

Université de Montréal

Développement et validation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en
matière de contention chimique

Par

Catherine Hupé

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae doctor* (Ph.D.)

en sciences infirmières, option administration des services infirmiers

4 juillet 2022

© Catherine Hupé, 2022

Ce mémoire (ou cette thèse) intitulé(e)

**Développement et validation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins
infirmiers en matière de contention chimique**

Présenté par

Catherine Hupé

Évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes :

José Côté

Président-rapporteur

Caroline Larue

Directeur de recherche

Damien Contandriopoulos

Codirecteur de recherche

Étienne Paradis Gagné

Membre du jury

Pierre Pariseau-Legault

Examinateur externe (pour une thèse)

Résumé

Problème. L'administration de médicaments aux propriétés sédatives pour la gestion des symptômes comportementaux, aussi appelée contention chimique, est une intervention complexe dont les finalités de contrôle, de protection, de traitement et d'alternative à d'autres coercitions entrent en conflit et sèment le désaccord chez les acteurs en établissements de santé. Tous s'entendent toutefois sur la nécessité d'en mesurer l'usage et d'évaluer la conformité des pratiques des soignants aux normes de qualité applicable. Or, à l'heure actuelle, aucune définition opérationnelle de la contention chimique, aucun outil ni indicateur de qualité des soins valide ne permet d'évaluer l'usage des contentions chimiques.

But. Cette étude métrologique a pour but de développer et de valider un outil d'évaluation réflexive de la qualité des soins en matière de contention chimique de la perspective de l'infirmière.

Méthodologie. Quatre questions de recherche rassemblées en deux grandes phases de l'étude ont permis de poursuivre ce but, lors desquelles des méthodes qualitatives et quantitatives ont été utilisées. La phase de développement de l'outil d'évaluation réflexive impliquait la conduite d'une revue réaliste pour rassembler, à l'intérieur d'un modèle théorique, un inventaire d'items potentiels. Cette méthode systématique de synthèse des connaissances suggère une étape préliminaire destinée à clarifier la nature et les contextes de déploiement de l'intervention d'intérêt, ici l'usage des contentions chimiques. Pour ce faire, un examen de la portée a été réalisé. Puis, une technique Delphi a permis la validation du contenu des items recensés, lesquels ont ensuite été intégrés dans une plateforme virtuelle d'évaluation réflexive qui permet de mesurer les perceptions des professionnelles en charge de la décision d'administrer la contention chimique, soit les infirmières. L'outil d'auto-évaluation au format innovant, appelé E-value-action, a ensuite été pré-testé pour une appréciation de la validité apparente (*face validity*) auprès de futurs-utilisateurs d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec, Canada, lesquels ont offert une rétroaction qualitative suite à une simulation d'évaluation.

Résultats. L'examen de la portée basé sur 33 articles de provenance internationale a fait ressortir la nécessité d'élargir le concept à définir et à mesurer pour aborder la *contention chimique* comme une notion synonyme à la *sédation des symptômes comportementaux*. Ensuite, par le biais de la revue réaliste, 28 normes de pratique répertoriées dans 45 articles scientifiques ou textes de lignes directrices ont pu être insérées au modèle théorique puis libellés sous forme d'items à intégrer à l'outil d'évaluation. Ces normes, appuyées d'exemples concrets, reflètent la qualité des soins infirmiers en trois contextes principaux : les soins en santé mentale, les soins aigus à l'adulte et les soins de longue durée à la clientèle âgée. Au niveau de la validité de contenu, les items de l'outil ont présenté un degré d'accord sur la clarté des items de 90% et de 95% sur la pertinence, témoignant d'un consensus (>70%) chez le panel d'experts chercheurs, gestionnaires et cliniciens ($n = 20$) de différentes régions administratives du Québec, Canada. L'adéquation de la plateforme virtuelle d'auto-évaluation et l'intérêt pour son implantation en contextes cliniques ressortent de l'analyse des données de la validité apparente auprès d'infirmières en soins directs ($n = 7$) d'un CIUSSS québécois.

Discussion. L'usage de cet outil d'auto-évaluation réflexive devrait favoriser l'intégration des normes de pratique en soins infirmiers en plus de promouvoir une culture de réduction des mesures de contrôle favorable à des soins plus sécuritaires, efficaces et centrés sur la personne. Une validation ultérieure à plus grande échelle et la traduction du contenu d'E-value-action avec validations transculturelles sont recommandées pour soutenir les nombreux états/provinces et pays anglophones qui possèdent, comme le Québec, une réglementation sur la réduction ou l'usage d'exception des mesures de contrôle dont la substance chimique.

Mots-clés : qualité des soins, contention chimique, symptômes comportementaux, substance pharmacologique

Abstract

Background. The administration of sedative agents for the management of behavioral symptoms, also called chemical restraint, is a complex intervention of which the various goals of control, protection, treatment and alternative to other coercion inspire vigorous debate among professionals within the health care field. There is general consensus, however, on the necessity to reduce the application and to evaluate professional practices against relevant quality standards. Despite this clear recommendation, there is currently no operational definition of chemical restraint, and there is no valid measurement tool or indicator available for the evaluation of chemical restraint interventions in healthcare.

Aim. This metrological study aims to develop and validate an instrument to assess the quality of chemical restraint practices from the perspective of nurses.

Methods. This goal has been pursued through the formulation of four research questions organized into two large phases of study, involving both qualitative and quantitative methods. The development phase was based on a realist review of existing quality standards in order to gather, within a theoretical model, an inventory of potential items. This systematic method of knowledge synthesis requires, as a preliminary step, the clarification of the nature and various contexts of the intervention of interest, in this case, chemical restraint. This was accomplished through a scoping review. Following this, the Delphi method enabled the content validation of the identified items, which were then integrated into a virtual reflexive assessment tool within which the perceptions of the nurses in charge of administering chemical restraints could be measured. In order to gain an appreciation of the face validity of this innovative assessment tool, called E-value-action, it was then pre-tested among future users at one of Quebec's Integrated University Health and Social Services Centers (CIUSSS), Canada. After completing this simulated evaluation, participants were invited to provide a qualitative description of their experience.

Results. The scoping review, based on 33 internationally sourced articles, highlighted the necessity to expand the concept being defined and measured to include chemical restraint

or behavioral sedation. The realist review method was then used to identify 28 quality standards, inventoried within 45 scientific articles or practical guidelines, which were then integrated into the theoretical model and itemized to facilitate their inclusion within the quality assessment tool. These items, supported by concrete examples, reflect nursing practices in three principal contexts: mental health care, acute care for adults and long-term elder care. As concerns the content validity, the items within the theoretical model presented an agreement of 90% for the clarity, and of 95% for the relevance, demonstrating a consensus (>70%) among the panel of expert researchers, managers and clinicians ($n = 20$) from different administrative regions of Quebec, Canada. The alignment between the virtual self-evaluation platform and the interest for its implementation within clinical contexts is palpable from the analysis of the face validity data gathered from direct care nurses ($n = 7$) in the Quebec CIUSSS.

Discussion. The application of this reflexive self-evaluation tool should engender a deeper integration of nursing standards in addition to promoting a diminished utilization of coercive measures leading to care that is more secure, effective and patient-centered. A subsequent large-scale pilot testing of the E-value-action platform is recommended, including the translation and adaptation for cross-cultural analysis, in order to support the numerous English-speaking jurisdictions which, like Quebec, have developed regulations concerning the reduction or exceptional application of coercive measures such as pharmacological agents.

Keywords: quality of care, chemical restraint, behavioral symptoms, pharmacological agents

Table des matières

Résumé	5
Abstract	7
Table des matières	9
Liste des tableaux.....	17
Liste des figures	19
Liste des sigles et abréviations	21
Liste des sigles et abréviations (suite).....	22
Remerciements	25
Avant-propos	29
Chapitre 1 – Problématique	34
But	38
Objectif de la phase de développement	38
Objectif de la phase de validation.....	39
Chapitre 2 – Recension des écrits.....	40
Mesures de contrôle	40
Causes de l’usage des mesures de contrôle.....	40
Étendue de l’usage des mesures de contrôle.....	41
Risques des mesures de contrôle	43
Risques de l’isolement et des contentions physiques et mécaniques.....	43
Risques des contentions chimiques.....	44
Antipsychotiques	46
Benzodiazépines	47
Analgésiques opioïdes	48
Droits, libertés et protection des personnes	50
Lois et directives encadrant l’usage des mesures de contrôle	50
Usage des mesures de contrôle : un acte réservé.....	54

Appliquer une ordonnance individuelle.....	55
Appliquer une ordonnance collective.....	56
Administrer un médicament prescrit.....	56
L'intention de celui qui administre détermine la contention chimique	57
Contrôler	58
Protéger	59
Traiter/soigner.....	60
Modalités de suivis requis au Québec.....	61
Qualité des soins	63
Mouvement de la conformité aux normes	68
Introduction au mouvement de la conformité aux normes	68
Pratique basée sur les données probantes.....	68
Mouvement de la conformité aux normes : en pratique.....	69
Mesure et évaluation axées sur les processus	69
Exemple pratique du mouvement de la conformité aux normes : accréditation et certification.....	72
Exemple pratique du mouvement de la conformité aux normes: inspections ministérielles et professionnelles	74
Réflexion conclusive sur le mouvement de la conformité aux normes	75
Mouvement des résultats	76
Introduction au mouvement des résultats.....	76
Mouvement des résultats : en pratique.....	78
Mesure axée sur les finalités	78
Utilisation d'indicateurs en santé	79
Utilisation d'indicateurs en soins infirmiers	80
Exemple pratique du mouvement des résultats : qualité totale et méthodes japonaises de contrôle de la qualité	82
Exemple pratique du mouvement des résultats : suivi d'indicateurs négatifs et gestion des risques	82
Réflexion conclusive sur le mouvement des résultats	84
Mouvement de l'amélioration continue.....	87

Introduction au mouvement de l'amélioration continue.....	87
Mouvement de l'amélioration continue : en pratique	88
Démarches d'amélioration continue de la qualité	89
Exemple pratique du mouvement de l'amélioration continue : Audit-et- rétroaction	89
<i>Exemple pratique du mouvement de l'amélioration continue : Plan-do-study-act (PDSA)</i>	91
Réflexion conclusive sur le mouvement de l'amélioration continue	93
Influences réalistes	95
Introduction aux influences réalistes en évaluation	95
Le réel.....	95
Cadre de référence à l'étude	98
Modèle systémique de la qualité des soins infirmiers	98
Structure	101
Processus	102
Finalités	103
Définition de la qualité des soins infirmiers retenue	103
Modèle systémique et influences réalistes : en pratique	104
Réflexion conclusive du chapitre.....	106
Chapitre 3 – Méthodologie.....	108
Signification des termes	110
Contexte de l'étude	112
Milieu	112
Population	112
Phase de développement de l'outil	112
Formuler le but de l'outil	113
Définir le concept d'intérêt : examen de la portée.....	113
Générer l'inventaire des items : revue réaliste.....	114
Choisir le format et construire l'outil.....	115
Phase de validation de l'outil.....	115
Validation de contenu : échantillonnage	115

Validation de contenu : collecte et analyse des données	117
Validation apparente : échantillonnage	119
Validation apparente : collecte et analyse des données.....	120
Considérations éthiques	120
Validation de contenu	120
Validation apparente	121
Chapitre 4 – Résultats	123
Résultats de la phase 1 de l'étude : développement	123
Introduction à l'article 1 de la thèse.....	123
Retour sur l'article 1 de la thèse : examen de la portée	170
Émergence de résultats scientifiques pertinents	170
Résultats de la phase 1 de l'étude : développement (suite)	172
Introduction à l'article 2 de la thèse.....	172
Retour sur l'article 2 de la thèse : revue réaliste	203
Émergence de résultats scientifiques pertinents	204
Résultats de la phase 2 de l'étude : validation de contenu.....	204
Validation de contenu	204
Caractéristiques des experts	205
Résultats de la validation de contenu : ronde 1.....	206
Résultats de la validation de contenu : ronde 2.....	224
Analyses complémentaires : réponses des sous-groupes d'experts	228
Rigueur de la technique Delphi.....	231
Résultats de la phase 2 de l'étude (suite) : présentation de l'outil	235
Présentation de l'outil E-value-action.....	235
Introduction à la plateforme	236
Page d'accueil.....	237
Questions sur les caractéristiques de l'infirmière	242
Questions sur le taux déclaré d'usage des contentions chimiques	243
Questions sur la conformité aux normes de qualité des soins	244
Rapport post-évaluation	248
Amélioration de la qualité des soins	253

Résultats de la phase 2 de l'étude (suite) : validité apparente	254
Caractéristiques des volontaires de la validation apparente	255
Résultats de la validation apparente	255
Réflexion conclusive du chapitre	261
Chapitre 5 – Discussion.....	262
Atteinte du but et recommandations	262
Première phase : développement de l'outil.....	262
Deuxième phase : validation de l'outil	266
Bilan des recommandations.....	267
Retombées, forces et limites de l'étude	269
Première question de recherche	270
Q1. Retombées théoriques et empiriques	270
Q1. Retombées pour la discipline infirmière	271
Q1. Considérations méthodologiques	272
Deuxième question de recherche	273
Q2. Retombées théoriques et empiriques	273
Q2. Retombées pour la discipline infirmière	274
Q2. Considérations méthodologiques	275
Troisième question de recherche.....	276
Q3. Retombées théoriques et empiriques	276
Q3. Retombées pour la discipline infirmière	278
Q3. Considérations méthodologiques	279
Quatrième question de recherche.....	284
Q4. Retombées théoriques et empiriques	284
Q4. Retombées pour la discipline infirmière	287
Q4. Considérations méthodologiques	289
Réflexion conclusive du chapitre.....	292
Chapitre 6 – Conclusion	293
Références bibliographiques	297
Annexe 1	327

Lois et recommandations internationales sur les mesures de contrôle incluant la substance chimique (médication).....	327
Annexe 2	334
Dimensions de la qualité des soins	334
Annexe 3	337
Grille de validation de contenu – Technique Delphi	337
Annexe 4	357
Formulaire d’information et de consentement	357
Annexe 5	362
Approbations des comités éthiques de la recherche du CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal et de l’Université de Montréal	362
Annexe 6	367
Courriel d’invitation à participer à la validation de contenu.....	367
Annexe 7	369
Grille CONSORT - PRISMA ScR	369
Annexe 8	372
Critères de rigueur scientifiques applicables aux revues réalistes	372
Annexe 9	382
Atelier scientifique - implication des parties prenantes à la revue réaliste	382
Annexe 10	385
Résultats généraux de la technique Delphi.....	385
Annexe 11	387
Résultats détaillés par expert et informateur clé	387
Annexe 12	393
Liste de vérification - rapport de la technique Delphi.....	393

Annexe 13 395
 Mise à l'épreuve théorique du contenu des items d'E-value-action..... 395

Liste des tableaux

Tableau 1. Textes législatifs et réglementaires internationaux sur les mesures de contrôle.....	324
Tableau 2. Résumé des orientations ministérielles (QC) en matière de mesures de contrôle....	52
Tableau 3. Trois mouvements marquant les conceptualisations de la qualité des soins.....	66
Tableau 4. Dimensions de la qualité des soins infirmiers.....	331
Tableau 5. Méthodes et plan d'analyse aux différentes étapes de l'étude.....	109
Tableau 6. Signification des termes dans le cadre de l'étude.....	110
Tableau 7. Grille de vérification PRISMA-ScR (Tricco et al., 2015).....	367
Tableau 8. Grille de vérification des revues réalistes (Wong et al., 2015).....	370
Tableau 9. Caractéristiques des experts de la technique Delphi.....	206
Tableau 10. Résultats globaux de la technique Delphi.....	383
Tableau 11. Ronde 1. Résultats du volet quantitatif de la technique Delphi.....	207
Tableau 12. Ronde 1. Résultats du volet qualitatif de la technique Delphi.....	219
Tableau 13. Ronde 2. Résultats du volet quantitatif de la technique Delphi.....	225
Tableau 14. Ronde 2. Résultats du volet qualitatif de la technique Delphi.....	227
Tableau 15. Ronde 1. Résultats individuels par expert et informateurs clés.....	385
Tableau 16. Comparaison des pourcentages d'accord sur la clarté et la pertinence de la définition opérationnelle selon les sous-groupes d'experts.....	229
Tableau 17. Comparaison des moyennes de pourcentages d'accord sur la clarté et la pertinence des 28 normes selon les sous-groupes d'experts.....	230
Tableau 18. Résultats de la validité apparente.....	255
Tableau 19. Rubriques à inclure au rapport de la technique Delphi.....	395
Tableau 20. Mise à l'épreuve théorique du contenu des items d'E-value-Action.....	397

Liste des figures

Figure 1. Modèle original de Donabedian (1988).....	64
Figure 2. Trois strates du monde selon Bhaskar (2008).....	96
Figure 3. Modèle systémique de la qualité des soins infirmiers.....	100
Figure 4. Étapes et méthodes du devis de recherche.....	108
Figure 5. Modèle théorique initial, contenu tiré du Gouvernement du Québec (2015a).....	174
Figure 6. Page d'accueil d'E-value-action : consignes à l'évaluateur.....	236
Figure 7. Questions sur le taux d'usage déclaré des contentions chimiques.....	242
Figure 8. Questions de l'auto-évaluation des normes de qualité des soins.....	244
Figure 9. Message d'avertissement lors d'une question non répondue.....	247
Figure 10. Exemple de résultats : taux d'usage déclaré des contentions chimiques.....	248
Figure 11. Exemples de résultats : scores de qualité des normes 9 et 10.....	249
Figure 12. Calcul des scores de qualité des soins à partir du cadran circulaire.....	250
Figure 13. Exemple de résultats : niveaux d'importance des normes de la structure.....	251
Figure 14. Exemples de configurations d'amélioration de la qualité des soins.....	253
Figure 15. <i>Exemples de score de situation actuelle (état) isolé pour faire état d'une évaluation normative usuelle : normes 9 et 10.....</i>	<i>264</i>
Figure 16. Méthode itérative de la validation de contenu : e-Delphi.....	278
Figure 17. Méthode itérative employée pour le développement et la validation de l'outil.....	279
Figure 18. Exemples d'influences du cadre de référence pour concevoir le format de l'outil.....	283
Figure 19. Représentation de la roue d'amélioration de la qualité des soins infirmiers.....	290

Liste des sigles et abréviations

AH-221	Formulaire normalisé de déclaration d'incident ou d'accident
AIIO	Association des infirmières et infirmiers d'Ontario
ANOVA	Analyse de la variance
AQIISM	Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale
CCQ	Code civil du Québec
CÉR	Comité éthique de la recherche
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMDP	Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens
CONSORT	Consolidated standards of reporting trials
CR	Chemical restraint
DSI	Direction des soins infirmiers
EXP	Expert participant
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INF	Infirmière ou infirmier participant
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IOM	Institute of Medicine
IPS	Infirmière praticienne spécialisée

Liste des sigles et abréviations (suite)

K	Cohen's Kappa
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS/WHO	Organisation mondiale de la santé
PDSA	Plan (planifier) - Do (déployer) - Study (s'évaluer) - Act (agir/ajuster)
POR	Pratique organisationnelle requise
PRISMA-SCR	Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis - version applicable à l'examen de la portée (scoping review)
PRN	Pro re nata - au besoin
QC	Québec
RAMQ	Réseau de l'assurance maladie du Québec
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec

À "métante"

Remerciements

Ma plume presque épuisée après 6,5 années d'écriture trouve un regain pour souligner la contribution de personnes et d'organisations indispensables à un projet de cette envergure. Mes premières pensées vont à ma famille qui m'a offert un univers infini de possibilités. Jacques, Suzanne, Anne-Marie, Charles, Thomas, Mathieu, mes trois « Simone », Vincente, Marie-Élise, Pierre et Lyne, Simon, Dédé et Josette... merci d'avoir cru en mes capacités et de m'avoir inspirée à l'autodépassement. Je remercie de tout cœur mes amis qui ont accueilli mon indisponibilité chronique, Alexina, Daphney, Denise, Jenny, Johanne, Kathleen, Monique et Maxime. À mes pédiames Catherine, Geneviève, Nancy, Sabrina et Audrey ainsi qu'à mes complices du doctorat, Andréane, Guillaume, Marc-André, Marie-France et Billy, merci pour vos encouragements, nos échanges stimulants, mais aussi pour ces moments légers de rires et de complicité.

J'adresse un grand merci aux participants de cette recherche, dont certains professionnels de la santé qui ont généreusement accepté d'accorder de leur temps à la sphère scientifique malgré le contexte d'urgence sanitaire et de pénurie infirmière. Félicitations à Blush Agence Créative et Julien Rioux pour la programmation et les aspects visuels de l'outil d'évaluation réalisés avec talent et professionnalisme. Merci aux généreux professeurs qui m'ont enseigné du niveau collégial au troisième cycle. Je suis aussi reconnaissante pour l'octroi du soutien financier et des prix d'excellence par le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont-Banque-TD, le Centre d'excellence en soins infirmiers (CIUSSS-EMTL), la Fondation du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM), l'Équipe Vulnérabilité sociale, Intégration et Violence (VISEV, Fonds FRQS), la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (UdeM), la chaire de recherche Politique-Connaissance-Santé (PoCoSa), le Réseau de recherche interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et les donateurs de la bourse Mireille Ducros et de la bourse Évelyne Adam (UdeM).

"Les trois C"

Mes plus grands et sincères remerciements vont sans conteste à ma directrice Caroline Larue, professeure à l'Université de Montréal, et à mon co-directeur Damien Contandopoulos, professeur à l'Université de Victoria, avec qui j'ai cocréé, cheminé, parfois chancelé, mais avec qui j'ai l'espoir de lever bientôt une flûte de champagne au succès de ce doctorat ! Par le biais de nos personnalités déterminées et par une gamme d'expertises complémentaires, nous avons formé une équipe solide, un trio tout indiqué pour parvenir à répondre, du moins en partie, au point d'interrogation persistant de la définition et l'évaluation de la contention chimique. La richesse et la justesse de vos rétroactions ainsi que votre investissement en toute circonstance ont été déterminants pour mon parcours. Vous m'avez ouvert les portes de vos réseaux où je puise motivation et soutien. Mille mercis à vous... et à la vie de nous avoir réunis pour mener à bien ce projet !

"Seul ça va plus vite, mais ensemble ça va plus loin"

J'aimerais remercier l'équipe de cadres, de conseillères et d'infirmières praticiennes spécialisées de la direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL), Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) pré et post réforme du réseau de la santé et des services sociaux. En 2015, j'ai été écorchée par les abolitions de postes dans les établissements québécois, or, les gestionnaires alors en fonction au CIUSSS-EMTL, hautement concernés par la qualité des soins, ont fait preuve d'agilité en me créant une position dans l'équipe qualité-sécurité. Claudel G., Hadil S. et Hélène M., c'est grâce à votre humanisme envers vos employés et à la confiance que vous m'avez conférée que je me suis retrouvée dans une impasse qui allait changer le cours de ma carrière : devoir comprendre comment mesurer l'usage des substances chimiques en tant que mesures de contrôle. J'envoie ici un clin d'œil à mes amies précieuses Maude B., Marie M. et Geneviève C., en pensant aux nombreux casse-têtes du dossier de la qualité des soins au Québec : merci de partager avec moi cette passion pour la qualité, le bien-être des personnes soignées et le rêve ambitieux d'une priorité nationale de la déclaration/réduction des mesures de contrôle ! Merci enfin à notre extraordinaire

directrice Lina S. et à tous ces piliers visionnaires, membres du Centre d'excellence en soins infirmiers et des centres de recherche du CIUSSS-EMTL, avec qui je grandis chaque jour dans un environnement où la curiosité intellectuelle est constamment encouragée : Marie-Hélène G., Valérie G. (coauteur d'article), Mara D. et Mayari L. (révision d'article), Valérie M., Sophie S. R. et un merci très spécial à professeure Kelley Kilpatrick, qui m'a permis de découvrir les richesses de la pratique avancée et qui m'a enseigné bien plus que des leçons de sciences infirmières lors de mon début de parcours doctoral ponctué d'incertitudes.

"Un projet qui va faire des p'tits"

Cette expression colorée vient de mon directeur de maîtrise, elle m'avait marquée pour une raison que j'ignorais jusqu'à aujourd'hui. Plutôt en retard dans mes projets de vie personnelle, je considère cette thèse comme mon premier bébé, mais celui-ci n'aurait jamais vu le jour sans que des graines de curiosité et d'appel scientifique n'aient été semées lors de mes études de premier et deuxième cycle universitaire. Je tiens donc à remercier mon mentor, un expert de la qualité des soins reconnu au Québec et en France, professeur Guy Bélanger. Cher Guy, ton projet professionnel m'a grandement inspirée ainsi que plusieurs étudiants qui ont croisé ta route au département des sciences infirmières de l'UQAR (clin d'œil à l'excellent Simon Ouellet). Ton œuvre se poursuit à travers nous. Durant la réalisation de cette recherche, tu étais simplement omniprésent, du choix du sujet (qualité!) à la problématique (structure svp), au format de l'outil de mesure (informatisé), jusqu'à la dernière ligne de ces remerciements.

Avant-propos

Du plus loin où remonte ma mémoire, j'ai voulu faire une différence pour l'être humain en situation de vulnérabilité. Instinctivement, j'ai souvent tenté d'orienter le porte-voix vers celui qu'on tient pour éteint dans un statu quo social qui m'a toujours semblé quelque peu dissonant. Mes premières recherches dans les bases de données avec le mot-clé "contention chimique" ne menaient initialement à aucun article de recherche, comme si ce phénomène et ces personnes assujetties au contrôle et aux risques d'abus n'existaient pas. J'ai finalement trouvé quelques publications de nature critique proposées entre autres par des scientifiques francophones du domaine de l'éthique médicale et par des organisations de défense des droits des patients. On y révèle que l'idée de se cacher sous des mots à connotation technique ou thérapeutique est une avenue déculpabilisant les professionnels qui décident de l'usage de la contention chimique puisqu'au fond, le but des soins de santé sera toujours fondamentalement de soigner des symptômes ou une pathologie. J'ai alors pu repérer des dizaines de synonymes de contention chimique et des milliers d'articles scientifiques qui me portent à croire que la "tranquillisation rapide", la "sédation des symptômes comportementaux" ou "le contrôle médicamenteux aigu" n'est finalement pas une intervention d'exception. En fait, vu le vieillissement de la population mondiale, la recrudescence des problèmes de santé mentale et la croissance continue de l'industrie pharmacologique, celle-ci pourrait concerner, dans un avenir rapproché, la majorité des personnes soignées en contexte institutionnel de courte et de longue durée. Finalement, en voulant venir en aide à quelques individus en marge, j'ai plutôt découvert une masse de personnes hospitalisées, de résidents et de familles qui méritent qu'un éclairage soit apporté sur la contention chimique afin que leur soit accordé les soins sécuritaires et humains auxquels ils ont droit. Au fil des dernières années, j'ai rassemblé quelques témoignages qui ont été pour moi de grandes sources de motivation, en voici quelques-uns.

Soins aigus et soins palliatifs

Je suis infirmière en soins palliatifs dans un établissement de santé et de services sociaux. Régulièrement, une personne pour laquelle nous assurons des soins de confort en prévision du décès revient à elle lorsque l'alimentation est cessée et, au même moment, la médication. Sans substances chimiques, la personne retrouve ses forces et même des facultés cognitives insoupçonnées, elle retrouve sa vigueur et poursuit sa vie... sans le savoir, ce sont nos approches pharmacologiques qui la conduisait à petit feu, à la déshydratation, aux complications et à la mort.

Sylvie

Soins de longue durée

Mon frère est atteint de déficience intellectuelle mais il présente un bon niveau d'autonomie. Jusqu'à la cinquantaine, nous l'avons gardé à la maison avec nous, parfois chez moi, parfois chez ma sœur. Nous-mêmes rendues à un certain âge et affectées par la fatigue chronique, nous avons pris la décision de lui offrir de vivre en centre d'hébergement de soins de longue durée. Rapidement, ses habitudes à se promener partout, à faire du ménage, à ouvrir des armoires ou des portes ont fait en sorte que le personnel s'est tourné vers la médication pour le maintenir le plus calme possible à sa chambre. Après un certain temps, les doses étaient si fortes qu'il ne bougeait plus, dormait ou pleurait constamment en léthargie dans son lit. En quelques mois, il a pris du poids de façon importante et a développé un diabète nécessitant des injections quotidiennes. Il a fallu le ramener chez nous en dépit de l'épuisement. pour qu'il retrouve sa joie de vivre et sa personnalité vive si attachante. Son poids et sa santé physique se rétablissent peu à peu...

