



Nursing Best Practice Research Unit

Unité de recherche sur les pratiques exemplaires
en soins infirmiers



Instruments de Prévalence de Contention

**LIGNES DIRECTRICES DE L'ÉVALUATION
DES PRATIQUES EXEMPLAIRES**

Novembre 2006

Décharge de responsabilité

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteures. La publication ne signifie pas que les partenaires participants à l'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers endossent les points de vue exprimés, notamment les membres du corps professoral de l'université d'Ottawa et les membres de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et les membres de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO/RNAO).



158 Pearl Street / 158, rue Pearl
Toronto ON M5H 1L3 CANADA

 416 599-1925

 416 599-1926



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

School of Nursing /
École des sciences infirmières
451 Smyth
Ottawa ON K1H 8M5 CANADA

 613 562-5800 (8407)

 613 562-5658

<http://www.nbpru.ca/>



Lignes directrices de l'évaluation des pratiques exemplaires

Copyright © 2006 by the NBPRU

Imprimé à Ottawa, Ontario, Canada

Tous droits réservés. La reproduction, en tout ou en partie de ce document est prohibée sans le consentement des auteurs et détentrices des droits d'auteurs.

La citation recommandée est:

Davies B, Danseco E, Ploeg J, Heslin, K, Stansfield M, Santos J & Edwards, N. (2006). Nursing Best Practice Guideline Evaluation User Guide: Restraint Prevalence Tools. Nursing Best Practice Research Unit, University of Ottawa, Canada. pp. 1-20.

Remerciements

Ce guide de l'utilisateur se base sur les résultats d'un projet d'évaluation accordé à Barbara Davies et Nancy Edwards par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO/RNAO) et subventionné par le Gouvernement de l'Ontario. Les auteures sont reconnaissantes du soutien obtenu auprès du Secrétariat des soins infirmiers au Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MOHLTC), particulièrement envers Sue Mathews, Chef du conseil de direction des soins infirmiers. Les auteures désirent également témoigner leur reconnaissance et souligner la contribution de Tazim Virani et au personnel de l'AIIAO, au personnel des sites cliniques qui ont participé aux tests pilotes des échelles, aux membres de l'équipe d'évaluation et au personnel du projet. Les auteurs remercient également Dianne Rossy et Marlene Mackey pour la permission d'adapter leur instrument et l'assistance fournie pendant les révisions de l'instrument.



Collaboratrices

Diane Buchanan, RN, MScN, DNSc, School of Nursing, Queen's University

Lucie Brosseau, PhD, École des Sciences de réadaptation, Université d'Ottawa

Patricia Griffin, RN, PhD, Association canadienne des Écoles de Sciences infirmières

Denyse Pharand, RN, PhD, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Ariella Lang, RN, PhD, Canadian Institutes of Health Research Postdoctoral Fellow, École des Sciences infirmières, Université d'Ottawa

Personnel du projet d'Évaluation

Valerie C. Cronin, RN, MA

Alexis Dmitruk

Vanessa Lybanon, MA

Andrea Perrier, RN, MBA

Elana Ptack, RN, BA

Cathy Zhang

Instruments de Prévalence de Contention

Barbara Davies, RN, PhD
École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Evangeline Danseco, PhD
École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Jenny Ploeg, RN, PhD
École des Sciences Infirmières, University McMaster

Kathleen Heslin, RN, MScN
York Central Hospital

Melanie Stansfield, RN(EC), MSc, PhD(C),
Niagara Health System

Josephine Santos, RN, MN
Ministère de la santé et des soins de longue durée de
l'Ontario

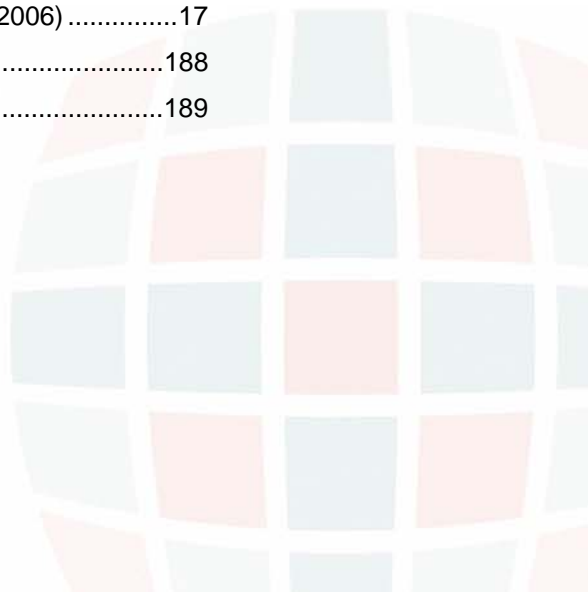
Nancy Edwards, RN, PhD
École des Sciences infirmières; Faculté de Médecine; Dept.
d'Épidémiologie & Médecine Communautaire, Université
d'Ottawa





Table des Matières

Chapitre 1 — Développement d’Instruments de Prévalence de Contention	1
Contexte	1
Les lignes directrices des pratiques exemplaires de l’AIIAO: stratégies de soins pour personnes âgées atteintes de délire, démence et dépression	2
L’approche du développement d’une échelle	3
Chapitre 2 — Administration, Cotation et Interprétation	5
Description des instruments de la prévalence de contention.....	5
Administration.....	6
L’instrument d’observation de prévalence de contention.....	6
L’instrument d’audit des dossiers pour la prévalence de contention....	7
Cotation et Interprétation.....	7
L’instrument d’observation de prévalence de contention.....	7
L’instrument d’audit des dossiers pour la prévalence de contention....	8
Chapitre 3 — L’aperçu des propriétés psychométriques des instruments de prévalence de contention	9
Sommaire	10
Références	11
Appendice	12
Appendice A: Instruments de prévalence de contentions	13
Appendice B: Réimpression d’un article par Edwards et al. (2006)	17
Appendice C: Ressources	188
Appendice D: Guide rapide de référence	189





