. La plupart d'entre eux (78.7%) avaient suivi des cours sur la contention physique durant leur formation, alors que seulement 11% y avaient été formés dans leur service. 31.8% ont déclaré avoir lu une source d'information traitant de la contention physique durant la dernière année.</p> <p><u>Effets de l'intervention éducative sur les connaissances, l'attitude, l'intention et la pratique des infirmiers</u> Un t-test par paires d'échantillons a démontré une amélioration significative des connaissances, de l'attitude et de la pratique autoévaluée entre le pré-test et le post-test. Le score moyen des connaissances est passé de 39.6 à 50.6 (<math>P &lt; 0.001</math>), l'attitude de 24 à 31.1 (<math>P &lt; 0.001</math>) et la pratique de 25.4 à 38.2 (<math>P &lt; 0.001</math>). Un t-test par paires d'échantillons a également été effectué pour vérifier toute différence dans le score moyen d'intention des infirmiers. Les résultats ont démontré qu'il y a eu une diminution significative du score moyen d'intention de 15.6 à 10.8 (<math>P &lt; 0.001</math>). Un score d'intention plus bas implique une faible volonté de recourir à la contention physique. Le d de Cohen indique une taille d'effet importante pour toutes les variables.</p> <p><u>Comparaison des caractéristiques démographiques et cliniques des patients sous contention physique</u> Les prévisions n'incluaient pas de différences significatives dans les caractéristiques démographiques et cliniques des patients, avant et après intervention, tant dans les unités psychiatriques que non-psychiatriques. Dans les unités psychiatriques, aucune différence</p>

	<p>statistiquement significative n'a été observée entre l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le diagnostic et le mois d'hospitalisation, avant et après intervention. De même, dans les autres unités, aucune différence significative n'a été démontrée.</p> <p><u>Comparaison du taux d'incidence de la contention physique</u></p> <p>De tous les patients (n=7606) hospitalisés entre juillet 2013 et janvier 2014, soit avant l'intervention, 5.6% (n=424) ont subi une contention physique. Les plus hauts taux d'incidence concernaient le service de neurologie et neurochirurgie (20.7%), de psychiatrie (13.2%) et de réadaptation gériatrique (12.3%). Le taux le plus faible a été constaté dans les services de médecine et chirurgie (1.8%). Dans la phase post-interventionnelle, le taux d'incidence le plus élevé était toujours observé en neurologie et neurochirurgie (14.7%), puis en réadaptation gériatrique (11.4%) et en psychiatrie (8,7%).</p> <p>La diminution la plus importante du taux d'incidence a été observée en neurologie et neurochirurgie (6%), puis en psychiatrie (5.5%). Le résultat du Z-test en deux proportions a révélé une différence statistiquement significative des taux d'incidence pré- et post-interventionnels dans chaque unité (P&lt;0.001), à l'exception des services de réadaptation gériatrique.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Dans cette étude, l'intervention éducative a entraîné une augmentation statistiquement significative des scores moyens de connaissances, d'attitude et de pratique, ainsi qu'une diminution significative de l'intention des infirmiers à l'égard de la contention physique. Un score d'intention plus bas implique une faible volonté de recourir à des moyens de contention physique. A notre connaissance, il existe des lacunes dans la littérature au sujet de l'intention des infirmiers d'utiliser la contention physique. Toutefois, des études antérieures ont fait état de résultats semblables en ce qui concerne les connaissances, l'attitude et la pratique infirmières. Dans une étude de Huang et al. (2009), une amélioration significative des connaissances et de la pratique avait été démontrée suite à une intervention éducative. Bien que les scores d'attitude aient augmenté de façon significative après leur intervention, il n'y avait pas de différences significatives entre les infirmiers ayant suivi l'intervention et les autres. Ceci s'explique par le fait qu'une formation de 90 minutes n'est peut-être pas suffisante pour un changement en profondeur de l'attitude des infirmiers envers la contention physique.</p> <p>Dans une autre étude, Yeh et al. (2004) ont signalé une augmentation significative du score moyen des connaissances après intervention. Mais il n'y avait aucune différence significative en termes de pratique autoévaluée. Une conférence de 4 heures sur la réduction des contentions avait été donnée aux infirmiers. Le faible impact dans la pratique pourrait être lié à la courte durée de l'enseignement ou au court laps de temps entre le pré-test et le post-test, car les participants n'ont eu que trois jours pour démontrer une différence dans leur pratique.</p> <p>Dans une étude de Pellfolk et al. (2010), qui évaluait les effets d'une intervention éducative d'une durée de 6 mois, les résultats ont démontré une amélioration des connaissances et de l'attitude des infirmiers. Ce programme de formation était présenté au moyen de conférences vidéos et de quelques notes pour des discussions de groupe organisées par des infirmiers responsables.</p> <p>Dans quelques études, l'intervention n'a pu modifier les connaissances, l'attitude et la pratique infirmières en matière de contention, comme l'ont par exemple démontré Dermaid et Byrne (2006). Dans cette étude, les chercheurs ont expliqué que d'autres facteurs environnementaux et les caractéristiques professionnelles des infirmiers peuvent avoir un effet sur les connaissances, l'attitude et les comportements. Dans une autre étude, Kontio et al. (2011), ont étudié l'effet d'un e-learning sur les compétences professionnelles des infirmiers en psychiatrie en matière de contention physique, mais les résultats n'ont pas démontré les avantages du programme. De futures études pourraient démontrer l'efficacité de l'intervention éducative en ligne sur les procédures coercitives. Il semble que les différences dans la conception de l'étude, la méthodologie, la durée, le contenu et la stratégie d'enseignement aient pu expliquer les différences de résultats entre l'étude actuelle et celles antérieures.</p>

	<p>Dans cette étude, les caractéristiques des patients considérées comme des facteurs opérant sur le taux d'incidence de contention physique étaient semblables dans les unités psychiatriques et non psychiatriques, dans les phases pré- et post-interventionnelles. Ces facteurs étaient de type démographiques et cliniques (âge, sexe, origine ethnique, diagnostic et mois d'hospitalisation). Après avoir tenu compte des effets possibles de ces caractéristiques, le taux d'incidence a été comparé entre les deux phases. Les résultats ont révélé une différence statistiquement significative dans tous les services, exceptés ceux de réadaptation gériatrique. Cette étude est en accord avec d'autres études qui ont également démontré qu'un programme éducatif pouvait diminuer le taux d'utilisation de contention physique. Contrairement à cette constatation, Dermaid et Byrne (2006) puis Lai et al. (2013) n'ont signalé aucun changement de ce taux. Les premiers ont mené une étude cas-témoin pour évaluer l'effet de l'intervention sur le taux de contention physique. Il était donc nécessaire d'appareiller soigneusement les salles, ce qui a peut-être affecté les résultats selon les chercheurs. Les seconds ont expliqué qu'ils avaient besoin de la collaboration de tous les membres du personnel et des proches dans la partie interventionnelle. Différentes méthodes éducatives pourraient expliquer les différences de résultats entre la présente étude et celle de Lai et al. (2013).</p> <p>Dans la présente étude, bien que le nombre de patients sous contention physique ait diminué après l'intervention dans les services de réadaptation gériatrique, il n'y avait pas de différence significative dans le taux d'incidence. Dans l'étude de Ludwick et al. (2008), les infirmiers croyaient qu'il y a plus d'obstacles à l'utilisation d'alternatives qu'à celle de la contention physique auprès des patients âgés. Ils pensaient que la sécurité était prioritaire et que les infirmiers devaient coordonner leur travail de sécurité avec les collègues, les médecins, les familles et les autres professionnels. Par conséquent, ils ont ressenti trop de pression pour faire le meilleur choix afin de maintenir la sécurité des patients.</p>
Forces et limites	<p>Le personnel infirmier a rempli la documentation sur un formulaire d'ordre de contention, et les résultats du taux d'incidence et des habitudes d'utilisation de la contention physique ont été analysés en fonction de ce document. Il se peut que le personnel ait fait état d'une estimation réduite du taux réel de recours à la contention, en raison de la désirabilité sociale. Deuxièmement, les données sur la pratique infirmière ont été recueillies à partir d'une auto-évaluation. Les données peuvent avoir été influencées par des facteurs incontrôlables et, par conséquent, l'identification du comportement réel des infirmiers est limitée. Troisièmement, cette étude n'a été menée que dans un seul hôpital. Il existe différents protocoles au sujet de la contention dans les différents hôpitaux de Malaise qui, par conséquent, n'étaient pas inclus dans l'étude. Le potentiel de généralisation peut donc être limité. Finalement, nos données ne nous ont pas permis de faire correspondre plus de variables que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le diagnostic et le mois d'hospitalisation entre les périodes pré- et post-interventionnelles. Bien que la plupart des études aient mentionné que ces variables influencent de manière significative le taux d'utilisation de la contention physique, d'autres situations peuvent modifier cette fréquence.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats démontrent qu'une intervention éducative pourrait améliorer les connaissances, l'attitude et la pratique infirmières, ainsi que réduire leur intention de recourir à la contention physique. De plus, la réduction du taux d'incidence indique l'efficacité de l'intervention. La réduction de l'utilisation de la contention physique conduit à un espace thérapeutique plus respectueux, à un milieu moins violent et à une plus grande efficacité du personnel. Ceci est en harmonie avec une approche centrée sur le patient. Les résultats de l'étude et de l'intervention éducative sont applicables aux infirmiers, aux enseignants, aux responsables, aux manages hospitaliers ainsi qu'aux chercheurs.</p>
Commentaires	



Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> 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**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(15-16), 2180-2188. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13239">https://doi.org/10.1111/jocn.13239</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction de Problème de recherche</b>	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
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			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Pas de théories ou de concepts utilisés.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il n'est pas cité tel quel, mais l'explication permet de le déterminer.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Aucune information à ce sujet.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			L'étude a été validée par un comité éthique et les patients ont du donner leur consentement.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de résumé narratif, appuyé par un tableau.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Vu qu'aucun cadre théorique ou conceptuel n'est utilisé.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Oui, des corrélations sont faites avec les études précédemment citées.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Ils n'évoquent pas le terme de manière explicite, mais les propos au sujet des forces et limites soulignent le potentiel de l'étude à être ou non généralisé.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils soulignent l'efficacité de la désescalade, ainsi que les lacunes en formation.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils évoquent le besoin d'évaluer plus en détail les différentes compétences et leur efficacité.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

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

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25(15-16), 2180-2188. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13239">https://doi.org/10.1111/jocn.13239</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	La désescalade est l'utilisation de la communication verbale et non-verbale pour réduire ou éliminer l'agressivité et la violence pendant la phase d'escalade du comportement du patient. Elle est recommandée comme intervention de première intention dans la gestion de l'agressivité et de la violence dans le domaine de la santé mentale et offre une alternative plus sûre et moins contraignante que les méthodes restrictives traditionnelles, comme l'isolement, la sédation rapide, la surveillance intensive ou la contention physique. Toutefois, malgré l'accent mis sur la désescalade dans les stratégies et la pratique, peu de recherches ont été menées sur cette méthode potentiellement puissante.
Recension des écrits	<p>Le passage stratégique à des méthodes moins contraignantes au Royaume-Uni est considéré comme essentiel au vu des récents décès très médiatisés et du nombre croissant de preuves qui mettent en évidence les dangers physiques et psychologiques des méthodes de restriction plus contraignantes, comme la contention physique. Cependant, les programmes de formation obligatoire dispensés aux infirmiers ne sont pas fondés sur des données empiriques, et il n'existe pas d'approche approuvée en tant que best practice. De plus, l'efficacité de ces formations dans la réduction des conflits (comme l'agressivité) ou des mesures de restriction (comme l'isolement ou la contention physique) n'est pas claire.</p> <p>Les explications théoriques de la violence, qui sont à la base de plusieurs formations sur la désescalade, suggèrent que le comportement du patient suivra une trajectoire comportementale prévisible de l'agitation vers l'agressivité. Cependant, l'analyse du comportement des patients hospitalisés suggèrent que ce n'est pas toujours le cas, mais que la désescalade est efficace dans environ 50% des situations de crise.</p> <p>Les facteurs qui contribuent à l'agressivité et à la violence dans les unités psychiatriques sont complexes et diversifiés, incluant notamment le système de santé mentale, les caractéristiques environnementales, les caractéristiques des patients et les compétences des soignants. De même, de tels facteurs sont susceptibles de contribuer à l'utilisation et à l'efficacité de la désescalade dans la pratique. Cependant, la recherche à ce sujet n'en est qu'à ses débuts et ces relations sont mal comprises. Comprendre les facteurs prédictifs de l'utilisation et du succès de la désescalade permettra d'améliorer la formation et son application pratique pour les soignants.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.

Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Le but de cette étude était de commencer à combler cette lacune scientifique, en étudiant, dans la réalité des unités psychiatriques hospitalières, les séquences d'événements qui précèdent et suivent la désescalade, les caractéristiques des patients et les comportements précurseurs qui influencent l'utilisation de la désescalade et son succès. Pour les besoins de l'étude, la désescalade a été définie comme « l'indication de l'intervention verbale (parler calmement) ou autre (une pause à l'extérieur, des exercices de respiration profonde) de la part du personnel pour calmer les patients ».</p> <p>Cette étude a trois objectifs principaux : identifier les événements qui précèdent la désescalade et prédire son succès, identifier les événements qui suivent des tentatives de désescalade infructueuses, étudier les caractéristiques du patient qui permettent de prédire le recours à la désescalade et son succès.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude descriptive corrélationnelle.
Population, échantillon et contexte	<p>Les données ont été recueillies dans le cadre d'une étude plus vaste portant sur les séquences de conflit et de restriction dans les services hospitaliers de psychiatrie aigüe. L'échantillon comprenait 522 patients adultes, âgés de 18 à 65 ans et hospitalisés en psychiatrie, recrutés dans 84 unités de psychiatrie aigüe, dans 31 hôpitaux sélectionnés au hasard dans la région londonienne. Un minimum de trois patients par unité a été recruté. Les données ont été recueillies au cours des deux premières semaines d'admission des patients. Ceux hospitalisés depuis moins de deux semaines ont donc été exclus. Les données ont été recueillies entre juillet 2009 et mars 2010.</p> <p>Les critères d'inclusion des participants comprenaient donc l'âge de 18 à 65 ans, la capacité de donner un consentement éclairé, être jugé approprié pour l'approche selon le personnel du service et une durée d'hospitalisation d'au moins deux semaines dans l'unité.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>La Patient-Staff Conflict Checklist (PCC) de Bowers et al. (2003), a enregistré l'implication des patients dans des incidents de conflits et de restriction durant les deux premières semaines d'admission, à partir des transmissions écrites. La PCC comprend 21 comportements conflictuels (agression verbale, physique, infraction aux règles, consommation de substances, automutilation, fuite, opposition au traitement, ...) et 8 événements de restriction (administration d'une réserve de psychotropes, médication intramusculaire forcée, surveillances renforcées, isolement, démonstration de force, désescalade, contention physique et temps-mort). Elle est accompagnée de définitions opérationnelles soigneusement élaborées. Selon celles-ci, la désescalade se différencie du temps-mort, défini comme « la demande du patient de rester dans la chambre pendant un certain temps, sans que la porte ne soit verrouillée ».</p> <p>Une version informatisée de la PCC a été utilisée afin d'établir l'ordre temporel des événements lors d'un horaire de travail et sur plusieurs jours consécutifs, ainsi que la fréquence des événements. On obtient ainsi une série chronologique de conflits et de restriction pour chaque patient, durant chaque horaire. Les plages durant lesquelles il n'y a eu aucun événement ont été considérées comme nulles. La fréquence, l'ordre et le type de conflits ou de restriction survenant durant chaque horaire ont été enregistrés. La PCC est valide, en corrélation avec les rapports d'incidents officiels, et fiable, avec une cohérence interne élevée (0.7) et une grande fiabilité entre évaluateurs (0.7). Les données sociodémographiques et cliniques des patients ont été extraites des dossiers, comme le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le diagnostic, la situation de vie, le nombre d'admissions antérieures, les antécédents de consommation d'alcool, de drogues et d'automutilation.</p>

Dérroulement de l'étude	Les chercheurs ont assuré la liaison avec le personnel infirmier pour identifier un panel de patients admissibles. Six patients par unité ont été choisis au hasard pour participer, car c'était le maximum qu'un chercheur pouvait recruter par jour. Sur les 1902 patients admissibles sélectionnés, 407 ont refusé de participer et 973 ont été exclus parce qu'ils étaient trop malades ou absents au moment de la visite du chercheur. Après avoir obtenu le consentement éclairé du patient, le chercheur a eu accès au dossier médical et infirmier, ce qui lui a permis de remplir le formulaire informatisé de la PCC directement sur un ordinateur portable. Cela prenait environ 60 minutes.
Considérations éthiques	Le comité d'éthique de la recherche du King's College Hospital a approuvé l'étude.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>La séquence des événements précédant et suivant la désescalade au cours d'un horaire de travail de 8h a été examinée. La période d'analyse de 8h a été sélectionnée de manière à limiter la possibilité d'identifier des relations superflues entre des événements distants. Les données ont été organisées de façon à ce que l'ordre et la nature des conflits et restrictions soient enregistrés pour chaque horaire dans les deux premières semaines suivant l'admission.</p> <p><u>Séquences de désescalade</u> Les séquences d'événements ont été définies comme suit : premier événement de l'horaire (début de la séquence), tous les événements précédant la désescalade durant l'horaire (tous les précurseurs), les événements précédant immédiatement (précurseurs immédiats), les événements survenant immédiatement après (postcurseurs immédiats), tous les événements suivant la désescalade (tous les postcurseurs). Les séquences ont été divisées en deux catégories : séquences de désescalade réussies (séquence terminée) et non réussies (désescalade suivie par d'autres événements dans la séquence). Les événements initiaux, les précurseurs et les précurseurs immédiats des séquences réussies et non réussies ont été identifiées et décrits. Les postcurseurs des séquences infructueuses ont également été décrits. Les événements survenant à des fréquences inférieures à 1% ont été exclus. Un test U de Mann-Whitney a comparé le nombre moyen de précurseurs entre les séquences réussies et non réussies. Les odds ratio ont comparé la nature des événements de départ entre les deux types de séquences.</p> <p><u>Prédicteurs liés au patient</u> Les données ont été entrées dans le Statistical Package for the Social Sciences (version 22, IBM Corp 2013). Les odds ratio ont examiné les relations entre les facteurs du patient et son vécu de la désescalade. De multiples associations significatives ont été explorées plus en profondeur à l'aide d'une analyse de régression logistique binaire. Pour chaque participant, le succès de la désescalade a été calculé comme le pourcentage de désescalades vécues qui ont été classées comme réussies. L'analyse de corrélation bidimensionnelle a examiné la relation entre le succès de la désescalade et les facteurs sociodémographiques et cliniques des patients.</p>
Présentation des résultats	<p><u>Caractéristiques des patients</u> Plus de la moitié de l'échantillon était composé d'hommes (54%), de couleur blanche (68%) et de personnes admises volontairement (60%). L'âge moyen était de 41 ans (ET=13.0). La majorité des patients étaient célibataires (81%) et n'avaient aucun problème somatique (75%). La plupart des patients avaient un diagnostic de schizophrénie (42%) ou de troubles de l'humeur (37%). 40% ont</p>

déclaré avoir consommé de l'alcool, 36% des drogues, 68% avaient connu des épisodes d'automutilation et 57% des antécédents de violence.

#### Séquences de désescalade

Parmi l'échantillon de 522 patients, plus de la moitié (53%) ont connu une désescalade au cours des deux premières semaines d'admission et la majorité (37%) au moins deux épisodes. Au total, 784 séquences ont été identifiées, 61% (n=476) ont été classées comme réussies et 35% (n=276) comme non réussies. Les 4% restants se sont terminées par une désescalade, seulement après avoir été répétées au cours d'une même séquence, et ont donc été exclus des analyses car ils représentent une voie différente, ce qui pourrait perturber les résultats.

#### Séquences réussies

Dans les séquences réussies, 38% ont commencé par l'événement de désescalade lui-même sans autre événements précurseurs, 28% ont commencé par une agression verbale et 8% par diverses formes de comportement contraire aux règles. Si l'on considère uniquement les séquences contenant des précurseurs, le précurseur immédiat le plus fréquent était l'agressivité verbale (16%), suivie de l'agressivité envers des objets (13%) et de l'administration de médicaments en réserve (11%). Les comportements non conformes aux règles et les conflits liés à la médication représentaient respectivement 17% et 16% des signes précurseurs immédiats d'une désescalade réussie.

#### Séquences non réussies

La majorité des séquences infructueuses (33%) ont commencé par une agression verbale, tandis que 17% ont commencé par une agressivité envers des objets (10%) ou de la violence physique (7%). L'agressivité était également le précurseur immédiat le plus fréquent : verbale dans 41% des séquences, envers des objets dans 12% et de la violence physique dans 10%. La moitié des tentatives infructueuses (49%) ont été immédiatement suivies d'une restriction, le plus souvent l'administration de médicaments en réserve (35%). Dans 26% des cas, la désescalade a été immédiatement suivie d'une agressivité de la part du patient, le plus souvent verbale (18%). La majorité des séquences non réussies se sont terminées par une forme de restriction (66%), le plus souvent l'administration de la médication en réserve (44%). Les autres séquences se terminaient avec un autre conflit, le plus souvent une agression verbale (9%), un comportement contraire aux règles (10%) ou des incidents liés aux médicaments (5%).

#### Séquences réussies versus séquences non réussies

Les séquences réussies possédaient moins de précurseurs ( $M=0.91$ ,  $ET=1.05$ ) que les séquences non réussies ( $M=1.39$ ,  $ET=1.46$ ) [ $p<0.001$ ] et étaient deux fois plus susceptibles de ne présenter aucun événement (39%) que les infructueuses (22%) [ $OR=2.19$ ,  $p<0.01$ ]. Les séquences débutant par de l'agressivité étaient moins susceptibles de réussir (37% vs 47%) [ $OR=0.53$ ,  $p<0.01$ ].