Lorraine

Through interviews with family members of people living in aged care facilities in Australia, [we] documented the use of antipsychotics drugs and sedatives as

chemical restraint on older people with dementia. The medicines were administered over long periods (in some case for years) apparently to control and subdue people rather than ensure their well-being. Medicines were prescribed often at the request of nurses to doctors (over the phone) who were not physically present to evaluate the patients [...] and administered without the informed consent [...]. Chemical restraint appears linked to both understaffing and a lack of staff trained in non-pharmacological, supportive interventions [...].

Katie explained her grandmother's condition after the medication started:

Everything about her, her health, her spirit, declined after that drug [...] she couldn't hold a conversation, she was dropping off to sleep, just like that. She wouldn't get up to go to the toilet. She was having trouble getting off the chairs when she has no trouble before... She wasn't moving at all. She had to be showered by staff... She was falling asleep sitting up. Having trouble getting up. Her eyes would roll back in her head.

Linda, 59, has dementia. Her daughter Jessica has her mother's power of attorney:

Two weeks ago, I found out she was getting oxazepam PRN almost every night [...]. I talked with the nurse and his exact words were: "But I have to give her medication to keep her in bed [...] there are only two staff members on, I can't give her a walk".

Michal Brown, a nurse, cared at home for her father, Lafras, who had Alzheimer's disease. She has his power of attorney for his medical affairs. On April 11, 2017, she placed him in an aged care facility's short-term respite program so that she could take a business trip. Brown came back from her trip three weeks later [May

1st] to find her father dramatically changed [...] Lafas being given risperdone daily, double the amount she had given the permission for, and oxazepam.

“When I arrived, he was totally unresponsive– eyes closed, mouth open, pants half down, lying in a pool of urine,” she said. He had also lost significant weight (20 pounds).

Raylene Liddicoat, director of a nursing consultancy working in aged care, explained how a staff member started her shift:

She hadn't received handover, walked in, demanded the keys to the medicine's cupboard, because she could see a lady agitated. She said, "I know what she's going to be like if I don't give her her diazepam now".

Human Rights Watch (2019), p. 22-31

Santé mentale et soins aigus

Je suis assistante infirmière-chef en milieu hospitalier et étudiante au deuxième cycle universitaire. Je souffre d'un problème de santé affectant entre autres les systèmes nerveux autonome et métabolique. Mes symptômes sont cardiaques, digestifs, rénaux et cognitifs (fog brain). Avant de découvrir la cause réelle de mon état, j'ai consulté un médecin omnipraticien qui a suggéré que je pouvais souffrir d'épuisement professionnel. Dès les premières doses de médicaments reçues, je me suis dit: il a raison, je suis en dépression! J'ai accepté de voir un psychiatre. À chaque visite, je présentais un état nettement détérioré et une invalidité en toute sphère de vie, mais aucune évaluation n'était réalisée sur le plan physique. On me prescrivait plutôt une deuxième molécule pour la dépression, puis deux autres pour dormir, puis une autre pour la concentration, et pourquoi pas un antipsychotique! J'ai vécu une descente aux enfers qui s'est étendue sur plus d'une année, j'étais étourdie, essoufflée, j'avais des spasmes et des tics, j'étais une boule d'anxiété... comme un lion en cage, qui ne savait que penser et dire

autre chose que : « je veux mourir ». Mes proches tentaient en vain d'expliquer au médecin qui j'étais avant ce plan de traitement. Un jour, je me suis réveillée en psychiatrie dans une salle d'isolement avec des contentions sous mon corps. Les douleurs physiques étaient accablantes. J'avais dû combiner la médication avec une grosse coupe de vin et tenter de mettre fin à mes jours pour me retrouver là. Je ne me souvenais de rien, mais j'avais mal et je voyais des ecchymoses sur mes bras comme si j'avais subi une maîtrise physique. La psychiatre m'a regardée avec mépris : « mademoiselle, vous vous autosabotez? ». La machine à signes vitaux présentait des données telles que : TA : 88/55 mmHg et FC : 170/minute. Soupçonnée d'alcoolisme ou de toxicomanie, mon Seroquel a été augmenté à 650 mg régulier avec des PRN à raison de 150 MG par jour, pour un total de 800 mg additionné aux autres cachets de ma longue liste. De mes quelques 105 livres... je suis devenue un cas critique qui a nécessité les soins d'une équipe de réanimation. Après l'évaluation exhaustive de la médecine interne et le diagnostic du cardiologue, tous les médicaments de psychiatrie ont été définitivement cessés. Rapidement, j'ai retrouvé ma paix intérieure et mes capacités de concentration si bien que j'ai pu terminer ma maîtrise en sciences infirmières. Après le dépôt de mon mémoire, j'ai obtenu un beau poste comme conseillère-cadre en soins infirmiers. Aujourd'hui, je travaille au quotidien à la réduction des contentions dont la substance chimique ainsi qu'à la promotion des soins humains et des surveillances que requièrent ces interventions... j'en ai fait ma petite mission personnelle.

Bechy

Chapitre 1 – Problématique

L'utilisation d'antipsychotiques, de benzodiazépines ou d'autres substances aux propriétés sédatives dans le but de contrôler les comportements constitue une intervention de dernier recours qui, lorsqu'elle s'accompagne de soins de qualité, devrait favoriser la sécurité des personnes et l'efficacité des soins en établissements de santé (Muir-Cochrane et al., 2021; Muir-Cochrane et al., 2020; Peisah et al., 2011). Toutefois, ces substances chimiques utilisées en tant que mesure de contrôle, souvent chez des clientèles âgées et vulnérables, peuvent contribuer à détériorer la santé physique et mentale, altérer la relation thérapeutique, provoquer des accidents et conduire au décès (Brophy et al., 2016; Foebel et al., 2016; Heckman et al., 2017; Hsu et al., 2015; Pakpoor et Agius, 2014; Zhai, Yin et Zhang, 2016). En raison des risques d'abus et de préjudice qu'implique la contention chimique, des lois et des lignes directrices de pratique (*guidelines*) s'appliquent dans la majorité des pays du monde, dont le Canada (Gouvernement du Québec, 2015a). En revanche, à l'heure actuelle, les établissements de santé ne disposent d'aucun outil valide pour apprécier dans quelle mesure les soins infirmiers s'avèrent conformes aux normes de pratique organisationnelle (gestion) et de pratique clinique (soins).

Dans un mouvement de réduction de l'isolement et de la contention physique et mécanique à l'échelle mondiale, mouvement potentiellement caractérisé par une hausse de l'administration de médicaments tranquillisants en contexte aigu (PRN), plusieurs instances à travers le monde reconnaissent aujourd'hui la substance chimique comme une mesure de contrôle à part entière nécessitant un cadre légal et des normes de pratique (Australian Government, 2014; Braun et Frolik, 2014; Council of Europe, 2012; Gouvernement du Québec, 2015a). Les *bonnes pratiques* entourant cette intervention devraient s'appliquer dans tous les contextes de soins où des médicaments aux propriétés sédatives sont susceptibles d'être utilisés en tant que mesure de contrôle, notamment dans les soins en santé mentale, les soins aigus/critiques aux adultes et les soins de longue durée à la personne âgée (Dickinson, Ramsdale et Speight, 2009; Ministère de la santé et des services sociaux, 2015; Peisah et al., 2011; Peisah et

Skladizen, 2014). Il est question ici d'un ensemble de normes de gestion et de pratique clinique à appliquer par les gestionnaires et l'équipe infirmière qui interviennent, en interdisciplinarité, avant, pendant et après l'administration des substances chimiques. À titre d'exemple, le cadre de référence du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, diffusé en 2015 (Gouvernement du Québec, 2015a) invite les professionnels à un profond changement de culture, d'attitudes et de croyances en matière de mesures de contrôle dans tous les établissements de santé de la province. Ce cadre a été conçu pour répondre à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) selon lequel tout établissement doit adopter un protocole d'utilisation minimale et exceptionnelle des mesures de contrôle dont la substance chimique en se basant sur les orientations ministérielles et procéder à une évaluation annuelle de l'utilisation de ces mesures (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 118.1). Cette portion de la LSSSS comporte un double défi pour les gestionnaires d'établissements de santé, soit (a) celui du transfert des pratiques recommandées vers le terrain, deuxièmement, (b) celui d'évaluer annuellement l'intégration pratique des normes ministérielles et l'usage des mesures de contrôle. Plusieurs outils existants peuvent permettre cette évaluation annuelle en matière d'isolement et de contentions physiques et mécaniques dont la grille d'évaluation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2010) et celle produite conjointement par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et l'Université d'Ottawa (Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, 2006). Or, les établissements de santé québécois doivent composer, toujours aujourd'hui, avec l'absence d'outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique, entravant ainsi l'intégration des données à la gestion et à la pratique et limitant l'amélioration continue en lien avec ce phénomène.

En examinant les publications québécoises et internationales sur le sujet des contentions chimiques, il est possible de dégager certaines causes pouvant expliquer qu'il n'existe actuellement pas de stratégie appropriée pour évaluer et optimiser la qualité des soins infirmiers qui s'y associent. D'abord, il est difficile d'améliorer ce que l'on ne peut mesurer précisément, et de mesurer ce que l'on ne peut définir. Des zones de désaccord sur la nature de cette intervention et des ambiguïtés conceptuelles relativement à la signification de *contention chimique* expliquent que le concept demeure mal défini (Bernheim, 2020;

Muir-Cochrane, 2020). De plus, les normes de pratique disponibles insistent sur la nécessité d'adopter des attitudes, une culture, des valeurs et d'user de compétences particulières dans les soins entourant l'utilisation des contentions chimiques (respect, collaboration, sécurité, jugement clinique, etc.). Ces soins, non comptabilisable puisque basées sur des perceptions plutôt que sur des observations, demeurent difficiles à saisir par l'entremise d'indicateurs traditionnels (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 2004; Bernheim, 2010; Collège des médecins du Québec, 2004; 2013; Colombier et al., 2015; Currier, 2003).

Sur le plan international, à notre connaissance, une seule revue des écrits a été publiée au sujet de la mesure et de l'évaluation de la qualité des soins entourant l'utilisation des contentions chimiques, soit celle du Health Services Advisory Group du California Department of Public Health (Health Services Advisory Group, 2012). En plus de conclure à l'absence d'indicateurs ou d'outil d'évaluation valides, les auteurs mettent en garde le lecteur quant aux indicateurs non appuyés par une définition opérationnelle de la contention chimique. En France, Colombier et ses collaborateurs (2015) ont réalisé une étude qualitative sur les compréhensions de la contention chimique auprès de 50 professionnels de la santé, majoritairement des médecins. Ils ont proposé que l'emploi du terme *sédation des symptômes psychocomportementaux* pourrait traduire de façon plus juste et moins culpabilisante la notion anglophone de *chemical restraint*. Ces auteurs n'abordent pas l'enjeu de la mesure associée à ce phénomène. Au Québec, les derniers énoncés de position au sujet de la contention chimique datent de plusieurs années et les discours dans les milieux cliniques semblent demeurer les mêmes aujourd'hui selon les observations professionnelles de la doctorante. Tous ont pour finalités la réduction ou l'usage exceptionnel des contentions chimiques et l'adoption d'un ensemble de *bonnes pratiques* lorsque leur utilisation est jugée inévitable. Il importe donc de donner réponse aux exigences légales québécoises qui requièrent une évaluation annuelle de la conformité aux orientations ministérielles. Sans outil pour fournir des données sur la fréquence de ces événements et sur comment ils se déroulent, l'incertitude et l'inaction demeurent autour d'une intervention infirmière pourtant risquée et qui concerne directement les droits et libertés humaines (Bernheim, 2010; Hsu et al., 2015; Maust et al., 2016; Gouvernement du Québec, 2015a). Les plaintes, les événements indésirables

et les décès accidentels en lien avec les médicaments aux propriétés sédatives constituent les seules sources d'information disponibles à l'heure actuelle au sujet de la qualité, ou la non-qualité, en matière de contentions chimiques (Danda, 2020; Human Rights Watch, 2019).

Idéalement, puisque la contention chimique s'inscrit dans la loi et les protocoles cliniques aux côtés de l'isolement et de la contention physique et mécanique (Gouvernement du Québec, 2015a; RLRQ, chapitre S-4.2, a. 118.1), les démarches d'évaluation et d'amélioration des soins infirmiers devraient reconnaître une priorité équivalente à ces trois mesures. De plus, les pratiques recommandées reposant sur des attitudes, des valeurs et des aspects relationnels non tangibles tels que le respect et la collaboration devraient être prises en compte dans l'évaluation de la qualité des soins, au même titre que les actes infirmiers visibles ou que l'on peut auditer par la revue de dossiers médicaux. Ces éléments difficiles à mesurer sont pertinents puisqu'ils informent profondément sur la qualité des soins (Donabedian, 1988), ce qui permet ensuite aux acteurs d'agir sur les priorités d'une façon plus ciblée et éclairée. Ainsi, une solution potentielle aux problèmes et défis soulevés au long des lignes précédentes repose sur la mise en œuvre d'une recherche destinée à développer et valider un outil d'évaluation, de la perspective de l'infirmière, favorable à la réflexivité pour générer l'amélioration continue de la qualité des soins en matière de contention chimique.

Cette étude s'articule autour du modèle de la qualité des soins de Donabedian (1988) ancré dans une ontologie réaliste critique. Donabedian (1988) introduit son modèle systémique *Structure - Processus - Finalités (ou résultats/effets)* en notant qu'un mystère a longtemps régné autour de la qualité des soins puisqu'une majeure partie de ses composantes ne peuvent être aisément définies opérationnellement ou mesurées. Ces aspects non techniques se révèlent plutôt via la perception de l'acteur qui en juge (Donabedian, 1988). Trop importantes pour être ignorées, ces composantes résident au cœur de l'art de soigner et c'est sous leur signe que le soignant adapte intuitivement ses soins aux besoins individuels de la personne soignée ainsi qu'aux normes sociales propres à l'environnement qui l'entoure.

Conformément au modèle de Donabedian, l'épistémologie privilégiée dans le cadre de cette thèse repose sur une conceptualisation systémique des objets d'études, offrant des outils utiles face à la question du *comment concevoir* la qualité des soins et la contention chimique (p. ex., la modélisation systémique) (Le Moigne, 2005). De plus, l'ontologie stratifiée du réalisme critique (Bhaskar, 2008) permettra d'approfondir le propos sur la nature profonde de ces objets, c'est-à-dire, lorsque les questionnements portent sur *ce qu'est* la qualité des soins en matière de contention chimique. Ces choix, sur le plan philosophique, sont justifiés par le fait que le langage de Roy Bhaskar, influencé par les théories systémiques et de la complexité (non-linéarité, causalité holistique, dynamisme, systèmes ouverts/fermés, propriétés émergentes, l'humain en tant qu'agent de changement...) (Mingers, 2011), permet de contourner le réductionnisme de la science traditionnelle. En effet, la qualité des soins en matière de contention chimique est un phénomène complexe à appréhender qui sous-tend des intentions subjectives, des enjeux éthiques, politiques, des attitudes, des valeurs morales et des caractéristiques propres aux individus et au contexte qui ne doivent plus demeurer dans l'ombre (Bernheim, 2010; Gouvernement du Québec, 2015a; Muir-Cochrane et Oster, 2021). Cette étude visera donc à la production d'une modalité d'évaluation basée principalement sur les perceptions des infirmières et rendra compte non seulement des attributs de *structure*, des *processus* objectivables par l'expérience ainsi que de leurs *résultats*, mais tentera également d'amener le répondant à s'engager dans une réflexion sur les mécanismes sociaux inexplorés et susceptibles de moduler la qualité des soins.

But

Le but de cette étude est de développer et de valider un outil d'évaluation réflexive de la qualité des soins en matière de contention chimique selon la perspective de l'infirmière.

Objectif de la phase de développement

Le premier objectif est de développer un outil d'évaluation réflexive de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique selon la perspective de l'infirmière.

Question 1. Quelle définition opérationnelle peut appuyer le développement d'une mesure de l'usage auto-déclaré de la contention chimique?

Question 2. Quelles sont les principales normes de qualité des soins en matière de contention chimique traduisant la perspective de l'infirmière?

Objectif de la phase de validation

La deuxième phase de l'étude a pour objectif d'examiner la validité de l'outil développé.

Question 3. Quelle est la validité de contenu de l'outil développé?

Question 4. Quelle est la validité apparente de l'outil développé?

Chapitre 2 – Recension des écrits

Ce chapitre présente une recension des écrits pertinents en lien avec les concepts centraux de cette étude. La contention chimique sera d'abord abordée sous l'angle des mesures de contrôle, avant de passer à une revue des écrits au sujet de la qualité des soins infirmiers telle que conceptualisée à partir du cadre théorique à l'étude.

Mesures de contrôle

Causes de l'usage des mesures de contrôle

À l'heure actuelle, les interventions les plus fréquemment utilisées en établissements de santé pour la gestion des comportements dangereux sont l'isolement, les contentions physiques/mécaniques et la médication (Cowman, 2017). Bien que controversées, ces mesures peuvent procurer tant aux intervenants qu'aux personnes soignées le sentiment d'être protégés et de bénéficier d'une aide à la reprise de contrôle (Danda, 2020; Larue et al., 2013). Leur usage n'est recommandé qu'exceptionnellement, en dernier recours, devant un danger imminent de blessure ou de préjudice (Gouvernement du Québec, 2015a). Or, en pratique, la décision de recourir aux mesures de contrôle semble s'appuyer sur plusieurs motifs dont les principaux seront décrits ci-après.

Au Canada, comme à travers le monde, la violence et les comportements dangereux caractérisent les environnements de travail infirmiers de multiples spécialités cliniques, et plus particulièrement là où séjournent des clientèles âgées ou en situation aiguë ou de haute vulnérabilité comme les unités de soins en santé mentale, d'urgence et postopératoires (Havaei, Astivia et MacPhee, 2020; Itzhaki et al., 2018; Pol, Carter et Bouchoucha, 2019). Au même moment, dans les établissements de soins de longue durée, la violence verbale, physique et à teneur sexuelle en provenance des usagers fait partie intégrante du quotidien des employés, dont les infirmières (Brophy et al., 2019). Des facteurs associés à l'environnement organisationnel entrent en ligne de compte quant à l'usage des mesures coercitives, comme les perceptions du personnel d'une sécurité insuffisante et de hauts niveaux d'expression de colère et d'agressivité de la part des membres de l'équipe de soins (De Benedictis et al., 2011). De plus, des défis associés à

la culture et à l'environnement de pratique peuvent contribuer à exacerber les comportements dangereux et/ou inciter les intervenants à se tourner vers davantage de mesures de contrôle. Ces enjeux incluent l'absence de politiques et procédures adéquates, la pénurie ou la réduction de personnel soignant, le manque de compétences et de connaissances du personnel quant à la gestion des symptômes comportementaux, le manque de temps pour réaliser les soins relationnels, les attitudes négatives collectives envers les patients et le manque de soutien des gestionnaires (Bimenyimana, 2009; Brophy et al, 2016; Human Rights Watch, 2019; Organisation mondiale de la santé (OMS), 2019). En outre, l'un des motifs les plus reconnus de l'usage des mesures de contrôle en établissement de santé est celui de maintenir une personne (souvent âgée) immobile pour réduire les chutes, qui constituent l'événement indésirable le plus fréquemment déclaré en milieu de soins aigus (LeLaurin et Shorr, 2019). Aussi, les mesures de contrôle sont généralement utilisées pour favoriser les interventions des soignants auprès des personnes qui ne parviennent à assurer leurs autosoins, qui menacent de s'enfuir, dont la vie est en danger, ou qui font entrave volontairement ou non aux procédures diagnostiques ou thérapeutiques (Hofsø et Coyer, 2007; Nadkarni et al., 2015; Raboch et al., 2010). De plus, la confusion résultant d'une condition aiguë en période postopératoire comme une septicémie est également un facteur de risque prédicteur de l'usage des contentions physique et chimique (Kalula et Petros, 2016).

Étendue de l'usage des mesures de contrôle

Au cours des dix dernières années, à l'échelle mondiale, les données publiées sur la prévalence de l'isolement et des contentions physiques ou mécaniques se situent majoritairement entre 5% et 20% (Chavulak et Petrakis, 2017; Flammer et Steinert, 2015; Gowda et al., 2018; Happell et Gaskin, 2011; Lai et al., 2019; Noorthoorn et al., 2015). Les comparaisons entre pays, régions ou établissements sont à interpréter avec prudence vu la disparité des indicateurs utilisés. Au Québec, la dernière étude de prévalence des mesures de contrôle publiée date de 2011. Cette étude réalisée dans un institut psychiatrique montréalais montre que 23,3% des personnes hospitalisés avaient été isolés avec ou sans contention mécanique, et 17,5% avaient été isolés avec contention mécanique (Dumais et al., 2011).

Au niveau de la contention chimique, peu de données ont été publiées au Québec et ailleurs dans le monde permettant de connaître l'étendue de son utilisation. Jusqu'aux alentours de 2020, aucune étude empirique portant sur la prévalence de la contention chimique en tant que telle n'était répertoriée dans les bases de données de recherche, mais quelques écrits critiques se sont penchés sur son existence (Currier, 2003; Bernheim, 2010). Or, une récente vague de publications scientifiques (Bernheim, 2020; Danda, 2020; Hu et al., 2019; Muir-Cochrane, 2020; Muir-Cochrane et al., 2020; Muir-Cochrane et Oster, 2021; Robins et al., 2021) révèle entre autres les incohérences entourant la compréhension de ce phénomène sur les plans conceptuel, pratique, métrologique et juridique et les auteurs insistent sur l'importance de clarifier sa définition. Généralement, la contention chimique s'avère exclue des études de prévalence des mesures de contrôle, est parfois abordée mais sans définition opérationnelle ou valide, ou est appréhendée indirectement par l'entremise d'indicateurs plus facilement mesurables, comme la médication PRN ou le nombre d'antipsychotiques utilisés.

Une étude sur les mesures de contrôle réalisée dans 10 pays européens identifie la médication forcée (*forced medication*) au premier rang des interventions les plus fréquemment utilisées (56%) en contexte d'agression par les personnes hospitalisées, suivi des contentions physiques (36%) et de l'isolement (8%) (Raboch et al., 2010). Aux États-Unis, au cours d'une semaine moyenne, plus de 179 000 personnes en établissement de soins de santé reçoivent des antipsychotiques sans avoir un diagnostic pour lequel ces substances sont indiquées, et la plupart du temps, sans le consentement de la personne (Human Rights Watch, 2019). Plus près de nous, l'étude canadienne la plus récente au sujet des mesures de contrôle incluant la substance chimique, celle de l'Institut Canadien d'information sur la santé (2011), offre un portrait de l'utilisation des mesures de contrôle chez la clientèle hospitalisée en santé mentale en Ontario. Les auteurs précisent que près d'un adulte sur quatre (24%) admis est placé sous mesure de contrôle, et que la mesure la plus utilisée est celle du contrôle médicamenteux en phase aiguë (PRN), qui est observée chez 59% des personnes hospitalisées admises, un chiffre nettement plus élevé que les cas de contentions physiques et d'isolement, qui concernent une admission sur 5 (20%). Nous n'avons répertorié aucune donnée statistique au

Québec publiée quant à l'utilisation de la substance chimique en tant que mesure de contrôle.

Risques des mesures de contrôle

Risques de l'isolement et des contentions physiques et mécaniques

L'efficacité des mesures coercitives ne fait certes pas l'unanimité et ces mesures exposent leurs bénéficiaires à de multiples risques et menaces à leur intégrité (Chieze et al., 2019; OMS, 2019), justifiant une utilisation prudente et minimale (Gouvernement du Québec, 2015a). En effet, des complications, des incidents et accidents liés à l'isolement et à la contention peuvent survenir et contribuer entre autres à augmenter les durées de séjour des personnes en établissements de santé, de toute spécialité confondue (Chieze et al., 2019; OMS, 2019). Ces complications comprennent, sur le plan physique, la déshydratation, l'altération de la circulation sanguine et de l'oxygénation, les thromboses veineuses, les traumatismes et ulcères de la peau, l'atrophie musculaire, la blessure d'un membre pouvant mener à une fracture, l'hémorragie intracrânienne, la lésion nerveuse, les contractures, la strangulation et l'asphyxie (Gunawardena et Smithard, 2019; Ishida et al., 2014; OMS, 2019).

Sur le plan psychologique et cognitif, des conséquences néfastes peuvent être générées par le fait d'être soumis à l'isolement et aux contentions physiques ou mécaniques, comme l'apathie, le déclin des facultés cognitives, l'agitation, la dépression, l'anxiété, l'agression, la frustration, la perte de dignité, ainsi que les sentiments négatifs, par exemple, ceux d'être contraint, humilié, impuissant, additionnés à la solitude découlant du manque d'interactions (Chieze et al., 2019; Gowda, 2018; Gunawardena et Smithard, 2019; Krieger et al., 2018; OMS, 2019). Plutôt que d'atténuer les épisodes de perte de contrôle, dans certains cas, les mesures d'isolement et de contention peuvent exacerber les comportements pour lesquels on les utilise. En effet, une mesure appliquée pour contrôler les symptômes comportementaux peut elle-même causer la détérioration de la condition neurologique ou mentale de la personne, précipiter des hallucinations, des agressions, un délirium et/ou d'autres comportements reconnus par les cliniciens comme symptômes d'une condition psychiatrique (Chieze et al., 2019; Gunawardena et Smithard, 2019; OMS, 2019). Sans surprise, les mesures de contrôle sont souvent perçues par les

personnes soignées comme des interventions non-aidantes à leur situation, voire punitives et générant chez elles de la détresse (Chieze et al., 2019; Keski-Valkama et al., 2010). D'ailleurs, les personnes percevant une violation de leurs droits sont davantage sujettes à réagir avec agressivité (Hahn et al., 2013), ce qui peut expliquer en partie pourquoi les mesures de contrôle nuisent à la relation thérapeutique (OMS, 2019). Des auteurs signifient aussi que les mesures d'isolement-contention peuvent occasionner un syndrome de stress post-traumatique auprès de 25 à 47% des personnes qui y sont exposées et peuvent réveiller les conséquences psychologiques d'événements traumatiques antérieurs (confinement, abus physiques) (Fugger et al., 2015; OMS, 2019; Whitecross, Seear et Lee, 2013).

En conclusion, il peut être pertinent de rappeler qu'une revue Cochrane n'est pas parvenue à conclure en l'efficacité des mesures d'isolement et contention physique/mécanique, mais a toutefois réaffirmé les risques importants de préjudice associés à ces techniques de gestion des symptômes comportementaux (Sailas et Fenton, 2013). Enfin, à l'occasion d'une revue systématique récente, Laku et al. (2020) soulignent que les conséquences négatives outrepassent largement les aspects positifs recherchés de l'isolement et des contentions chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

Risques des contentions chimiques

En ce qui a trait aux contentions chimiques, différentes molécules aux propriétés sédatives peuvent être utilisées pour limiter la capacité d'action des personnes en établissement de santé, dont les médicaments psychotropes (antipsychotiques, antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur), les sédatifs/hypnotiques (benzodiazépines, anxiolytiques/somnifères non-benzodiazépines, barbituriques), les anesthésiques et les analgésiques (narcotiques/opioïdes) (Colombier, 2015; Health Services Advisory Group, 2012; Human Rights Watch, 2019; Peisah et Skladzien, 2014; Swickhamer, Colvig et Chan, 2013). Nonobstant l'effet sédatif, ces substances peuvent occasionner différents effets indésirables, voire des complications importantes chez les personnes qui les reçoivent, peu importe le contexte de soins. D'abord, en situation urgente, l'administration intramusculaire de tout type de médication est une intervention infirmière invasive qui

nécessite de retenir physiquement une personne lorsque celle-ci n'est pas consentante. Cette intervention peut occasionner la survenue de traumatismes à la tête, à la peau, aux tissus et aux muscles ainsi que des séquelles psychologiques dont le stress post-traumatique (Danda, 2020; Guzmán-Parra et al., 2019; OMS, 2019). Ensuite, les propriétés sédatives recherchées de ces substances se manifestant souvent par de la somnolence et des étourdissements, pouvant occasionner une altération de la démarche, des chutes et des fractures (Bjerre et al., 2018; Diaz-Gutiérrez et al., 2017; Fraser et al., 2015; Gouvernement du Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (Gouvernement du Québec, INESSS, 2017; Schroeck et al., 2016). Suivant l'administration d'une médication tranquillisante dans un contexte urgent de gestion des comportements, les personnes peuvent sentir qu'elles sont dissociées de leur propre corps, expérimenter de la détresse morale, de la colère et du ressentiment envers les infirmières (Danda, 2020; OMS, 2019). Enfin, le risque de surdose et de décès associés aux contentions chimiques et aux prescriptions en général d'antipsychotiques, de benzodiazépines et d'analgésiques opioïdes est abondamment documenté mondialement et a nécessité une sensibilisation globale dont de sérieuses mises en garde destinées aux intervenants par les instances gouvernementales (Busse et al., 2017; Gouvernement du Canada, 2005, 2013; Gouvernement du Canada, 2022; Human Right Watch, 2019; OMS, 2019).