Développement d'Instruments de Prévalence de Contention



Points Saillants

- Pourquoi les instruments d'évaluation des pratiques exemplaires sont nécessaires
- Processus utilisé pour le développement d'instruments de prévalence de contention

L'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (URPESI) a été créée en Janvier 2005 à la suite d'un partenariat entre l'École des Sciences infirmières, Université d'Ottawa et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). L'un des objectifs de l'unité de recherche est de développer et de réaliser des études pilotes utiles à l'évaluation de la mise en oeuvre des LDPE cliniques en soins infirmiers.

CONTEXTE

Les lignes directrices cliniques ou de pratiques exemplaires (LDPE) résument la recherche la plus à jour en regard de différents thèmes cliniques. Elles contiennent des recommandations à l'intention des travailleurs de la santé qui sont utiles à la pratique fondée sur des choix éclairés et à l'amélioration de la

santé des patients. Subventionnée par le Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario a élaboré 30 LDPE à ce jour. Chaque LDPE inclut la pratique fondée sur des savoirs probants, la formation, et des recommandations

organisationnelles et politiques. Le programme détaillé des lignes directrices de pratiques exemplaires de l'AIIAO peut être obtenu au site web de la RNAO: www.rnao.org/bestpractices.

Lorsque les recommandations des LDPE sont instaurées dans un établissement de soins de santé, l'évaluation des résultats doit être en relation avec les changements obtenus dans la pratique des soins infirmiers et dans l'amélioration des patients. Les mesures utilisées pour évaluer la mise en oeuvre se doivent être valides et fidèles pour établir les valeurs concluantes des relations entre l'instauration et les résultats obtenus. Les mesures d'évaluation doivent aussi être possibles, acceptables et significatives. Des mesures rigoureuses sont cruciales pour la prise de décision efficace dans la mise en oeuvre et l'évaluation de soins fondés sur des choix éclairés.

L'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (URPESI) a été créée en Janvier 2005 à la suite d'un partenariat entre l'École des Sciences infirmières, Université d'Ottawa et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). L'un des objectifs de l'unité de recherche est de développer et de réaliser des études pilotes utiles à l'évaluation de la mise en oeuvre des LDPE cliniques en soins infirmiers. Lors d'un symposium tenu au printemps 2005, une équipe de chercheurs chevronnés, d'administrateurs, d'organismes subventionnaires gouvernementaux et de chercheurs en politiques ont identifié le manque d'instruments disponibles pour mesurer les retombées et les résultats de la mise en oeuvre des lignes directrices. Ainsi, l'URPESI a développé des instruments d'évaluation accompagnant les différents LDPE. Les

propriétés psychométriques de ces instruments ont été vérifiées dans plusieurs études.

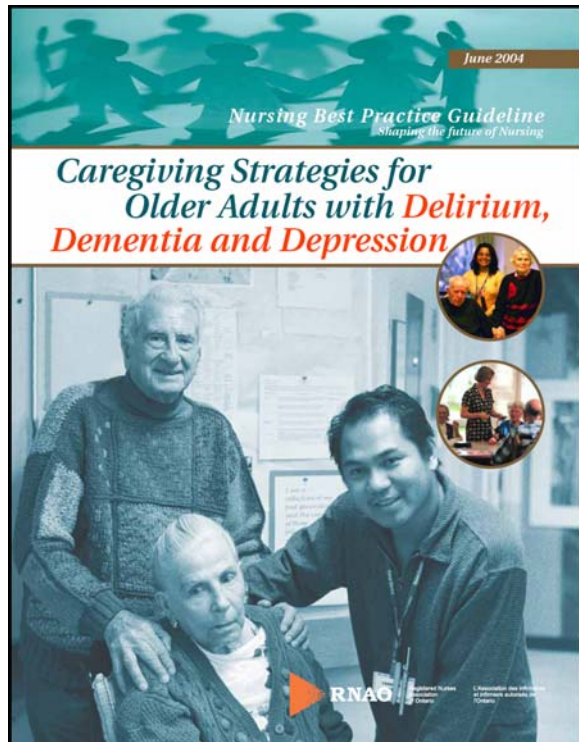
Ce guide présente une brève description des instruments d'évaluation afin de mesurer la fréquence, le type et le patron (pattern) d'utilisation des contentions physiques parmi les patients atteints de délire, de démence ou de dépression. Un instrument d'audit des dossiers et un instrument d'observation des contentions physiques ont été développés (**Appendice A**), afin d'évaluer les recommandations de mise en oeuvre visées par les lignes directrices de pratiques exemplaires de l'AIIAO sur les stratégies de soins aux personnes âgées atteintes de Délire, Démence, Dépression (DDD) (RNAO, 2004). L'utilisation minimale de contentions physiques en soins infirmiers représente le but ultime associé aux recommandations des pratiques exemplaires en soins infirmiers.