#### Prédicteurs liés au patient

Les odds ratio ont révélé que les patients plus jeunes et ceux qui avaient des antécédents de violence étaient plus susceptibles de connaître une désescalade, tandis que les hommes blancs Britanniques étaient plus susceptibles de connaître une désescalade répétée. L'analyse de corrélation bidimensionnelle a démontré que les patients avec des antécédents de violence connaissaient des désescalades moins réussies, compte tenu de l'âge et de la consommation de substances.

	<p>Aucun prédicteur significatif de désescalade répétée n'a été identifié. Toutefois, en tenant compte du diagnostic et des antécédents de violence, une tendance a été constatée chez les patients de sexe masculin de couleur noire ou provenant de minorité ethnique avec des antécédents psychiatriques.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Le but de cette étude était d'identifier les séquences d'événements précédant et suivant la désescalade dans la réalité des services hospitaliers psychiatriques, en explorant les caractéristiques des patients et les précurseurs comportementaux qui influencent l'utilisation de la désescalade et son efficacité dans la réduction du conflit et des mesures de restriction. Les résultats ont révélé qu'environ la moitié des patients de cette étude ont vécu une désescalade au cours des deux premières semaines d'admission, et que plus du tiers des patients ont connu des épisodes répétés. Lorsqu'elle a été mise en œuvre, la désescalade a réussi à mettre fin à la séquence de conflit ou de restriction dans la majorité des cas. Les tentatives réussies comportaient moins d'événements précurseurs, et ceux-ci étaient moins agressifs, que pour les tentatives infructueuses. Ces dernières ont été le plus souvent suivies par l'administration de psychotropes en réserve ou de l'agressivité verbale de la part du patient. Les patients avec des antécédents de violence étaient plus susceptibles de connaître une désescalade, avec un taux de réussite moins bon.</p> <p>Les résultats suggèrent que les infirmières utilisent fréquemment la désescalade pour gérer avec succès les comportements conflictuels des patients en milieu psychiatrique. Les événements réussis ont été précédés par des comportements conflictuels moins nombreux et moins agressifs. L'une des interprétations possibles est que la désescalade est plus efficace lorsqu'elle est mise en œuvre tôt dans la séquence conflictuelle. Ainsi, la vigilance et la réactivité des infirmiers envers des signes peu évidents de perturbation comportementale peuvent mener à une intervention plus rapide et efficace. Cela corrobore les résultats d'études d'observation antérieures, selon lesquelles la capacité des infirmières à remarquer le début d'une séquence conflictuelle est le facteur déterminant critique de la gestion de l'agressivité (Johnson &amp; Delaney, 2007).</p> <p>Cependant, les patients connaissant des épisodes de désescalade infructueuse ont manifesté auparavant une agressivité plus fréquente et plus grave, et ils étaient plus susceptibles d'avoir des antécédents de violence. Cela donne à penser que le risque perçu peut influencer la décision de recourir à la désescalade en cas de conflit. En effet, les interactions entre le personnel et les patients ont été identifiées comme des précurseurs fréquents de l'agressivité des patients. Peut-être que dans les situations où le risque de violence est plus grand, les tentatives peuvent être entreprises plus prudemment. Pris ensemble, ces résultats peuvent refléter un manque de confiance du personnel envers les techniques de désescalade (Inglis &amp; Clifton, 2013), ce d'autant plus lorsque le risque perçu est plus grand (Whittington &amp; Wykes, 1996 ; Paterson &amp; Leadbetter, 1999).</p> <p>Les tentatives infructueuses ont rarement été suivies de violence (5%) ou de restriction physique (5%), mais le plus souvent par l'administration du traitement de réserve (24%). Dans une forte proportion de cas (44%), l'administration de la médication a mis fin à la séquence. Cela suggère que lorsque la désescalade n'est pas efficace seule, elle l'est souvent lorsqu'elle est associée à l'administration de médicaments en réserve. Des questions de stigmatisation des patients, ainsi que de pouvoir et de contrôle du personnel entourent l'administration des médicaments en réserve. Une formation visant à améliorer la communication autour de cette thématique peut à son tour améliorer l'efficacité de la désescalade et réduire le recours à d'autres mesures plus contraignantes, telle la contention physique.</p> <p>Bien qu'ils n'aient pas été significatifs, les résultats ont montré que les épisodes répétés de désescalade étaient plus probables chez les patients de sexe masculin, de couleur noire ou issus de minorité ethniques, avec des antécédents d'hospitalisation. Une méta-analyse récente a révélé que l'ethnicité n'était pas associée à l'agressivité des patients hospitalisés. Cette constatation peut donc s'expliquer en partie par l'hypothèse des « cercles de la peur », qui suggère que ces patients et le personnel qui les soignent ont tous deux une peur perpétuelle, les patients craignant des soins punitifs et le personnel réagissant de façon potentiellement excessive à</p>

	leurs actions à cause de malentendus ou d'idées fausses. Par ailleurs, cette tendance peut être simplement un artefact de la relation entre la schizophrénie, le sexe masculin et le statut ethnique minoritaire.
Forces et limites	<p>Les résultats doivent être examinés en prenant en compte leurs forces et leurs limites. Premièrement, la désescalade est une intervention vaste et mal définie, qui englobe toutes les communications verbales et non-verbales que les infirmiers utilisent pour calmer les patients. La communication avec les patients fait partie intégrante des soins infirmiers et, par conséquent, les événements qui seraient officiellement classés comme « désescalade » peuvent ne pas être considérés comme importants et donc ne pas figurer dans les transmissions infirmières.</p> <p>Deuxièmement, comme il s'agissait d'une analyse rétrospective d'un échantillon de patients consentants, il se peut que cette étude ne reflète pas exactement la réalité clinique. Cependant, les données sociodémographiques des patients sont comparables aux données des études de plus grande envergure et donnent un aperçu de l'utilisation et de l'efficacité de la désescalade dans la pratique, ce qui peut guider l'orientation de futures études observationnelles à grande échelle, dans ce domaine sous-étudié.</p> <p>Troisièmement, en utilisant les plages horaires comme limite temporelle, les résultats superflus entre des éléments éloignés sont limités. Or, cela exclut les relations entre des événements qui se produiraient à cheval sur deux horaires.</p> <p>Quatrièmement, bien que cette étude n'ait pas été en mesure d'explorer de façon exhaustive les nombreux facteurs pouvant influencer la désescalade (comme les compétences cliniques ou l'environnement), elle fournit des preuves empiriques sur les précurseurs comportementaux et les facteurs liés au patient qui y contribuent, ce qui peut servir de base à des recherches futures.</p>
Conséquences et recommandations	Ces résultats soutiennent la désescalade dans la pratique, mais suggèrent que les infirmiers peuvent manquer de confiance dans l'utilisation de la technique, particulièrement lorsque le risque de violence est plus grand. La désescalade n'est pas une compétence instinctive et exige de l'enseignement (Whittington & Richter, 2005). Cependant, elle a été négligée dans la recherche jusqu'à présent et souffre d'un manque de preuves empiriques pour éclairer la formation. Il existe donc un besoin urgent de mener des recherches empiriques de haute qualité pour identifier les compétences de désescalade les plus efficaces pour réduire les conflits en milieu psychiatrique. Cela fournirait des données probantes pour éclairer la formation et améliorer la confiance du personnel dans l'utilisation de cette technique potentiellement puissante.
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> 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**

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Mion, L. C., Sandhu, S. K., Khan, R. H., Ludwick, R., Claridge, J. A., Pile, J., ... Winchell, J. (2010). Effect of Situational and Clinical Variables on the Likelihood of Physicians Ordering Physical Restraints. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 58(7), 1279-1288. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02952.x">https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02952.x</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
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			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Le cadre théorique est peu clair, mais les auteurs évoquent la référence à la théorie du jugement social.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il n'est pas cité tel quel, mais l'explication permet de le déterminer.
Population, échantillon	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			

et contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Aucune information à ce sujet.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Le design de l'enquête factorielle, qui utilise des cas fictifs, permet de n'entraver aucun principe éthique.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Elles sont nombreuses et permettent d'évaluer avec précision la signification des différentes hypothèses.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Ils sont résumés sous forme textuelle et présentés entièrement sous forme graphique.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Le cadre théorique n'est plus explicitement cité, il est néanmoins possible d'établir des liens entre les résultats et la théorie.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			La majorité des résultats sont renforcés ou au contraire opposés aux études antérieures.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Ils soulignent que les résultats de l'étude sont difficilement généralisables vu qu'elle s'est déroulé dans un seul établissement.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?			X	Ils évoquent essentiellement des études à réaliser, plus que des interventions concrètes à appliquer, mais il ressort néanmoins régulièrement des éléments pouvant être utilisés dans la pratique infirmière.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils soulèvent plusieurs questionnements à étudier à l'avenir.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