Bien que les prescripteurs soient au courant des risques de préjudice associés aux médicaments aux propriétés sédatives chez les aînés, 36% des résidents en établissements de soins de longue durée québécois avaient reçu une telle prescription en 2014 (Institut canadien d'information sur la santé, 2016). De plus, une large proportion des utilisateurs chroniques d'antipsychotiques consommait de façon concomitante un autre médicament psychotrope, soit antidépresseur (64%) ou benzodiazépine (15%) (Institut canadien d'information sur la santé, 2016). En 2017 au Québec, devant la non-réponse aux avis diffusés, voire le constat d'une utilisation en hausse des antipsychotiques chez les personnes âgées, l'INESSS (Gouvernement du Québec, INESSS, 2017) a publié des lignes directrices médicale sur l'usage des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques. Dans ce guide, l'INESSS recommande aux prescripteurs de réduire les

prescriptions d'antipsychotiques mais en évitant tout déplacement des ordonnances vers d'autres classes pharmacologiques comportant également des risques importants comme les benzodiazépines ou les antidépresseurs (Gouvernement du Québec, INESSS, 2017).

Antipsychotiques

Les antipsychotiques sont des substances psychotropes (Réseau de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 2020) utilisées pour traiter les désordres mentaux sévères. Les médicaments de cette classe comprennent entre autres l'Aripiprazole (AbilifyMD), l'Olanzapine (ZyprexaMD, ZydysMD) la Quetiapine (SeroquelMD), la Risperidone (RisperdalMD) et la Ziprasidone (GeodonMD). Ces substances sont approuvées par Santé Canada pour traiter la psychose ainsi que pour stabiliser l'humeur dans les cas de schizophrénie, de troubles bipolaires ou certains troubles dépressifs majeurs. Plusieurs semaines de traitement sont habituellement nécessaires pour observer une réponse thérapeutique. Or, une proportion élevée d'ordonnances est effectuée hors indication avec l'objectif d'induire des effets secondaires sédatifs. Par exemple, des antipsychotiques sont régulièrement prescrits au Québec pour calmer les symptômes comportementaux et psychologiques comme l'agressivité, l'anxiété et les troubles du sommeil (Gouvernement du Québec, INESSS, 2017). Ces substances, sauf pour la Risperidone (RisperdalMD), sont considérées dangereuses et non recommandées chez les personnes âgées depuis 2005, surtout celles atteintes de démence (Gouvernement du Canada, 2005, 2013). Cela dit, en 2014, les prescriptions d'antipsychotiques représentaient toujours une dépense de 75 millions de dollars au Canada seulement en ce qui concerne les personnes âgées, ce qui correspondait à une hausse de 32% en quatre ans (Ontario Drug Policy Network, 2015). Durant cette période, l'utilisation d'antipsychotiques était particulièrement élevée au Québec en comparaison aux autres provinces du pays (Ontario Drug Policy Network, 2015). Récemment, dans les centres de soins de longue durée canadiens, un résident sur cinq reçoit toujours des antipsychotiques sans avoir un diagnostic de psychose le justifiant (Institut canadien d'information sur la santé, 2019). Cela dit, les personnes de tout âge traitées avec des antipsychotiques peuvent présenter des effets secondaires invalidants tels que la rigidité, des contractions et mouvements musculaires involontaires (dystonie, dyskinésie), de

l'agitation avec impossibilité de rester en position (akatisie) et des trémulations. Ce regroupement d'effets invalidants est appelé symptômes extrapyramidaux (D'Souza et Hooten, 2020). D'autres effets indésirables des antipsychotiques sont décrits sur le plan physique comme l'hypotension orthostatique, les palpitations, l'hyperlipidémie, le diabète, le gain pondéral, le prolongement de l'intervalle QT, les crises d'épilepsie et le décès (Bjerre et al., 2018; Erickson et al., 2012; Stroup et Gray, 2020). Des auteurs ont constaté un risque d'accident vasculaire cérébral augmenté dans les 30 jours suivant l'administration de ces substances (Kleijer et al., 2008). Enfin, le syndrome malin des neuroleptiques est un effet indésirable rare dont l'incidence est estimée à 0,02% de la population, mais potentiellement mortel (jusqu'à 20%), caractérisé par une hyperthermie supérieure à 39°C, une rigidité généralisée et un dysfonctionnement du système nerveux autonome (dysautonomie) (Jouali et al., 2014). Ces effets invalidants sont, à leur tour, réduits par le recours à d'autres molécules qui atténuent les effets secondaires. Cet effet boule de neige conduit à un cocktail médicamenteux duquel peuvent se potentialiser des interactions chimiques indésirables.

Benzodiazépines

Les benzodiazépines sont des médicaments dépresseurs du système nerveux central de la classe des sédatifs ou hypnotiques. L'Alprazolam (XanaxMD) le Clonazépam (RivotrilMD), le Diazépam (ValiumMD), le Lorazépam (AtivanMD) et l'Oxazéam (SéroxMD) en sont des exemples communs (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019). Au Québec, ils sont classifiés sous la catégorie des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (RAMQ, 2019). Les benzodiazépines ont pour but de ralentir l'activité cérébrale afin de traiter l'anxiété, les troubles du sommeil et les spasmes musculaires (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019; Gouvernement du Canada, 2020). Ces substances sont également utilisées à d'autres fins telles que la tranquillisation des patients en cas d'intervention diagnostique ou thérapeutique, de sevrage d'alcool, de migraines ou pour la détente musculaire (Gouvernement du Canada, 2021). Ils peuvent être employés seuls ou en combinaison avec d'autres substances aux propriétés sédatives en contexte de contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux (Colombier et al., 2015; Swickhamer et al., 2013). L'usage des benzodiazépines chez la population générale canadienne est

comparable à celle du reste du monde, avec un taux avoisinant les 12% : une statistique demeurée stable depuis 2012 (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019). Peu de données récentes sont disponibles au sujet de l'usage des sédatifs-hypnotiques au Québec, mais l'étude de Prévaille et al. (2012) réalisée à partir de dossiers médicaux et pharmacologiques concluait, en 2012, que 48% des personnes âgées de 65 ans et plus avait reçu une prescription potentiellement inappropriée (hors standards de pratique) de benzodiazépines durant l'année. À cette même période, en Ontario, 38% des personnes intégrant une résidence de soins de longue durée recevait au moins une prescription de benzodiazépine, et de ces personnes, 49% bénéficiaient d'au moins deux prescriptions sur une période d'un an, totalisant plus de 100 comprimés (Bronskill et al., 2013). Les effets secondaires documentés des benzodiazépines sont la confusion, la constipation, les pertes de mémoire, les faiblesses musculaires, les problèmes d'élocution et de coordination, les délires et hallucinations, l'anxiété, les réactions cutanées, la nervosité, l'agressivité et une sensation d'euphorie (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019; Gouvernement du Canada, 2021). La léthargie, une baisse de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle, une respiration irrégulière et une pneumonie comptent aussi parmi les risques de leur usage (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019; Gouvernement du Canada, 2020; Sun et al., 2019). Depuis 2020, le Gouvernement du Canada (2020) met en garde les professionnels et le public quant aux risques de problèmes liés à la consommation de substances (dépendance physique). En effet, les benzodiazépines peuvent entraîner des symptômes de sevrage et de graves préjudices si consommés avec des opioïdes, tels que la dépression respiratoire, le coma et le décès.

Analgésiques opioïdes

Les analgésiques opioïdes d'ordonnance sont des médicaments qui servent principalement à soulager la douleur aiguë ou chronique, à atténuer la toux ou les diarrhées persistantes (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020). Au Québec, ils sont aussi appelés narcotiques ou agonistes des opiacés (RAMQ, 2020). Or, comme plusieurs autres substances connues pour leurs effets sédatifs, les analgésiques opioïdes peuvent être utilisés pour des motifs dérivant de leurs indications cliniques thérapeutiques, soit pour contribuer à la gestion du delirium ou de certains

comportements comme l'agitation et la violence exprimés chez certains patients ou résidents (Health Services Advisory Group, 2012; Human Rights Watch, 2019). Les médicaments de cette classe les plus souvent consommés au Canada sont, en ordre de prévalence, les substances contenant de la codéine (76%), l'hydromorphone et la morphine (28%), l'oxycodone (OxyContinMD) (20%) et le Fentanyl (55%). Il existe une littérature abondante permettant d'apprécier le portrait épidémiologique de la disponibilité et du recours excessif des prescriptions d'analgésiques opioïdes ainsi que de leurs conséquences en matière de santé publique en Amérique du Nord, où les deux plus grands consommateurs sont les États-Unis et le Canada (International Narcotics Control Board, 2016; Jones et al., 2020). Actuellement, près de 12% des Canadiens utilisent des analgésiques opioïdes d'ordonnance et les hospitalisations pour intoxication aux opioïdes ont connu une augmentation marquée de 27% au cours des dernières années, avec une moyenne de 17 hospitalisations par jour (Centre canadien sur les dépendances et l'usage des substances, 2020; Institut Canadien d'information sur la santé, 2018). Ce sont les services d'urgence qui prescrivent plus du quart de tous les médicaments opioïdes consommés, incluant certaines prescriptions inappropriées et prolongées auprès d'individus dits naïfs à ces substances, c'est-à-dire, n'ayant pas de tolérance acquise aux opioïdes (Lin et al., 2013). Les effets secondaires possibles des analgésiques opioïdes, outre la sédation, sont les étourdissements, les nausées et vomissements, la constipation, la dépendance physique, la tolérance, le retard de vidange gastrique, l'hyperalgésie, les dysfonctions hormonales et immunologiques, la rigidité et les contractions musculaires (myoclonie) (Benyamin et al., 2008). Au Canada, 15 393 décès attribuables à la consommation d'opioïdes ont été estimés entre janvier 2016 et décembre 2019 (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020).

Les propos résumés des sections précédentes conduisent la doctorante à conclure que les canadiens et québécois en établissement de santé, avant même de traverser la porte d'entrée d'un service, sont exposés à une abondance de prescriptions de substances chimiques sédatives non sans risques, d'où l'importance, pour les infirmières, de prendre part au mouvement de réduction de l'usage (OMS, 2019) et d'appliquer respectueusement les normes de pratique sécuritaire avant, pendant et après l'administration des médicaments (Gouvernement du Québec, 2015a).

Droits, libertés et protection des personnes

En plus des impacts physiques et psychologiques précédemment énumérés des mesures de contrôle dont la substance chimique, il importe d'aborder leurs conséquences sur les droits humains. Selon l'OMS (2019), les mesures de contention et d'isolement constituent une violation de plusieurs droits internationaux dont le droit à la liberté et à la sécurité, le droit à la santé, le droit à la protection contre toute coercition, violence ou abus, torture ou cruauté, traitement dégradant ou punitif ainsi que le droit à l'intégrité de la personne. Ces droits sont protégés par différentes conventions et déclarations universelles ou internationales. Au Canada, s'applique la Charte canadienne des droits et libertés (R.-U, chapitre 11) et au Québec, la Charte des droits et libertés de la personne (RLRQ, chapitre C-12). Contrairement à plusieurs pays, dont l'ensemble de ceux composant le Conseil de l'Europe (Council of Europe, 2019), les chartes canadienne et québécoise ou autres documents de la même nature ne mentionnent pas directement le phénomène des mesures de contrôle ou le fait de restreindre la capacité d'une personne de se mobiliser ou d'agir librement.

Lois et directives encadrant l'usage des mesures de contrôle

À l'échelle internationale, les lois sur la santé mentale de plusieurs pays ou provinces encadrent les situations de contraintes à la liberté initiées par les soignants dans un souci de défense des intérêts ou de la vie des personnes (Manitoba, 2022, Ontario, 2015; UK Public General Acts, 2005). Au Québec, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, P-38.001), anciennement Loi sur la protection du malade mental, ne fait aucune référence directement aux mesures de contrôle. En effet, c'est plutôt la LSSSS qui balise l'usage de ces mesures dans la province depuis 1997. Pour ajouter au poids des dispositions internes à chaque pays, l'OMS, depuis 2019, recommande aux 194 États membres des Nations Unies, dont le Canada, de réduire, voire d'éliminer, les mesures de contrôle incluant la contention chimique. Le Tableau 1 en annexe 1 résume les textes législatifs et réglementaires en matière de mesures de contrôle à l'échelle internationale, incluant et excluant la substance chimique. Les pays dont les documents législatifs officiels n'ont pas été repérés par le moteur de recherche Google ou étant publiés dans une langue autre que le français et l'anglais n'étaient pas retenus pour cette revue des écrits. Les définitions

ou descriptions de la contention chimique, de médication involontaire ou toute autre notion connexe tirée de ces documents ont été insérées au tableau de l'annexe 1 pour en discuter ultérieurement dans le présent chapitre.

Au total, autant que 53 pays sur les 57 répertoriés comme utilisant le français ou l'anglais comme langue de publication des documents officiels possèdent une loi portant sur la réduction ou l'usage minimal en circonstances exceptionnelles de la médication en tant que mesure de contrôle. Ces gouvernements n'offrent toutefois pas d'outil validé pour soutenir les cliniciens ainsi interpellés à respecter la loi, donc, à chiffrer et réduire l'usage de la contention chimique. Ce constat renforce l'importance de la présente recherche doctorale qui pour objectif de fournir une première modalité d'évaluation de la qualité des soins en matière de contention chimique appuyée sur une définition opérationnelle valide. Seulement quatre pays, tous situés en Afrique, n'encadrent que la contention physique/mécanique et l'isolement sans mention de la médication, possiblement en raison d'une utilisation moindre découlant des difficultés d'accès aux substances pharmacologiques dans certaines régions du monde (Ekeigwe, 2019).

Les gouvernements canadiens adoptent pour leur part des cadres relativement similaires d'une province ou d'un territoire à l'autre au sujet des mesures de contrôle incluant la substance chimique. Au Québec, l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (RLRQ, chapitre S-4.2) stipule que :

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme une mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures [de contrôle] en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser

auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

En vertu de l'article 431 de cette même Loi, le ministre détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application, incluant le protocole visé aux articles 118.1 et 118.2. Les orientations ministérielles, regroupées à l'intérieur d'un cadre de référence québécois, publié en 2002 puis révisé en 2015, apportent donc des précisions permettant aux établissements de produire et d'implanter un protocole interne adressé aux gestionnaires, aux professionnels et aux usagers. En cohérence avec la LSSSS, six principes directeurs orientent l'élaboration de ces documents de référence au Québec depuis 2015 (Gouvernement du Québec, 2015a) :

1. Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.
2. Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.
3. Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne.
4. L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
5. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.
6. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements. (p.4)

Les principes 1 à 4 portent donc sur les normes de pratique prioritaires adressées aux intervenants qui utilisent exceptionnellement les mesures de contrôle. Le principe 5 interpelle les gestionnaires à assurer le déploiement et le respect d'un protocole portant sur ces mesures, puis, le principe 6 réitère la nécessité de procéder à une évaluation de l'application conforme des orientations ministérielles, et ce, dans l'optique de permettre un suivi annuel par la direction et ultimement par le gouvernement lui-même. Outre l'obligation d'évaluation et de suivi, il est possible, à partir du cadre de référence québécois révisé (Gouvernement du Québec, 2015a), de faire le décompte de seize (16) principales pratiques organisationnelles et cliniques, ainsi que cinq (5) pratiques invisibles (valeurs, attitudes, compétences) recommandées en matière de mesures de contrôle incluant la substance chimique. En théorie, la promotion interne de ces bonnes pratiques via un protocole de mesures de contrôle devrait permettre aux établissements d'assurer une intervention efficace, sécuritaire et centrée sur la personne. Le tableau 2 présente lesdites orientations ministérielles.

Tableau 2. Résumé des orientations ministérielles de la province de Québec en matière de mesures de contrôle [incluant la substance chimique] (Gouvernement du Québec, 2015a)

Pratiques organisationnelles	Pratiques cliniques	Valeurs, attitudes, compétences
<ul style="list-style-type: none"> - Protocole diffusé dans l'établissement - Source d'information disponible aux usagers-familles - Personnel soignant disponible - Formation du personnel soignant 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation préalable de la condition de la personne - Dernier recours : appliquer d'abord des mesures de remplacement - Décision justifiée par un danger pour la personne ou pour autrui - Supervision post-administration - Participation de la personne - Planification en équipe interdisciplinaire - Consentement libre et éclairé - Analyse post-situationnelle (débriefing) 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect et dignité - Jugement clinique - Relation thérapeutique/relation d'aide/communication - Culture/philosophie de réduction des mesures de contrôle : croire en l'importance d'un usage minimal et exceptionnel

Afin d'identifier les situations lors desquelles ces recommandations devraient s'appliquer et d'évaluer annuellement l'usage des mesures de contrôle conformément à la loi, il

importe de comprendre avant tout ce que signifie *mesure de contrôle*. D'abord, le verbe contrôler renvoie à différentes actions, telles que maîtriser quelqu'un ou quelque chose, dominer et avoir sous son autorité ou son pouvoir (Le Robert, 2021; Larousse, 2021). Le cadre de référence du MSSSS dégage trois principales mesures de contrôle. Premièrement, l'isolement en tant que mesure de contrôle consiste, selon le Gouvernement du Québec : à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement (Gouvernement du Québec, 2015a, p.9). Pour sa part, la contention physique ou mécanique, est décrite, au Québec, comme l'action d'empêcher ou de limiter la liberté de mouvement par la force humaine, un moyen mécanique ou en privant la personne d'un moyen utilisé pour pallier un handicap (Gouvernement du Québec, 2015a, p.9). Il existe un consensus international sur la définition anglophone de contention physique/mécanique, qui peut être traduite comme suit [traduction libre] : tout action ou procédure destinée à prévenir le mouvement libre du corps de la personne ou un accès normal à son corps par l'usage d'un dispositif attaché ou adjacent au corps de la personne qu'il/elle ne peut contrôler ou retirer facilement (p.2309). Le gouvernement québécois propose finalement une définition évasive potentiellement applicable à grande échelle aux usages de médication sédatives, qui stipule que la substance chimique en tant que mesure de contrôle implique de limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament (Gouvernement du Québec, 2015a, p.9). Les auteurs s'intéressant au phénomène de la contention chimique mondialement sont unanimes à l'effet que des lacunes majeures caractérisent la définition de ce concept, qui ne fait toujours pas consensus aujourd'hui et cette situation stagnante entrave la mesure et l'évaluation de son usage (de Bruijn et al., 2020; Health Advisory Group, 2012; Muir-Cochrane, 2020).

Usage des mesures de contrôle : un acte réservé

Dans une installation d'un établissement de santé et de services sociaux du Québec au sens de la LSSSS, la décision de recourir à l'isolement ou à la contention physique/mécanique peut être prise par le médecin, l'infirmière, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le travailleur social, le psychologue ou le psychoéducateur (LQ-2009, chapitre 28). En contexte d'urgence menaçant la vie ou l'intégrité des personnes, l'application de l'isolement et de la contention physique/mécanique n'est pas un acte

réservé. La substance chimique diffère des autres mesures sur cet aspect. Celle-ci nécessite en tout temps une prescription médicale avant qu'un professionnel ne puisse procéder à son utilisation auprès d'un patient/résident (Gouvernement du Québec, 2015a). L'acte de prescrire est règlementé par le Code des professions (RLQ, chapitre C-26) (Bernheim, 2020; Gouvernement du Québec, 2015a) et par le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (RLRQ chapitre M-9, a.25; Québec, 2021). Suite à la prescription, l'application de la mesure de contrôle par substance chimique ne peut être effectuée que par un professionnel habilité à administrer des médicaments, conformément à son champ d'exercice (Bernheim, 2020; Gouvernement du Québec, 2015a), dont l'infirmière. En effet, la Loi sur les infirmières et infirmiers (RLRQ chapitre I-8) permet à l'infirmière d'administrer des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance (RLRQ chapitre I-8, a.11).

Appliquer une ordonnance individuelle

D'un point de vue légal, une ordonnance médicale doit préciser les circonstances dans lesquelles les médicaments peuvent être donnés à un patient (RLRQ chapitre M-9, r.25.1). Alors, dans un monde idéal, toute ordonnance individuelle de médicament relevée par une infirmière ferait donc clairement mention du fait qu'il s'agit d'une mesure de contrôle devant tels comportements précis et mènerait systématiquement à l'application du protocole par le personnel. Cette intervention pourrait donc être facilement comptabilisée par l'infirmière dans un registre de suivi au même titre que les épisodes d'isolement et de contentions physiques/mécaniques, puis, être visible dans la reddition de compte annuelle. La réalité est toute autre. Rarement, voire jamais, un terme évoquant la contention ou le contrôle n'est précisé sur la prescription. En effet, le prescripteur, c'est-à-dire le médecin omnipraticien, spécialiste ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS), procède actuellement à l'ordonnance individuelle d'une médication comme suit : il en précise le nom de la molécule (p. ex. RivotrilMD), la forme pharmaceutique (p. ex. comprimé, solution IV), la concentration (p. ex. 1 mg/ml), le dosage (p. ex. 1 mg) et la voie d'administration (Collège des médecins du Québec, 2016; Québec, 2021). Puis, une limite de durée ou de quantité devrait être précisée. Le plus souvent, dans le cas des substances aux propriétés sédatives prescrites pour le contrôle comportemental, la fréquence PRN est ordonnée (Bernheim, 2020), avec une indication supplémentaire,

parfois aussi vague que : si agitation. Au Québec, l'agitation n'est pas identifiée par l'entremise d'un outil clinique standardisé, ainsi, la responsabilité revient généralement à l'infirmière d'évaluer et d'administrer le PRN selon son jugement. Précisons que l'agitation en soi n'est pas un motif légalement admis pour justifier le recours à la mesure de contrôle au sens de la LSSSS. En effet, en tout temps au Québec, pour pouvoir initier légalement une mesure de contrôle telle la substance chimique, un risque réel de blessure doit être présent (Gouvernement du Québec, 2015a). Il s'agit donc, encore ici, de l'évaluation du professionnel impliqué dans le soin direct auprès du patient/résident au moment d'initier la mesure, généralement l'infirmière, qui prime pour statuer le niveau de risque.

Appliquer une ordonnance collective

Dans certains contextes définis, les substances aux propriétés sédatives peuvent faire l'objet d'une ordonnance collective entérinée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) validé par la Direction des soins infirmiers de l'établissement. Ce type d'ordonnance autorise l'infirmière à initier un traitement médicamenteux sans délai lors d'une situation clinique déterminée, et sans avoir à interpellier le médecin pour son évaluation préalable (OIIQ, s.d.a).

Administrer un médicament prescrit

Dans l'ensemble des cas susmentionnés, que l'ordonnance soit individuelle ou collective, l'infirmière est responsable d'exercer son jugement clinique afin d'analyser l'ordonnance et son applicabilité, d'administrer ou non le médicament ou de suggérer un changement au médecin/IPS si jugé requis. Elle est donc la professionnelle sur qui repose, la plupart du temps, l'application de la mesure de contrôle par substance chimique (Bernheim, 2020; Cunha et al., 2016; Pirinen et al., 2015; Gouvernement du Québec, 2015a). L'OIIQ (2021) insiste sur la vigilance et la compétence requise à toutes les étapes du processus d'administration des médicaments pour décider d'administrer ou de ne pas administrer le médicament prescrit. En bref, la prescription individuelle au Québec implique obligatoirement une évaluation préalable du prescripteur suivie, autant que possible, de celle de l'administrateur, et l'ordonnance collective oblige le professionnel autorisé à évaluer avant d'initier (Collège des médecins du Québec, 2016; OIIQ, 2016). Les exigences légales d'administration des médicaments à des fins de contrôle sont les mêmes

que pour tout traitement soumis aux principes généraux du droit civil relatifs à des soins (RLRQ, chapitre CCQ-1991; RLRQ, chapitre S-4.2 a. 9), ainsi, l'infirmière devrait, pour le moins, tenter une recherche de consentement (Bernheim, 2020). S'il y a refus ou retrait du consentement, pour se protéger légalement, l'infirmière ne devrait pas administrer la médication, encore ici, sauf si elle juge qu'il y a un risque réel de lésions pour la personne ou pour les autres (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 118.1). À la lumière des éléments discutés dans ce paragraphe, il importe de s'attarder plus en détail sur les responsabilités déterminantes de l'infirmière en ce qui concerne l'usage de la contention chimique et la reddition de compte annuelle qui doit être obligatoirement réalisée selon la LSSSS.

L'intention de celui qui administre détermine la contention chimique

Précédemment au cours de ce chapitre, nous avons fait ressortir des arguments suggérant l'existence d'une disponibilité excessive de prescriptions de substances chimiques aux propriétés sédatives dans le monde et au Canada, malgré des mises en garde gouvernementales visant leur réduction. Nous verrons maintenant qu'en dépit de la prescription, le facteur essentiel pour déterminer la présence ou non d'une contention chimique est l'intention du professionnel de la santé responsable de l'administration de la médication.

Au début des années 2000, une controverse régnait au Québec (Collège des médecins, 2004 dans Bernheim, 2020) à savoir si la substance chimique devrait être considérée comme une mesure de contrôle ou littéralement écartée du cadre et des protocoles applicables sous prétexte que tout médicament est prescrit avec un but à la base thérapeutique. Cette polémique a engendré un statu quo de plusieurs années chez le Ministère qui a omis de prendre clairement position sur la question (Bernheim, 2020), retardant et complexifiant ainsi la production des protocoles cliniques balisant la contention chimique par les établissements. Par conséquent, le recensement des événements de contention chimique et l'évaluation annuelle des pratiques qui s'y associent sont demeurés négligés. Faute d'une définition claire sur le plan opérationnel, les établissements concentrent néanmoins leurs efforts sur l'isolement et la contention physique/mécanique. Il existe toutefois une piste de solution de plus en plus explorée par

les parties prenantes désirant circonscrire l'usage de la contention chimique. En effet, les instances gouvernementales et professionnelles québécoises s'entendent sur un point précis, tel que réitéré par la Protectrice du Citoyen lors d'un discours sur les droits humains (2014), c'est-à-dire : la prémisse que ce n'est pas le médicament qui fait la contention, mais bien l'intention derrière son utilisation (Bernheim, 2020, p.17).

D'entrée de jeu, il est possible de distinguer, tant dans la littérature locale qu'internationale, que toute définition d'une mesure de contrôle implique une intention qui se rapporte aux effets recherchés de la mesure. Les auteurs utilisent typiquement les formulations suivantes lorsqu'ils décrivent ce qui est attendu de la mesure : *dans le but de, pour [tel but], afin de, avec l'objectif de, dans l'intention de* ou emploient le qualificatif : mesure *intentionnelle*. Un exemple de définition évocatrice des buts poursuivis, qui n'a toutefois pas fait l'objet d'une validation par recherche de consensus, est celui de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2012). Pour les experts de l'AIIAO (2012), la contention chimique se rapporte à [traduction libre] : toute forme de médication psychoactive utilisée non pas pour traiter une maladie, mais pour inhiber intentionnellement un comportement ou un mouvement (p.19). Des intentions de différentes natures sous-tendant la contention chimique sont documentées dans les écrits. Celles-ci peuvent être regroupées en trois grandes finalités : le contrôle, le traitement et la sécurité.

Contrôler

Certaines intentions, conscientes ou non, motivent les intervenants, au-delà du but du prescripteur, lors de l'administration de médicaments aux propriétés sédatives. Par exemple, ils peuvent chercher à contrôler ou limiter des comportements, à assurer la sécurité, à calmer/sédationner ou à stabiliser des symptômes dans une optique de traitement de la maladie, parfois contre le gré de la personne (Chieze et al., 2019; Colombier et al., 2015; Dickinson et al., 2009; Furre et al., 2017; Hughes, 2008; McDonald, 2017). Ces intentions de contrôle, de sécurité et thérapeutiques peuvent être comprises comme des mécanismes qui coexistent en interrelation (Bhaskar, 2008). Or, si l'on parle de mesure coercitive (*coercive measure*), il va de soi que l'intention de contrôle est la seule qui ne peut être écartée de l'équation. Cette intention de contrôler ou de

restreindre la liberté de la personne, maintes fois citée dans la littérature (Collège des médecins du Québec, 2015; de Bruijn et al., 2020; Georgieva et al., 2013; Gouvernement du Québec, 2015; Hofso et Coyer, 2007; Hughes, 2008; Institut canadien d'information sur la santé, 2011; MacDonald et Albulushi, 2017), devrait s'exprimer consciemment chez le professionnel responsable de l'administration de la médication pour qu'une dimension de contrôle soit reconnue à l'intervention. L'intention de contrôle ne semble toutefois pas écarter la présence d'autres intentions sous-jacentes à la contention chimique. En effet, il est courant qu'une mesure possède plus d'un but (MSSS, 2015).