Ce guide de l'utilisateur, portant sur la prévalence des contentions, est rédigé à l'intention des personnes qui ont une expérience ou une formation de cycle supérieur en recherche et en évaluation. Edwards, Danseco, Heslin, Ploeg, Santos, Stansfield and Davies (2006; voir **Appendice B**) fournit une description plus approfondie de l'élaboration des instruments de prévalence de contentions, incluant les propriétés psychométriques.

LES LIGNES DIRECTRICES DES PRATIQUES EXEMPLAIRES DE L'AIIAO: STRATEGIES DE SOINS POUR LES PERSONNES AGEES ATTEINTES DE DELIRE, DEMENCE, ET DEPRESSION

Les LDPE relatives aux stratégies de soins pour les personnes âgées atteintes de délire, démence

et dépression est la deuxième LDPE de la série destinée aux personnes âgées souffrant de délire, démence et dépression (RNAO, 2004). En 2003, L'AIIAO a développé les LDPE sur le dépistage des DDD (RNAO, 2003). Ces deux LDPE s'utilisent en paire afin de fournir des soins infirmiers complets aux personnes âgées à risque de DDD.



Les LDPE visant des stratégies de soins décrivent une variété d'interventions que les infirmières peuvent utiliser dont les stratégies de comportements, les interventions pharmacologiques et le soutien ou la manipulation environnementaux. Les principes de soins sous-jacents à ces stratégies de soins sont également discutés. En plus, il y a plusieurs recommandations touchant les domaines suivants: 1) le dépistage et l'évaluation des symptômes de DDD dans un contexte de traitement ou de soins (contrairement aux LDPE de dépistage qui mettent l'accent sur la collecte de données dans un but de diagnostic), 2) les

stratégies de prévention, 3) le monitoring et l'évaluation, 4) la documentation, et 5) les éléments de connaissances.

Les résultats clés associés à la mise en oeuvre de ces lignes directrices incluent l'amélioration de la qualité de vie, l'amélioration de l'état fonctionnel et cognitif, la réduction de la durée de séjour et le taux de réadmissions et, chez les soignants, une diminution du stress.

L'APPROCHE DU DÉVELOPPEMENT D'UNE ÉCHELLE

L'élaboration de mesures d'évaluation des LDPE ciblant le délire, la démence et la dépression (DDD) a procédé selon un processus de collaboration impliquant des représentants du panel de développement des lignes directrices, des sites de mise en oeuvre et de l'équipe d'évaluation des lignes directrices. Cette équipe de collaborateurs ont identifié les recommandations prioritaires des LDPE, ont sélectionné un domaine pour lequel une mesure d'évaluation devait être développé, et ont révisé les instruments pertinents identifiés pendant la revue de la littérature. Ce groupe a été nommé l'équipe DDD « DREAM » (**D**éveloppement, **R**évision, **É**valuation, **A**nalyse des **M**esures).

L'équipe a identifié le besoin d'une mesure de la qualité de vie, de l'état fonctionnel et de l'usage de contention physique. S'il existe plusieurs échelles valides et fidèles pour mesurer la qualité de vie et l'état fonctionnel, peu le sont relativement à l'usage de contentions physiques. La majorité des instruments localisés étaient soit uniques à un établissement, soit composés d'un seul item, soit ne contenaient aucune information à l'égard de la fidélité. À la suite de la consultation d'experts cliniciens, l'équipe a retracé un instrument de prévalence d'utilisation

de contention développé dans le cadre d'une initiative d'amélioration de la qualité des soins à l'Hôpital d'Ottawa (Rossy & Mackey, 2003). Cet instrument était utilisé dans le but de mesurer la prévalence d'utilisation de contention dans un hôpital de soins aigus. Toutefois, aucune donnée de validité ou de fidélité n'était disponible au moment de l'étude. Le panel d'experts ont conseillé d'approcher Rossy et Mackey afin d'obtenir la permission d'utiliser et d'adapter leur instrument pour une utilisation auprès de patients de milieux de soins complexes et continus et de soins de réadaptation. Le tableau 2 de l'article

d'Edwards et al. (2006) fournit les détails des changements apportés à l'instrument original. Plusieurs experts ont ensuite révisé et adapté l'instrument; après avoir fait les changements suggérés, des études pilotes ont été réalisées dans deux sites: 1) un hôpital de soins complexes à long terme et des unités de réadaptation faisant partie du réseau d'établissements de soins de santé, et 2) un centre de soins de réadaptation et de soins de longue durée de plus de 250 patients. L'article Edwards et al. (2006) présente également une description détaillée du devis de l'étude.

Points Saillants

Dans ce chapitre, nous décrivons les points suivants:

- › L'instrument d'observation de prévalence de contention
- › L'instrument d'audit des dossiers pour la prévalence de contention
- › Les étapes pour l'administration et la cotation des instruments

Ce chapitre présente un résumé des instruments développés. La description de la méthode d'administration étape par étape est fournie accompagnée de la cotation des instruments. Étant donné que les grilles fournissent des informations complémentaires, il est recommandé d'utiliser les deux instruments dans la mesure de la prévalence de contention. Les appendices offrent des ressources additionnelles pour leur administration dans le cadre de recherche ou d'amélioration (ex. de la qualité des soins dont un exposé préliminaire sur la manière de réaliser une étude dans un milieu de soins de santé, des lignes directrices relativement à la saisie des données avec SPSS, des échantillons de programmes SPSS appropriés à l'usage des instruments de prévalence de contention et, un guide rapide de référence).