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

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Mion, L. C., Sandhu, S. K., Khan, R. H., Ludwick, R., Claridge, J. A., Pile, J., ... Winchell, J. (2010). Effect of Situational and Clinical Variables on the Likelihood of Physicians Ordering Physical Restraints. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 58(7), 1279-1288. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02952.x">https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02952.x</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>La contention physique est considérée comme une infraction aux droits des patients et un enjeu pour leur sécurité. Par conséquent, la Joint Commission et les Centers for Medicare and Medicaid Services prescrivent des exigences à respecter pour le professionnel aussi bien que pour l'organisation hospitalière. Les hôpitaux sont tenus responsables de l'utilisation appropriée des mesures de contention et d'isolement. Le non-respect de ces réglementations fédérales peut entraîner des sanctions importantes pour l'hôpital et le médecin prescripteur.</p> <p>Malgré cette réglementation strict, le recours à la contention physique n'est pas rare en milieu hospitalier. Les médecins et infirmiers en soins aigus l'utilisent pour gérer les comportements des patients qui les exposent à un risque de blessure, principalement pour prévenir les chutes ou le retrait prématuré d'appareils thérapeutiques (tube endotrachéal par exemple), mais la contention est elle-même la cause de nombreuses complications pouvant aller jusqu'au décès.</p>
Recension des écrits	<p>La littérature médicale ne fournit qu'une orientation incomplète aux médecins sur la décision de recourir ou non à des mesures de contention physique dans des services de soins aigus. L'hétérogénéité des patients dans ces unités, le manque de données probantes sur l'efficacité des stratégies alternatives, surtout dans les unités de soins intensifs, ainsi que le manque d'éducation concernant la médecine gériatrique aigue et l'utilisation de la contention physique contribuent probablement tous à la grande différence observée entre médecins et infirmiers dans la probabilité de recourir à des mesures de contention physique. Dans une étude récente, incluant 439 unités dans 40 hôpitaux, le taux d'utilisation des méthodes de contention physique était jusqu'à 10 fois supérieur dans certains hôpitaux ou variait entre des unités jumelées. Par exemple, dans 70 services de médecine pour adultes, la prévalence variait de 3 à 123 jours de contention pour 1000 patients-jours. Cette variation a persisté, même en tenant compte des variables du service, représentées par les caractéristiques sociodémographiques des patients, l'état ventilatoire, la dotation en personnel, le type d'hôpital et les caractéristiques environnementales (la taille de l'unité par exemple).</p> <p>Un certain nombre d'études ont examiné les décisions et pratiques infirmières en matière de contention physique mais, compte tenu de ces variations pratiques et du caractère médico-délégué de l'acte, il serait utile d'identifier les facteurs qui influencent la probabilité pour les médecins de prescrire des mesures de contention. La décision de prescrire un acte de contention physique est complexe, influencée non seulement par l'incertitude résultant du manque de guidelines et de données probantes, mais aussi par des facteurs organisationnels, situationnels et propres aux patients.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	<p>Cette étude a utilisé un modèle d'analyse des décisions, la théorie du jugement social, afin d'examiner la probabilité que les médecins ordonnent une mesure de contention physique. Ce modèle suppose que les jugements sont fondés sur les interactions entre l'environnement et l'individu.</p> <p>Le médecin ne peut pas évaluer pleinement l'état réel du patient et doit donc juger la situation en se basant sur différents facteurs simultanément. « L'écologie » représente l'état situationnel ou contextuel du patient. Le patient émet alors des « signaux », soit des signes et symptômes, que le médecin évalue et pèse. Ce modèle est détaillé lors de l'explication de la création des vignettes cliniques.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Les différences entre les médecins dans l'attribution d'importance aux différentes variables situationnels et cliniques peuvent expliquer les différences qui en découlent dans la pratique. Ainsi, le but de cette étude était de déterminer l'influence des facteurs situationnels et cliniques sur la probabilité que les médecins prescrivent des mesures de contentions physiques chez des patients adultes hospitalisés.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>C'est une étude descriptive corrélationnelle.</p>
Population, échantillon et contexte	<p>L'étude a eu lieu au MetroHealth Medical Center, un centre médical universitaire du nord-est de l'Ohio. Les participants potentiels étaient des médecins internes dans toutes les spécialités reliées au centre en juin 2007 : médecine interne, chirurgie et psychiatrie.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les vignettes ont été créées selon un processus de trois étapes. Premièrement, trois chercheurs ont dressé une liste de signaux cliniques et situationnels pertinents, basés sur l'expérience clinique et une revue de littérature. Cette dernière s'est concentrée sur les facteurs cliniques et situationnels associés à l'utilisation de la contention physique en milieu hospitalier ou sur le délirium, les chutes et l'agitation, trois situations courantes menant à l'utilisation de mesures de contention chez les patients adultes hospitalisés. La revue a mené à l'élaboration de vignettes contenant 7 variables cliniques associées au délirium, aux chutes, à l'agitation ou à la contention physique : l'hypoxie, l'hypo- ou hypertension artérielle, l'hypo- ou hyperthermie, la déshydratation, la brady- ou tachypnée, la brady- ou tachycardie, ainsi que le comportement. 4 variables situationnelles étaient propres au patient : l'âge, le sexe, l'humeur et les comorbidités. Les deux premières ont été sélectionnées car elles ressortaient de la revue littéraire, l'humeur car l'expérience clinique soulève cette hypothèse, alors que les comorbidités permettraient de déterminer si la présence concomitante de troubles psychiatriques ou neurologiques influencerait sur la probabilité d'un recours à la contention. 3 variables situationnelles dépendaient de l'environnement ou de l'organisation. L'heure du jour peut refléter la charge de travail, la fatigue ou les ressources en termes de personnel, avec un recours accru à la contention durant les week-ends et les nuits. De plus, le modèle stipule que c'est l'infirmier qui appelle le médecin pour l'informer de la situation, puisqu'ils sont les premiers à amorcer la décision ou la discussion au sujet d'un recours à des méthodes de contention. Finalement, il a été démontré que la confiance dans le jugement de l'infirmier référent et le fait que celui-ci demande explicitement l'application de mesures influencent les décisions médicales. Toutes ces variables ont été découpées en différents niveaux, détaillés dans le Tableau 1.</p> <p>Dans un deuxième temps, un modèle de vignette a été élaboré avec des facteurs constants et variables. Les facteurs constants ont été affinés afin de fournir les informations jugées nécessaires à l'illustration de scénarios crédibles. Ce modèle a été conçu d'une perspective médicale au travers d'une transmission infirmière. Plusieurs exemples de vignettes ont été rédigés et distribués à trois médecins traitant et à un docteur en sciences infirmières, qui ont examiné les variables et leurs valeurs, ainsi que la cohérence et le réalisme clinique des vignettes. Des améliorations ont été apportées en fonction de leurs commentaires.</p>

	<p>Au cours de la troisième phase, cinq exemples de vignettes corrigées ont été envoyées à deux médecins, tous deux intensivistes et pneumologues, afin qu'ils les remplissent. Un feedback leur a été demandé à propos du temps nécessaire pour remplir le questionnaire, la facilité de la lecture et la clarification de toute information ambiguë.</p> <p>Une fois le modèle de vignette finalisé, un tableau aléatoire des nombres représentant tous les niveaux des variables a été généré. En utilisant la syntaxe SPSS, les valeurs numériques ont été converties en valeurs texte. Le programme SPSS a généré aléatoirement 2'000 vignettes et inséré les différents niveaux de chaque variable texte dans le modèle de vignette.</p>
Déroulement de l'étude	Des enquêteurs n'ayant aucune autorité clinique ou administrative ont approché les participants. Le sondage a été distribué entre juin et août 2007 à 246 médecins lors de réunions ou dans leur boîte aux lettres. Les sondages étaient anonymes et pouvaient être retournés en personne ou grâce au système postal intra-hospitalier.
Considérations éthiques	Le comité institutionnel d'éthique du MetroHealth Medical Center a examiné et approuvé l'étude.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>L'unité d'analyse pour cette étude était la vignette et non le médecin. L'étude a été menée auprès de 60 médecins qui ont rempli 5 vignettes pour un échantillon de 300 vignettes, ce qui a permis de détecter des relations entre des variables ayant une taille d'effet <math>r^2 = 0.09</math>, un degré de liberté (df) = 30N-31, <math>\alpha = 0.05</math>, et une puissance = 0.96.</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide de la version 15.0 de SPSS. La variable résultante était la probabilité d'ordonner une contention physique pour un patient décrit dans la vignette, mesurée sur une échelle de 10 points. Les variables indépendantes étaient les variables situationnelles et cliniques. Des statistiques descriptives de base ont été réalisées sur toutes les variables. Des statistiques bidimensionnelles ont été réalisées pour chaque variable situationnelle et clinique avec la probabilité d'ordonner l'application de mesures de contention à l'aide d'un t-test pour les variables à deux niveaux et l'analyse de la variance pour les variables à plusieurs niveaux avec une correction de Bonferroni pour contrôler le taux d'erreur global du type 1. Conformément à la méthodologie de l'enquête factorielle, un modèle de régression linéaire a été mené pour étudier la relation entre les variables situationnelles et cliniques indépendantes et la variable de résultante primaire. L'orthogonalité des variables de vignette indépendantes est une particularité majeure de la méthode. Avant de d'effectuer les analyses multidimensionnelles, la multicollinéarité a été évaluée à l'aide du facteur d'inflation de la variance et du tolérancement statistique. Aucun problème n'est apparu. Des variables fictives ont été créées pour les variables multidimensionnelles, dont les valeurs de référence étaient les valeurs normales.</p> <p>Les variables cliniques ont été entrées à l'étape 1 : hypoxie, déshydratation, hypotension, hypertension, bradycardie, tachycardie, bradypnée, tachypnée, hypothermie et hyperthermie. Les variables entrées à l'étape 2 étaient la présence d'agressivité ou de léthargie. Les variables entrées à l'étape 3 comprenaient deux comportements : grimper hors du lit, ainsi que trembler et toucher le matériel médical. Les variables saisies à l'étape 4 étaient des variables situationnelles propres au patient : présence de démence, d'AVC, d'alcoolisme, de schizophrénie, un âge de 65 ou 85 ans, et le sexe masculin. Les variables entrées à l'étape 5 étaient les composantes situationnelles environnementales et organisationnelles : avertissement à 19h30 ou 2h00, avertissement par un infirmier inconnu du médecin, par un infirmier connu mais dont le jugement n'était pas fiable, une demande de la part de l'infirmier pour des mesures de contention physique, de contention chimique ou pour une consultation psychiatrique.</p> <p>Les résultats ont été résumés et évalués en fonction du pourcentage de la variance de la variable résultante, ainsi que de chaque variable individuelle, des valeurs standardisées d'association unique (<math>\beta</math>), et de la signification statistique de ces valeurs. Une variable résultante dérivée a été créée en dichotomisant le taux de probabilité en « faible » (&lt;6.64% des cas) et « élevée » (≥6.36% des cas).</p>

	<p>Des modèles de régression logistique multidimensionnelle ont été utilisés pour calculer les Odds ratio non ajustés et les intervalles de confiance à 95%, entre la variable résultante et chacune des variables individuelles. La même approche hiérarchique a ensuite été appliquée à un modèle de régression logistique multidimensionnelle pour obtenir des Odds ratio ajustés avec un IC à 95%.</p>
Présentation des résultats	<p><u>Analyses bidimensionnelles :</u></p> <p>189 médecins ont retourné 906 vignettes pour lesquelles la probabilité moyenne d'ordonner une contention était de 3.9 (écart-type à 3 et intervalle 0-9). Pour 20.4% des vignettes, les médecins ont attribué la note de 0 (pas du tout), et seulement 5.3% ont obtenu une note de 9 (la contention serait ordonnée).</p> <p>Les patients avec un diagnostic de démence modérée étaient plus susceptibles de subir une contention que pour d'autres comorbidités (F=2.34, P=0.05, OR= 1.42). Connaître l'infirmier référent a une forte influence, mais non significative statistiquement (F=2.39, P=0.09). Les médecins étaient moins susceptibles d'ordonner une contention s'ils ne connaissaient pas l'infirmier ou s'ils n'avaient pas confiance en son jugement (OR=0.69).</p> <p>Au niveau clinique, seul le comportement du patient était associé significativement à la probabilité d'un ordre médical. Les médecins étaient plus susceptibles d'ordonner des contentions physiques pour les patients qui tremblaient, qui s'en prenaient à des instruments médicaux (OR=1.56) ou qui tentaient de sortir du lit malgré une réorientation (OR= 2.13), que pour ceux qui étaient anxieux et se plaignaient d'insomnie (F=66.6, P&lt;0.001). Néanmoins, la présence de tachycardie (OR=0.72) ou d'hyperthermie (OR=0.75) a réduit la probabilité de recours.</p> <p><u>Analyses multidimensionnelles :</u></p> <p>Les variables entrées à l'étape 1 expliquent 1.2% de la variance, celles de l'étape 2 expliquent 1.3%. Une variance additionnelle de 12.3% s'est produite avec l'entrée des variables de l'étape 3. Celles de l'étape 4 ont ajouté moins de 1% de la variance, tout comme celles de l'étape 5. Le modèle final de régression était significatif (F=5.43, P&lt;0.001) et expliquait 12.5% de la variance. Trois variables sont restées significatives après le contrôle des autres : un manque de confiance dans le jugement de l'infirmier (t=-2.68, P=0.008), les tremblements et la manipulation du matériel médical (t=9.09, P&lt;0.001), ainsi que les tentatives de sortir du lit (t=10.62, P&lt;0.001). Le modèle de régression complet contenant tous les facteurs prédicteurs était significatif (<math>\chi^2=118.23</math>, ddl=29, N=906, P&lt;0.001) et explique 16.7% de la variance. 5 variables prédictives ont apporté une contribution unique et statistiquement significative au modèle. Sortir du lit était 5 fois plus susceptibles d'amener le médecin à ordonner une contention physique, les tremblements et la manipulation du matériel 4 fois, la présence de démence 1.7 fois et la dépendance à l'alcool 1.5 fois. L'âge très avancé (85 ans) a entraîné une tendance à la baisse (OR=0.69), alors que le manque de confiance dans le jugement de l'infirmier a réduit de 45% la probabilité de recours à la contention physique.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Cette étude a examiné certaines variables cliniques et situationnelles qui peuvent influencer la probabilité que les médecins ordonnent une contention physique aux patients adultes hospitalisés. Pour les 906 vignettes, les évaluations des médecins variaient considérablement. Cette variation de la probabilité d'ordonner une contention physique n'était pas due à des symptômes cliniques, mais plutôt le comportement du patient était le facteur prépondérant. D'autres études ont démontré des résultats similaires auprès des infirmiers en milieu hospitalier. En effet, leurs principaux motifs de recours à la contention physique étaient la prévention des chutes et des interruptions de traitement. En d'autres termes, les préoccupations relatives à la sécurité ont fortement influencé les décisions infirmières malgré leur connaissance des risques importants de détérioration du comportement, comme une agitation accrue.</p>