Protéger

L'intention d'assurer la sécurité est la seule justification indiquée de la médication en tant que mesure de contrôle selon les autorités publiques canadiennes, qui en permettent une utilisation minimale, seulement dans le but de prévenir les blessures ou les préjudices chez la personne ou autrui (Gouvernement du Québec, 2015; Manitoba, 2020; Ontario, 2017; Prince-Edward-Island, 2019; Territoire du Nord-Ouest, 2018; Yukon, 2002). Dans un énoncé de position publié en 1999, les praticiens du Collège des médecins du Québec (CMQ), comme ceux de l'American Medical Association aux États-Unis, reconnaissaient d'emblée l'intervention pharmacologique, ou contention chimique, comme éthiquement acceptable si la contrainte est utilisée en tant que mesure de protection destinée à assurer la sécurité de la personne ou d'autrui (AMA, 2016, Collège des médecins du Québec, 1999 dans Bernheim, 2020). Toutefois, le Collège rétracte cette position initiale dans une publication de 2004 rejetant l'existence de toute forme de contention associée à la médication. Le CMQ défendait alors la position que la contention chimique n'existe pas du fait que tout médicament prescrit est un traitement, et que la gestion des comportements fait partie des soins à la personne (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 2004). Quelques années plus tard, le CMQ a fait disparaître du Web son document publié en 2004, précisant que cette position n'était plus valide (Bernheim, 2020). À ce jour, la question n'a toujours pas été clarifiée par les fédérations ou ordres professionnels du Québec.

Traiter/soigner

Les finalités de contrôle ou de sécurité motivant l'administration de la médication semblent donc s'ajouter à un fondement de base des disciplines du domaine de la santé : celui de soigner et de contribuer à traiter des symptômes, légalement énoncé à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmier sous : prodiguer des soins et traitements médicaux (RLRQ chapitre I-8; OIIQ, 2016). En effet, plusieurs experts considèrent que les mesures de contrôle dont la substance chimique peuvent s'inscrire au plan d'intervention thérapeutique d'un usager, que ces mesures soient utilisées séparément ou de façon concomitante (Gouvernement du Québec, 2015; 2019; Jarrett et al., 2008). Par exemple, certains considèrent la thérapie médicamenteuse de routine administrée aux personnes sous ventilation mécanique comme une forme de contention chimique (Hofso et al., 2007). D'autres s'appuient sur l'idée que la signification de contrôle va de pair avec le refus de consentir aux soins et associent donc à la contention chimique les cas de traitements involontaires, aussi appelés médication forcée (Chieze et al., 2019; Hu et al., 2019), qui consistent à administrer un médicament destiné à traiter un problème de santé en exerçant une pression sur la personne qui exprime un refus. Plusieurs auteurs s'opposent toutefois l'idée de la médication comme contention si une condition de santé justificative, tel qu'une condition psychiatrique, est préalablement diagnostiquée (Dickinson et al., 2008; Hughes, 2008; Lam et al., 2017; MacDonald et Albulshi, 2017). Cette perspective inquiète l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (2004), qui affirme que, pour administrer une substance chimique sédatrice, il suffirait alors qu'un médecin ait évalué qu'une personne perturbe son entourage et que cela est dû à une maladie. Faire l'objet d'un diagnostic de problème de santé mentale ouvrirait la valve vers un usage possiblement excessif et abusif de la substance chimique sans reconnaissance du statut de mesure de contrôle, donc, sans saisie au registre de suivi ni application obligatoire des normes de pratique du protocole.

Dans certains pays, des experts vont jusqu'à faire fi de la loi en vigueur pour préconiser, en premier recours devant les comportements à risque, la médication aux propriétés sédatrice administrée de force, c'est-à-dire, en tant qu'option thérapeutique préférable à l'isolement et la contention physique/mécanique (Georgieva et al, 2013; Kalula et Petros, 2016; The Royal Australian & New Zealand College of Psychiatrists, 2017). Rappelons

que les risques et les effets indésirables des substances chimiques aux propriétés sédatives sont connus comme globalement supérieurs à leurs bénéfiques (Laku et al., 2020; Sailas et Fenton, 2013), invalidant ainsi la dimension thérapeutique de ces mesures (OMS, 2019). Les contestées visées de protection, thérapeutiques, et alternatives caractérisant la contention chimique feront l'objet d'une réflexion plus approfondie au chapitre 5 de cette thèse, à la lumière d'un article de revue de la portée. Définir opérationnellement la contention chimique à partir de l'intention de celui ou celle qui administre devrait éventuellement permettre d'auto-rapporter ces interventions et d'en apprécier la qualité, comme il en est déjà pour les épisodes d'isolements et de contentions physiques/mécaniques.

Modalités de suivis requis au Québec

L'imputabilité des établissements de santé et de services sociaux du Québec en matière d'usage des mesures de contrôle ne fait aucun doute à la lecture du troisième alinéa de l'article 118.1 de la LSSSS et du cadre de référence ministériel. En effet, l'utilisation de ces mesures, incluant la substance chimique, doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chaque établissement au minimum une fois par année (Gouvernement du Québec, 2015; RLRQ, chapitre S-4.2, a). Selon ces documents, le conseil d'administration fait appel à différentes instances, comme la Direction des soins infirmiers pour l'évaluation de la qualité des soins infirmiers et pour produire le rapport annuel, en collaboration avec l'équipe de gestion des risques pour l'analyse et les recommandations des accidents, incidents ou plaintes en lien avec les mesures de contrôle (Gouvernement du Québec, 2015). En effet, d'un point de vue légal, le Directeur des soins infirmiers est responsable de surveiller la qualité des soins infirmiers dispensés dans les établissements du Québec, et d'assurer que le conseil des infirmières et infirmiers apprécie adéquatement les actes infirmiers (LSSSS). En matière de mesures de contrôle, deux objectifs d'évaluation de la qualité sont poursuivis, (1) assurer le monitoring des taux d'utilisation pour vérifier l'atteinte des cibles de réduction, et (2) auditer la conformité des pratiques infirmières quant aux orientations ministérielles, résumées précédemment, au tableau 1 (Gouvernement du Québec, 2015). Agrément Canada (2019) ajoute à la robustesse de la recommandation ministérielle de surveillance étroite post-administration de la substance chimique en diffusant un critère à priorité élevé

2.1.80 voulant que les usagers ayant reçu des sédatifs ou des narcotiques soient obligatoirement surveillés (p. 53).

Vu le caractère visible de l'isolement et de la contention physique/mécanique (Colombier et al., 2015), une panoplie d'indicateurs différents sur le plan de la collecte et de l'interprétation des données sont disponibles pour en assurer le suivi de l'utilisation (Chavulak et Petrakis, 2017; Eskandari et al., 2015; Gowda et al., 2018; Happell et Gaskin, 2011; Husum et al., 2010; Institut canadien d'information sur la santé, 2011; Janssen et al., 2008; Kalula et Petros, 2016; Lepping et al., 2016; Noorthoorn et al., 2015; Oster et al., 2016), tels que le nombre de mesure, la prévalence, l'incidence, et la durée. Au niveau de la qualité de l'acte, différents types de grilles d'audits et des critères/normes pour apprécier le respect des bonnes pratiques d'isolement et contention physique/mécanique sont à la disposition de la communauté infirmière tant en anglais et en français (Association des infirmières autorisées de l'Ontario, 2006; Timmins, 2008; Shaw et al. 2017).

Au sujet de la contention chimique, les auteurs déplorent l'absence d'indicateurs et de critères valides, et mettent en garde quant aux mesures non appuyées par une définition opérationnelle et pour lesquels il n'est pas clair à savoir si les données reflètent une intention de contrôle ou non (Bernheim, 2020; Health Services Advisory Group, 2012; Muñiz et al., 2019). De nombreux synonymes et concepts voisins de la contention chimique sont employés dans les écrits scientifiques et professionnels, ce qui ajoute aux défis de la définition et de l'instrumentation, par exemple : médication coercitive, médication forcée, contrôle médicamenteux en phase aiguë, tranquillisation rapide, sédation d'urgence pour les comportements perturbateurs, contrôle pharmacologique, médication de contrôle aigu, tranquillisateurs pour symptômes comportementaux, contention pharmacologique et sédation intentionnelle.

Pour développer une mesure permettant d'estimer quantitativement l'usage de la contention chimique dans une optique de réduction et d'amélioration, il importe maintenant de s'attarder, à la prochaine section, aux conceptualisations et aux enjeux pratiques de la qualité des soins infirmiers.

Qualité des soins

La qualité des soins est un sujet complexe qui fait couler beaucoup d'encre. Il s'agit d'ailleurs du mot clé le plus répertorié dans les politiques de santé à travers le monde, même si la signification du terme reste débattue (Busse et al., 2019). Si quelques auteurs (Deming, 1986; Oakland, 1993; Morrison, 1994) estiment que l'on ne peut gérer ce qui ne peut être mesuré, Plante et Bouchard (1999) ajoutent qu'il est par ailleurs impossible de mesurer ce qui n'est pas explicitement défini. Sans compréhension claire de ce qui caractérise la qualité des soins infirmiers, son évaluation et son amélioration s'en trouvent fragmentés et inefficaces (Allen Duck et al., 2017). Ainsi, au fil des lignes qui suivent, nous discuterons de trois mouvements marquant les définitions et conceptualisations internationales de la qualité des soins de santé et des soins infirmiers, incluant au Québec. Il s'agit du (1) mouvement de la conformité aux normes de pratique, (2) du mouvement des résultats de soins (outcome movement) et (3) du mouvement de l'amélioration continue. Des exemples de méthodes utilisées sur le terrain s'inscrivant dans ces mouvements seront détaillés afin de définir les paramètres de notre propre démarche méthodologique. Par ailleurs, au fur et à mesure de l'argumentaire, nous soulèverons quelques limites de ces courants pour concevoir et opérationnaliser la mesure de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique. Ceci mènera finalement à la proposition d'un modèle systémique de la qualité des soins infirmiers. Ce modèle tire ses fondements des travaux de Donabedian (1988), autour desquels s'est forgée une réflexion plus approfondie appuyée par la lentille réaliste de Roy Bhaskar (2008).

Introduction aux trois mouvements de la qualité des soins

Dans le cadre de ce chapitre, la quasi-totalité des conceptions de la qualité des soins citées prend appui sur le modèle classique d'évaluation de Donabedian (1988). Ainsi, avant d'entrer en matière, il paraît essentiel de décrire brièvement ses composantes de structure, de processus et de résultats dans le respect des descriptions initiales articulées par cet auteur au cours des années 1960-1980.

Figure 1. Modèle original de Donabedian (1988)



Selon Donabedian, la structure réfère au cadre dans lequel les soins sont administrés. Elle concerne l'organisation des services en termes, notamment, de ressources, de lieux physiques, d'équipements, elle inclut également les membres de l'équipe de soins et leurs attributs, tels leur nombre, leurs qualifications, puis, évidemment, la structure inclut le patient lui-même (Donabedian, 1988).

Les processus, pour leur part, comprennent toutes les activités partagées entre les intervenants et le patient à l'occasion de l'épisode de soins. Donabedian (1988) distingue les processus techniques des processus interpersonnels. Les processus techniques dépendent des savoirs, du jugement et des habiletés du dispensateur de soins, il s'agit des activités (e.g., diagnostic, traitement) réalisées sous l'exigence des meilleures pratiques actuelles, lesquelles reposent sur l'état d'avancement de la science et des technologies. Pour leur part, les processus interpersonnels font référence à l'échange d'informations entre le soignant et le soigné qui mène à une communication adaptée à la personne.

Enfin, les *outcomes* ne possèdent pas de traduction précise, mais les termes résultats, effets ou finalités sont souvent employés à travers la francophonie (Bélanger, 2006;

Brousselle et al., 2011; Suárez-Herrea et al., 2017). Ils correspondent aux conséquences (visées ou obtenues) des processus réalisés dans la structure de dispensation des soins, notamment, sur le plan de l'état de santé, de la satisfaction du patient, ou sur des finalités comme l'efficacité ou l'optimalité (relation bénéfices-coûts) (Donabedian, 1988).

Le tableau 3 aux pages suivantes introduit les grandes lignes de trois mouvements marquant les conceptualisations de la qualité des soins de santé et infirmiers qui sont étroitement liées entre eux et qui partagent certaines activités communes.

Tableau 3. Trois mouvements marquant les conceptualisations de la qualité des soins

Mouvement	de la conformité aux normes	des résultats de soins	de l'amélioration continue
Focus	<p>Évaluation de la qualité axée sur les processus, indirectement sur la structure et les résultats.</p> <p>Qualifier les soins et leur organisation.</p> <p>Les soins réalisés sont-ils ceux attendus, en conformité aux règles et principes directeurs? (fait/non fait)</p> <p>La structure dans laquelle les soins sont réalisés correspondent-elle aux exigences?</p>	<p>Évaluation de la performance, axée sur les résultats, (effets, extrants, impacts), indirectement sur la structure et les processus.</p> <p>Quantifier les effets des soins.</p> <p>Quels effets et impacts désirable/indésirables d'un soin ou service sont observés et à quelle fréquence, selon quel volume?</p>	<p>Intégration des approches qualité-performance. Démarche en plusieurs activités (dont l'évaluation) axée sur l'interaction entre la structure (contexte), les processus et les finalités en constante évolution.</p> <p>Agir collectivement sur un ensemble d'éléments liés entre eux.</p> <p>Comment le soin est-il réalisé et dans quelles circonstances atteint-il plus ou moins fortement les finalités souhaitées? Quelles actions/mécanismes sont en cause, et peut-on agir collectivement sur ceux-ci afin de permettre une évolution favorable vers nos buts (amélioration continue de la qualité)?</p>
Principes de base	<p>Influences normatives. L'évaluation consiste à apprécier la conformité aux normes et critères tirés de la science (<i>evidence based practice</i>) et prescrits par des organisations examinatrices.</p> <p>Grilles d'évaluation proposant des énoncés de normes. Échelle nominale, p. ex. : <i>le lavage des mains est effectué entre chaque patient</i> : Conforme/fait (100%) et Non conforme/non fait (0%).</p> <p>La cible est habituellement 100% (conforme), statuée par les instances évaluatrices. Un statut d'établissement agréé ou certifié peut être accordé.</p>	<p>Influences téléologiques (tourné vers un but). Consiste à mesurer la présence de caractéristiques quantifiables associées aux résultats du soin à partir d'indicateurs permettant des comparaisons avec soi, les autres ou une cible préétablie.</p> <p>Dénominateur sur numérateur, p. ex. nombre de patients sous contention ÷ nombre total de patients observés. Souvent ramené en % ou autre proportion.</p> <p>La cible est habituellement établie par les décideurs (directeurs, gouvernements) qui assurent la vigie selon des objectifs stratégiques. Pour les événements indésirables, la cible est souvent 0.</p>	<p>Influences systémiques. La qualité est un système d'actions : elle ne repose plus uniquement sur l'évaluation, qui constitue une étape parmi un ensemble d'actions favorables à la poursuite progressive des buts collectifs (amélioration continue).</p> <p>Démarche participative, modalités diversifiées de planification, de mesure/évaluation, de rétroaction et d'actions correctrices.</p> <p>Les objectifs sont déterminés par les équipes d'amélioration, qui incluent des gestionnaires et des acteurs terrain qui consultent les lignes directrices de pratique (guidelines). Peut inclure des patients partenaires.</p>

Implications pratiques	Appréciation à partir de normes et critères reflétant les lignes directrices de pratiques (<i>practice guidelines</i>)	Mesure d'indicateurs	Démarches multi-étapes
Exemples de démarches	Inspection ministérielle ou professionnelle Vérification interne (audit) Démarche d'accréditation (Agrément) ou de certification	Comparaisons avec soi-même dans le temps Comparaison avec d'autres organisations Méthodes japonaises de qualité totale Gestion des risques	Audit-et-rétroaction <i>Plan-do-study-act</i> (PDSA) ou Planifier, Déployer, S'évaluer, Agir
Forces	Effets positifs sur les résultats de soins. Reconnaissance publique associée à l'accréditation ou la certification.	Simplicité de la collecte et de l'interprétation, disponibilité des indicateurs. Incitatifs financiers.	Implication des parties prenantes qui apprécient une méthode simple, structurée. Reconnaissance, estime de soi.
Limites	Les normes à respecter sont généralisées à grande échelle, représentatives de la science internationale, mais parfois peu adaptées aux différentes réalités et contextes. Lourdeur bureaucratique de ces démarches dans un contexte de surcharge de travail préexistant. Les efforts pour atteindre les multiples normes et critères sont inégaux, concentrés en période pré-visite, et reposent sur les épaules des gestionnaires qui se heurtent à des équipes sceptiques, voir résistantes.	Emphase des indicateurs sur les soins visibles, comptabilisables, au détriment des aspects interpersonnels. Pas toujours le soin lui-même qui fait qu'un résultat varie. Stress et épuisement des équipes soumises aux méthodes de qualité totale qui semblent difficilement transposables du domaine industriel vers le domaine des soins de santé et infirmiers.	Les retombées favorables des démarches Audit-et-feedback et PDSA sur la qualité restent encore à démontrer. Lourdeur de ces démarches : manque de temps, de ressources, de capacités et de leadership des équipes. La rétroaction ne se rend pas toujours aux professionnels post audits ou tarde à venir. La rétroaction est parfois perçue, dans son format actuel, comme une critique punitive peu propice à stimuler le changement. Manque de considération pour le contexte.
Solutions potentielles	Considérer les normes/critères internes. Revoir la notion de norme avec créativité. Développer des modalités d'évaluation moins rigides. Consulter les infirmières pour sélectionner, valider et s'approprier les normes et critères.	Recenser les indicateurs et normes à partir de méthodes non traditionnelles de revue de la littérature (revue réaliste, examen de la portée et revue narrative en sont des exemples). Impliquer les parties prenantes.	Cadre et méthodes réalistes pour soutenir la recension des normes et indicateurs de qualité et les modalités d'évaluation. Considérer l'auto-évaluation à proximité de l'action pour inciter les infirmières à l'amélioration continue, sans délai. Recourir au numérique.

Mouvement de la conformité aux normes

Introduction au mouvement de la conformité aux normes

Les philosophes de la Grèce antique ont amorcé des réflexions sur ce que constitue la qualité, le « bon »... en usant de la notion d'excellence (Reeves et Bednar, 1994). Au 19e siècle, la première génération d'évaluation en éducation reposait essentiellement sur des tests standardisés objectivant les écarts par rapport aux normes permettant ainsi de classer les élèves selon leurs capacités (Brousselle et al., 2011). Plus récemment, Phillip Crosby, homme d'affaire et théoricien du domaine de l'administration, décrit la qualité comme la « conformité aux exigences » (Crosby, 1979, 1984). La norme est avant tout une règle de conduite de conformité, un principe qui détermine ou régule le comportement acceptable et souhaité d'un groupe ou d'une société (Merriam-Webster, 2021; Open Education Sociology Dictionary, 2021). Ce principe est fortement compatible avec la pratique professionnelle en santé puisque les attentes déontologiques sont définies par des obligations de moyens et non de résultats (Aucoin, 2007). Les interprétations de la qualité du secteur manufacturier centrées sur les processus ont ainsi teinté les définitions de la qualité formulées dans le domaine des soins de santé (Donabedian, 1988; Øvretveit, 1992). En effet, l'une des premières définitions formelles acceptées de la qualité des soins la décrivait comme le : « degré selon lequel les soins dispensés correspondent aux normes de la profession médicale » [traduction libre] (Simons et Mansvelt, 1979, dans Harteloh, 2003, p.260). Au Québec, après avoir synthétisé les écrits définissant la qualité, Plante et Bouchard (1999) ont énoncé la conclusion que le terme qui semble convenir le plus fidèlement pour en révéler la nature intrinsèque est celui de conformité. L'appréciation de la conformité aux normes de pratique s'applique tant aux pratiques cliniques qu'aux pratiques de gestion entourant la dispensation des soins.

Pratique basée sur les données probantes

Selon l'Institute of Medicine (IOM), des soins de qualité sont possibles lorsque la science et les données probantes (evidence based) sont utilisées pour éclairer la gestion des problèmes de santé (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in

America, 2001). Pour sa part, Blumenthal (1996), médecin et auteur largement cité pour ses réflexions sur la définition de la qualité des soins, propose que la qualité technique consiste à faire « la bonne chose de la bonne façon » [traduction libre] (p.892). La norme devient ainsi ce qui est conforme, souhaitable et ce qui devrait être observé le plus souvent, voire en tout temps. Ces propositions s'alignent avec le mouvement de la médecine basée sur les données probantes (Beattie, Shepherd et Howieson, 2013).

L'*evidence based practice* (Wall, 2008) préconise l'intégration à la pratique des résultats de recherche expérimentale reconnus comme les plus valides et robustes selon une hiérarchie bien établie dans la communauté médicale depuis les années 1990 (Murad, Asi, Alsawas et Alahdab., 2016). La pyramide des résultats de recherche, aujourd'hui remise en question et assouplie, positionne initialement les conclusions des revues systématiques et des méta-analyses au-dessus des essais cliniques randomisés, eux-mêmes placés au-dessus des études de cohortes, des études de cas contrôle et des études de cas (Murad et al., 2016), en écartant les autres types de résultats comme ceux de la recherche qualitative. Malgré son focus exclusif sur les soins techniques évalués par des approches expérimentales, le mouvement de l'*evidence based* a été adopté avec un certain enthousiasme par la communauté infirmière. Les interprétations de la qualité dans le domaine des soins infirmiers s'en trouvent ainsi teintées (Donabedian, 2005; Martins, Gonçalves, Lopes-Ribeiro et Tronchin, 2016; Tsogbadrakh, 2017). En effet, de nombreux auteurs énoncent leur compréhension de la qualité des soins infirmiers en faisant également référence aux normes applicables (Donabedian, 2005; Martins et al., 2016; Tsogbadrakh, 2017), par exemple : « la qualité est la dispensation des soins excellents, soit en conformité aux lignes directrices (guidelines) en soins infirmiers » [traduction libre] (Mosadeghrad, 2013) (p.213); « elle consiste à se soumettre à un ensemble de critères d'excellence établis » (Mosadeghrad, 2013) (p.209).

Mouvement de la conformité aux normes : en pratique

Mesure et évaluation axées sur les processus

L'évaluation de la conformité consiste à apprécier la qualité de l'acte, souvent rétrospectivement, sur la base de normes et critères guidant la pratique (Collège des

médecins du Québec, 2013; Crosby, 1979; Juran, 1967; Reeves et Bednar, 1994). Ici, la qualité des soins dépend fondamentalement des processus et indirectement des structures et des résultats. L'évaluateur cherche donc à apprécier chacune des composantes d'une intervention donnée par rapport à des références, en se questionnant : a-t-on fait ce qu'il fallait faire, d'une façon souhaitable et en respectant les normes et critères applicables ? Les conditions assurant la meilleure pratique ont-elles été réunies ? (Brousselle et al. 2011; Brunelle et Saucier, 1999; Busse et al., 2019). Cette évaluation de la qualité d'influence normative s'intéresse à la conformité avec la norme, elle repose donc sur la mesure des écarts entre les ressources, activités/services effectivement mis en œuvre et les ressources, activités/services qui auraient dû être mis en œuvre (Brousselle et al., 2011; Brunelle, 1993).

Le terme norme peut être défini comme un principe, un critère auquel se réfère tout jugement de valeur, ou bien comme l'ensemble des règles de conduite qui s'imposent à un groupe social (Larousse, 2022). En effet, en évaluation, la norme est étroitement liée au critère de qualité mais non synonyme (Brousselle et al., 2011; Donabedian, 1981; Wright, 2014), elle suppose un jugement de valeur implicite ou explicite de l'évaluateur par rapport à une situation souhaitée. Ceci est un exemple d'énoncé de norme de qualité des soins infirmiers de longue durée, tirée d'un audit publié dans l'International Journal of Evidence-Based Healthcare : « De la formation sur l'usage des contentions est offerte à tous les membres du personnel » [traduction libre] (Timmins, 2008). Pour établir la distinction avec le critère, celui-ci présenterait des moyens pour parvenir à la conformité mais ne préciserait pas la valeur ou la fréquence d'application souhaitable. Ainsi, le critère pourrait donc s'énoncer comme suit : « De la formation sur l'usage des contentions est offerte ». De son côté, la communauté anglophone utilise régulièrement le terme standard lorsqu'il s'agit de critères de qualité (Ibrahim et al., 2016) :

Nursing care standards may be defined as authoritative statements in the form of measurement criteria to evaluate the quality of nursing care. All standards of practice lay down the knowledge, skills, judgment, and attitudes needed for good practice [...]. Their main purpose is to promote, guide, and direct professional nursing practice and optimal quality of care (Linda, 2014) (Ibrahim et al., 2016, p.251-252).

À la base, en établissement de santé et de services sociaux au Québec, la LSSSS est le premier point de référence pour l'élaboration de règlements et de programmes encadrant la pratique des intervenants. Une procédure formelle est requise afin de sélectionner les lignes directrices éclairées par les données probantes qui sont pertinentes à intégrer à la prestation des services (Agrément Canada, 2019). À l'interne, un comité interdisciplinaire est souvent chargé de se pencher sur ces questions. Les lignes directrices scientifiquement appuyées sont implantées auprès des équipes infirmières par l'intervention d'experts cliniques qui agissent comme modèles de rôle en vue d'une conformité la plus élevée lors d'éventuelles évaluations de la qualité des structures et des processus (Kilpatrick, Tchouaket, Carter, Bryant-Lukosius et DiCenso, 2016). Ces *bonnes pratiques* proviennent donc de différentes sources, telles que les lois, les textes gouvernementaux et d'organisations professionnelles ainsi que les cahiers de normes d'accréditation (Agrément Canada, 2020; Brousselle et al., 2011; OMS, 2020). Elles peuvent figurer dans des plateformes d'aide à la décision clinique comme UpToDate (www.uptodate.com) et le Nursing Reference Center (<https://www.ebsco.com/nursing-reference-center>). Or, avant d'être intégrées aux outils de référence, à la pratique et à l'évaluation, nous avons mentionné précédemment que les normes et critères prennent généralement naissance à la suite d'un cumul de données scientifiques quantitatives attestant l'efficacité d'une intervention ou d'un ensemble de sous-interventions. Ceci pose un défi dans un secteur comme la santé et les services sociaux offrant des soins et services aux personnes, puisque le produit offert est souvent intangible et ne peut être comptabilisé comme le sont les biens matériels (Harteloh, 2003) Donabedian, 1988; Mosadeghrad, 2013; Reeves et Bednar, 1994). À titre d'exemple, sur les seize recommandations encadrant la pratique en matière de mesures de contrôle au Québec (Gouvernement du Québec, 2015), cinq reposent sur des valeurs ou des attitudes intangibles pour lesquelles il n'existe pas d'instrumentation disponible. En temps normal, les informations empiriques permettant de compléter les grilles de conformité lors d'évaluations normatives sont puisées au dossier médical et aux documents administratifs ou acquises de l'observation directe (Busse et al., 2019; Timmins, 2018). Une grille d'évaluation de la qualité conventionnelle intégrerait donc uniquement les douze critères évaluables par un auditeur ou observateur extérieur à l'épisode de soins.

Des exigences subjectives comme celles d'assurer le respect de la personne, la collaboration interdisciplinaire et l'usage du jugement clinique seraient ainsi écartées, faute de modalité d'évaluation factuelle.

Exemple pratique du mouvement de la conformité aux normes : accréditation et certification

L'accréditation consiste en une évaluation externe tenue par un organisme reconnu qui accorde un statut attestant publiquement de la conformité de l'établissement à un ensemble d'exigences pré-spécifiées, pour contribuer au choix éclairé de la population à l'égard des soins et services (Busse et al., 2019; RLRQ, chapitre s-4.2, a. 107.1). Au cours des 50 dernières années, ce type de démarche s'est étendu aux contextes hospitaliers de plus de 70 pays à travers le monde (Reisi, Raeissi, Sokhanvar et Kakemam, 2019). De son côté, selon le même principe normatif, la certification correspond à l'évaluation d'un centre ou un service en vue d'attribuer une reconnaissance de compétences et d'habiletés spécialisées dans un domaine spécifique des soins infirmiers (Coelho, 2020). Certains auteurs suggèrent que ces deux types d'approches peuvent contribuer au changement organisationnel, à l'amélioration des soins sur différents aspects comme les chutes, les infections acquises en milieu hospitalier et la réponse globale aux besoins des usagers (Coelho, 2020; Greenfield et Braithwaite, 2008; Reisi et al., 2019). Toutefois, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et les auteurs de revues systématiques remettent en question ce type de démarches vu l'absence de démonstrations probantes attestant leurs impacts sur le plan des résultats à la clientèle et du rapport coûts-efficacité (Brubakk, Vist, Bukholm, Barach et Tjomsland, 2015; Busse et al., 2019).