DESCRIPTION DES INSTRUMENTS DE PRÉVALENCE DE CONTENTION

Les instruments de prévalence de contention comprennent deux grilles: un instrument d'observation et un instrument d'audit de dossiers. **L'instrument d'observation** devrait être utilisé avant celui pour la revue des dossiers. Quant à l'instrument d'observation, il permet à un observateur de collecter directement de l'information avec ou sans la présence d'appareil ou de dispositif de contention, à savoir la possibilité pour le patient de desserrer ou de se libérer de l'appareil ou du dispositif et si le dispositif était employé de façon adéquate. Les contentions physiques incluent les mitaines,

la ceinture de fauteuil roulant, la ceinture souple de la taille, les soutiens pelviens, les supports de membres et écharpes, les contentions des quatre coins et les cotés de lits.

L'outil d'observation inclut des questions se rapportant aux activités des patients et si le patient peut ou non se libérer de l'appareil ou du dispositif. Ces informations sont importantes pour déterminer si le dispositif peut être défini comme une contention. Pour construire un outil qui soit valide dans un contexte canadien, la définition de contention physique s'est inspirée du Minimum Data Set (MDS) à l'instar de

l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) (Canadian Institute of Health Information) (CIHI) qui suit présentement leur trace (Hirdes, Zimmerman, Hallman, & Soucie, 1998; CIHI, 2002; Centres for Medicare and Medicaid Services, 2005). Le tableau 1 de l'article d'Edwards et al. (2006) montre l'algorithme pour la décider si, oui ou non, un dispositif est considéré une contention. Brièvement, un dispositif est considéré une contention si le patient ne peut libérer ou relâcher libérer l'appareil ou le dispositif. Les situations dans lesquelles les patients ne peuvent pas démontrer leur capacité à se libérer des contentions (ex. pendant le sommeil du patient) sont considérées des contentions potentielles.

L'outil d'audit du dossier est un instrument rétrospectif pour lequel l'observateur doit collecter l'information à partir du dossier de santé du patient, 12 heures avant et 12 heures après qu'une contention a été observée en utilisation. L'information retirée du dossier et à inscrire à l'instrument d'audit se compose: du type de dispositif de contention physique ou de contention chimique utilisé, les raisons de l'utilisation de contention physique, et les types d'actions de rechange et d'interventions ont été tentées avant l'utilisation de dispositif de contention physique. L'information relativement au consentement du patient peut aussi être collectée à ce point, selon la population de patient et les exigences légales applicables.

Les instruments d'observation et d'audit du dossier ont été développés de façon à se compléter l'un l'autre et devraient être utilisés en tandem afin de capter la nature multi facette de l'utilisation de contention. Alors que l'outil d'observation fournit de l'information sur la possibilité pour le patient de se libérer du dispositif, l'instrument d'audit ajoute

l'information relative aux détails à savoir qui a fourni l'ordonnance de contention physique, les raisons pour lesquelles la contention physique est utilisée et si une contention chimique a été utilisée simultanément. Des estimés de prévalence ou de fréquence de l'usage de contentions physiques dans l'ensemble des différentes unités ou établissements peuvent aussi être générés à partir de l'information obtenue par ces deux instruments.

ADMINISTRATION

L'instrument d'observation de prévalence de contention

La grille d'observation est administrée en premier suivi par la grille d'audit des dossiers. L'administration de la grille d'observation implique les étapes suivantes: 1) réviser les items de l'instrument en regard de leur applicabilité et de leur faisabilité dans l'établissement, 2) former le personnel, 3) décider du moment et de la fréquence des observations, 4) annoncer le début de l'étude au personnel et aux patients, et 5) effectuer l'observation proprement dite. L'observation prend en moyenne de 1 à 5 minutes par patient.

Il est grandement recommandé qu'une équipe ou un comité multidisciplinaire soit responsable de planifier, d'implanter et d'analyser les résultats des instruments de prévalence de contention. Cette équipe devrait, de préférence, avoir une composition multidisciplinaire et parallèlement faire partie d'un programme continu ou d'une initiative mise en place par l'établissement de santé dans le but de suivre à la trace des indicateurs reliés à la prévalence de contention, susceptible d'être révisés sur une base périodique. Un tel comité ou équipe pourrait également formuler ou mettre en place des recommandations fondées sur une variété

d'indicateurs ou mesures relative aux contentions.

Les items des instruments devraient être révisés attentivement afin de vérifier s'ils sont applicables dans l'établissement. Les inventaires des appareils et dispositifs des contentions utilisés auprès des patients ou clients de l'établissement doivent aussi être effectués afin de revoir les instruments en conséquence. Également, il pourrait être nécessaire pour le personnel d'être à l'affût d'autres objets non inclus à l'inventaire mais qui sont utilisés à titre de dispositifs de contention.

La formation du personnel qui effectue les observations prendra un minimum de deux heures. Cette formation inclut une familiarisation à tous les appareils et dispositifs de contention utilisés dans l'établissement, à la manière de reconnaître l'application correcte et incorrecte des items, la façon adéquate d'approcher les patients et le personnel affecté aux soins pendant l'étape d'observation et, la façon de réinstaller la contention.

L'instrument d'audit des dossiers pour la prévalence de contention

La grille d'audit du dossier est complétée au moins 24 heures après les observations recueillies. À un moment qui convient au personnel, les dossiers des patients peuvent être ramassés et apportés dans un bureau ou bien les dossiers peuvent être révisés sur les unités ou départements. Les dossiers des patients ayant un dispositif ou un appareil de contention sont revus les premiers suivi par les dossiers des patients identifiés ayant des contentions potentielles.