La croyance des professionnels de la santé que la contention physique favorise la sécurité des patients est durable et profondément ancrée. Dans les faits, elle est au contraire souvent inefficace dans la prévention des préjudices. Une proportion importante de patients tombe ou arrachent leur tube endotrachéal malgré des mesures de contention. Outre son efficacité discutable, ses effets délétères ont été souvent documentés. L'efficacité de l'éducation seule pour déraciner cette croyance semble incertaine. Néanmoins, il existe quelques guidelines, basées sur des données probantes, au sujet de la prévention des chutes milieu hospitalier ou la prévention des perturbations des traitements médicaux aux soins intensifs, ce qui pourrait aider les médecins. Un certain nombre de stratégies de prévention des chutes ont été développées, notamment une observation plus attentive, une évaluation standardisée du risque, le traitement des facteurs de risque, des actes infirmiers tels que des tournées d'accompagnement aux toilettes, ou encore l'installation d'équipements adaptés (détecteur de présence, lit bas, ...). Il n'existe aucune intervention universelle, unique ou combinée, permettant de réduire efficacement les chutes et leurs conséquences dans les hôpitaux. Malgré l'absence de preuves quant à la possibilité de diminuer ces chutes, les Centers for Medicare and Medicaid Services ont cessé de payer les frais induits par des lésions provoquées au sein de l'hôpital. En l'absence d'interventions efficaces, il est donc probable que l'utilisation de la contention physique dans cette optique perdurera.

De même, l'interruption par le patient de l'utilisation d'un dispositif médical, comme l'auto-extubation, représente également un problème de sécurité et de qualité des soins, surtout dans les services de soins intensifs. Comme les chutes, ces incidents peuvent entraîner des complications, y compris des décès, et des coûts importants. Les stratégies de prévention comprennent une observation plus attentive, des guidelines de sédation et d'antalgie, des protocoles de sevrage, des dispositifs de fixation, ainsi que la contention physique. Les préoccupations des médecins vis-à-vis de ces séquelles néfastes les amènent souvent à utiliser des moyens de contention. Chercheurs et médecins s'accordent à dire que le recours à cette méthode persistera jusqu'à ce que ces préoccupations soient adéquatement prises en compte, même s'il a été démontré qu'elle était inefficace. De plus, la contention physique peut avoir d'importants effets à long terme sur la qualité de vie du patient et s'est avéré être un facteur de risque de développement d'un syndrome de stress post-traumatique.

Etroitement lié avec le comportement du patient, existe également un risque de délirium, particulièrement chez les patients âgés hospitalisés. Il existe de plus en plus de stratégies fondées sur des données probantes, dont beaucoup sont sous-estimées ou sous-utilisées, pour prédire, prévenir et atténuer le délirium. Etant donné la forte association entre délirium et contention physique dans les services de soins aigus, il s'agit probablement d'un bon moyen de réduire les mesures de contention chez les patients âgés.

L'influence du niveau de confiance du médecin envers le jugement infirmier sur les décisions cliniques subséquentes mérite des commentaires. L'effet de la collaboration et de la communication médecin-infirmier a démontré son importance sur la sécurité des patients et les résultats de soins. Bien qu'un certain nombre d'études aient examiné la relation entre la collaboration interdisciplinaire et la communication d'une perspective infirmière, peu ont examiné le point de vue médical. Il a été rapporté que le degré de confiance du médecin dans la compétence clinique d'un infirmier avait une incidence directe sur ses décisions. Si un médecin n'était pas sûr de la qualité du jugement infirmier, il soulignait la nécessité d'évaluer le patient avant de prendre une décision. Cela peut expliquer pourquoi les médecins sont moins susceptibles d'ordonner des mesures de contention physique dans un contexte de méfiance.

L'âge avancé du patient a réduit la probabilité que les médecins prescrivent une contention physique. Dans les années 1980, les études ont révélé que les patients âgés étaient sous contention de façon disproportionnée en comparaison avec les autres patients adultes. Des études plus récentes ont montré que ces différences ont considérablement diminué. Dans cette étude, les médecins ont jugé que cette population était plus vulnérable aux effets délétères de l'immobilisation et de la contention que les patients plus jeunes. Des études ont montré que l'âge avancé joue un rôle important dans le processus de décision médicale, comme critère implicite ou explicite. Une autre explication peut être le reflet de la préoccupation du médecin à l'égard de la sécurité du personnel,

	<p>en supposant qu'un patient âgé présente un risque de préjudice nettement inférieur à celui d'un patient plus jeune et vraisemblablement plus robuste physiquement.</p> <p>Un diagnostic de démence augmentait considérablement la probabilité que le médecin prescrive une contention physique, alors que la dépendance à l'alcool montrait une tendance similaire mais moins marquée. Un certain nombre d'études portant sur les caractéristiques des patients hospitalisés ayant subi une contention ont indiqué que la déficience cognitive était un facteur de risque important. En plus des troubles cognitifs, ces patients peuvent présenter de l'agitation, une opposition aux soins ou un comportement violent. Les expériences des médecins avec cette population peuvent très bien avoir influencé la décision d'ordonner une contention physique.</p>
Forces et limites	<p>L'étude présente plusieurs forces et limites. La technique des vignettes cliniques pour évaluer l'effet des facteurs situationnels et cliniques sur la prise de décision médicale a été choisie à cause des difficultés pratiques et éthiques qu'aurait entraîné l'utilisation de cas cliniques. L'un des principaux points forts de l'enquête factorielle est la capacité d'évaluer les décisions sur de nombreux sujets, tout en variant ou maintenant des signaux cliniques et situationnels particuliers. L'expérience clinique et un processus en trois étapes ont été utilisées pour améliorer la clarté et la validité du contenu des vignettes. De plus, un certain nombre d'études ont démontré la validité des vignettes cliniques dans l'évaluation des variations de pratique.</p> <p>Plusieurs limitations sont présentes, dont la plus marquée est la nature artificielle des vignettes et le spectre restreint des scénarios cliniques. Les caractéristiques possibles des facteurs cliniques ou situationnels pouvant influencer les décisions n'ont pas toutes été incluses dans l'étude. Cela pourrait expliquer le manque d'explication d'une majorité de la variance. Il se peut que les répondants aient été biaisés, plusieurs variables significatives ont néanmoins été trouvées. Ensuite, l'enquête s'est limitée à un seul centre universitaire et les jugements qui en ressortent peuvent ne pas refléter l'avis de l'ensemble des médecins, ce qui limite la généralité des résultats. Finalement, seul le point de vue médical a été vérifié.</p>
Conséquences et recommandations	<p>En résumé, la probabilité qu'un médecin ordonne des mesures de contention physique variait principalement en fonction du comportement du patient, et non des signes cliniques. Cette variation reflète ce qui a été observé dans la pratique et n'est pas surprenante, étant donné l'absence de guidelines et de données empiriques appuyant les stratégies alternatives dans la gestion comportementale des patients. Ces constatations confirment la nécessité d'examiner plus en profondeur les stratégies rentables visant à réduire les chutes et les blessures qui en découlent. De vastes études, dans différents sites, sur les facteurs de risque et la prévention des chutes sont nécessaires. Il sera nécessaire d'étudier les comorbidités, la dotation et les facteurs environnementaux qui influencent les résultats de soins, comme les chutes et la contention physique. Une approche similaire est nécessaire pour la prévention ou la réduction des perturbations par le patient des dispositifs médicaux. Un examen plus approfondi des variables du patient, du médecin et de l'unité permettra d'orienter de futures interventions ciblées. L'influence du manque de confiance du médecin envers le jugement infirmier dans ses décisions montre la nécessité de futures études pour déterminer les stratégies les plus rentables pour améliorer la communication et la collaboration médecin-infirmier. En plus d'évaluer l'effet de ces stratégies sur différents résultats de soins liés au patient, il est important d'évaluer les deux perspectives différentes. Enfin, il serait nécessaire de valider dans la pratique l'hypothèse selon laquelle certaines comorbidités psychiatriques augmentent la probabilité de recours à des mesures de contention. Tant que ces recherches ne seront pas complétées, il risque d'être difficile d'établir des suggestions universelles visant à réduire l'utilisation de la contention physique.</p>
Commentaires	



Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> 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**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Schumacher, J. A., Gleason, S. H., Holloman, G. H., & McLeod, W. T. (2010). Using a single-item rating scale as a psychiatric behavioral management triage tool in the emergency department. <i>Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association</i> , 36(5), 434-438. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.013">https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.013</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
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	Il n'y a pas vraiment de recension des écrits, seule une infime partie de l'article évoque une étude antérieure.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les différentes échelles comportementales sont définies et expliquées.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il n'est pas cité tel quel, mais l'explication permet de le déterminer.
Population, échantillon	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			

et contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Aucune information à ce sujet.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			Cela soulève néanmoins la question de la participation à l'étude de patients agités n'ayant pas leur capacité de discernement sur le moment.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Les résultats sont présentés en relation avec l'échelle comportementale.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		X		Car pas d'étude antérieure réellement utilisée dans l'article.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	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 soulignent des applications concrètes.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils soulèvent plusieurs questionnements à étudier à l'avenir.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