Au Québec, Agrément Canada (2017) ou le Conseil québécois d'Agrément (2011), organismes d'accréditation privés et indépendants, fournissent aux organisations de santé et de services sociaux un cadre normatif définissant et structurant les démarches d'amélioration de la qualité des soins. L'obtention et le maintien du statut d'agréé sont désormais obligatoires dans tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 107.1). Les organisations qui satisfont de manière suffisante aux tests de conformité de l'Agrément au terme d'une vérification indépendante

d'un inspecteur dédié usant d'une échelle conforme - non conforme - sans objet, reçoivent une reconnaissance valable pour une durée maximale de cinq ans. Les rapports d'Agrément sont publics et remis aux établissements et aux ordres professionnels concernés. Les établissements qui reçoivent une accréditation conditionnelle ou qui échouent l'évaluation ont l'opportunité de poser des actions correctives dans un délai prescrit.

Entre les visites d'Agrément, les établissements sont invités à s'autoévaluer en équipe avec la collaboration des usagers à partir d'un manuel de normes et critères fourni par l'organisme (Agrément Canada, 2019), une tâche pertinente mais qui ne va pas nécessairement de soi. En effet, les démarches d'Agrément en général sont caractérisées par une lourdeur bureaucratique ; elles nécessitent un engagement élevé et soutenu des gestionnaires (Reisi et al., 2019). Par exemple, le responsable d'un service s'inscrivant dans une spécialité hospitalière de Santé physique au Québec (Agrément Canada, 2019), comme la médecine-chirurgie, doit composer avec quelques 1690 recommandations dont 375 tests de conformité à respecter proprement puisque reconnus comme des exigences essentielles, appelées les pratiques organisationnelles requises (POR) (Agrément Canada, 2019). Actuellement, les pénuries de personnel soignant et les charges de travail élevées se dressent devant les bonnes volontés des acteurs en tant que barrières majeures à la démarche d'accréditation (Reisi et al., 2019). Il apparaît également que la hausse du stress vécu par les gestionnaires et infirmières avant les visites s'associe significativement à des problèmes de santé, des symptômes dépressifs, d'anxiété, des difficultés interpersonnelles et une réduction de la satisfaction au travail (Elkins et al., 2010). Au Québec, on remarque un effort cyclothymique centré sur les activités qui garantissent bonne figure devant les représentants externes : effort déployé activement lors de l'effervescente période de pré-visite mais conduisant à l'essoufflement et inévitablement au relâchement post-visite (Lorzeau, 2004). La résistance des équipes de soins infirmiers face à la démarche d'accréditation, leur désengagement, leur scepticisme quant à l'efficacité et le manque de ressources financières sont également des obstacles documentés (Reisi et al., 2019).

Exemple pratique du mouvement de la conformité aux normes: inspections ministérielles et professionnelles

En soins infirmiers au Québec, comme ailleurs dans le monde, des lois, des cadres de référence ministériels ou d'organisations crédibles sont disponibles et intégrés à la formation continue à travers les établissements de santé afin de standardiser les pratiques cliniques. Par exemple, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume Uni a publié à ce jour des centaines de directives cliniques fondées sur des données scientifiques et a créé un exemple qui a poussé d'autres pays comme l'Australie à adopter une centrale de bonnes pratiques semblable. Au Québec, les travaux de l'Institut nationale d'excellence en santé et service sociaux (INESSS) et de l'Institut national de santé publique (INSPQ) en sont des exemples. En soins infirmiers, les publications du Gouvernement du Québec encadrent des interventions comme la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression, la technique de lavage des mains, et l'utilisation des mesures de contrôle (Gouvernement du Québec, 2014, 2015a, 2017). Les normes et critères contenus dans ces guides font l'objet d'activités d'éducation auprès des professionnels puis peuvent servir de balises pour la réalisation d'audits internes dans l'organisation en prévision d'éventuelles inspections.

Puisque chaque profession est considérée compétente face à l'encadrement de la qualité de sa propre pratique (Donabedian, 1969), les ordres professionnels proposent des documents de normes d'exercice et des outils d'évaluation associés à différentes interventions (OIIQ, 2010). L'auditeur externe est habituellement un expert désigné par l'ordre, puis, à l'interne, un gestionnaire, souvent un membre de la Direction des soins infirmiers (DSI) ou un assistant au chef de service, remplit la responsabilité de procéder aux évaluations et d'assurer une réponse aux recommandations émises qui concernent les soins infirmiers (Lorzeau, 2009; LSSSS, 207; Sévigny et Effio, 2016). Des outils d'évaluation de la qualité permettent à l'auditeur de qualifier les soins infirmiers (structure, processus) composant une intervention plus globale en les statuant de conforme aux attentes (oui, 100%) ou non conforme (non, 0%). Dans certaines grilles d'audit, la qualité peut être jugée de bonne, acceptable ou faible, et un score numérique peut être attribué aux options de réponse des échelles de mesure afin d'en arriver à une représentation chiffrée de la qualité des soins (Donabedian, 1969).

Réflexion conclusive sur le mouvement de la conformité aux normes

Plusieurs conceptions de la qualité prônent une adhérence absolue aux normes ou spécifications en affirmant l'importance de remédier à tout écart de conformité selon le dogme du zéro défaut (Crosby, 1984). Or, viser toujours 100% peut poser problème dans certains contextes, car les normes en soins infirmiers sont souvent tirées de recherches internationales dont les résultats sont généralisés. Ainsi, la norme peut être vue comme prescriptive par les intervenants et paraître peu représentative de leur culture et leurs réalités spécifiques, si bien qu'ils peuvent ne pas en reconnaître l'importance (Agrément Canada, 2017; Brousselle et al., 2011; Harteloh, 2003; Lorzeau, 2004; Mosadeghrad, 2013). Des approches plus nuancées quant aux attentes reconnaissent la qualité selon des normes dites « moyennes », c'est-à-dire, comme ce qu'il est possible ou souhaitable de produire, en tant que médecin moyen, qu'infirmière moyenne ou autre intervenant (Brousselle et al., 2011), et en fonction des coûts ou contraintes économiques, de la technologie, de l'état des connaissances scientifiques et des ressources disponibles (Brousselle et al., 2011; Donabedian, 1988; Dubois et al., 2015; Harteloh, 2003; Mosadeghrad, 2013; Øvretveit, 1992).

À la lumière des éléments précédemment discutés, quelques points méritent d'être discutés plus en détail pour identifier des avenues de solution. D'abord, le fait de s'appuyer sur certaines normes et critères établis à partir des environnements internes qui seront évalués pourrait enraciner davantage la démarche-qualité dans les valeurs et priorités des organisations, pour espérer réduire la lourdeur inhérente à la pression sociale extérieure qui sous-tend cette démarche (Lorzeau, 2004). Certains auteurs suggèrent d'opter pour une approche normative réinventée, c'est-à-dire de passer d'une évaluation courante, banale, reproduite, à une évaluation créative qui valorise le point de vue des équipes, les idées nouvelles et la négociation sur les façons de faire (Le Rhun, 2009). Les normes ont le potentiel de constituer un moteur de changement à condition de ne pas les enfermer dans un cadre trop protocolaire et déconnecté des besoins singuliers des soignants (Le Rhun, 2009). Ce sont ces idées qui ont influencé la doctorante, pour la présente étude, à sélectionner et à valider des normes en

collaboration avec des infirmières, elles-mêmes reconnues comme des expertes de ce qui est bon de ce qui ne l'est pas, compte tenu de leur position privilégiée au niveau du soin direct (Xiao, Widger, Tourangeau et Berta, 2017). La modalité d'évaluation de la qualité développée par la doctorante devrait avoir plus de flexibilité que l'échelle Likert dichotomique (conforme - non conforme). Par exemple, Bélanger (2006), pour mesurer la qualité des soins infirmiers à domicile, utilise des échelles d'intervalle élaborées à plusieurs niveaux d'encrage selon que le soin est perçu conforme soit : toujours (100%) – souvent (75%) – parfois (25%) – rarement (0%) (Bélanger, 2006).

Mouvement des résultats

Introduction au mouvement des résultats

Étroitement liée à la qualité des soins, la performance peut être définie comme étant le résultat chiffré à l'issue d'une épreuve, ou tout résultat obtenu dans un domaine précis (Dictionnaire Larousse, 2021). Pour certains, la qualité en soi est inaccessible mais elle prend son sens dans la capacité d'un objet d'intérêt et de ses propriétés à atteindre un résultat visé (Harteloh, 2003). Juran (1974, 1999), dans ses ouvrages de référence sur la qualité dans les grands domaines contribuant à l'économie internationale : manufacture, construction, transport, communication, finance, soins de santé..., suggère que la qualité réfère « au degré selon lequel le produit répond avec succès au but de l'utilisateur qui en fait l'usage » [traduction libre] (p.2.2), « aux caractéristiques du produit qui rencontrent les besoins et favorisent la satisfaction du consommateur » (résultats positifs) [traduction libre] (p.2.1) et « à l'absence de déficience, d'erreurs, de failles » (résultats négatifs) [traduction libre] (p.2.2). De son côté, l'Institute of Medicine (Lohr, 1991) propose, dans les années 1990, une définition largement admise dans le domaine de la santé, qui a par la suite été complétée par Buttell, Hendler et Daley (2008), stipulant que : « la qualité est le degré selon lequel les soins de santé aux individus et aux populations augmentent les possibilités d'obtenir les résultats de santé souhaités, en conformité au savoir professionnel actuel » [traduction libre] (Lohr, 1991) et « parviennent à satisfaire les attentes des utilisateurs des soins de santé » [traduction libre] (Buttell et al., 2008).

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, nombreux sont ceux qui présentent les trois domaines d'évaluation de la qualité des soins de Donabedian (structure + processus = résultats) comme éléments centraux de leur modèle de performance. En plus de partager ces trois domaines, la qualité et la performance peuvent aussi s'opérationnaliser par les mêmes dimensions (Bélanger, 2006; Dubois, D'Amour, Pomey, Girard et Brault, 2013). Le tableau 4 en annexe 2 résume les principales finalités des acteurs du système de santé, aussi appelées les dimensions de la qualité des soins, applicables également à la notion de performance.

Thiebeaut (2013) remarque que la qualité et la performance ont souvent été abordées comme des conceptions interchangeable, voire synonymes, mais soutient qu'il existe pourtant des distinctions. En fait, les publications ayant pour objet d'intérêt central la qualité présentent souvent la performance comme une composante de la qualité axée sur les résultats, ou le degré réalisation des buts et objectifs (Martins, 2017). Les indicateurs de performance (*outcomes*) peuvent être ainsi considérés comme des mesures indirectes de la qualité (Brousselle et al., 2011). Parallèlement, les auteurs qui mettent l'accent sur la performance conçoivent habituellement la qualité comme une composante de la performance, axée sur le processus (Martins, 2017). Par exemple, selon le Modèle global et intégré de la performance des systèmes de santé (Sicotte, Champagne et Contandriopoulos, 1998; Suárez-Herrea et al., 2017), la performance transcende la qualité; elle est une notion possédant une portée beaucoup plus globale. La qualité est vue ici comme une maille d'un ensemble de fonctions qui mènent à la performance. La qualité technique et non technique s'inscrit, selon ce modèle, dans la fonction de production des soins et services (processus) (Dubois et al., 2013; Suárez-Herrea et al., 2017). Le modèle global et intégré de la performance des systèmes de santé n'est pas contradictoire avec le cadre de référence adopté pour cette étude, soit le modèle de Donabedian (1988). Ainsi, cette conception de la qualité davantage axée sur le processus sera utilisée pour la présente thèse mais en considérant la performance comme ce qui anime intrinsèquement les acteurs dans leurs actions et interactions. L'outil d'auto-évaluation de la qualité des soins en matière de contention chimique, développé durant la présente recherche, sera donc majoritairement composé de normes de qualité mais proposera également une mesure de performance, soit le taux d'usage des

contentions chimiques, afin de ne pas négliger l'importance des retombées de l'application des meilleures pratiques dans la structure organisationnelle, qui motivent depuis le départ notre recherche (réduction de l'usage de cette mesure de contrôle).

Mouvement des résultats : en pratique

Mesure axée sur les finalités

En pratique, ce mouvement s'associe à une mesure axée sur les finalités ou effets, habituellement par le biais d'indicateurs de résultats. À la différence de l'approche précédente qui utilisait des énoncés de normes et des critères libellés pour qualifier les soins et apprécier leur conformité à la règle (p. ex. les usagers sont mobilisés aux heures pour prévenir les plaies de pression), ce courant tend plutôt à quantifier les effets produits par ces soins (p. ex. nombre plaie de pression chez les usagers occupant un lit). Des cibles chiffrées (p. ex. moins de 5 plaies par mois) servent de points de repère plutôt qu'une réponse affirmative (p. ex. oui - conforme) à l'énoncé d'un principe. Les travaux de Donabedian (1980) aident à différencier trois types de résultats des soins de santé, soient :

- les extrants (*outputs*),
- les résultats (*outcomes*) et
- les résultats indésirables (*adverses outcomes*).

Les extrants (output) sont le résultat immédiat du processus de production des soins (Brousselle et al., 2011; Gillam et Siriwardena, 2013), notamment mesurables à partir d'indicateurs de services rendus (Hébert et Hurteau, 2016), tels que le nombre de médicaments administrés, le nombre de chirurgies effectuées, le nombre de prises de sang ou tout autre acte réalisé. Les résultats, une traduction controversée du terme *outcomes*, concernent habituellement l'état de santé et la satisfaction du patient (Brousselle et al., 2011; Brunelle et Saucier, 1999; Hébert et Hurteau, 2016). Des auteurs privilégient l'emploi du terme effets puisque celui-ci évite la confusion avec les extrants, qui peuvent s'observer au niveau de la structure et des processus. Le terme effets permet d'inclure les résultats à moyen et long terme des soins et services comme les gains en état de santé et les retombées de réorganisations de la structure. Le mot impact est parfois utilisé pour parler des effets plus globaux ou à plus long terme (Brousselle et al.

2011). Les résultats indésirables (*adverse outcomes*) émanent pour leur part d'indicateurs négatifs, par exemple, les erreurs de médicaments, les taux d'accidents et d'incidents, les traumatismes, les complications ou les infections nosocomiales (Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2001; Martins, 2017).

Utilisation d'indicateurs en santé

« La qualité demeure une fin que nous ne connaissons pas, mais vers laquelle nous tendons par approximations successives, au fur et à mesure que des informations nouvelles sont portées à notre connaissance » (Plante, 1994, dans Plante et Bouchard, 1999, p.32-33). À l'échelle planétaire, l'indicateur de qualité est l'une des informations les plus universelles en administration des services de santé; il s'agit du langage le plus commun de la qualité et de la performance. Selon l'OMS et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'indicateur de qualité est une mesure quantitative qui informe au sujet de l'efficacité, de la sécurité ou de l'approche centrée sur la personne, vues comme les trois finalités premières des soins de santé aux individus et aux populations (Busse et al., 2019). Dans le domaine de la santé, les indicateurs de résultats sont des mesures attrayantes pour les parties prenantes puisqu'ils ont l'avantage de fournir une information relativement simple à obtenir et à interpréter (Raleigh et Foot, 2010). Ils proposent des données exprimées sous forme de ratio, de taux, de proportion ou de pourcentage (Institut canadien d'information sur la santé, 2010; Mainz, 2003).

Les indicateurs internes sont ceux qui servent à la gestion des actes prodigués et à la gestion des risques dans l'organisation (Hébert et Hurteau, 2016). Les mesures internes, négatives ou positives, peuvent avoir pour source les dossiers, les logiciels de gestion clinico-administrative, les registres de saisie en continue, puis, ces informations peuvent être monitorées via les tableaux de bord des directions concernées. Pour leur part, les indicateurs externes sont ceux suivis pour analyser les effets du système de santé à l'échelle populationnelle (Hébert et Hurteau, 2016). Ils permettent la reddition de compte nécessaire à l'appréciation du rendement souvent relatif aux incitations financières (*pay for performance*) (Heslop et al., 2014). Ils peuvent justifier un financement dit axé sur le patient, qui consiste à procéder à l'allocation des ressources en fonction du type et du

volume des actes réalisés auprès des clientèles, selon les résultats obtenus et les normes de pratique, le tout, en comparaison à des cibles prédéterminées (Gouvernement du Québec, 2015b; Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, 2014). Enfin, les données des indicateurs externes ont plusieurs autres utilités : elles peuvent être accessibles au public pour consultation, informer les comparaisons entre organisations et servir à la recherche universitaire (Raleigh et Foot, 2010).

Utilisation d'indicateurs en soins infirmiers

En soins infirmiers, Florence Nightingale (1820-1910) est saluée comme une pionnière des réflexions sur la qualité. Elle fut la première à faire la démonstration épidémiologique que les taux de mortalité en période d'épidémie pouvaient être réduits par la réorganisation des lieux de dispensation des soins et par l'adoption de standards de base, comme l'hygiène (Hines, Mouchtouris, Knightly, et Harrop, J., 2020; Montalvo, 2007). Néanmoins, la collecte systématique de données associées aux résultats des soins infirmiers s'intègre aux organisations seulement depuis les années 1970s (Barrientos-Trigo, Gil-García, Romero-Sánchez, Badanta-Romero, et Porcel-Gálvez, 2019). Aujourd'hui, il existe, au Canada comme dans d'autres pays, des centaines d'indicateurs disponibles et des banques d'indicateurs qualifiés de sensibles aux soins infirmiers (Montalvo, 2007; VanDeVelde-Coke et al., 2012). Ces indicateurs sont essentiels pour apprécier la légitimité des soins infirmiers et leur contribution à la performance des établissements et des systèmes de santé (Dubois 2013; Eglseer, 2019). En effet, de plus en plus de conclusions publiées soutiennent l'effet concret des soins infirmiers sur les résultats aux patients (Adynski, Sherwood, Ikhara, Tran, et Jones, 2022; Aiken et al., 2017;).

Les indicateurs de résultats permettent aussi d'améliorer la transparence des organisations en regard de la qualité et de l'atteinte des objectifs, ce qui peut informer la décision éclairée des usagers (Stalpers, Kieft, van der Linden, Kaljouw et Schuurmans, 2016). Ces mesures permettent également de faire des comparaisons entre organisations (benchmarking) (Ettorchi-Tardy, Levif et Michel, 2012), une forme d'incitation à performer. Cette approche empruntée du domaine entrepreneurial a été bonifiée pour inclure l'identification de facteurs de succès au sein des organisations en santé ou des

unités les plus performantes (Ettorchi-Tardy et al., 2012). Des comparaisons longitudinales sont aussi possibles pour une même organisation (Mainz, 2003). Actuellement, les hôpitaux de certains pays doivent obligatoirement mesurer les résultats d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers pour fins de déclaration auprès d'institutions gouvernementales (Stalpers et al., 2016). De plus, les résultats compilés, par exemple, les taux de rétention du personnel ou les taux d'allaitement maternel, peuvent être vus comme des sources de fierté, ils peuvent s'associer à du financement ou à des reconnaissances d'organismes, citons l'obtention de titres comme ceux d'Hôpital Magnétisant (*Magnet hospital*) ou d'Hôpital ami des bébés. Or, les comparaisons d'établissements basées sur les indicateurs peuvent aussi s'appliquer aux mesures négatives, par exemple, les contentions, les erreurs, les complications (p. ex. plaie de pression), les temps d'attente et les décès. La diffusion publique d'indicateurs de performance offre la possibilité de stigmatiser les organisations siégeant au bas des palmarès, donc, d'influencer les choix de consommation des patients, comme s'il s'agissait d'entreprises privées (Hébert, 2014; Hébert et Hurteau, 2016). Ce magasinage par indicateurs de performance ne tient toutefois pas compte de la complexité des situations et des personnes dans leur contexte et peut aller à l'encontre d'une approche centrée sur le patient (Ashcroft, 2014; Ivers et al., 2014). Par exemple, sur le plan des extrants, il peut survenir que des actions soient posées pour voir varier l'indicateur au tableau de bord, donnant naissance à des interventions non requises, parfois invasives se multipliant dans le but d'atteindre le quota, la rémunération ou le statut visé. Pour atteindre les volumes d'activité prescrits par les autorités, par exemple, un nombre de consultations requis par jour par un médecin ou une infirmière praticienne, des soins et services réalisés trop vites peuvent détériorer plutôt qu'améliorer la qualité. En ce sens, des auteurs considèrent ce type d'indicateurs comme davantage représentatifs de la présence (quantité) d'un objet particulier plutôt que de sa qualité (Plante et Bouchard, 1999). En cohérence avec notre position quant à la qualité versus performance, la doctorante considèrera l'indicateur de résultat, pour cette étude, comme une mesure indirecte de la qualité.

Exemple pratique du mouvement des résultats : qualité totale et méthodes japonaises de contrôle de la qualité

Le monde de la consommation de produits et services ne cesse d'inspirer les leaders en santé notamment via des méthodes de productivité industrielle inspirées du secteur de l'automobile (Toyota) et de la technologie (Motorola), apparentées au Management de la qualité totale. Elles mettent à profit les indicateurs et les calculs pour identifier tout type de gaspillage et d'irrégularité des flux de production, comme les erreurs, les délais d'attente ou les pas en trop, afin d'y remédier en éliminant les actions sans valeur ajoutée. Certains y voient une véritable philosophie d'organisation et un ensemble d'outils forts utiles pour identifier et exterminer les sources de déviations aux objectifs préétablis (buts quantifiés). Six Sigma, Kaizen, Lean Management (marche Gemba, diagramme spaghetti, 5S) sont des exemples de démarches d'inspiration japonaise d'évaluation et d'amélioration en qualité totale. Leur transposition au secteur de la santé depuis les années 2000 a néanmoins engendré, au Canada comme au Québec, un scepticisme à l'égard du minutage des actes, des restrictions du temps d'intervention et de la recherche de productivité au détriment potentiel de la déontologie et de la relation patient-intervenant (Fleury, 2017; OIIQ, 2012). En effet, les soins à la personne ne sont pas des marchandises industrielles produites sur une chaîne de tâches standards répétitives. Des recherches montrent que ces méthodes parfois mal comprises du point de vue du personnel soignant peuvent affecter négativement l'engagement, la qualité et la sécurité perçus, en plus d'occasionner la hausse des niveaux de stress chez les infirmières ainsi que des hausses de coûts organisationnels (Moraros, Lemstra et Nwankwo, 2016). Les méthodes de contrôle de la qualité totale sont donc à utiliser avec prudence en soins infirmiers et nécessitent le leadership de personnes possédant une expertise technique et soucieuses de ne pas négliger la dimension humaine et l'orientation vers la clientèle.

Exemple pratique du mouvement des résultats : suivi d'indicateurs négatifs et gestion des risques

La sécurité, une finalité reconnue mondialement de la qualité des soins et l'une de ses trois principales dimensions (Busse et al., 2019), renvoie à la motivation des acteurs à offrir ou à recevoir des soins de santé qui n'occasionnent pas de risques ou de préjudices. D'un point de vue international, une proportion considérable (4% à 17%) des admissions

en établissement sont toutefois susceptibles de faire l'objet d'un événement indésirable qui aurait été, la plupart du temps, évitable (Rafter et al., 2014). Au Québec, « dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts et dans le respect des droits individuels et collectifs [...] le comité de vigilance de la qualité de chaque établissement est responsable d'assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes formulées et aux interventions effectuées » (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 181.0.1). Ce comité chapeaute donc les activités de toutes les autres instances mises en place dans l'établissement en lien avec la sécurité.

L'analyse des incidents et accidents dans le cadre d'un programme de gestion des risques à partir d'indicateurs (négatifs) peut fournir des informations utiles à la détection des failles dans la sécurité et soutenir les professionnels dans la prévention des préjudices ultérieurs. Au Québec, tout incident et accident survenu doit être déclaré dans un formulaire normalisé (AH-223). L'incident est défini comme une « action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'usager, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences » (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 183.2). L'accident, pour sa part, renvoie à une « action ou une situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être à l'origine de conséquences » (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 8). La consultation de données administratives, le dossier médical, l'observation, les entrevues avec les intervenants, les rapports d'autopsie, les données compilées par le commissaire local aux plaintes et à la qualité et par le bureau du coroner peuvent alimenter l'analyse de ces situations (Rafter et al., 2014; Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 2020). De façon générale, la plupart des événements indésirables rapportés sont des chutes, des ulcères de pression et des erreurs de médicaments (Rafter et al., 2014). Certains pays exigent également la déclaration dans des registres standardisés de certaines interventions cliniques risquées pour l'intégrité des personnes, comme les épisodes d'isolement et contentions ou l'administration de psychotropes chez les personnes âgées (Australian Government, 2019).

Si la majorité des événements indésirables n'entraînent aucune incapacité, certains ont pour conséquence le décès accidentel ou des préjudices sérieux sur la santé physique et/ou mentale de la personne (Rafter et al., 2014), ces cas sont appelés les événements sentinelles. Des recommandations émises après l'analyse d'événement indésirables ou sentinelles peuvent améliorer la qualité des soins, c'est-à-dire, mener au constat d'une variation à la baisse des indicateurs négatifs aux systèmes d'information dans lesquels sont compilées les statistiques en gestion des risques. Malheureusement, la sous-déclaration constitue l'obstacle majeur de la gestion des risques alors qu'il est estimé que les systèmes de déclaration existants dans différents pays ne reflètent que 1% à 10% des cas, soit une infirme proportion des événements réellement survenus (Rafter et al., 2014).

Réflexion conclusive sur le mouvement des résultats

Des données de recherche diffusées dans les années 1990 dénonçant que les soins de santé sont sous-optimaux ont contribué à l'effervescence d'un mouvement axé sur les résultats (*outcomes movement*) (Epstein, 1990; Institute of Medicine, 1999; Schuster, McGlynn et Brook, 1998). Alors que les mesures de processus rendent compte de la qualité du soin rendu, elles n'informent toutefois pas sur les retombées en matière de santé ultimement recherchées par la population et les tiers payeurs (Brunelle et Saucier, 1999). Ces derniers réclament donc des démonstrations publiques et chiffrées des conséquences des soins dispensés par les professionnels (Brunelle et Saucier, 1999; Schuster et al., 1998). Certains vont même jusqu'à suggérer de délaisser l'attention portée aux processus au profit des mesures de résultats (Berenson, Pronovost et Krumholz, 2013). Néanmoins, dans une réflexion sur les indicateurs en santé, Brunelle et Saucier (1999) qualifient de non-sens le débat entre les tenants des processus et ceux des résultats : « l'existence de toute structure ou de tout processus ne peut être justifiée que par son apport aux résultats visés sur le plan de la santé, [...]. En contrepartie, un résultat dit de « santé » ne peut être d'une quelconque utilité pour juger de la performance d'un système de soins que parce qu'un lien causal peut être établi avec des éléments propres à l'activité du système en question » (Brunelle et Saucier, 1999; p.10). D'ailleurs, une gestion par sanction peut découler d'un examen isolé des résultats d'indicateurs

négatifs (Hébert et Hurteau. 2016). À ce propos, Atchley (1991) affirme : *outcomes cannot stand alone* (p.28). En effet, la mesure d'indicateurs de performance devrait être vue comme un outil parmi un éventail de stratégies d'appréciation de la qualité des soins qui offre une portion du portrait de la situation (Raleigh, et Foot, 2010). Comme pour les processus, les mesures de résultats isolées font fi de la complexité de certains phénomènes et omettent de refléter les zones d'intervention qui ne sont pas directement quantifiables (Hébert et Hurteau, 2016; Raleigh et Foot, 2010). Il importe de préciser que les attributs invisibles du soin comme l'empathie, le *caring*, et la confidentialité sont de ceux étant les plus associés à la qualité des soins selon les perceptions contemporaines des infirmières et des personnes soignées (Edvardsson, Watt et Pearce, 2017; Oldand et al., 2020). De façon inquiétante, les interventions déshumanisantes, comme le non-respect de la personne, le paternalisme et les abus verbaux, auxquels il est impératif de remédier en matière de contention chimique, se situent dans cet espace non capté par la mesure.