Les réviseurs notent l'heure de l'observation et regardent au dossier pour l'information relative

à la contention, couvrant les 12 heures avant et 12 heures après l'application de contention. L'instrument d'audit de dossier prendra entre 5 et 15 minutes par patient.

COTATION ET INTERPRÉTATION

L'instrument d'observation de prévalence de contention

Deux estimés de prévalence peuvent être calculés à partir de l'information obtenue par l'instrument d'observation. Le premier estimé de prévalence détermine la fréquence d'**utilisation réelle de contention**, alors que le second estimé calcule la fréquence d'**utilisation réelle et potentielle** de contention (indiqué par utilisation réelle+potentielle de contention).

Le premier estimé de prévalence d'utilisation réelle de contention correspond au nombre de patients ayant une contention (excluant les patients qui peuvent se libérer du dispositif, et excluant les patients chez qui la capacité de se libérer de la contention n'a pas pu être observée), divisé par le nombre de patients sur l'unité. Le second estimé de prévalence est le nombre de patients identifiés comme ayant une contention potentielle (incluant les patients chez qui la capacité de se libérer de la contention n'a pas pu être observée), divisé par le nombre de patients sur l'unité. Le second estimé devrait en principe être plus élevé que le premier.

Pour le calcul de ces estimés de prévalence, il est important que le dénominateur reflète tous les patients sur l'unité au moment de la période d'observation. En d'autres mots, les patients admissibles mais absents de l'unité au moment de l'observation ne devraient pas être inclus aux calculs d'estimés des fréquences.

D'autres informations peuvent aussi être obtenues des instruments d'observations, à savoir le nombre et le pourcentage de patients contraints par appareils ou dispositifs (non seulement de contention). Par ailleurs, si les observations sont effectuées à plusieurs reprises, un estimé moyen peut être calculé. Edwards et al. (2006) mettent en lumière dans leur article, la recommandation de procéder à plusieurs observations car peut fournir des informations précieuses quant aux heures et moments où l'utilisation de contention sont les plus élevés.

L'instrument d'audit des dossiers pour la prévalence de contention

Les estimés de prévalence peuvent être calculés à partir des données colligées pendant la revue des dossiers. Pour le calcul de ces estimés, toute indication de contention colligée aux dossiers dans les 12 heures avant et 12 heures après la période d'observation, doit être incluse au numérateur. Le dénominateur demeure le même que celui utilisé à l'étape du calcul des observations.

Les données d'audit des dossiers peuvent servir au calcul de différents estimés de fréquences, comme par exemple les raisons sous-jacentes à l'utilisation de contention et le consentement du

patient à la contrainte. L'obtention de ces estimés correspond au simple décompte du nombre de fois que ces items sont documentés aux dossiers pour chacun des patients admissibles à chacun des jours d'observation. La grille d'audit des dossiers permet aussi de déterminer l'information relative au consentement du patient à la contention en conformité à la législation.

L'estimé de la fréquence du nombre de fois que les items de l'audit ont été retrouvés aux dossiers peut être comptabilisé en calculant la somme du nombre de jours d'observation pour l'ensemble des patients. Ainsi, un patient qui est sur l'unité pour l'ensemble des jours d'observation (5 dans notre étude) est calculé comme ayant eu 5 observations séparées. Un pourcentage de jours d'observation pour lesquels une contention physique seule ou bien physique et chimique a été colligée au dossier peut être estimé.

L'aperçu des propriétés psychométriques des instruments de prévalence de contention

Un article rédigé par Edwards, Danseco, Heslin, Ploeg, Santos, Stansfield and Davies (2006; voir Appendice B) fournit une description plus approfondie de l'élaboration des instruments de prévalence de contentions, incluant les propriétés psychométriques.

Les instruments de prévalence de contention démontrent une validité de contenu satisfaisante selon les experts du panel qui ont jugé et apporté leurs commentaires quant à la clarté du vocabulaire, les directives et la connaissance étendue des thèmes couverts. Edwards et al. (2006) ont noté que la fidélité entre observateurs varie entre 60% et 00% pour la grille d'observations et de 80% et 100% pour la grille d'audit des dossiers. Bref, les deux observateurs (pour l'un et l'autre des instruments) démontraient que les instruments pouvaient être utilisés dans le format actuellement construit, c'est-à-dire capable d'identifier l'absence ou la présence de contention, la probabilité qu'un patient puisse se libérer de la contention, la raison pour laquelle l'appareil ou le dispositif l'ordonnance était émise etc.).

L'accord entre l'usage réel de la contention et l'inscription au dossier variait de .25 à .95 pour l'ensemble des deux sites.

L'instrument d'observation est jugé acceptable par les utilisateurs sur le terrain car très peu d'items avaient des données manquantes. Toutefois, l'acceptabilité de l'instrument d'audit des dossiers était plus faible à en juger par le pourcentage élevé de données manquantes; les données manquantes se rapportaient surtout aux

items adaptés de l'instrument d'observation.

Les observateurs ont noté que l'obtention des données des dossiers était difficile en raison du manque de documentation relativement à ce type d'information inscrite au dossier de santé.

Finalement, les instruments d'observation et d'audit des dossiers sont utilisables en milieu de santé autant en soins complexes continus qu'en services de réadaptation en plus des milieux de soins aigus pour lequel l'instrument original a été développé par Rossy and Mackey (2003). Les instruments font montre de faisabilité et peuvent fournir de l'information susceptible de minimiser l'utilisation de contention.