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

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

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

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Schumacher, J. A., Gleason, S. H., Holloman, G. H., & McLeod, W. T. (2010). Using a single-item rating scale as a psychiatric behavioral management triage tool in the emergency department. <i>Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of the Emergency Department Nurses Association</i> , 36(5), 434-438. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.013">https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.01.013</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Une surveillance adéquate du comportement des patients est essentielle pour un triage et un traitement efficaces des cas psychiatriques dans les services d'urgence adulte. Le patient agité peut potentiellement se blesser ou blesser autrui, ce qui constitue une distraction dangereuse dans un service aigu et chargé. Cependant, le besoin d'une évaluation précise du comportement du patient dans ces milieux doit être mis en balance avec les autres exigences et contraintes d'un service d'urgence actif. La présente étude vise à déterminer si la Behavioral Activity Rating Scale (BARS), ou échelle d'évaluation de l'activité comportementale en français, une échelle composée d'un seul item avec 7 niveaux, qui a été mise au point pour mesurer les changements d'activité comportementale chez les patients agités souffrant de psychose au cours d'essais cliniques pharmaceutiques. Elle pourrait constituer un apport utile dans la stratégie de triage des gestions comportementales auprès des patients psychiatriques dans un service d'urgence urbain.</p> <p>La quantité, la portée et la qualité de la formation en santé mentale que reçoivent les infirmières d'urgence aux Etats-Unis varient considérablement. Il serait donc avantageux de choisir des outils de triage de la gestion des comportements psychiatriques qui ne reposent pas sur une formation ou une expérience approfondie en santé mentale. Dans un hôpital d'enseignement universitaire, qui a servi de cadre à la présente étude, l'infirmière d'urgence peut être invitée à étudier le programme de base en soins infirmiers d'urgence. Ce programme contient un chapitre consacré aux stratégies générales qui peuvent être utilisées pour gérer les urgences psychiatriques et psychosociales, y compris l'évaluation des patients et la revue des différents diagnostics infirmiers possibles, avec des recommandations sur la planification et les interventions pour diverses situations les plus fréquentes.</p>
Recension des écrits	Swift et al. (2002) ont effectué une évaluation psychométrique de la BARS et ont conclu qu'il s'agissait d'une échelle valide, sensible, fiable et utilisable dans les essais cliniques. Leurs conclusions, bien que prometteuses, laissent plusieurs préoccupations sans réponse en ce qui concerne l'utilité de la BARS pour améliorer le triage psychiatrique dans un service d'urgence général. En effet, les évaluateurs non formés ou inexpérimentés qui évaluent les patients en milieu clinique ne garantissaient pas une fiabilité intra- et inter-évaluateur optimale. De plus, seule une minorité des participants présentaient un score normal. Finalement, l'étude excluait les participants trop agités au départ pour donner un consentement éclairé écrit.
Cadre théorique ou conceptuel	L'hôpital où s'est déroulée cette étude utilise également l'Emergency Severity Index, un système de triage à cinq niveaux diffusés par l'Agency for Healthcare Research and Quality. La formation dans ce système comprend une séance didactique en classe, sur la reconnaissance des signes et symptômes des patients avec un trouble psychiatrique, les modalités de traitement possibles et les ressources nécessaires pour dispenser des soins efficaces aux patients. De plus, dans cet hôpital, les infirmiers d'urgence participent

	<p>à des exercices de simulation dans une classe de triage développée par le service et présentée par un formateur, ce qui apporte des renseignements supplémentaires sur les patients qui ont des besoins psychosociaux ou psychiatriques. Dans de plus petits services d'urgence ou en milieu rural, la formation peut souvent être plus empirique et anecdotique, avec peu voire aucune formation officielle sur la manière de gérer les urgences psychiatriques.</p> <p>Il existe actuellement un certain nombre d'instruments pour évaluer l'agitation chez les patients psychiatriques. La Positive and Negative Syndrome Scale est une échelle de 30 items, développée pour évaluer les symptômes positifs et négatifs des patients schizophrènes. Un ensemble de ces items a également été utilisé pour évaluer l'agitation aiguë chez cette même population. L'Agitated Behavior Scale comprend 14 items évalué sur 4 niveaux. Bien que cette échelle ait été développée pour évaluer l'agitation suite à un traumatisme crânien, elle a également été utilisée dans des études sur l'agitation chez les patients avec des troubles psychotiques. L'Agitation-Calmness Evaluation Scale est une échelle à un seul item, évalué sur 9 niveaux, qui est très semblable à l'échelle BARS et a été utilisée pour évaluer les effets calmants et sédatifs des antipsychotiques intramusculaires pendant les essais pharmaceutiques cliniques. Parmi les instruments existants, la BARS a été choisi pour la stratégie de triage des comportements psychiatriques parce qu'il avait démontré une certaine fiabilité et validité et qu'il était très simple et bref.</p> <p>Bien que son utilité à cette fin n'ait pas été établie, la BARS pourrait offrir des avantages potentiels par rapport à d'autres instruments existants comme moyen pour l'infirmier d'alerter tout le personnel des urgences au sujet des patients psychiatriques qui auraient besoin de gestion ou de surveillance comportementales. Premièrement, chaque évaluation BARS n'impose qu'une charge de travail minimale et aucun formulaire supplémentaire n'est nécessaire, la note pouvant simplement être ajoutée au formulaire de tri déjà existant. Deuxièmement, contrairement à d'autres échelles, la BARS n'exige pas la coopération du patient ou la connaissance de ses antécédents (sauf si un score rétrospectif est recherché). Troisièmement, la BARS est une échelle très simple, à un seul item, évalué sur 7 niveaux, avec des indicateurs comportementaux très précis. Quatrièmement, l'échelle a été spécialement conçue pour surveiller l'agitation chez les patients psychiatriques. Cependant, son implémentation dans un service d'urgence doit forcément dévier du protocole bien établi dans lequel elle a été validée. Par exemple, les réévaluations horaires de tous les patients pourraient s'avérer fastidieuses, mais des évaluations moins fréquentes pourraient ne pas fournir suffisamment d'information pour permettre une prise de décision clinique significative. De même, il n'est pas réalisable pour les infirmiers d'urgence de recevoir le type de formation intensive que reçoivent les évaluateurs des essais cliniques, ce qui peut compromettre la fiabilité entre les différents évaluateurs. De plus, tous les patients psychiatriques ne présentent pas forcément une psychose, trouble pour lequel l'instrument a été validé.</p>
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude était d'examiner une tentative d'implémentation de la BARS dans le cadre d'une stratégie de triage et de gestion du comportement pour les patients psychiatriques dans un service d'urgence, en utilisant un examen rétrospectif des dossiers dans les mois suivant sa mise en œuvre. Les principaux objectifs étaient d'examiner les niveaux d'adoption de la BARS par les infirmiers en suivant un protocole d'implémentation typique, et d'obtenir des preuves préliminaires de l'utilité de l'échelle pour identifier les patients susceptibles d'avoir besoin d'un traitement comportemental pendant leur séjour aux urgences.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude descriptive corrélative.
Population, échantillon et contexte	Les auteurs ont examiné les dossiers de 284 patients consécutifs qui se sont présentés dans un service d'urgence pour adultes d'un hôpital urbain, entre février et avril 2006, avec une plainte principale de type psychiatrique. Pour être inclus, les patients devaient avoir entre 18 et 64 ans. Pour les patients pris en charge plusieurs fois au cours de la période, seule la première admission a été

	prise en compte. Dix dossiers n'ont pu être utilisés en raison du manque de données sur la majorité des variables étudiées, ce qui a porté l'échantillon final à 274.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	La BARS est une échelle d'évaluation, composée d'un seul item allant de « 1 = difficile ou impossible à réveiller » à « 7 = violent, exige un recours à la contention ». Le point médian, le 4, correspond au niveau d'activité normal, « calme et éveillé ». En plus du score BARS attribué au tri, les renseignements descriptifs suivants ont été saisis : âge, ethnie, sexe, source du paiement, mois et période de l'admission, mode d'arrivée, résultats toxicologiques, durée du séjour aux urgences, diagnostic psychiatrique primaire à la sortie et hospitalisation éventuelle du patient. Les informations concernant l'administration intramusculaire, intraveineuse ou orale de sédatifs ainsi que l'application de mesures de contention physique ont également été recueillies pour fournir un aperçu de la gestion comportementale appliquée dans le service d'urgence.
Déroulement de l'étude	Pour implémenter la BARS dans le service d'urgence, le quatrième auteur, qui occupe le poste d'infirmier chef de ce service, a fourni aux soignants des informations sur les antécédents et les avantages potentiels de l'utilisation du BARS dans la stratégie de gestion du triage comportemental aux urgences. Une copie de l'échelle leur a également été remise, afin qu'ils puissent se familiariser avec celle-ci. Les infirmiers ont également reçu la consigne d'obtenir auprès des ambulanciers, de la police, des proches ou des témoins un historique des deux heures précédant l'arrivée aux urgences, afin de déterminer le score le plus élevé durant cette période. Cette valeur devait ensuite être consignée dans le dossier médical en tant que score BARS de référence à l'admission. Une séance d'information s'est déroulée durant un horaire de jour.
Considérations éthiques	L'utilisation des données à des fins de recherche a été approuvée par un comité institutionnel d'éthique et l'exigence du consentement écrit a été levée.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Les caractéristiques de l'échantillon, notamment les variables sociodémographiques, celles de la prise en charge des patients (gestion comportementale, hospitalisation, diagnostic) et celles liées au service d'urgence (horaires de travail des infirmiers) ont été examinées, au moyen des analyses du khi-carré et du t-test, en tant que prédicteurs de la conformité aux critères graphiques du score BARS. Une série d'analyses de régression logistique binaire ont été effectuée pour déterminer si la présence ou l'absence d'un score BARS dans le dossier médical prédisait la prise en charge du patient. Une deuxième série d'analyses a été effectuée en utilisant uniquement des données provenant de patients dont les dossiers contenaient un score BARS pour les examiner comme prédicteurs de la suite de prise en charge.
Présentation des résultats	<u>Caractéristiques des patients</u> Les patients inclus dans l'étude comprenaient 146 hommes et 128 femmes et étaient âgés de 18 à 63 ans (moyenne à 35.5, écart-type à 11). Les origines ethniques étaient principalement afro-américaines (49.6%) et blanche (49.6%). Les principales sources de paiement étaient l'autofinancement (54.4%) ou Medicaid/Medicare (36.5%). Environ un tiers des patients sont arrivés en ambulance (32.1%) et la plupart sont arrivés pendant les horaires de jour (36.5%) ou de soir (47.1%). La durée moyenne du séjour aux urgences était de 5.61 heures (écart-type à 4.6). La majorité des patients (65.7%) ont subi un dépistage toxicologique urinaire, 61% présentant des résultats positifs à au moins une substance. 45.3% ont subi une alcoolémie, avec 22.5% de tests positifs. En ce qui concerne les caractéristiques psychiatriques, l'échantillon comprenait des patients présentant divers diagnostics. Les plus fréquents étaient les troubles de l'humeur (36.5%), suivis des troubles psychotiques (25.5%), des troubles liés à l'usage de