Au Québec, Dubois et ses collaborateurs ont proposé une banque de quinze (15) indicateurs sensibles aux soins infirmiers en français (Dubois et al. 2015) et en anglais (Dubois et al., 2013) basés sur des revues systématiques de 1990-2014. Un ensemble de critères de rigueur scientifique a permis la sélection de ces indicateurs (Dubois et al., 2017) :

Critère 1. La *sensibilité* aux soins infirmiers, considérée comme élevée lorsque des écrits scientifiques ont prouvé le lien fort entre les intrants, les interventions infirmières et les résultats;

Critère 2. La *pertinence/importance*, considérée comme élevée lorsque l'information fournie par l'indicateur a beaucoup d'importance pour de nombreux acteurs;

Critère 3. La *faisabilité*, considérée comme haute lorsque des données sont déjà accessibles et traitées, par exemple, dans des bases de données administratives ou cliniques couramment utilisées;

Critère 4. Les *possibilités de comparaison* (benchmarking) considérées comme élevées lorsque l'indicateur est connu, défini et mesuré de

manière fortement consensuelle et que des outils de mesures sont souvent utilisés;

Critère 5. Le *potentiel d'utilisation*, considéré comme élevé si l'indicateur débouche sur une action correctrice et réalisable par les acteurs du niveau organisationnel (p.27).

C'est sur la base des cinq critères susmentionnés que les auteurs (Dubois et al., 2015) ont écarté de la liste certains indicateurs comme la contention physique/mécanique et chimique, pourtant mise de l'avant par 36% (8/22) des écrits scientifiques retenus par leur stratégie de recherche (Dubois et al. 2015). L'importance de cet indicateur est toutefois sans équivoque, alors que notre recension des écrits révèle que plus de 50 pays d'Amérique et d'Europe possèdent une loi qui oblige l'usage exceptionnel et contrôlé des mesures de contrôle dont la contention chimique et l'OMS recommande leur élimination (OMS, 2019). Il semble que la revue systématique d'indicateurs, balisée sur des critères qui permettent de capter seulement les soins techniques, ne soit pas la méthode la plus appropriée pour adresser la qualité des soins infirmiers. Afin de concevoir une modalité d'évaluation de la perspective de l'infirmière, but de la présente thèse, il serait indiqué de considérer les méthodes de synthèse des connaissances qui admettent l'inclusion de résultats de recherches infirmières reposant sur différents types savoirs (p. ex. études qualitatives) (Carper, 1978) combinés aux savoirs empiriques (p. ex. études expérimentales) (Porter, 2010; Wall, 2008) déjà utilisés typiquement pour produire les normes et indicateurs. La revue réaliste, la revue de la portée et la revue narrative en sont des exemples. D'ailleurs, ces types de méthodes acceptent l'usage d'informations tirées des lois et des opinions d'experts, elles ont l'avantage de pouvoir être systématisées pour assurer rigueur et transparence (Pawson et al., 2005; Gouvernement du Québec, INSPQ, 2021).

En terminant, après avoir parcouru les fondements et implications pratiques de deux mouvements marquant les conceptualisations de la qualité et cerné certaines de leurs forces et limites, il apparaît que les deux approches combinées peuvent apporter un portrait plus large et précis de la qualité des soins. Or, sur le plan pratique, bien que des initiatives entourant la qualité existent dans à peu près toutes les organisations en santé à travers le monde, celles-ci ne semblent pas récolter les fruits espérés à la hauteur des

efforts déployés (Allen-Duck, Robinson, et Stewart, 2017). Il n'est tout simplement pas suffisant que d'évaluer la qualité d'un point de vue détaché de gestion ou extérieur à la pratique directe et de s'attendre à constater des processus conformes aux meilleures pratiques et des résultats à la clientèle optimisés. La présente thèse vise donc de concevoir une modalité d'évaluation participative, modalité qui va au-delà de la simple évaluation, plus précisément, qui invite les intervenants au cœur de l'action à initier rapidement des changements de comportements. Le mouvement de l'amélioration continue peut alimenter notre préparation au développement d'outil, il sera détaillé à la prochaine section.

Mouvement de l'amélioration continue

Introduction au mouvement de l'amélioration continue

Le mouvement de l'amélioration continue emprunte des principes aux deux approches précédentes, mais aborde la qualité davantage en tant que système d'action, soit à partir de nombreux éléments en relation mutuelle sur lequel les acteurs peuvent agir. Afin d'introduire ce courant, il importe d'examiner plus précisément les éléments constitutifs d'un système, lesquels s'inscrivent aux conceptualisations de la qualité. Selon la théorie du système général (Le Moigne, 2006), un système implique :

- Une structure (*quelque chose*);
- Un contexte (*dans quelque chose*);
- Des acteurs (*par quelque chose*);
- Des activités/processus (*qui fait quelque chose*);
- Des finalités (*pour quelque chose*);
- En évolution (en se transformant dans le temps).

Le cadre de référence le plus influent du domaine de la qualité des soins santé et des soins infirmiers, soit la triade de Donabedian (1988), est qualifié de modèle systémique par les auteurs qui s'intéressent à son application et à sa validité (Bainbridge et al., 2010) Pourtant, ces influences systémiques ne sont pas détaillées de manière explicite par Donabedian lui-même (1966, 1978, 1980, 1988). À la lumière d'une revue des écrits des modèles structure-processus-finalités en soins infirmiers, Unruh et Wan (2004) dégagent certaines limites, notamment le manque de considération pour les influences du contexte,

pour les liens entre les composantes et les forces intra-organisationnelles comme la culture de gestion. Atchley (1991), qui propose une adaptation bidirectionnelle du modèle original de Donabedian, offre davantage des précisions sur sa conceptualisation systémique de la qualité des soins infirmiers de longue durée : « la qualité [...] est difficile à définir puisqu'elle dépend de perspectives [...] elle s'observe à différents niveaux (a) microsocial (individus) (b) organisationnel (unité, service) (c) système social (gouvernement, organisations externes) [...] elle n'est pas une entité statique ou unique, un objet simple à produire. Elle implique une série d'événements et de comportements dans le temps et à travers les buts poursuivis [...] ». Dans cette ligne de pensée, Haddad et al. (1997) et Bélanger (2006) schématisent leur lecture systémique de la qualité des soins selon des pôles d'associations complexes inspirés de la théorie de l'action sociale de Parsons, avec un emprunt de la nomenclature de Lévy (1994) utilisée initialement pour décrire des paradigmes en science qualitative (Haddad et al., 1997) : la structure, les processus et les effets sont liés avec flèches bidirectionnelles et sont modulés par le contexte, les acteurs, leurs représentations, les finalités.

Le discours systémique apparaît prometteur pour conceptualiser un objet d'étude complexe comme la qualité des soins en matière de contention chimique au niveau empirique, or, il informe bien peu sur sa nature profonde et sur les causes des *bonnes* et *moins bonnes* pratiques cliniques. Par conséquent, la question ontologique devra être abordée plus loin au cours de ce chapitre (page 95 et suivantes).

Mouvement de l'amélioration continue : en pratique

Un réseau de soins de santé est tout sauf un système fixe. De perpétuelles réorganisations alourdissent les rôles et mobilisent les capacités des acteurs parfois durant plusieurs années (Brousseau, 2015; Contandriopoulos et al., 2014; Suárez-Herrea et al., 2017), par exemple, les dernières réformes dans la province de Québec (RLRQ chapitre A-8.1; RLRQ chapitre O-7.2), caractérisées par des fusions d'établissements, se sont opérées à travers un personnel restreint et des urgences de santé publique. C'est dans ce type d'environnement instable que repose depuis longtemps sur les épaules des gestionnaires la non moindre responsabilité de suivre et rendre compte de la qualité et de diriger l'amélioration continue à l'intérieur des organisations (Laurin, 1988; Lorzeau,

2004; Plante et Bouchard, 1999; Reisi et al., 2019). Or, dans une optique systémique, la qualité devrait être l'affaire de tous. En effet, les tâches entourant la qualité des soins devraient être partagées par plusieurs types d'acteurs, et mettre à profit ceux qui ont un réel potentiel de régulation sur l'action. À ce sujet, des scientifiques suggèrent que l'implication des équipes de soins à la démarche-qualité se répercute significativement sur les résultats de soins et réduit leur résistance face à l'amélioration (Reisi et al., 2019). Des stratégies diversifiées sont désormais utilisées en établissements de santé pour favoriser l'engagement du personnel et leur intérêt pour la qualité des soins, comme la négociation, le leadership partagé, les initiatives combinant le « bas en haut » et le « haut en bas », ainsi que les outils de communication visuels (p. ex. salle de pilotage opérationnelle animée, matrice de cohérence) (Benomar et al., 2019; Etheridge et al., 2014). Les modèles d'application de ce mouvement sont habituellement présentés de façon circulaire plutôt que linéaire, ils impliquent plusieurs étapes et activités collectives qui se succèdent en plus de l'évaluation, parmi celles-ci, la rétroaction revêt une importance particulière.

Démarches d'amélioration continue de la qualité

Exemple pratique du mouvement de l'amélioration continue : Audit-et-rétroaction

L'audit-et-rétroaction (*audit-and-feedback*) est une méthode d'inspiration normative mais davantage participative et visant des changements de longue haleine s'opérant en continu plutôt que basés sur un point de vue externe épisodique (Busse et al., 2019). Concrètement, les acteurs en santé participant à l'audit-et-rétroaction sont invités à identifier les incohérences entre leurs interventions et un ensemble de bonnes pratiques, c'est-à-dire, basées sur les données probantes et les lignes directrices applicables, ce qui leur permet d'initier des améliorations ciblées (Ivers et al., 2012; Jamtvedt et al., 2006). Autant des critères et normes explicites (p. ex. lavage des mains entre chaque patient) que des indicateurs (p. ex., nombre de prélèvements réalisés) peuvent être utilisés. Après l'audit, les intervenants reçoivent une rétroaction structurée subséquente fournie par l'auditeur (Busse et al., 2019; Whyte, 2018). Or, une revue Cochrane répertorient 140 études quantitatives analysant l'efficacité de l'audit-et-rétroaction a révélé des effets nuls

à modestes de cette méthode sur l'amélioration des pratiques professionnelles (Ivers et al., 2012).

L'audit clinique est complété par un pair crédible de la discipline à partir de sources d'informations comme les dossiers standards ou électroniques, les données administratives et les registres disponibles (Busse et al., 2019). Il faut toutefois demeurer vigilants lorsqu'il s'agit d'auditer les dossiers médicaux, car les soins documentés ne sont que le reflet partiel des soins dispensés et que, essentiellement, les audits de dossiers informent davantage sur la qualité de la documentation que sur la qualité des soins (Donabedian, 1969). En outre, le moment auquel réaliser l'audit est déterminant (Christina et al., 2016). Il peut survenir qu'un audit réalisé en temps réel repère une pratique déviante, mais que l'infirmière déplore ne pas avoir terminé sa note ou avoir prévu réaliser le soin recommandé plus tard dans son quart (Christina et al., 2016).

La rétroaction est effectuée en format papier ou numérique (Van der Veer, 2010). Il arrive toutefois qu'aucune rétroaction n'atteigne les intervenants du terrain, ou que des délais entre la mesure et la diffusion des résultats soient trop longs, allant jusqu'à trois ans plus tard (Van der Veer, 2010). À ce sujet, les conclusions de l'essai contrôlé randomisé de Boet et al. (2018) ont créé une décevante surprise au sein du milieu médical (Whyte, 2018) alors que l'étape de rétroaction aux cliniciens suite aux audits n'a démontré aucun bénéfice en comparaison avec à l'absence totale de rétroaction. Quelques hypothèses d'explications de ce phénomène d'inefficacité peuvent être extraites des résultats de l'étude de Christina et al. (2016) en sciences infirmières. D'abord, les infirmières disent percevoir des incongruences des critères par rapport à leurs priorités établies en fonction d'une acuité de soins élevée dans leur contexte de travail, alors, elles ont tendance à être sur la défensive en recevant la rétroaction et à y répondre négativement (Christina et al., 2016 [traduction libre] :

Parfois c'est comme si les choses auditées, bien qu'importantes, mettent trop d'emphasis sur des petits aspects pointilleux, mais quand tu as la charge d'un patient très malade et instable, la situation est critique... tu fais des priorités, et parfois les choses auditées sont celles qui sont au bas de la liste.

Je n'en reviens pas qu'elle me dise de faire telle chose [...] c'est ridicule [...] il y a de la colère, alors des gens décident de juste complètement boycotter (Christina et al., 2016, p.1083).

De plus, en réaction à une perception de critique envers elles, certaines infirmières vont jusqu'à éviter intentionnellement d'appliquer les critères d'audit, d'autres ignorent la rétroaction offerte ou refusent catégoriquement de la recevoir (Venessa et al., 2016). Les sentiments d'être exaspérées et fâchées à la réception des recommandations de l'auditeur ont été nommés. Les infirmières expriment le désir de recevoir un son de cloche plus appréciatif de leur travail, précisant qu'elles verraient une motivation à contribuer à l'efficacité de la démarche s'il y avait mention de quelques points positifs en fin de rétroaction (Christina et al., 2016). Une relation de confiance et de collaboration devrait être établie entre les auditeurs et les personnes évaluées, de plus, le soutien de leaders cliniques ou de champions du milieu peut s'avérer facilitant (Lemire et al., 2013).

Exemple pratique du mouvement de l'amélioration continue : Plan-do-study-act (PDSA)

Nous ne pouvons passer sous silence la roue d'amélioration par cycles continus, méthode proposée par Walter A. Shewhart en 1924, puis adaptée par Deming dans les années 1950 (Taylor et al., 2014). Cette méthode participative a été conçue pour soutenir les gestionnaires et les employés, d'abord de sociétés de production, puis de tout domaine concerné par la gestion et le contrôle de la qualité (Rohrbasser et al., 2018). Elle propose un cadre davantage adapté aux réalités d'organisations complexes, en mouvement constant et dont les activités et leurs effets font l'objet d'influences multifactorielles (Hamilton, Jennings, et Forster, 2020). L'approche par cycles d'amélioration, ou roue de Deming, apporte un langage et une pensée standardisée aux parties prenantes des organisations; elle est aujourd'hui l'une des méthodes les plus utilisées au Québec dans les établissements de santé et de services sociaux, connue sous son acronyme PDSA, pour planifier (*plan*), déployer (*do*), s'évaluer (*study*) et agir (*act*) (PDSA) (Taylor et al., 2014). Le « S » correspond à l'étape de l'appréciation de la qualité. Le cycle PDSA mise sur la contribution volontaire de petits groupes d'employés directement impliqués à la production, plutôt qu'exclusivement sur les administrateurs, afin de bénéficier de la meilleure connaissance tant du produit ou service que de

l'environnement (Rohrbasser et al., 2018). Les cliniciens profitent donc d'une méthode structurée et favorable à l'intégration des standards de pratique en plus d'y puiser une source d'estime de soi et de rehaussement du rôle professionnel (Rohrbasser et al., 2018). Habituellement, un changement ciblé à la fois est visé, selon le principe des petits pas.

La simplicité du cycle PDSA le rend populaire auprès des organisations en soins de santé. Il semble évidemment prometteur de voir tourner une roue dans le sens escompté, faisant cheminer en continu l'équipe sur la pente ascendante de l'amélioration. La pratique actuelle en établissements semble toutefois décalée du cadre promis. En effet, force est de constater que conceptuellement simple ne veut pas dire facile (Reed et Card, 2016, p.151). Reed et Card (2016) expliquent que les équipes qui faillissent à exécuter les étapes du PDSA peuvent voir leurs efforts d'amélioration aboutir à l'échec. Les auteurs poursuivent [traduction libre] : si les données ne sont pas collectées assez fréquemment [...] si des changements ne sont pas observés au niveau systémique en tant que résultats des cycles, la démarche est moins sujette à avoir du succès (Reed, 2016, p.). Des limites sont soulevées par les auteurs à chaque étape du PDSA (Reed et Card, 2016; Tappen et al., 2018).

D'abord, lors de la planification (P), le défi de déterminer comment prioriser une intervention au détriment d'une autre peut occasionner la paralysie de la planification. Le sous-investissement semble un phénomène aussi fréquemment observé (Reed et Card, 2016). En effet, la démarche nécessite, dès la planification et jusqu'aux réajustements, des efforts significatifs et soutenus, du leadership, de l'expertise et des ressources suffisantes (Reed, 2016; Tappen et al., 2018). Répondre à ces exigences peut constituer un défi de taille dans certains systèmes comme les réseaux canadien et québécois de la santé et des services sociaux, où les ressources sont limitées, les équipes de soins globalement épuisés et les environnements de pratique constamment perturbés par des événements imprévus.

Ensuite, à l'étape du déploiement (D), même une parfaite mise à exécution du plan d'action ne peut assurer le succès, si le plan initial était lui-même erroné (Reed et Card, 2016). En fait, les acteurs essaient souvent d'agir directement sur une ou des pratiques

isolées dans un objectif de changement rapide. Ce phénomène vient dénaturer les interventions et environnements complexes, ce qui pourrait expliquer en partie l'efficacité incertaine de cette démarche. Plusieurs études, citées par Tappen et al. (2018) insistent donc sur l'importance, pour un changement réussi, de penser au-delà de l'intervention elle-même et de porter attention à ce qui se passe autour de celle-ci afin de réaliser un réel changement de culture. Ces auteurs (Tappen et al., 2018) préviennent les leaders désirant améliorer la qualité des soins de tenir compte des forces génératives ou restrictives qui peuvent propulser ou entraver le changement.

Puis, à la troisième étape qui consiste à s'évaluer (S), l'équipe use de méthodes d'évaluation de la qualité (normes et indicateurs). Ils tentent d'établir des relations causales entre les pratiques composant une intervention (processus) et les résultats obtenus... Une tâche ardue car il existe des facteurs intrinsèques aux personnes ou à l'environnement social préexistant à l'intervention qui échappent à la mesure mais qui jouent un rôle dans la variation des résultats (Barrientos-Trigo et al. 2019).

Enfin, de façon semblable à l'étape de la rétroaction de l'audit-et-rétroaction, la dernière étape du PDSA est souvent négligée en pratique (Reed et Card, 2016), elle est pourtant cruciale car il s'agit du moment où l'équipe doit agir (ou ajuster) (A) en prévoyant de nouveaux tests et des interventions pour consolider le changement, l'adapter ou l'abandonner (Deming, 1986; Taylor et al., 2014).

Réflexion conclusive sur le mouvement de l'amélioration continue

À l'heure actuelle, des sources crédibles comme l'OMS et le National Healthcare Quality Report (États-Unis) recensent une panoplie de démonstrations empiriques suggérant qu'aucun changement ou même qu'une détérioration de la qualité des soins s'observe en dépit des initiatives existantes à travers le monde, interpellant les acteurs à optimiser les données et les outils utilisés pour mieux saisir les priorités (Allen Duck et al., 2017). Même si les méthodes d'amélioration continue telles que le PDSA offrent un cadre mettant à contribution les parties prenantes des établissements de santé, celles-ci manquent, encore une fois, à capter la complexité des interventions dans leur contexte

(Hamilton et al., 2020). Plante et Bouchard (1999) proposent une réflexion imagée de l'impact du contexte en regard de la qualité :

Paul Valéry disait : « Essayez de penser à un arbre sans le situer dans un environnement. » C'est là un exercice qui se révèle pratiquement impossible. Il en est de même pour un établissement qui existe en raison de la qualité du rapport qu'il entretient avec les besoins de la société, du milieu et de la collectivité. Parce qu'il occupe une place physique dans un milieu, engendre des activités, l'établissement est source d'une multiplicité d'échanges plus ou moins harmonieux avec l'environnement physique et humain dans lequel il s'insère. Ces échanges favorisent l'émergence d'effets qui, tout en étant tout à fait étrangers à ceux qui sont attendus à travers les objectifs, sont parfois très favorables à l'établissement, mais aussi, parfois, entièrement défavorables (p.45).

La qualité est donc tributaire du contexte (Donabedian, 1980), c'est-à-dire, variable d'un pays à l'autre, d'une organisation à l'autre et même d'un professionnel à l'autre... c'est ce que dénote Ryan et al. (2017) en citant l'exemple des composantes de la qualité des soins infirmiers perçues comme essentielles pour les infirmières américaines mais qui diffèrent de celles des infirmières du Royaume-Uni (Ryan et al., 2017; McKenna, Keeney, Currie, Harvey, West et Richey, 2006). À notre connaissance, il n'existe actuellement aucune échelle de mesure de la qualité des soins qui soit sensible aux particularités de l'environnement et aux représentations singulières des individus qui y gravitent. Devant ces lacunes, l'approche réaliste offre des méthodes scientifiques qui permettent d'explorer les facteurs du contexte qui modulent l'efficacité des cycles d'amélioration sur la qualité et la performance (Rohrbasser et al., 2018). Ces méthodes comprennent la revue réaliste et l'évaluation réaliste. Or, aucun écrit répertorié dans la présente recension des écrits n'envisage jusqu'ici le potentiel de la posture réaliste en tant que toile de fond pour modéliser la qualité des soins infirmiers conçue en tant que système, pour développer un outil d'évaluation et ultimement pour générer l'amélioration de la qualité. L'approche réaliste, novatrice en recherche et en évaluation, est encore peu connue par la communauté francophone (Robert et Ridde, 2013) mais apparaît indiquée pour comprendre comment s'opèrent les interventions infirmières complexes (Nairn, 2012). Il importe de préciser que les trois approches précédemment décrites soulevaient

davantage des questions d'ordre épistémologique, mais que l'approche réaliste invite pour sa part à une réflexion plus profonde, sur des questions ontologiques.

Influences réalistes

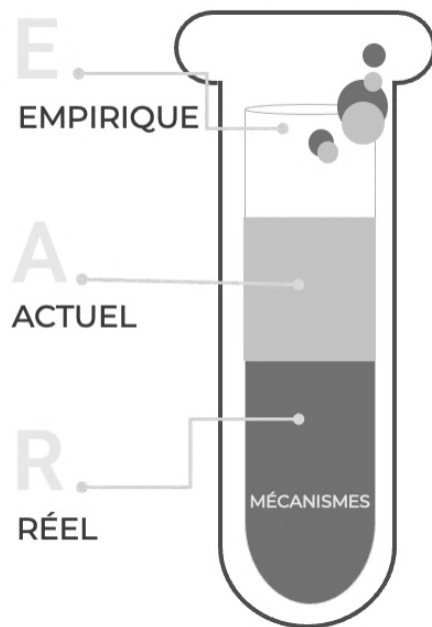
Introduction aux influences réalistes en évaluation

Dans son bestseller intitulé *Traité du Zen et de l'entretien des motocyclettes*, Pirsig (1984) suggère que la raison n'est pas l'ultime mode de pensée. En effet, on ne peut prétendre qu'un objet est nécessairement de qualité devant l'existence d'un certain nombre de critères ayant été objectivement vérifiés. La qualité est un but, une motivation qui anime les individus et collectivités, mais elle demeure insaisissable dans un univers purement logique (Pirsig, 1984). Il n'est pas ici question de bannir la raison, mais plutôt d'y intégrer l'intuition pour mieux saisir le réel (Pirsig, 1984).

Le réel

Selon le réalisme critique initialement articulé par Bhaskar (2008) sous réalisme transcendantal, trois strates caractérisent notre monde dont la plus profonde s'avère la strate du (1) réel, les deux strates superficielles sont nommées (2) l'actuel et (3) l'empirique.

■ Figure 2. Trois strates du monde selon Bhaskar (2008)



Des objets existeraient indépendamment de la conscience humaine (Bhaskar, 2008), dans la strate du réel, or, les acteurs du système ne possèdent pas la capacité d'accéder directement à cette portion du monde, là où se trouvent des mécanismes sociaux qui ont le pouvoir d'altérer les relations, les actions, les acteurs eux-mêmes et leur environnement. Ils peuvent toutefois en acquérir une certaine connaissance en observant des tendances (régularités) au niveau des événements qui occurred dans la strate de l'actuel. Le niveau empirique est désigné, pour sa part, comme la strate de l'expérience. Les acteurs mesurent, décrivent, schématisent des observations et des perceptions associées à l'objet à connaître et y documentent ainsi des régularités, qui ne sont toutefois pas des constats de vérités ou des lois causales universelles, mais plutôt des propositions. Ainsi, les acteurs s'efforcent d'explorer les mécanismes sous-jacents qui expliquent, en théorie ce qu'ils perçoivent ou observent... Ils proposent donc des hypothèses sur ce qu'ils conçoivent comme étant les explications des phénomènes : le comment, le pourquoi. En effet, pour comprendre comment une horloge fonctionne et pourquoi elle indique une information précise, l'observation des mouvements réguliers

des aiguilles ne suffit pas, un examen profond des mécanismes à leur origine est nécessaire, au-delà de ce que l'objet expose en façade (Clark, Lissel, et Davis, 2008).

En matière de qualité des soins, au-delà des attributs de la structure et des processus tangibles conduisant à tel ou tel résultat, le réalisme critique invite à tenter de capter l'origine profonde des effets escomptés. Expliquer le pourquoi des effets qui se sont produits, ou qui ne se sont pas produits, nécessite toutefois l'effort de creuser plus loin que ce qui est exposé en surface (Clark 2008) si bien que Astbury et Leeuw (2010, dans Robert et Ridder, 2013) mettent en garde les chercheurs réalistes devant la tendance à interpréter à tort le concept de mécanisme comme simplement associé à des activités. Les mécanismes du domaine naturel (p. ex. appliquer une contention physique/mécanique, poser une sonde) et du domaine social (p. ex. respecter la personne, user de jugement clinique) appartiennent à des strates différentes de l'univers (Porter, 2015) et c'est par la révélation des mécanismes sociaux propres aux soins infirmiers que l'on peut espérer l'émergence de changements réellement porteurs d'amélioration et possiblement émancipatoires pour le système ou ses éléments (Parlour et McCormack, 2012; Wilson et McCormack, 2006). À ce sujet, les mécanismes peuvent être actualisés, non actualisés, ou actualisés mais non observés ou non perçus. Prenons l'exemple de la collaboration interprofessionnelle dans les soins. Ce mécanisme, si demeuré latent dans une organisation, pourrait subir des influences de l'activation d'autres mécanismes, comme celui du leadership d'un pharmacien, à moment donné de l'évolution du système, et devenir soudainement accessible à la réalité visible au quotidien des acteurs pour s'exprimer de plus en plus fortement dans leur pratique.

Dans le présent passage de son écrit classique *La qualité des soins : comment l'appréhender?* Donabedian (1988), semble faire allusion aux mécanismes sociaux :

Clairement, le processus interpersonnel est le véhicule par lequel le soin technique est enraciné et sur lequel son succès dépend. La conduite d'un processus interpersonnel doit aussi rencontrer les standards individuels et sociaux, du fait qu'ils facilitent ou entravent la performance technique. La discrétion, la confidentialité, le choix éclairé, la considération, l'empathie, l'honnêteté, le tact, la sensibilité—un ensemble de vertus que l'on s'attend qu'un processus interpersonnel possède. Mais si le processus interpersonnel est à ce point important, pourquoi est-il donc si souvent ignoré des évaluations de la qualité des soins? Il s'agit d'une

information à laquelle il est difficile d'accéder, puis, les standards et critères permettant de les mesurer ne sont pas suffisamment développés. En partie, cela pourrait découler de l'adaptation nécessaire du processus interpersonnel aux variations des préférences et attentes individuelles, lesquelles sont écartées des guides de pratique généraux. C'est cette adaptation intuitive aux individus que l'on appelle l'*art du soin* [...] (p. 1744, traduction libre).

Il est possible de dégager de la citation de Donabedian (1988) la renommée formule S-P-F qui peut incorporer chaque élément proposé par les auteurs de l'évaluation réaliste : Structure (inclus les mécanismes du contexte, les acteurs et leurs attributs) + Processus (incluent les mécanismes qui sous-tendent les soins et les activités/événements) = Finalités (ou effets/résultats). Le modèle trilogique de Donabedian (1988) et l'ontologie réaliste de Bhaskar (2008) se juxtaposent donc harmonieusement du fait qu'ils se basent tous deux sur l'alliance de données empiriques et actuelles (le visible) et de perceptions (l'invisible) pour acquérir la connaissance théorique d'un système. Comme les penseurs des théories des systèmes complexes, les fervents du réalisme critique suggèrent que le monde réel peut être conçu en tant que système ouvert à multiples composantes (Parlour et McCormack, 2012; McEvoy et Richards, 2003). Ainsi, pour conceptualiser la qualité des soins infirmiers et envisager sa mesure dans l'optique de répondre aux questions de recherche de la présente étude, un cadre de référence systémique ancré dans une ontologie réaliste a été modélisé.