La minimisation de l'usage de contentions physiques est un résultat clé associé à la mise en oeuvre des recommandations des lignes directrices de pratiques exemplaires relatives aux stratégies de soins pour les personnes âgées atteintes de délire, démence et dépression (DDD) de l'AIIAO (RNAO, 2004). Des instruments d'audit des dossiers et d'observation mesurant la contention physique ont été développés pour aider à évaluer cette ligne directrice de pratiques exemplaires. Un instrument élaboré par Rossy and Mackey (2003) pour un milieu de soins aigus a été adapté pour estimer la prévalence de contention parmi les patients prestataires de services de réadaptation et de soins complexes continus.

Ce guide de l'utilisateur offre une vue d'ensemble des instruments de prévalence de contention comprenant la façon de les utiliser, leur cotation et l'interprétation de l'observation et d'audit des dossiers, tel que rapporté dans les publications de Edwards, et al. (2006) et Davies, et al. (2005). La mesure de prévalence de contention est relativement complexe, requiert une formation du personnel quant aux différents appareils ou dispositifs, l'usage de contrainte et la collecte des observations de l'utilisation de contention. Plusieurs méthodes pourraient être nécessaires pour capter l'information précise sur la prévalence de contention au sein des établissements de soins de santé, dont différents moment de mesures et différentes techniques (d'observation et d'audit des dossiers) Les résultats préliminaires font montre que les instruments de prévalence de contention décrits fournissent des informations fidèles et à la fois faisables et significatifs.

Références

- Canadian Institute for Health Information (2002). Minimum data set (MDS) 2.0 Canadian version. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Center for Medicare & Medicaid Services (2005). Revised long-term care facility resident assessment instrument user's manual version 2.0. Baltimore, MD: U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.cms.hhs.gov/medicaid/mds20/>.
- Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J., Skelly, J., Griffin, P., Pharand, D., Brosseau, L., Lang, A., Danseco, E. (2005). Evaluation of the 4th Cycle RNAO Best Practice Guidelines: Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression. Technical Report to the Registered Nurses' Association of Ontario. University of Ottawa, Canada. pp. 1-101.
- Edwards N, Danseco E, Heslin K, Ploeg J, Santos J, Stansfield M, Davies B (2006). Development and Testing of Instruments to Assess Physical Restraint Use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(2), 73-85.
- Hirdes J., Zimmerman D., Hallman K. & Soucie P. (1998). Use of the MDS quality indicators to assess quality of care in institutional settings. *Canadian Journal of Quality in Health Care*, 14(2), 5-11.
- Registered Nurses Association of Ontario (2003). *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2004). *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Rossy D. & Mackey M. (2003). The 3 A's to alternatives & the least restraint, last resort program at the Ottawa hospital: A self-directed resource guide. Ottawa, ON: The Ottawa Hospital.

Appendice

LISTE DES APPENDICES

- Appendice A Instruments de Prévalence de Contention
- Appendice B Réimpression d'un article publié dans une revue
- Appendice C Ressources
- Appendice D Guide Rapide de Référence

Appendice A: Instrument de Prévalence de Contention

Étude de prévalence de contention physique - Partie 1

Grille d'observation - Collecte de données

Observateur: _____ Unité: _____

total de patients à l'Unité: _____ Heure du début de l'observation: _____

Date de l'observation: _____ Heure de fin de l'observation: _____

	Code D: Type de contention physique (Peut choisir plus d'une)	Code F: Activité (s) en cours (Peut choisir plus d'une)
0.	Aucune	Dort / repos au lit
1.	Courroie de genoux	En thérapie / traitement
2.	Courroie de tronc	Activités en groupe
3.	Courroie de membres	En activités personnelles
4.	Côtés de lit complets	Mange
5.	Autre type de côtés de lit	Dehors
6.	Chaise prévient la levée	Se mouvoir en fauteuil roulant
7.	Pied de pédales surélevé du fauteuil roulant	Absence en congé
8.	Autre: Préciser aux commentaires*	Autre: Préciser aux commentaires*

Chambre et # de lit du patient	# ID du patient (Si non inscrit à l'unité)	Heure de l'Observation	Durée de l'observation (Min.)	Activités en cours (Indiquer le type (s) selon le Code F)	Contention physique potentielle utilisée (Indiquer le type (s) selon le code D)	Patient capable de se libérer/relâcher la contention			Évaluation de contention utilise – application adéquate		
						Oui	Non	Impossible à évaluer	Oui	Non	Impossible à évaluer
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						
				0 1 2 3 4 5 6 7 8	0 1 2 3 4 5 6 7 8						

Commentaires:

Directives:

1. **Imprimer le relevé des patients de l'unité et l'attacher au formulaire de collecte des données.**
2. Compléter l'instrument de collecte des données: Identifier l'unité et le site, le jour, la date et l'heure d'observation.
3. Indiquer # de patients à partir du relevé de l'unité au moment du « balayage » d'observation.
4. Chaque ligne représente un patient. Utiliser autant de feuillets que nécessaires.
5. Compléter les sections requises de l'instrument de collecte des données pour **tous les patients hospitalisés.**

Une fois les collectes de données terminées, s.v.p. calculer la cote pour l'unité:

Prévalence de cotation pour l'unité:

$$\% \text{ de contention physique utilisé} = \frac{\text{Nombre total de patients avec contentions physiques}}{\text{Nombre total de patients sur l'unité (Relevé)}} \quad \% = \underline{\hspace{2cm}}$$