	<p>substances (21.9%), des troubles anxieux (5.5%) et d'autres diagnostics (10.6%). Pour seulement 20.4% des patients une prise en charge comportementale formelle a été déterminée, y compris l'administration de sédatifs ou le recours à la contention physique. La majorité des patients (60.8%) ont été hospitalisés dans une unité psychiatrique ou dans un autre service, avec une consultation psychiatrique prévue.</p> <p><u>Implémentation</u></p> <p>Une conclusion importante de cette étude préliminaire est que, deux mois après la mise en œuvre, seulement 46% des patients présentant un problème psychiatrique ont bénéficié d'une évaluation BARS au moment de leur tri. Afin de déterminer s'il y avait des preuves d'un biais systématique dans la décision d'enregistrer ou non les scores BARS, la présence ou l'absence du score ont été corrélées avec le contexte et les caractéristiques du patient. Ces analyses ont révélé que seul l'horaire était significativement associé à la réalisation de l'évaluation. Les tests de normalité de cette donnée significative suggèrent que les patients admis durant la nuit étaient moins susceptibles de bénéficier d'un score BARS. Les analyses de régression logistique ont révélé que la présence du score BARS n'était pas associée de façon significative à la mise en œuvre de la gestion comportementale, à l'hospitalisation ni à 4 des 5 catégories de diagnostics évalués. Le statut (présent ou absent) du score BARS était significativement associé à un diagnostic de troubles anxieux à la sortie de l'hôpital. Les diverses analyses statistiques (test de Wald et odds ratio) indiquent que les patients ayant bénéficié d'une évaluation BARS sont moins susceptibles de recevoir un diagnostic d'anxiété à la fin de leur prise en charge.</p> <p><u>Score BARS comme prédicteur de la prise en charge</u></p> <p>Parmi les patients ayant été évalués au moyen de la BARS, 23% ont obtenu un score égal ou supérieur à 5, indiquant une activité comportementale cliniquement pertinente. Diverses analyses statistiques (régression logistique, test de Wald et odds ratio) ont démontré que les scores de 5 et plus permettaient de distinguer de façon fiable les patients bénéficiant ou non d'une prise en charge comportementale. En effet, ces patients étaient presque 13 fois plus susceptibles que les autres de recevoir des interventions visant à gérer leur comportement. D'autres analyses de régression logistique ont suggéré qu'un score élevé n'était pas associé à l'hospitalisation et que la seule catégorie de diagnostics associées étaient les troubles de l'humeur. Les analyses (Wald et odds ratio) indiquent que les patients avec un score de 5 ou plus étaient moins susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble de l'humeur à leur sortie.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de cette étude fournissent un appui préliminaire à l'utilisation de la BARS ou d'une échelle d'évaluation semblable pour aider au triage et à la gestion comportementale dans les services d'urgence. Cet instrument a été choisi principalement parce qu'il est simple à utiliser et qu'il est considéré comme un outil qui pourrait être employé avec une formation minimale. Bien que les résultats de l'étude suggèrent que les infirmiers d'urgence peuvent utiliser l'instrument efficacement avec un minimum de formation, ils soulignent également qu'une stratégie d'implémentation pourrait être nécessaire pour atteindre les niveaux souhaités d'utilisation de l'instrument par le personnel. Dans l'étude, celle-ci était particulièrement faible durant la nuit, ce qui pourrait refléter une plus grande difficulté à obtenir un historique des deux dernières heures, moins de supervision par la direction, moins de compréhension ou moins d'enthousiasme pour l'utilisation de la BARS chez les infirmiers de nuit, notamment parce que ceux-ci ne sont pas venus à la première séance d'information.</p> <p>Bien que la tranche horaire était associée à l'utilisation de l'échelle, les caractéristiques des patients, le statut d'assurance ou les résultats toxicologiques ne semblaient pas influencer de façon significative les décisions du personnel quant à l'enregistrement d'un score BARS. Les patients pour lesquels un score avait été enregistré présentaient moins de risque de recevoir un diagnostic d'anxiété</p>

	<p>à leur sortie. Cette constatation inattendue est surprenante vu que l'agitation est une caractéristique clé des troubles anxieux et devrait être interprétée temporairement, puisque les scores BARS, lorsqu'ils étaient enregistrés dans le dossier médical, n'étaient pas eux-mêmes prédictifs du diagnostic d'anxiété à la sortie.</p> <p>Il est important de souligner qu'un score égal ou supérieur à 5 était associé, comme prévu, à la décision du médecin de prescrire des stratégies formelles de gestion du comportement, comme la sédation chimique ou l'application de contention physique. Des scores élevés n'étaient pas associés aux hospitalisations psychiatriques, ce qui reflète probablement le protocole de stabilisation intense utilisé par le service d'urgence psychiatrique. Ce service compte 4 lits et accueille les patients agités jusqu'à 23 heures, avant de les libérer ou de les hospitaliser dans un autre service. La majorité des patients peuvent être stabilisés durant cette période d'attente. Les scores élevés n'ont été associés à aucune autre catégorie de diagnostics que les troubles de l'humeur. Les patients avec un score élevé étaient moins susceptibles de recevoir un tel diagnostic à leur sortie, ce qui pourrait fournir d'autres preuves de la validité de la BARS, vu que les patients dépressifs sont moins propices à présenter de l'agitation.</p>
Forces et limites	<p>Bien que les résultats fournissent des renseignements utiles sur l'utilité de la BARS pour le triage et la gestion comportementale, cette étude comporte aussi des limites importantes. Premièrement, comme il s'agissait d'une étude d'intervention, descriptive et non expérimentale, les médecins pouvaient voir les scores enregistrés dans les dossiers. Par conséquent, la décision d'ordonner une gestion comportementale a probablement été influencée par le score BARS. Ainsi, bien que cette étude présente cette échelle comme un outil prometteur, elle ne peut nous renseigner sur sa validité prédictive dans les services d'urgence. Deuxièmement, l'étude n'a examiné que le premier score attribué au patient, puisque les infirmiers effectuaient l'évaluation uniquement lors du tri. Il est donc possible que le degré d'agitation des patients ait varié entre leur arrivée et leur séjour dans le service. L'utilisation optimale de la BARS comme outil de triage nécessiterait des réévaluations régulières, par exemple toutes les heures. Une troisième limite est que, dans un souci de limitation du risque potentiel que représente l'étude pour le personnel, les données sur les infirmiers trieurs n'ont pas été recueillies. Il n'est donc pas possible de déterminer s'il y a eu un biais propre au soignant dans la mise en œuvre de la BARS.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude suggère que les infirmiers d'urgence peuvent utiliser la BARS ou une échelle similaire pour catégoriser objectivement le comportement des patients et alerter les médecins en temps opportun au sujet des patients qui pourraient bénéficier d'une gestion comportementale. Les scores BARS sont également un moyen efficace et discret de communiquer avec les collègues au sujet des patients qui sont ou peuvent devenir agités, afin qu'ils puissent être surveillés efficacement et que des précautions puissent être prises. Bien que d'autres études soient nécessaires, l'évaluation rétrospective du comportement des patients au cours des deux heures précédant le triage peut être particulièrement utile pour identifier les patients qui semblent calmes à leur arrivée mais qui présentent un risque d'élevé d'agitation durant leur prise en charge. Les résultats suggèrent également qu'une implémentation réussie d'un outil telle que la BARS ne nécessite pas forcément une formation formelle approfondie sur son utilisation. De plus, comme le score n'était pas associé au diagnostic posé à la sortie mais à la gestion du comportement, les résultats suggèrent que les infirmiers n'ont pas besoin d'une formation en santé mentale suffisamment poussée pour leur permettre d'identifier le diagnostic psychiatrique d'un patient afin d'utiliser l'outil de manière pertinente.</p> <p>Finalement, pour améliorer son implémentation, il sera essentiel que les cadres interrogent les infirmiers de nuit au sujet des obstacles rencontrés dans l'utilisation de la BARS. Il sera également, dans le cadre de recherches futures, de recueillir des informations sur les infirmiers qui enregistrent ou non des scores BARS dans diverses circonstances.</p>

Commentaires	
--------------	--

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> 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**

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Références complètes</b>	Zun, L. S. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. <i>The Journal of Emergency Medicine</i> , 24(2), 119-124. <a href="https://doi.org/10.1016/S0736-4679(02)00738-2">https://doi.org/10.1016/S0736-4679(02)00738-2</a>				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Les éléments de la question de recherche se retrouvent dans le titre de l'étude.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Le résumé est synthétique et comprend l'ensemble des éléments qui composent l'étude.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			
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			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel ne guide l'étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but est de déterminer le type et le taux de complications subies par les patients sous contention physique dans un service d'urgence.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les critères d'inclusion et d'exclusion sont détaillés.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est détaillé et les statistiques socio-démographiques sont présentées.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Tous les patients répondant aux critères durant une année ont été sélectionnés, la taille de l'échantillon est donc aléatoire et ne répond à aucune justification statistique.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Le comité d'examen institutionnel a approuvé l'étude.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés uniquement de manière narrative. Pas de graphique ni de tableaux.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Aucun cadre théorique ou conceptuel ne guide l'étude.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			L'ensemble des résultats sont comparés avec des études antérieures.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les chercheurs disent que les résultats sont difficilement généralisables à cause des limites de l'étude.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		X		
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Ils recommandent différents sujets d'étude qui pourraient permettre de mieux déterminer les conséquences de la contention.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Commentaires :					

## Références :

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

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

<b>Eléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Zun, L. S. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. <i>The Journal of Emergency Medicine</i> , 24(2), 119-124. <a href="https://doi.org/10.1016/S0736-4679(02)00738-2">https://doi.org/10.1016/S0736-4679(02)00738-2</a>
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les patients subissent souvent une contention physique dans le milieu des soins.
Recension des écrits	<p>Soloff, dans sa recension de 13 études publiées sur des adultes hospitalisés en milieu psychiatrique, a trouvé une fourchette de patients qui avaient besoin d'isolement ou de contention entre 1.9% et 66%. Robbins et al ont recensé qu'en moyenne les patients ont subi deux contentions sur 17% des patients d'une unité de soins aigus. La raison principale pour l'utilisation de la contention était d'empêcher les patients de sortir du lit. En médecine d'urgence, il a été rapporté que 25% des hôpitaux d'enseignement ont recours à la contention pour au moins un patient par jour. Le taux de patients sous contention dans service d'urgence psychiatrique (24-25%) est significativement plus élevé que dans un autre établissement hospitalier (7à 20%). En moyenne, 4% de tous les patients des services d'urgence ont subi une contention et/ou un isolement.</p> <p>La Joint Commission on Accreditation of Hospital and Healthcare Organizations (JCAHO) affirme que les contentions ont le potentiel de produire de graves préjudices physiques et psychologiques. La Health-care Financing Authority (HCFA) et la JCAHO ont tous deux établis des normes pour la contention des patients. Peu d'études déterminent le taux et le type de complications associées à l'utilisation des contentions dans les unités de soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun.
Hypothèses/question de recherche/buts	Le but de cette étude est de déterminer le type et le taux de complications subies par les patients sous contention physique dans les services d'urgence.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	C'est une étude descriptive prospective longitudinale.