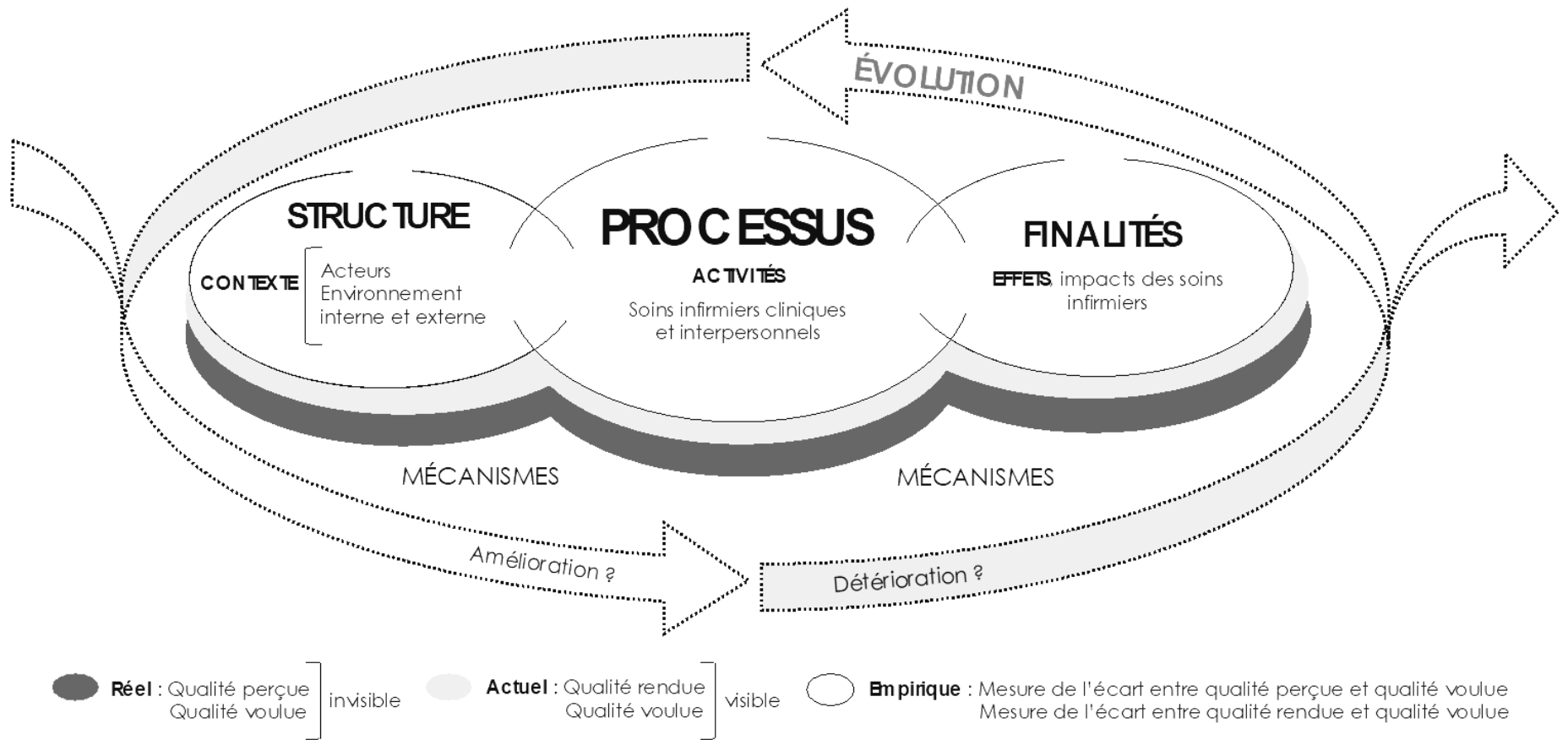
Cadre de référence à l'étude

Modèle systémique de la qualité des soins infirmiers

Afin d'éventuellement découvrir, dans la littérature, les normes de structure (S) et de processus (P) de l'intervention, incluant leurs mécanismes (M) hypothétiquement susceptibles de permettre l'atteinte des finalités (F) poursuivies en matière de contention chimique, nous proposons un cadre de référence, nommé le Modèle systémique de la qualité des soins infirmiers. Ce modèle (figure 3), basé sur la trilogie de Donabedian (1988) mais inséré dans une ontologie réaliste, sera décrit aux lignes qui suivent. Les boîtes circulaires ouvertes et l'absence de flèches linéaires unidirectionnelles,

différemment du modèle initial de Donabedian, illustrent le caractère changeant du système complexe et les interrelations entre ses constituantes.

Figure 3. Modèle systémique de la qualité des soins infirmiers



Le modèle systémique de la qualité des soins infirmiers illustré ci-dessus servira de toile de fond pour la réalisation de l'ensemble des étapes de la présente étude doctorale. Il permet de comprendre la qualité des soins dans trois différentes strates, représentés par les cercles de couleur blanc, gris et noir. En effet, la qualité n'existe pas uniquement lorsqu'on la mesure ou l'évalue (empirique, cercle blanc), ni seulement lorsqu'on constate l'occurrence d'un soin ou service rendu dans la structure organisationnelle (actuel, cercle bleu). La qualité transcende l'observable : certaines entités naturelles et sociales existent sans se révéler directement à la conscience humaine, alors, les acteurs doivent explorer des perceptions, des intuitions (réel, cercle vert), pour discerner ce qui génère la qualité dans les strates plus superficielles.

Structure

À droite du modèle se retrouve la structure. Elle est déterminée par le contexte dans lequel des relations entre les acteurs et l'environnement physique s'organisent et donnent lieu aux soins et services, lesquels produisent des effets. La structure englobe donc les acteurs vivants/humains (*human agency*) et le non vivant, c'est-à-dire, l'environnement physique interne et externe.

Contexte et mécanismes du contexte

Acteurs

Les acteurs comprennent les infirmières et autres intervenants, les gestionnaires, les décideurs politiques et les personnes recevant les soins. En effet, un acte réalisé, considéré comme de qualité, est d'abord contingent de certains attributs intrinsèques aux acteurs tels que leurs valeurs et croyances, leurs représentations, leurs expériences, leurs compétences (Clark, 2008) qui modulent leur réponse singulière aux mécanismes sous-jacents (Porter, 2015). Les acteurs et leurs attributs subissent des changements continuels.

Environnement

La structure est contingente de l'environnement interne et de l'environnement externe des soins et services ainsi qu'à leurs mécanismes. L'environnement interne, au niveau des soins directs et de l'organisation, se compose de lieux physiques, d'objets matériels, de

ressources mais aussi de phénomènes sociaux, culturels, politiques... il est question ici des conditions préexistantes à l'intervention et qui mettent la table pour le changement. De plus, des influences en provenance de l'extérieur du milieu de dispensation parviennent à façonner la structure du système, par exemple, les lois et recommandations publiées au niveau du réseau de la santé, des groupes d'influence politique, académique ou professionnelle dans une province, un pays, etc.

La qualité des soins en regard de la structure peut être évaluée en appréciant la conformité entre le contexte actuel et le contexte souhaité, en référence à des normes spécifiées. Par exemple, un évaluateur pourrait vérifier la présence de chambres privées pour les patients présentant des symptômes comportementaux puisqu'il s'agit d'un critère reconnu pour favoriser la sécurité. Le ratio infirmière-patient sécuritaire recommandé pourrait être comparé avec le ratio infirmière-patient effectif sur le plancher. Enfin, le leadership du gestionnaire pourrait être exploré à partir d'une échelle de perceptions. La qualité de la structure doit être considérée comme située sur le plan historique car la structure est sujette à évoluer au fil du temps.

Processus

Soins infirmiers et leurs mécanismes

Les processus sont centraux à l'évaluation de la qualité des soins (Brousselle et al., 2011; Donabedian, 1988), ils s'illustrent donc au centre du modèle systémique. Les processus comprennent toutes les activités techniques et relationnelles associées aux soins et aux services dans lesquelles les acteurs s'investissent, citons par exemple l'évaluation physique et mentale ou la surveillance des paramètres vitaux. Ces pratiques coexistent en tant que conséquences de l'activation de mécanismes tels que l'empathie, la collaboration, la compétence, le jugement clinique qui résident au cœur de la relation entre l'intervenant et la personne. Les processus évoluent dans le temps et se voient constamment influencés par la structure.

Au niveau des processus, la qualité peut s'évaluer en appréciant la mesure dans laquelle les soins rendus ou perçus concordent avec les soins voulus, selon des normes spécifiées. Par exemple, un évaluateur pourrait vérifier la présence d'un formulaire de consentement au dossier de chaque patient sous contention, puis, pour vérifier si ce

consentement semble être libre et éclairé, il pourrait explorer les perceptions du patient et de l'infirmière à partir d'une entrevue ou d'une échelle de mesure. La qualité des soins n'est jamais fixe, elle est en constante évolution, c'est-à-dire qu'elle se transforme, s'améliore ou se détériore à travers le temps, il importe donc de réévaluer les processus périodiquement.

Finalités

Effets et impacts

Les finalités réfèrent aux effets et aux impacts observés ou perçus de la mise en œuvre des processus par les acteurs évoluant dans la structure de dispensation des soins. Ils sont le reflet des intentions des acteurs et des groupes d'acteurs. Les dimensions de la qualité des soins sont proposées en tant que finalités des soins dispensés au sein de la structure, par exemple, l'efficacité, la sécurité et l'approche centrée sur le patient.

Concrètement, les dimensions de la qualité peuvent être opérationnalisées par la mesure d'indicateurs comme celui de la prévalence des chutes, ou le nombre d'erreurs de médicaments. Les indicateurs de ces deux exemples s'inscrivent dans la dimension de sécurité. Les conséquences perçues d'une ou plusieurs interventions sur le vécu des individus (Porter, 2015) sont à prendre en compte, par exemple via la mesure de la satisfaction ou la santé perçue. Ces indicateurs s'inscrivent respectivement dans la dimension de l'approche centrée sur la personne (patient/résident) et de l'efficacité. Les effets et les impacts évoluent à travers le temps, tout comme les acteurs qui y sont intéressés.

Définition de la qualité des soins infirmiers retenue

La doctorante s'était donné le défi initial de parvenir à une définition de la qualité des soins infirmiers au terme d'une analyse des différents courants de pensée repérables dans la littérature publiée. Pourtant, le courant systémique appuyé d'une lentille réaliste met le chercheur au défi de ne pas définir la qualité mais plutôt de la concevoir en tant que notion plurielle... en tant que système dynamique, aux nombreuses composantes reliées que l'on ne peut saisir que partiellement via la découverte de régularités perceptibles à un moment de l'évolution. C'est pourquoi Pirsig (1984) suggère qu'il serait nébuleux de

vouloir définir la qualité puisque toute définition résulte d'un processus intellectuel et que la qualité est une entité perceptible par un processus expérientiel. Ainsi, dans le cadre de ce travail doctoral, une définition du concept à l'étude sera proposée mais considéré davantage comme une description hypothétique qu'un énoncé qui la détermine définitivement. Évocatrice de notre modèle systémique, cette description de ce qu'est, en théorie, la qualité des soins infirmiers ne saurait prétendre être finale; elle vise plutôt à refléter ce que l'on en comprend à présent :

Évolutive, la qualité des soins infirmiers renvoie, à un moment dans le temps, au degré de conformité, ou écart, entre les processus perçus/rendus dans une structure donnée et les processus voulus dans une structure souhaitée, en référence à des normes individuelles et collectives, lesquelles sont indissociables des finalités des acteurs.

Modèle systémique et influences réalistes : en pratique

En pratique, cette nouvelle perspective, suggérée pour pallier les limites des mouvements précédemment décrits, accueille l'alliance de l'expérimentation objective et de la subjectivité dans la mesure afin de connaître plus en profondeur l'objet d'intérêt. Pour mesurer la qualité des soins conçue en tant que système, Plante et Bouchard (1999) invitent à prendre appui sur un premier point de référence, un état, et à le mettre en comparaison avec un second point pour en mesurer le degré de correspondance, ce qui permet de juger de sa valeur. Ils introduisent les notions interdépendantes de qualité voulue, de qualité rendue et de qualité perçue, où le voulu constitue un but, le rendu est ce qui se matérialise en produit, ici en soin ou service, et le perçu renvoie à ce que perçoivent les acteurs impliqués. Ces auteurs précisent que l'approximation qui résulte de ce type de mesure constitue une hypothèse de la qualité à un moment dans le temps.

Selon un principe de mesure similaire, des chercheurs montréalais en psychologie (Dupuis et al., 2009; Dupuis et al., 2019) ont développé des outils systémiques virtuels permettant d'autoévaluer la qualité associée à d'autres domaines d'application que celui des soins de santé, soit la qualité de vie et la qualité de vie au travail. Cette dernière notion est étroitement liée à la qualité des soins (Bélanger et al., 2006; Haute Autorité de Santé, 2016) et la façon de la mesurer, à travers la lentille systémique en s'appuyant sur

les perceptions de l'individu (Dupuis et al., 2009), pourrait s'appliquer pertinemment à la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique. Cette prémisse sera le point de départ du développement de notre outil d'auto-évaluation réflexive destiné aux infirmières. Pour chaque question proposée par l'outil de Dupuis et al. (2009), la plateforme permet de statuer la situation actuelle par rapport à une situation souhaitée pour en calculer l'écart, ce qui offre une interprétation de la qualité d'abord consciencieuse du contexte mais également de la résonance particulière de la qualité chez chaque individu qui poursuit ses buts respectifs. Le fait de sentir que l'on se rapproche ou s'éloigne de son but et l'importance que revêt chaque item pour le répondant dans son milieu sont des variables prises en considération par la mesure (Dupuis et al., 2009).

Suite à l'évaluation des normes de qualité, une rétroaction devra être assurée efficacement pour stimuler l'amélioration. En fait, lorsqu'un soin dispensé et la rétroaction sur la qualité de ce dernier sont éloignés sur le plan temporel, cela diminue les chances que la démarche d'amélioration s'avère efficace (van der Veer et al., 2010). Par conséquent, l'évaluation d'un système d'action devrait s'effectuer le plus près possible de l'action, par les intervenants. D'ailleurs la charge administrative entourant la qualité des soins infirmiers paralyse actuellement de précieuses ressources au Québec (gestionnaires) (OIIQ, 2021). Le recours au numérique, comme Dupuis et al. (2009; 2019), pour la conception de notre outil semble un incontournable à l'ère moderne pour réduire la lourdeur de la compilation des données et les délais d'arrivée des résultats auprès des équipes. Les utilisateurs recevront donc une rétroaction en ligne sans délai (Dupuis et al., 2009) qui leur permet de réfléchir sur les configurations structure-processus-finalités incluant les mécanismes qui affectent la qualité des soins dans leur milieu pour pouvoir initier des changements ciblés.

S'engager dans ce type de réflexion sur les normes, les valeurs, les relations et les structures sociales qui soutiennent les actions (Greenwood, 1998) permet de moduler la pratique clinique (Gemme, 2019; Schön, 1994). En effet, l'outil possèdera plusieurs propriétés communes aux démarches de pratique réflexive en soins infirmiers, qui comprennent entre autres, selon Dubé (2012) : (1) la proximité à la pratique; (2) l'acquisition de connaissances basées sur les expériences; (3) l'appel à différentes

sources de savoir; (4) la possibilité de transformer positivement sa pratique; (5) l'engagement individuel conjointement à celui de l'entourage dans un milieu (6) prédisposé à l'amélioration continue.

Les acteurs des établissements habilités à travailler régulièrement avec le modèle de Donabedian (1988) qui désireront utiliser ce type d'outil d'évaluation réflexive ne perdront pas leurs repères, vu que la formule que nous suggérons ($S_{(m)} - P_{(m)} - F$) ne bonifie que légèrement la formule classique du théoricien ($S \rightarrow P \rightarrow F$) en y intégrant mécanismes et interrelations. Voici un exemple de configuration possible : *Un budget de formation obtenu (S) grâce à l'engagement du gestionnaire (m) permettra de rehausser les compétences des infirmières pour la surveillance (P) des patients agressifs ou violents (m) afin de réduire le taux de contentions chimiques (F).*

La rétroaction de l'outil d'évaluation réflexive devra toutefois coordonner le nombre de configurations suggérées pour éviter de submerger les équipes déjà appelées à composer avec de nombreux projets d'amélioration (Wolak et al., 2019). La rétroaction en ligne devrait aussi mettre en évidence les bons coups des équipes pour préserver leur motivation à s'engager dans le changement et pour s'éloigner d'une culture du blâme (Reisi et al., 2019). Enfin, tel que suggéré par Lemire et al. (2013), l'implication des acteurs concernés dès le début du développement de la mesure optimisera leur engagement dans l'amélioration post-rétroaction. La méthode de développement de l'outil sera détaillée au prochain chapitre de cette thèse, mentionnons toutefois qu'elle inclut une revue réaliste (Pawson et al., 2005; Rycroft-Malone et al., 2015) des items, soit une méthode qui assure la participation des parties prenantes du terrain d'étude.

Réflexion conclusive du chapitre

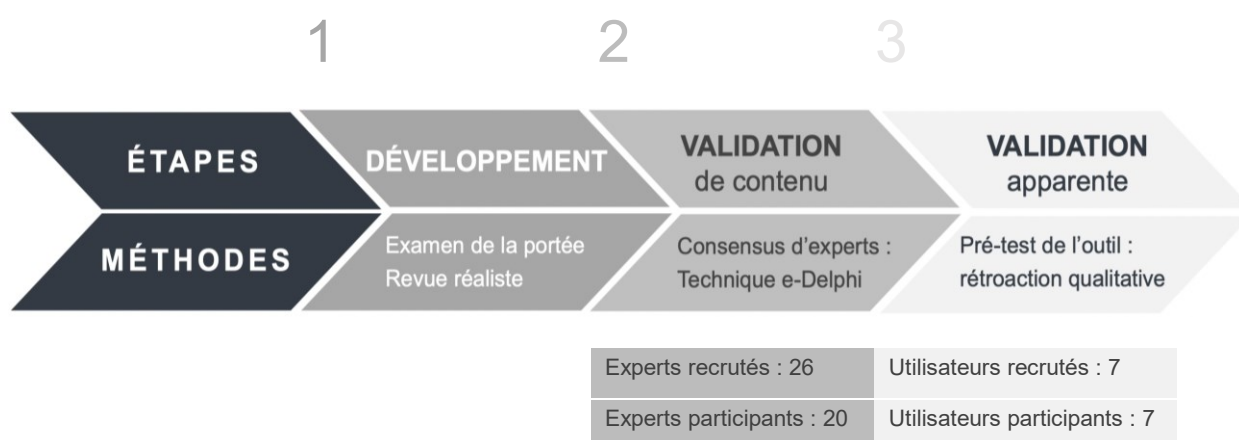
Pour conclure ce chapitre, la recension des écrits réalisée en deux volets permet de réaffirmer l'importance de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique. Vu les risques de cette intervention complexe et son usage encadré par la loi dans l'ensemble des pays anglophones et francophones, aucun guide de référence crédible au sujet des indicateurs et normes en soins infirmiers ne devrait faire omission de la contention chimique ou de quelque forme de mesure de contrôle. Le fait qu'autant la qualité que la contention chimique soient des notions difficiles à définir et à

mesurer ne justifie aucunement de fermer les yeux sur un phénomène aussi sérieux pour les droits, les libertés et l'intégrité des personnes. Les mouvements axés sur la conformité aux normes, l'atteinte de résultats et l'amélioration continue qui ont historiquement appuyé l'évaluation de la qualité des soins infirmiers ont été décortiqués par la doctorante au cours de la présente recension des écrits. Leurs points forts théoriques et pratiques ont pu être majoritairement retenues pour s'intégrer au modèle systémique de la qualité des soins infirmiers et/ou à notre méthodologie de recherche. En effet, cette perspective systémique novatrice en soins infirmiers éclairera le développement d'une modalité d'évaluation à proximité de l'action, puis, sa publication pourra contribuer à réduire les embrouilles conceptuelles et méthodologiques entourant la qualité des soins infirmiers depuis maintes générations.

Chapitre 3 – Méthodologie

Cette section vise à décrire les étapes à franchir dans le cadre du développement et de validation de l'outil de mesure (Benson et Clark, 1982; Corbière et Larivière, 2014; DeVelis, 2017; Fortin et Gagnon, 2014), dont la méthodologie choisie repose sur un effort de modélisation pour établir une base théorique ainsi que sur la recherche d'un consensus d'experts (Pawson, 2005; Corbière et Larivière, 2014; Wilkes, 2015). Ce devis métrologique combine des méthodes de recherche et de synthèse des connaissances de nature qualitatives, mixtes et quantitatives. Les étapes et méthodes sont résumées à la figure 4.

Figure 4. Étapes et méthodes du devis de recherche



Le déroulement de l'étude, les participants visés, ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données ont été rassemblés à l'intérieur de deux grandes phases, soit (1) le développement et (2) la validation. La première phase inclut un examen de la portée et une revue réaliste des items. La deuxième phase se décline en deux étapes, soit la validation de contenu et la validation apparente. Rappelons que le but de l'étude est de développer et de valider un outil d'évaluation réflexive de la qualité des soins en matière de contention chimique selon la perspective de l'infirmière. Deux questions de recherche s'imbriquent dans chaque phase, pour un total de quatre questions. Ces questions portent

respectivement sur : (1) la définition opérationnelle du phénomène qui sera évalué; (2) la revue des normes de qualité qui constitueront les items de l'outil; (3) la validité de contenu de ces items et (4) la validité apparente de l'outil d'évaluation. Le tableau 5 résume ces phases et étapes.

Tableau 5. Méthodologie et plan d'analyse aux différentes étapes de l'étude

Étapes	Méthodes	Analyses
1. Développement		
1.1.	Formuler le but de l'outil	
1.2.	Définir le concept d'intérêt (Q1)	Examen de la portée Fréquence des sous-thèmes
1.3.	Générer un inventaire d'items (Q2)	Revue réaliste Modélisation systémique
1.4.	Choisir le format et construire l'outil	
2. Validation		
2.1.	Valider le contenu des items (Q3)	Technique e-Delphi Analyse quantitative descriptive : fréquence, moyenne, écart type, valeur maximale, valeur minimale, mode. Vérification de la présence de différences entre les sous-groupes d'experts : Chi-carré et Test de Friedman. Vérification de l'absence de changement dans les réponses des panellistes entre les rondes (pour cesser le Delphi) : Test des rangs de Wilcoxon. Analyse descriptive simple : regroupement des propos intégraux des experts par item.
2.2.	Procéder à la validation apparente de l'outil (Q4)	Pré-test de l'outil Sondage : questions ouvertes. Analyse descriptive simple : regroupement des propos intégraux des experts par volet de l'outil et par qualité recherchée (clarté, pertinence, adéquation).

Signification des termes

Les phases de développement et de validation de l'étude ont nécessité le recours à plusieurs termes techniques et à des variables qu'il était important de définir, ceux-ci sont présentés au tableau 6.

Tableau 6. Signification des termes dans le cadre de l'étude

Terme	Signification
Infirmière	Professionnelle détentrice d'un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pratiquant en soins directs ou gestionnaire de services infirmiers en établissement de santé et de services sociaux. Pour alléger la lecture de la thèse, ce terme s'applique aussi aux infirmiers de sexe et/ou de genre masculin.
Expert	Chercheurs ou professeur universitaire en sciences infirmières répondant aux critères de sélection de la technique Delphi. Pour alléger la lecture de la thèse, les informateurs clés gestionnaires et cliniciens répondant aux critères de sélection de la technique Delphi sont également désignés sous l'appellation <i>expert</i> .
Patient ou résident	Personne à qui s'adresse un soin ou un service en établissement de santé et de services sociaux, incluant les hôpitaux, les instituts en santé mentale et les centres d'hébergement de soins de longue durée.
Validité de contenu	Aptitude d'un outil d'évaluation ou d'une mesure à appréhender les aspects pour lesquels il a été conçu, et ceux-là seulement. Les items couvrent clairement et pertinemment tous les aspects du concept et l'outil ne contient pas d'énoncé non pertinent.
Validité apparente	Appropriation d'un outil d'évaluation ou d'une mesure par les utilisateurs visés par celui(elle)-ci plutôt que par des experts. Les items, le type d'échelle de réponse et les consignes sont des aspects de l'outil appréciés <i>en surface</i> .
Clarté	Qualité de ce qui est facilement compréhensible. Fait référence à la précision, à la netteté du vocabulaire employé. Utilisé lors de cette étude pour qualifier le contenu des items.
Pertinence	Qualité de ce qui est approprié, logique et convenable. Renvoie à la plausibilité de l'énoncé lorsqu'appliqué aux contextes cliniques cibles. Utilisé lors de cette étude pour qualifier le contenu des items.
Adéquation	Qualité de ce qui convient exactement; qui est adapté à son but et répondant aux besoins des utilisateurs. Utilisé lors de cette étude pour qualifier le format de l'outil.
Accord, pourcentage d'accord [clarté]	Proportion d'experts, exprimé en pourcent (%), en accord avec la clarté du contenu d'un item, c'est-à-dire, ayant qualifié la proposition de « très claire »

	ou « claire ».
Accord, pourcentage d'accord [pertinence]	Proportion d'experts, exprimé en pourcent (%), en accord avec la pertinence du contenu d'un item, c'est-à-dire, ayant qualifié la proposition de « très pertinente » ou « pertinente ».
Désaccord [clarté]	Proportion d'experts, exprimé en pourcent (%), en désaccord avec la clarté du contenu de l'item, c'est-à-dire, ayant qualifié la proposition de « ambiguë » ou « incompréhensible ».
Désaccord [pertinence]	Proportion d'experts, exprimé en pourcent (%), en désaccord avec la pertinence du contenu de l'item, c'est-à-dire, ayant qualifié la proposition de « peu pertinente » ou « non pertinente ».
Consensus	Pourcentage d'accord des panélistes s'élevant à 70% ou plus pour un item ou pour l'outil global. Le consensus est obtenu, pour l'outil global, en utilisant la moyenne des pourcentages d'accord de l'ensemble des items.
Critère	Énoncé explicite sur les caractéristiques mesurables d'un soin ou service, fondé sur des recommandations et lignes directrices (<i>bonnes pratiques</i>), servant à poser un jugement appréciatif sur une situation réelle.
Norme	En réglementation, la norme est un principe, une règle de conduite ou ligne directrice qui s'impose à un groupe social ou professionnel (<i>bonne pratique</i>). En évaluation, la norme est similaire au critère, elle énonce les caractéristiques mesurables voulues d'un soin ou d'un service, mais elle en précise la valeur acceptable, c'est-à-dire, la situation souhaitée en fonction du contexte. Dans le cadre de cette étude, la norme sous l'angle de la réglementation (<i>bonne pratique</i>), devient un critère de qualité (énoncé sous forme d'item mesurable après la revue réaliste) pour redevenir une norme lorsqu'inséré dans l'outil d'évaluation réflexive (puisque l'on statue la situation souhaitée). Afin de faciliter la lecture de la thèse, le mot norme sera utilisé pour l'ensemble de ces cas.
Mesure	Procédé objectif qui consiste à recueillir des données précises sur les soins et services rendus ou perçus et ce, à partir d'instruments valides et fiables dont l'application suit des règles strictes.
Évaluation réflexive	Réflexion qui consiste à revisiter et analyser des situations, des événements, des expériences en fonction de normes préétablies, afin de poser un jugement sur une donnée traduisant les soins rendus ou perçus par rapport à une valeur de référence, appelant le clinicien au changement et à l'action d'amélioration.
Qualité des soins	Évolutive, la qualité des soins infirmiers renvoie, à un moment dans le temps, au degré de conformité, ou écart, entre les processus perçus/rendus dans une structure donnée et les processus voulus dans une structure souhaitée, en référence à des normes individuelles et collectives, lesquelles sont indissociables des finalités des acteurs.

Contexte de l'étude

Milieu

L'étude se déroulait dans la province de Québec, Canada, et plus particulièrement, pour le prétest de l'outil, dans un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la région de Montréal. Il s'agit d'un regroupement d'établissements publics choisi en raison de sa grande taille et de la diversité des spécialités et des profils de clientèle concernés par la contention chimique que l'on y retrouve, soit les soins en santé, les soins aigus et de longue durée. Plus précisément, ce CIUSSS inclut plusieurs unités spécialisées en santé mentale à l'adulte, de soins intensifs psychiatriques et d'urgence psychiatriques. En ce qui concerne les soins aigus à l'adulte, l'organisation comprend des unités d'hospitalisation générales (médecine, chirurgie, cardiologie, néphrologie, neurologie), des soins intensifs et coronariens, ainsi que deux urgences. Enfin, les soins de longue durée incluent des unités d'hébergement pour la clientèle âgée de différents niveaux d'autonomie, mais également des unités d'hospitalisation gériatriques.

Population

Deux populations d'intérêt étaient concernées par les différentes phases de l'étude. Dans un premier temps, les infirmières expertes (chercheurs) et informateurs clés (gestionnaires et cliniciennes) de la province de Québec ont procédé à la validation du contenu de l'outil d'évaluation au cours d'une technique Delphi pour la recherche d'un consensus. Dans un deuxième temps, après l'exercice de programmation de la plateforme virtuelle, des infirmières représentant les futurs utilisateurs ont été conviées à réviser l'ensemble des items et à essayer l'outil d'évaluation réflexive pour apprécier la validité apparente. Les caractéristiques recherchées de ces participantes seront nommées dans les sous-sections suivantes, associées à chaque phase de l'étude.