Étude de prévalence de contention – Partie 2: Instrument d’audit des dossiers

Date: _____ Données collectées par: _____

I. Revue du dossier de tous les patients hospitalisés avec utilisation de contention observée & 25% choisi au hasard sans observation de contention					
Code ID du patient					
Age					
Indiquer M/F					
Heure du début de revue du dossier					
Heure de fin de revue du dossier					
	Obs 1	Obs 2	Obs 3	Obs 4	Obs 5
Date de l’observation					
Heure de l’observation					
Unité où l’observation a lieu					
Numéro de pièce où le patient est observé					
Service (Code A)					
Diagnostic *utiliser l’ICD-10 ou code (s) alphanumériques de Soins inf.					
Le dossier de contention physique quotidien utilisé?					
Type de contrainte (Chimique, Physique, ou les deux) Indiquer dans la colonne					
Raison d’usage de contrainte (Code B)					
Interventions de rechange tentées (Code C)					
Activité en cours (Code F)					
Consentement du patient pour usage de contrainte note (oui/non) (inclure consentement du substitut de décision & famille avertie) *patients admis sous MM (MHA) exemptés					
II. Revue du dossier pour patients avec contention physique					
Contention physique prescrite par IA? (Oui/Non)					
Ordonnance spécifique d’appareil (Oui/non)					
Date & hre d’application de contention (oui/non)					
Type de contention physique (Code D)					
Patient observé q1h (oui/non)					
Retrait/ desserrée 10 minutes q 2 heures & soins donnés (oui indiqué ou/ non si non indiqué)					
Évaluation de contention utilisée – application adéquate (oui / non / incapable d’évaluer)					
Nouvelle ordonnance q 24 heures (indiquée oui ou non)					
III. Revue du dossier pour patients avec contrainte chimique					
Contrainte chimique prescrite (oui/non)?					
Type de contrainte chimique (Code E)					
Réévaluation q 24 hres d’intervalle (oui/non)					

Comments:

Directives:

1. Compléter la grille de collecte des données: Identifier la date & la durée de la période, l'unité et le numéro de la pièce où l'observation a lieu. (Ceci doit concorder avec les périodes indiquées à la partie I de l'étude de prévalence).
2. Chaque feuille de collecte des données représente 1 patient comprenant jusqu'à 5 périodes d'observation.
3. Compléter les sections requises de l'instrument de collecte des données d'Audit du dossier pour **tous les patients hospitalisés avec usage de contention observée et 25% des patients hospitalisés choisis au hasard chez qui l'usage de contention n'a pas été observé dans la partie I de l'étude.**
4. Vérifier la documentation relativement à l'utilisation de contention physique ou l'administration de contrainte chimique à l'intérieur des 12 heures précédant et les 12 heures suivant chacune des observations.

Une fois que toutes les données ont été recueillies, s.v.p. calculer la cote pour l'unité:
Prévalence de contention pour l'unité:

$$\% \text{ Usage de contention physique} = \frac{\# \text{ Total de patients avec contention physique}}{\# \text{ Total de patients sur l'Unité (Relevé)}} \quad \% =$$

$$\% \text{ Usage de contrainte chimique} = \frac{\# \text{ Total de patients avec contrainte chimique}}{\# \text{ Total de patients sur l'Unité (Relevé)}} \quad \% =$$

Total de patients à l'Unité

Remerciement: Cet instrument est une adaptation de l'outil original intitulé "Restraint Prevalence Study – November 2003") développé par l'équipe de l'Hôpital d'Ottawa composée de Dianne Rossy & Marlene Mackey. L'Université d'Ottawa a obtenu la permission d'utiliser et de modifier l'instrument pour l'Évaluation du 4^{le} Cycle des lignes directrices de pratique exemplaire de l'AIIAO (RNAO): Best Practice Guideline: stratégies de soins pour personnes âgées atteintes de délire, démence et dépression.

Appendice B: Réimpression d'un article par Edwards et al. (2006)

N.B. Seulement les copies imprimées sont disponibles dans ce guide d'utilisateur

Edwards N, Danseco E, Heslin K, Ploeg J, Santos J, Stansfield M, Davies B (2006).
Development and Testing of Instruments to Assess Physical Restraint Use. *Worldviews on
Evidence-Based Nursing*, 3(2), 73-85.

Appendice C: Ressources

Pour de l'information sur les lignes directrices cliniques ou de pratiques exemplaires (LDPE) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, consulter le site internet de l'AIIAO. Les LDPE peuvent être téléchargés gratuitement. Les documents imprimés sont disponibles pour l'achat.

<http://www.rnao.org/bestpractices>

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le développement, la mise en oeuvre et l'évaluation des pratiques exemplaires en soins infirmiers, veuillez consulter le "**Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines**" de l'AIIAO. Ce document peut être téléchargé gratuitement et les copies imprimées sont disponibles pour l'achat sur le site Internet de l'AIIAO..

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'évaluation des pratiques exemplaires en soins infirmiers et d'autre instrument d'évaluation, contactez l'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. D'autres monographies incluent des mesures sur les caractéristiques d'innovation organisationnelle, la stabilité organisationnelle, la culture pour le changement organisationnelle, l'appui organisationnelle en faveur de l'éducation et la mise en oeuvre des pratiques exemplaires, et la valeur perçue des LDPE, et les entrevues d'infirmiers et d'administrateurs.