Population, échantillon et contexte	<p>Tous les patients qui ont subi une contention dans un service d'urgence ont fait l'objet d'une étude prospective sur une période de 1 an. Cette étude a été réalisée dans un service d'urgence d'un hôpital d'enseignement communautaire du centre-ville, avec 45'000 admissions par année. La police a désigné cet hôpital comme site de référence pour les patients psychiatriques du sud-ouest de la ville.</p> <p>Dans ce cadre, un patient était considéré sous contention lorsqu'une méthode visant à limiter ses mouvements contre sa volonté avait été appliquée, à l'aide d'attaches en cuir ou en tissu, afin de préserver le patient ou d'autres personnes contre les blessures. Les éléments suivants ont été exclus : les dispositifs de contention appliqués avec l'accord du patient, les dispositifs de contention utilisés dans les procédures médicales, chirurgicales ou diagnostiques habituelles, les dispositifs appliqués par le personnel policier, les appareils destinés à améliorer la capacité fonctionnelle des patients comme les orthèses ou les fauteuils roulants, ainsi que l'isolement.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les données ont été collectées par les infirmiers ou les médecins, à l'aide d'une checklist qui comportait des informations sur les raisons, la durée, la méthode, l'association d'une contention chimique et les complications liées à la contention. La documentation débutait à l'admission du patient et se terminait à sa sortie ou son transfert vers un autre service.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les infirmiers du service d'urgence tiennent un registre des patients sous contention. Il contient les données démographiques des patients et la durée de la contention et a été comparé à la checklist afin de repérer les patients qui auraient été oubliés. Un examen mensuel des décès aux urgences et dans l'hôpital, ainsi que des événements indésirables a été effectué pour identifier les complications absentes des checklists, à l'aide des rapports d'incidents.</p>
Considérations éthiques	<p>Le comité d'examen institutionnel a approuvé l'étude.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Les données sur les contentions, sans information d'identification, ont été entrées dans un programme SPSS (version 10, Chicago, IL) pour déterminer les caractéristiques, les fréquences et les corrélations en utilisant le coefficient de corrélation de Spearman. S'il manquait des données dans la checklist, le dossier médical du patient était examiné. Le nombre de complications était détaillé et les corrélations avec d'autres facteurs ont été déterminées.</p>
Présentation des résultats	<p>304 patients ont subi une contention aux urgences en une année, soit 0.07% des prises en charge. Six patients ont été retirés de l'étude car leur dossier était incomplet ou ne remplissaient pas les critères en matière de contention. L'âge moyen était de 36.5 ans, compris entre 14 et 89 ans. 68.2 % de ces patients étaient des hommes. 72.7% étaient des afro-américains, 15,9% étaient hispaniques et 11.4% étaient de type caucasien. 41,0 % avaient des comorbidités et 29,7 % de ces patients prenaient des médicaments pour leur maladie. Le service d'urgence prend en charge une population majoritairement jeune, afro-américaine (50 %) et hispanique (40 %). 11,0 % sont venus aux urgences sous l'effet de psychotropes.</p> <p>La majorité des patients ont subi une contention à cause d'un comportement violent et perturbateur (29,2 %), d'une agitation (25,2 %), d'un risque suicidaire (16,8 %), d'un homicide (7,4 %), d'une intoxication par l'alcool ou la drogue (7,4 %) ou pour une autre indication (4,0 %), et moins fréquemment pour cause de confusion (6,4 %), catatonie (1,7 %) ou démence (1,7 %). 106 patients (40,3</p>

	<p>%) combinaient plusieurs de ces indications. Les patients étaient sous contention pendant une moyenne de 4,8 h, avec une plage allant de 0,2 à 25,0 h. 86,3 % des patients étaient immobilisés en décubitus dorsal, 7,0 % en position assise et 6,6 % en décubitus ventral. La plupart des patients ont été maintenus par deux (59,3%) ou quatre attaches (35,1%), plus rarement avec une (2,1 %) ou trois attaches (2,4 %). 82 patients (29,1 %) ont reçu une contention chimique en association avec la contention physique, le lorazépam (45,1 %) étant le plus souvent utilisé, et le diazépam (3,7 %) et la rispéridone (3,7 %) le moins fréquemment utilisés.</p> <p>A leur sortie des urgences, 26,1 % des patients n'avaient aucune contention, 4,5 % avait une attache, 46,1 % en avaient deux, 4,1 % en avaient trois et 19,1 % en avaient quatre. Le diagnostic à la sortie était le plus souvent une psychose (32,8 %), d'autres maladies (21,3 %), la dépression (17,4%), l'abus d'alcool et de drogues (8,9 %), les idées suicidaires (15,3 %), un trouble bipolaire (3,8 %) ou les idées d'homicide (0,4 %). La destination n'était pas indiquée dans la checklist, mais la plupart des patients ont été admis dans un établissement psychiatrique ; peu d'entre eux ont été renvoyés chez eux.</p> <p>Vingt patients (6,7 %) ont présenté des complications : 9 sont sortis des contentions, 3 ont vomi, 2 ont blessé d'autres patients, 2 ont craché et 1 patient s'est blessé. Les autres ont connu une agitation accrue ou un autre problème. Aucun patient qui s'est libéré des contentions n'a présenté de complication supplémentaire, et aucune de ces complications n'a nécessité des soins aigus supplémentaires pour les patients. Un médecin s'est déchiré le tendon du triceps et a dû être opéré. Les complications n'étaient corrélées à aucune caractéristique démographique, médicale ou temporelle.</p> <p>Le temps de contention n'était également corrélé avec aucune autre donnée. Le nombre de contentions initiales était corrélé positivement avec le nombre de contentions à la sortie et négativement avec la contention chimique. L'utilisation d'une contention chimique était corrélée négativement avec le nombre de contentions initiales, le nombre de contentions à la sortie et le diagnostic. L'examen du registre infirmier des contentions a révélé que 171 patients avaient été immobilisés au cours de la même période. L'examen des dossiers n'a révélé aucune autre complication ou décès qui n'ont pas été signalés dans les checklists.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Contrairement aux déclarations de la JCAHO et de la HCFA, cette étude a démontré un faible taux de complications et aucun décès associé à la contention aux urgences. L'étude a été réalisée après une augmentation significative des réglementations nationales et n'a pas démontré si les résultats observés étaient une cause ou un effet de cette augmentation des réglementations.</p> <p>La JCAHO et la HCFA ont toutes deux publiées des recommandations au sujet de la contention. Dans la rubrique « conditions hospitalières de participation aux droits des patients », la HCFA présente des normes pour l'ordonnance, l'évaluation, le suivi, la réévaluation et l'arrêt de la contention. Elle a même produit un bulletin intitulé « Réduction nationale de la contention ». La JCAHO a publié des « normes de contention et d'isolement pour la santé comportementale », fondées ses commentaires sur une étude réalisée par le Hartford Courant, qui a identifié 142 décès attribuables à des contentions dans des unités psychiatriques et des homes entre 1988 et 1999.</p> <p>Les organisations professionnelles se sont également penchées sur la question de l'utilisation de la contention. L'American Medical Association possède cinq programmes relatifs à l'usage de la contention. Les rapports du groupe de travail de l'American Psychiatric Association sur l'isolement et la contention recommandent que les cliniciens connaissent les normes relatives à cette pratique. L'American College of Emergency Physicians a publié un programme sur l'utilisation, la sécurité, la documentation et les méthodes de contention des patients.</p> <p>Les complications de la contention des patients en homes sont bien documentées dans la littérature médicale. Miles et Irvine ont effectué une analyse rétrospective des décès liés aux contentions au Minnesota de 1986 à 1989. Ils ont constaté que 122 décès sont survenus chez des femmes âgées pour la plupart atteintes de démence (78 %) dans des homes (85 %) et ont constaté un taux de mortalité de 1 pour 1000 dans ces établissements. Il y a une controverse dans la littérature sur l'utilité des contentions pour réduire</p>

	<p>les chutes et leurs conséquences dans les homes. Tinetti et al. ont conclu que ces patients présentaient au contraire une fréquence accrue de chutes, de graves blessures liées aux chutes ou une agitation accrue. A l'inverse, Neufeld et ses collègues ont constaté une diminution du nombre de blessures graves, qui est passé de 7,5 % à 4,4 %, avec une diminution de l'utilisation des contentions. De nombreux rapports anecdotiques font état de complications liées à la contention les services de soins aigus. Les complications incluaient les problèmes d'élimination, la pneumonie d'aspiration, l'obstruction circulatoire, le stress cardiaque, la rupture de la peau, le manque d'appétit, la déshydratation et la mort accidentelle. Rosen et Di-Giacomo affirment que l'effet négatif le plus courant des contentions est l'effet psychologique, en particulier la démoralisation et la perte d'estime de soi. Mion et al. ont constaté que 12 % des patients sous contention dans un service de soins aigus sont décédés, bien que le lien avec la contention n'ait pas été établi. Il existe peu de données sur les complications liées aux contentions dans le contexte de la médecine d'urgence. Une étude par sondage, réalisée au sein de services d'urgence, a démontré que 13 % des 127 répondants ont subi des blessures importantes au cours du processus de contention au cours des cinq dernières années, y compris des fractures et des blessures à la tête. Six de ces blessures ont donné lieu à des litiges. Bien que la plupart s'entendent pour dire que l'utilisation de contentions devrait être limitée, certains croient que le risque de ne pas restreindre les patients potentiellement dangereux ou suicidaires prime sur la restriction de son utilisation.</p> <p>Bien que le taux de complications puisse être lié au nombre de contentions, au type de contention, à l'âge du patient, au processus d'application et à l'état médical sous-jacent, les études analysant ces corrélations sont limitées. L'usage de cocaïne a été associé à des décès par contention. Stratton et al. ont signalé deux cas de décès consécutifs à l'utilisation de contention. Hicks et al. ont décrit cinq cas de patients qui ont souffert d'un collapsus cardiovasculaire alors qu'ils étaient sous contention. Certains ont recommandé d'immobiliser les patients sur le côté ou de surélever la tête de lit pour éviter l'aspiration.</p>
Forces et limites	<p>La plus importante limite de cette étude est le nombre inconnu de patients nécessaires pour détecter les complications graves, potentiellement mortelles ou les décès. L'étude exclut les patients sous contention pour lesquels le personnel n'a pas rempli la checklist. La collecte des données a commencé après l'arrivée du patient et ne reflète pas les complications antérieures. Le fait que les infirmiers ont documenté un nombre de patients beaucoup plus faible que celui constaté à l'aide de la checklist est préoccupant. Les patients ont été observés principalement au moyen d'une caméra sans présence à leur côté. L'étude n'a pas évalué les complications survenues dès sa sortie des urgences. On ne sait pas si ces résultats peuvent être extrapolés à d'autres unités, car les complications peuvent être plus fréquentes chez les personnes âgées qu'aux urgences. Le faible nombre de complications limite la capacité à tirer des conclusions sur les circonstances favorables à leur survenue. L'étude n'a pas évalué les complications psychiatriques ni les complications à long terme.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les potentielles complications psychiatriques doivent être mises en balance avec les éventuels bénéfices d'une contention, comme la prévention des préjudices pour le personnel et pour le patient. Il serait utile d'effectuer des études comparant les complications dans différents contextes et en utilisant différentes méthodes de contention.</p> <p>Il est intéressant de noter que les organismes de réglementation des soins ont déterminé que la contention était une procédure à risque élevé. Cette étude n'a pas identifié de complications graves associées à son utilisation. D'autres études sont nécessaires pour déterminer la nécessité d'une réglementation plus importante.</p>
Commentaires	

## Références :

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