<http://www.nbpru.ca>

Dre. Barbara Davies
Co-Directrice
L'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers
Université d'Ottawa
451 Chemin Smyth, Locale 1110
Ottawa, ON K1H 8M5

Appendice D: Guide rapide de référence

Nom	Instruments de prévalence de contention: Observation et audit de dossiers
But	Obtenir des estimés de prévalence d'utilisation de contention, par l'observation et par l'audit de dossiers
Description	<p>L'instrument d'observation requiert un observateur formé pour identifier si certains appareils ou dispositifs sont utilisés chez tous les patients de l'unité, l'activité en cours du patient, la capacité du patient de se libérer de la contention et si l'appareil utilisé est appliqué de façon adéquate.</p> <p>L'instrument d'audit de dossiers révise la documentation de contrainte 12 heures précédant et 12 heures suivant la période d'observation. L'information inclut le consentement du patient si applicable, l'usage de contraintes chimiques et les raisons de l'utilisation.</p>
Type de données	Durée réelle d'observation (établissement/ balayage de l'unité); Revue rétrospective du dossier
Estimé de durée de la collecte de données	1 à 5 minutes par patient pour l'observation; 5 à 15 minutes par dossier
Exigences de formation	<p>Familiarisation à l'application et à l'usage de contentions et d'appareils ou dispositifs de protections, les exigences légales relativement aux contraintes physiques et les initiatives pour minimiser les contentions, les exigences de documentation en particulier dans les établissements de soins de santé.</p> <p>Étant donné que cette mesure d'évaluation est utilisée conjointement avec les LDPE de l'AIIAO sur les stratégies de soins pour personnes âgées atteintes de délire, démence et dépression, une certaine formation reliée aux LDPE est recommandée.</p>
Coût	Copies électroniques gratuites. Copies papier du guide de l'utilisateur peuvent être achetées.
Sommaire des procédures	<ol style="list-style-type: none">1. Former le personnel quant aux types d'appareils ou dispositifs de contention, l'application adéquate, l'approche du patient et du personnel à utiliser pour l'observation et les exigences légales.2. Si plusieurs personnes effectuent les observations et les revues de dossiers, évaluer le niveau d'accord entre eux et continuer la formation jusqu'à ce qu'ils atteignent un niveau d'accord de 95 à 100 %.3. Déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion. Déterminer les heures d'observation même si celles-ci ne sont pas annoncées.4. Effectuer les observations.5. Obtenir les dossiers pour la revue au moins 12 à 24 heures suivant la période d'observation.6. Revue des dossiers pour la collecte des informations requises.7. Obtenir les estimés de prévalence de l'instrument d'observation et de l'instrument d'audit des dossiers.8. Répéter l'observation et l'audit des dossiers, selon le plan ou au besoin pour le monitoring ou l'évaluation de prévalence d'utilisation de contention.

Nom	Instruments de prévalence de contention: Observation et audit de dossiers
Cotation & Interprétation	<p><u>Contention réelle</u>: Le numérateur est le nombre de patients avec appareils ou dispositifs, excluant les patients capables de se libérer du dispositif, mais non évalués. Le dénominateur est le nombre total de patients observés.</p> <p><u>Contention réelle + potentielle</u>: Le numérateur est le nombre de patients avec appareils ou dispositifs, excluant les patients capables de se libérer, mais incluant les patients chez qui cette capacité de se libérer n'a pas pu être évaluée. Le dénominateur est le nombre total de patients observés.</p>
Citation	Davies B., Danseco E., Ploeg J. (2006). Nursing Best Practice Guideline Evaluation User Guide: Restraint Prevalence Tool. University of Ottawa: Nursing Best Practice Research Unit.
Contact Information	<p>Si vous planifiez d'utiliser cet instrument, s'il vous plaît contacter:</p> <p>Dre. Barbara Davies, Co-Directrice Unité de recherche des pratiques exemplaires en soins infirmiers École des Sciences infirmières, Université d'Ottawa 451 Smyth Road Ottawa, ON K1H 8M5</p>

Nous aimerions connaître votre avis sur ce guide de l'utilisateur ou bien sur les instruments de prévalence de contention.

1. Nous planifions d'utiliser les instruments suivants dans notre établissement:

- Instrument d'observation
- Instrument d'audit des dossiers
- Aucun des instruments

2. Le nombre approximatif d'audits où nous prévoyons utiliser cet instrument: _____

3. Secteur de santé/ type d'établissement:

- Soins à long terme
- Soins complexe continus
- Réadaptation
- Hôpital de soins aigus
- Services communautaires
- Soins à domicile
- Santé publique
- Centre d'accueil / soins palliatifs
- Santé mentale / abus de substance / dépendances
- Autres: (s.v.p. préciser): _____

S.V.P. prendre un moment pour nous écrire et partager vos expériences, suggestions, questions et idées:

Nom (optionel) _____
Comment pouvons-nous
communiquer avec vous
(courriel ou téléphone) _____

Télécopier ce formulaire à: Nursing Best Practice Research Unit
ATTN: Dr. Evangeline Danseco
(613) 562-5892

Ou envoyer par courriel à: edanseco@mail.health.uottawa.ca ou
bdavies@uottawa.ca

Lignes directrices de l'évaluation des pratiques exemplaires

Instruments de Prévalence de Contention



158 Pearl Street / 158, rue Pearl
Toronto ON M5H 1L3 CANADA

 416 599-1925

 416 599-1926



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

School of Nursing /
École des sciences infirmières

451 Smyth
 Ottawa ON K1H 8M5 CANADA


613 562-5800 (8407)

613 562-5658

<http://www.nbpru.ca/>