Phase de développement de l'outil

La phase de développement consistait à déterminer le but de l'outil, à délimiter le concept à évaluer et le contexte d'évaluation, à formuler un inventaire d'items et à déterminer le format de l'outil à développer. Deux articles de synthèse des connaissances ont été rédigés, un examen de la portée et une revue réaliste, afin de répondre aux questions de

recherche suivantes : Q1. Quelle définition opérationnelle peut appuyer le développement d'une mesure de l'usage auto-déclaré de la contention chimique? Q2. Quelles sont les principales normes de qualité des soins en matière de contention chimique traduisant la perspective de l'infirmière?

Formuler le but de l'outil

L'outil développé vise à permettre une évaluation annuelle de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique selon la perspective de l'infirmière travaillant en établissements de santé du Québec et devrait offrir la possibilité de s'évaluer de nouveau de façon cyclique ou ponctuelle au cours de l'année. L'outil a pour but de permettre une évaluation de soi-même, de ses pairs et de son (ses) gestionnaire(s), réalisée à partir des perceptions de l'infirmière, mais aussi à partir de dossiers médicaux et de documents clinico-administratifs à sa disposition. L'outil devrait favoriser la réflexivité en regard des soins dispensés et de l'organisation des services afin de générer l'amélioration de la qualité des soins infirmiers sur l'unité de soins, dont, idéalement, la réduction de l'usage des contentions chimiques. La rétroaction (rapport) découlant de cette modalité d'évaluation virtuelle devrait permettre les redditions de compte annuelles et de formuler des objectifs stratégiques, de façon comparable à un audit clinique dont les résultats rejoignent autant les équipes de soins que les administrateurs. L'outil ne possède pas de valeur légale et ne remplace pas la documentation au dossier médical.

Définir le concept d'intérêt : examen de la portée

Avant de pouvoir mettre en œuvre la méthode systématique de revue réaliste prévue au protocole de la présente recherche (Pawson et al., 2005), nous avons dû réaliser une revue préliminaire vu les défis conceptuels importants caractérisant la contention chimique. Selon Pawson et al. (2005), en toute première étape d'une revue réaliste, le chercheur doit clarifier la portée de sa synthèse des connaissances, c'est-à-dire qu'il doit s'approprier la nature et le contenu de l'intervention d'intérêt en plus de définir la population et le contexte cibles. Notre examen de la portée (Arksey et O'Malley, 2005; Peters et al., 2020; Tricco et al., 2015) a été réalisé en six étapes : 1) la formulation des questions de recherche; 2) l'identification des références pertinentes; 3) la sélection des articles; 4) l'extraction des données; 5) le rassemblement, la synthèse des résultats et la

production du rapport. Pour assurer la rigueur du procédé, les lignes directrices PRISMA-ScR ont été suivies (Tricco et al., 2015).

Générer l'inventaire des items : revue réaliste

La méthode traditionnelle de revue systématique, souvent critiquée pour sa rigidité et son focus exclusif sur la question : est-ce que l'intervention fonctionne? plutôt que : comment cela fonctionne? ne permet pas d'aborder les multiples facettes et la complexité des interventions de nature sociales (Rycroft-Malone et al., 2012), comme celle de l'usage des contentions chimiques. Ainsi, une stratégie de synthèse des connaissances davantage centrée sur l'origine des bonnes pratiques qui composent l'intervention et les circonstances dans lesquelles celle-ci est favorable à la qualité des soins infirmiers devait être identifiée. La revue réaliste (Pawson et al., 2005; Rycroft-Malone et al., 2012) semblait la méthode tout indiquée, celle-ci permet de découvrir les attributs de la structure (contexte), qui, combinés à certains mécanismes générateurs, mènent à des processus porteurs d'amélioration.

Les étapes de la méthode utilisée étaient les suivantes (Pawson et al., 2005; Rycroft-Malone et al., 2012) : (a) la revue préliminaire, étape présentée à la section précédente (examen de la portée); (b) la recherche et l'évaluation des données; (c) l'extraction (tableau synthèse) et la synthèse des résultats (modélisation); et (d) le développement narratif. Cette méthode accepte la sélection de nombreuses sources de données telles que les articles de recherche quantitative ou qualitative, les revues de la littérature, les documents légaux et de lignes directrices. Les recommandations sur la substance chimique en tant que mesure de contrôle du cadre de référence du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (Gouvernement du Québec, 2015a) servaient de point de départ pour élaborer le modèle théorique, lequel était complété par les normes de la littérature internationales. Dans un processus itératif d'analyse des données, la recherche d'articles s'est terminée lorsque la question de recherche a été répondue de façon jugée satisfaisante. Les chercheurs devaient assurer un dialogue avec les acteurs terrain (Pawson et al., 2005; Rycroft-Malone et al., 2012).

Choisir le format et construire l'outil

Le format en ligne de l'outil d'auto-évaluation a été choisi à la lumière des lectures critiques réalisées lors de la recension des écrits au chapitre 2. Deux modalités de questions ont été sélectionnées pour l'outil, certaines plus traditionnelles, soit ouvertes ou à choix de réponse multiple, alors que les questions sur la conformité aux normes utilisent une échelle visuelle interactive. La démarche de construction de la plateforme a été confiée à une agence créative, la doctorante a ainsi collaboré avec une équipe de graphisme et un programmeur informatique. L'outil complet sera présenté au chapitre des résultats.

Phase de validation de l'outil

La deuxième grande phase de l'étude, celle de la validation, proposait les questions de recherche suivantes : Q3. Quelle est la validité de contenu de l'outil développé? Q4. Quelle est la validité apparente de l'outil développé? Les validités de contenu et apparente sont les deux premières qualités psychométriques qu'un outil doit posséder, elles font référence à la capacité des items à traduire le concept à l'étude (Corbière et Larivière, 2014). Une technique Delphi (Corbière et Larivière, 2014; Wilkes, 2015) a d'abord permis l'obtention d'un consensus d'experts sur la validité du contenu des items, suivi d'un prétest de l'outil auprès de futurs-utilisateurs pour apprécier la validité apparente. Pour ces deux étapes, les lignes suivantes décriront les techniques d'échantillonnage, le déroulement de la collecte des données et les méthodes d'analyse des données.

Validation de contenu : échantillonnage

En ce qui concerne le choix du procédé d'échantillonnage, nous avons pris en compte le fait que la technique Delphi (Corbière et Larivière, 2014) est une méthode sans recherche de représentativité statistique basée sur l'opinion et l'expertise. Il n'existe aucun consensus sur la taille idéale du panel d'experts, mais Ekionea, Bernard et Plaisent (2011) et Okoli et Pawlowski (2004) suggèrent de limiter la démarche à 18 personnes. Vingt-six experts ou informateurs clés de la province de Québec ont ainsi été rejoints dans le but de constituer un panel d'environ 18 infirmières, soit approximativement six (6) chercheurs ou professeur/enseignant universitaire, six (6) gestionnaires ou conseiller cadre et six (6)

infirmières en pratique clinique, le tout, par un échantillonnage boule de neige par quotas (Corbière et Larivière, 2014; Fortin et Gagnon, 2016). Cette méthode non probabiliste d'échantillonnage par réputation (Fortin et Gagnon, 2016) consistait à recruter des personnes reconnues expertes d'un domaine précis, mais selon des sous-groupes répondant à certaines caractéristiques, dans le cas présent, il s'agissait de profils d'experts de la qualité des soins en matière de contention chimique dans les sous-spécialités de la santé mentale (généraux, urgence et soins intensifs), des soins aigus à l'adulte (urgence, soins intensifs, médecine, chirurgie) et des soins de longue durée à la personne âgée. Ces experts ont été invités personnellement par courriel à participer. Les premiers experts identifiés par l'équipe de recherche, associés à l'une des trois spécialités cliniques cibles, étaient sollicités pour référer un ou des experts qui répondaient aussi aux profils professionnels recherchés, et ainsi de suite jusqu'à l'atteinte du nombre visé de 18 personnes (Corbière et Larivière, 2014). Les exigences de sélection des experts étaient les suivantes : (a) avoir vécu, au cours de sa vie, plusieurs expériences impliquant la contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux en tant qu'infirmière soignante en santé mentale ou en soins aigus à l'adulte ou en soins de longue durée à la personne âgée; (b) parler, lire et écrire le français. Les chercheurs et/ou professeurs avaient l'exigence additionnelle (c) d'être l'auteur de publications scientifiques, gouvernementales ou professionnelles au sujet des soins infirmiers, de la contention chimique ou de la sédation des symptômes comportementaux au Québec. Enfin, les gestionnaires avaient l'exigence additionnelle (d) d'avoir contribué, de par leur rôle, à l'évaluation ou à l'implantation de politiques et procédures, de règlements ou d'autres documents de référence au sujet de la contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux.

Notre méthodologie prévoyait la sélection de certains experts pour la portion d'entrevues qualitative de la validation, choisis par choix raisonné, à partir de leurs réponses à la grille de validation de la technique Delphi. En fait, lorsque des panélistes signifiaient qu'un item n'était pas suffisamment clair ou pertinent et que celui-ci n'atteignait pas l'indice de validité visé ($\geq 70\%$), ces personnes étaient automatiquement sélectionnées pour participer à une courte entrevue.

Validation de contenu : collecte et analyse des données

Afin de valider le contenu des énoncés composant l'outil développé, nous avons opté pour une technique e-Delphi (Corbière et Larivière, 2014; Keeney, Hasson et McKenna, 2011). Il s'agit d'un processus itératif systématique de collection et d'agrégation d'opinions à partir d'une série de questionnaires et de rétroactions contrôlées qui devrait permettre d'atteindre un niveau d'accord visé parmi un groupe d'experts. Cette technique de recherche de consensus est peu coûteuse, flexible et anonyme et permet de rejoindre sans délai des experts géographiquement éloignés (Boukdedid et al., 2011; Donohoe, Stellefson et Tennant, 2012; Hsu et Sandford, 2007; Kenney et al., 2011).

Dans le cadre de rondes de consultations par voie électronique, le panel d'experts et d'informateurs clés devait se prononcer sur la clarté et la pertinence (Corbière et Larivière, 2014) de l'énoncé de définition de contention ainsi que sur ces deux mêmes qualités pour chacune des normes de qualité. Des échelles de Likert à 4 points d'ancrage ont été employées : l'outil de collecte de données utilisé (grille de validation de contenu) a été inséré en annexe 3. Il s'agit d'échelles ordinales allant de très clair à incompréhensible et de très pertinent à non pertinent. Les experts et informateurs clés qui acceptaient de participer en signant le formulaire d'information et de consentement, détaillé en annexe 4, recevaient un second courriel dans lequel la grille de validation était jointe. Deux semaines sont accordées pour y répondre de façon confidentielle et pour renvoyer le document par courriel à la chercheuse principale (Hsu et Sandford, 2007).

Après la première ronde de validation de contenu, notre méthodologie prévoyait la tenue d'entrevues qualitatives basées sur l'approche du test cognitif (*cognitive testing*), conçue pour soutenir le développement et la validation d'instruments de collecte de données (Collins, 2003). Il s'agissait de recueillir de l'information sur la qualité des items et sur comment les répondants les lisent, les comprennent et les interprètent, permettant d'identifier des problèmes qui justifient une reformulation (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019; Collins, 2003). En fait, devant le constat d'items insuffisamment clairs ou pertinents, la doctorante aurait procédé à une entrevue téléphonique avec les panélistes pour explorer les mécanismes derrière leur perception du manque de clarté ou de pertinence. Pour chacun des énoncés, les experts auraient

répondu à une courte entrevue semi-structurée ayant pour but de comprendre en quoi leur interprétation de l'énoncé était celle attendue, ou non, par les chercheurs-concepteurs de l'outil. Cette entrevue éclaire la reformulation des items en question et peut même générer de nouveaux items à proposer à la ronde subséquente. La grille d'entrevue proposait les questions suivantes :

1. À quel point trouvez-vous facile ou difficile de répondre à cet énoncé? Pour quelles raisons?
2. Que comprenez-vous de cet énoncé, en vos mots?
3. Si vous aviez eu à concevoir cet énoncé, comment l'auriez-vous formulé?
4. En quoi sentez-vous que cet énoncé se rapporte adéquatement ou inadéquatement à votre pratique terrain?

(Il est à noter qu'aucune entrevue de type *cognitive testing* n'a eu lieu durant la présente étude (0 participant) vu l'indice de validité atteint pour chaque item en une seule ronde).

Après chaque ronde de consultation, une rétroaction quantitative et qualitative sous forme de rapport a été rédigée par la doctorante, validée par ses directeurs et transmise aux experts (Boulkedid et al., 2011; Corbière et Larivière, 2014). Ceux-ci pouvaient revoir leurs réponses et les comparer avec celles des autres participants.

Ce que constitue un consensus ne fait pas l'unanimité. Par exemple, des auteurs en sciences infirmières et sociales suggèrent de viser 51% ou plus d'experts en accord pour retenir un item, d'autres fixent la cible à 80% ou même 100% (Keeney, Hasson et McKenna, 2006; McKenna, 1994; Rubio et al., 2003). Pour une étude comme celle-ci, il était déconseillé de viser 100% de niveau d'accord puisque l'objet du consensus n'était pas un enjeu de vie ou de mort, comme par exemple, s'il était question des critères pour débrancher ou non un respirateur (Keeney et al., 2006). Par conséquent, le barème de 70% d'accord entre les panélistes était visé pour l'acceptation des items (Wilkes, 2015), c'est-à-dire qu'une proportion d'au moins 14 experts sur 20 évaluaient la proposition à la fois très claire ou claire et très pertinente ou pertinente.

Les items insatisfaisants ont été reformulés par l'équipe de recherche à la lumière des commentaires qualitatifs. L'analyse descriptive simple était la stratégie privilégiée pour

analyser et organiser les données utiles au dialogue entre les experts et le chercheur. Tous les énoncés reformulés devaient être soumis à une deuxième ronde de consultation, puis à une troisième au besoin, et ainsi de suite, jusqu'à l'acceptation de tous les énoncés ou jusqu'à ce que les réponses ne changent plus d'une ronde à l'autre (Boulkedid et al., 2011; Corbière et Larivière, 2014). Pour arriver au constat d'une stabilité des réponses, le test de rang signé de Wilcoxon était la stratégie choisie, un équivalent non paramétrique du test de T de Student pour échantillons appariés. Une absence de différence sur le plan des réponses entre les rondes signifiait la fin du procédé et le retranchement des items n'ayant pas atteint le 70% d'accord.

En terminant la technique Delphi, la validité de l'outil en général a été examinée, en calculant la moyenne de l'ensemble des pourcentages d'accord obtenus pour chaque norme, et ce, autant pour la pertinence que la clarté. Plus le résultat s'élevait près de 100, plus l'outil présentait une bonne validité de contenu. Le résultat global devait être supérieur à 0,69 pour que son utilisation en pratique soit indiqué (Corbière et Larivière, 2014).

Validation apparente : échantillonnage

Après la validation du contenu des items et la programmation de l'outil dans sa plateforme virtuelle, en lien avec la quatrième question de recherche, un exercice de validation apparente a été réalisé. Pour ce faire, un échantillon de convenance de 5 à 10 infirmières recrutée par réseautage dans un CIUSSS du Québec, était visé. Afin de représenter les futurs utilisateurs de l'outil, nous ne cherchions pas un niveau d'expertise ou de scolarité supérieur à la moyenne, ni un statut d'emploi particulier. Il s'agissait d'un simple exercice de consultation auprès de volontaires (prétest) sans nécessité de consentement ni donnée sociodémographique colligée. Ces volontaires devaient simplement être infirmières et actives en pratique clinique auprès d'une clientèle adulte dans l'établissement au moment de la collecte de données. La disponibilité des infirmières et leur intérêt volontaire à participer étaient les facteurs déterminants du recrutement réalisé en mars 2020 (déclaration de la situation pandémique). Une discussion informelle en personne précédait l'envoi d'une invitation par courriel.

Validation apparente : collecte et analyse des données

L'examen de la validité apparente (DeVelis, 2017) consistait à prétester l'outil auprès de futurs utilisateurs pour en faire une critique générale, en surface. La validité apparente ne nécessite aucune méthodologie particulière (Corbière et Larivière, 2014). Les infirmières volontaires ont été exposées à l'outil dans son format virtuel dans le cadre d'une simulation d'évaluation : leurs réponses étaient donc fictives. Elles devaient par la suite fournir des commentaires généraux sur leur expérience et leur appréciation du contenu et du format de la plateforme E-value-action, en répondant à une question ouverte unique acheminée par voie électronique. La période de collecte de données s'est échelonnée sur plusieurs mois afin d'atteindre le nombre de participants ciblé en contexte pandémique. Les propos originaux des futurs utilisateurs ont été retranscrits à l'intérieur d'un tableau synthèse et organisés manuellement par volet de l'outil (contenu, format, outil en général) puis catégorisés par qualité recherchée, soit la clarté et la pertinence du contenu ainsi que l'adéquation du format. Aucune réduction ni condensation du volume d'information n'a été effectuée. Cette analyse descriptive a permis d'apporter des correctifs mineurs à l'outil.

Considérations éthiques

Les considérations éthiques de l'étude ont été évaluées et approuvées par le comité scientifique (comité de thèse) et les comités éthiques de la recherche de l'Université de Montréal et du CIUSSS participant. Les documents associés à ces approbations sont présentés en annexe 5.

Validation de contenu

Pour préserver la confidentialité et favoriser une décision éclairée, un courriel informatif a été acheminé individuellement à chaque panéliste avant la technique Delphi, dans lequel étaient résumés les renseignements contenus au formulaire de consentement envoyé par courriel, voir annexe 6. Le rôle d'expert et d'informateur clé, celui du chercheur et le déroulement de la validation y étaient clairement décrits. Un appel téléphonique pouvait être demandé par les experts pour de plus amples précisions. Les participants étaient avisés de l'attention portée à la confidentialité de la démarche et de leur droit de se retirer du procédé à tout moment. Un code alphanumérique unique était attribué à chaque expert

ayant signé le consentement, lequel n'était pas lié avec son nom, sa spécialité clinique ou sa région administrative, plutôt, les lettres correspondaient au fait qu'il soit un expert (EXP1, EXP2, etc.) ou un informateur clé (INF1, INF2, etc.). Les statistiques individuelles n'étaient pas présentées dans la rétroaction aux panélistes. Leur région administrative de provenance (p. ex. Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) n'a pas été divulguée pour éviter que quiconque ne soit reconnu. Enfin, les données recueillies, toutes en format électronique, ont été conservées avec soin dans un disque-dur bloqué d'un mot de passe à 9 caractères connu uniquement de l'équipe de recherche. Elles seront supprimées de façon sécuritaire sept ans après leur collecte (2027).

Validation apparente

À l'étape de validité apparente, le courriel de recrutement des volontaires du pré-test de l'outil comprenait les informations de base suivantes :

Vous êtes invité(e) à procéder à l'essai de l'outil : E-value-action - évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique (ou sédation des symptômes comportementaux). L'essai, d'une durée de 20-30 minutes comprend (1) la lecture des consignes détaillées et (2) une simulation d'évaluation sur la plateforme en ligne [lien]. Il n'y a pas de consentement à fournir selon les recommandations du comité éthique de la recherche du [nom du CIUSSS]. Cet essai, sur une base volontaire, est réalisé sur vos heures personnelles. Vos commentaires généraux sur le contenu et le format de l'outil seront présentés dans la thèse doctorale et serviront à améliorer l'outil.

Outre de savoir qu'elles sont infirmières en règle travaillant dans l'une des trois spécialités ciblées, nous n'avons recueilli aucune caractéristique auprès des volontaires. La plateforme numérique est prévue pour ne pas enregistrer les résultats de la section « essayer l'outil », donc, aucune des données fictives saisies par les infirmières volontaires n'ont été utilisées pour l'étude, seuls leurs commentaires généraux ont été rapportés dans la thèse. Aucun nom ou code associé aux volontaires (p. ex. infirmière 1) n'ont été employés, les commentaires ont plutôt été agglomérés et numérotés (p ex. 1.1.1). Le Comité éthique de la recherche (CÉR) du CIUSSS participant considère ce procédé comme la consultation d'une expertise contribuant à améliorer l'outil, plutôt qu'une participation formelle à l'étude. De cette façon, il a été possible de procéder à cette

dernière étape du devis, qui aurait pu être compromise vu les consignes annoncées par l'établissement à la mi-mars 2020 à l'effet que tous les projets de recherche devaient être interrompus ou ne seraient pas évalués par le CÉR sauf s'ils portaient sur la COVID-19.

Chapitre 4 – Résultats

Le quatrième chapitre de cette thèse présente les résultats associés aux quatre questions de recherche, incluant deux articles de revues révisées par les pairs. Les deux articles sont rapportés dans la thèse selon les normes de présentation demandées par le périodique dans lequel ils ont été soumis et/ou publiés.

Résultats de la phase 1 de l'étude : développement

Introduction à l'article 1 de la thèse

Q1 : Formulation d'une définition opérationnelle

Pour répondre à la première question de recherche, la doctorante a commencé par dégager l'énoncé de définition de substance chimique du cadre de référence du Gouvernement du Québec (2015a), s'énonçait ainsi : « mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament » (p. 9). Ce cadre s'applique à tout type de clientèle en établissement de santé et de services sociaux. Pour préciser la définition, un examen de la portée, qui constitue l'article 1 de cette thèse, était structuré autour de trois questions de recherche :

1. Comment les modalités déjà utilisées pour mesurer l'usage des contentions physiques/mécaniques et de l'isolement peuvent soutenir la formulation d'une définition opérationnelle qui servira éventuellement à développer un indicateur de qualité associé à la contention chimique?
2. La contention chimique devrait-elle être considérée et rapportée comme une mesure de contrôle à part entière, ou plutôt comme un traitement ou une mesure alternative à d'autres mesures?
3. Quelle définition opérationnelle permet d'intégrer l'ensemble des représentations de contention chimique répertoriées dans la littérature internationale?

L'article 1 a été inséré aux pages 121 à 168 .

Article 1. Defining chemical restraint: a preliminary step towards measurement and quality assessment

État: soumis.

Aggression and Violent Behavior Journal

Catherine Hupé, RN, PHDc^{1,3}

Caroline Larue, RN, PHD^{1,3}

Damien Contandriopoulos, PHD²

¹Faculty of Nursing, University of Montreal, Quebec, Canada

²School of Nursing, University of Victoria, British Columbia, Canada

³Nursing Excellence Center and Mental Health University Institute of Montreal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL), Quebec, Canada

Correspondence

Pavillon Marguerite-d'Youville

2375 chemin Côte-Ste-Catherine, Montréal, Québec, Canada, H3T 1A8

catherine.hupe@umontreal.ca



Twitter: catherinehupe

Acknowledgements

Thank you to Ministère de l'Éducation et des études supérieures (Quebec) and to TD & Fondation de l'Hopital Maisonneuve-Rosemont. The authors would also like to thank M. Richard Coveney, Mrs Mara De Simone and Mrs Mayari Linares, CIUSSS-EMTL, for their contribution to the search strategy and language editing of the manuscript.

Abstract

Background. Aggressive and violent behaviours often lead to the use of coercive interventions in health institutions. Restraint minimization is now a legal or governmental requirement in most jurisdictions. While physical restraint and seclusion are relatively well-understood, chemical restraint remains problematic to define and measure.

Aim. The aim of this review is to explore the international understandings of chemical restraint and to formulate an operational definition to support the development of quality indicators and care standards.

Design. This literature review was the first step to a realist synthesis to clarify the scope of chemical restraint intervention. The PRISMA extension for Scoping Review was used.

Methods. A keyword-based literature review (2006-2020, French and English) was conducted in health databases.

Results. *Chemical restraint or sedation of behavioural symptoms* involves an emergency (STAT), as needed (PRN), regular or continuous medication with sedative properties, administered with the intention of preventing or controlling harmful behaviors or behaviors that interfere with diagnostic or therapeutic interventions, AND/OR administered to avoid physical restraint or seclusion; AND/OR without the person's consent.

Conclusion. This first operational definition of chemical restraint could support the development of quality indicators in addition to allowing initiatives to improve health outcomes, safety and promote person-centred care.

Keywords: Chemical restraint, sedation, containment, behaviours, quality of care.

1. Introduction

Coercive measures used to manage aggressive and violent behaviours are controversial because they aim to protect yet simultaneously involve many risks and the violation of human rights. There is an international consensus supported by the World Health Organization (WHO) on the need to reduce and ultimately eliminate coercive measures, including chemical restraints (WHO, 2019). Although the prevalence of chemical restraints remains inaccurately measured, existing evidence suggest that they still represent a widespread practice in different countries (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin & Maguire, 2017; Hu, Muir-Cochrane, Oster, & Gerace, 2019; Teece, A., Baker, J. & Smith, 2020). The serious consequences of medication-induced restraint, summarized by different authors (Hu et al., 2019; Peisah & Skladzien, 2014; Uzun, Kozumplik, Jakoljevic & Sedic, 2010) include dehydration, disorientation, hypotension, extrapyramidal symptoms, respiratory depression, agitation, rebound anxiety, decline in autonomy and violation in bodily integrity. While the risk of falls and delirium are frequent reasons for the use of chemical restraints, this coercive measure can also be responsible for an increased risk of falls and delirium (Cornegé-Blokland, Kleijer, Hertogh, & van Marum, 2012; Hofso & Coyer, 2007; Lam et al., 2017; Peisah & Skladzien, 2014). In addition, chemical restraints increase the risk of death, especially when antipsychotic or benzodiazepine drugs are administered to the elderly, an option with little evidence of clinical benefits (Corbett, Burns & Ballard, 2014; Hsu, Rego, Esmaily-Fard & Rego, 2015).

Coercive measures reduction is expected to lead to better outcomes among patients and staff, such as improved physical and psychological well-being, safety, satisfaction and therapeutic alliances. International and national guidelines do not separate chemical restraint from other types of coercion (Gouvernement du Québec, 2015; National Institute for Health and Care Excellence, 2015; WHO, 2019). As seclusion and physical restraint, chemical restraint should be treated as a priority quality indicator, but this intervention is surrounded by conceptual ambiguities that make it difficult to measure. Despite the lack of accurate data, some authors mention that the use of chemical agents with sedative properties remains a *necessary evil*, often unavoidable on a daily basis to compensate for the lack of financial resources, staff shortage, unavailability of therapeutic activities, inadequate equipment and lack of education for the

management of behavioural symptoms (Georgieva, Mulder & Noorthoorn, 2013; Kalula & Petros, 2016; Walsh et al., 2017; Wood-Mitchell, James, Waterworth, Swann & Ballard, 2008). Others list staff distress at patients' agitation, burnout and unhealthy nursing work environments as factors associated with heavy use of psychotropics and anxiolytics (Walsh et al., 2017; Zuidema, de Jonghe, Verhey & Koopmans, 2011).

Healthcare professionals feel the pressure of the responsibility to provide the best possible care to patient/residents and to take action when their rights, safety and well-being are compromised. However, without a valid definition and quality indicators of chemical restraints, healthcare stakeholders cannot take concrete action on the above-mentioned issues, nor see the concrete results of their reduction efforts. The aim of this article is to operationally define chemical restraint in order to eventually develop a quality-of-care assessment tool to be tested and used in institutional health facilities in Quebec, Canada. This review focuses on understanding the meaning of chemical restraint from an overview of the international definitions available, and to propose an integrative operational definition.

1.1 Research questions

Specifically, the research team aims to answer three questions:

1. How do the measures already acknowledged for physical restraint and seclusion support the formulation of an operational definition that will eventually help the development of quality indicators for the use of chemical restraint?
2. Should chemical restraint be seen and reported as a coercive measure, a treatment or rather an alternative to other control measures?
3. Which operational definition of chemical restraint makes it possible to integrate the main themes of the definitions listed in the international literature?

2. Methods

2.1 Design

This paper presents the first step to a realist review based on the method of Pawson, Greenhalgh, Harvey & Walsh (2005). A realist approach to research review focuses on identifying underlying mechanisms by which complex interventions work and involves

uncovering information about how they work and under what conditions. At this stage (step 1), the reviewer needs to clarify the scope, i.e., the nature and content of the intervention as well as to define a target population or context for its use (Pawson et al., 2005). This realist review is part of a larger research project that focuses on measuring nurses' perceptions of the quality of care surrounding chemical restraints in the context of Quebec, Canada (ethics approbation code: CEMTL 2019-1738). In accordance with realist methods recommendations to work with practitioners and policy makers to draft and appreciate conclusions, our research team was composed of three individuals with a range of work experiences either as researcher, manager or direct care provider in the areas of acute care, mental health, elderly care or health program and policy evaluation.

2.2 Search strategy

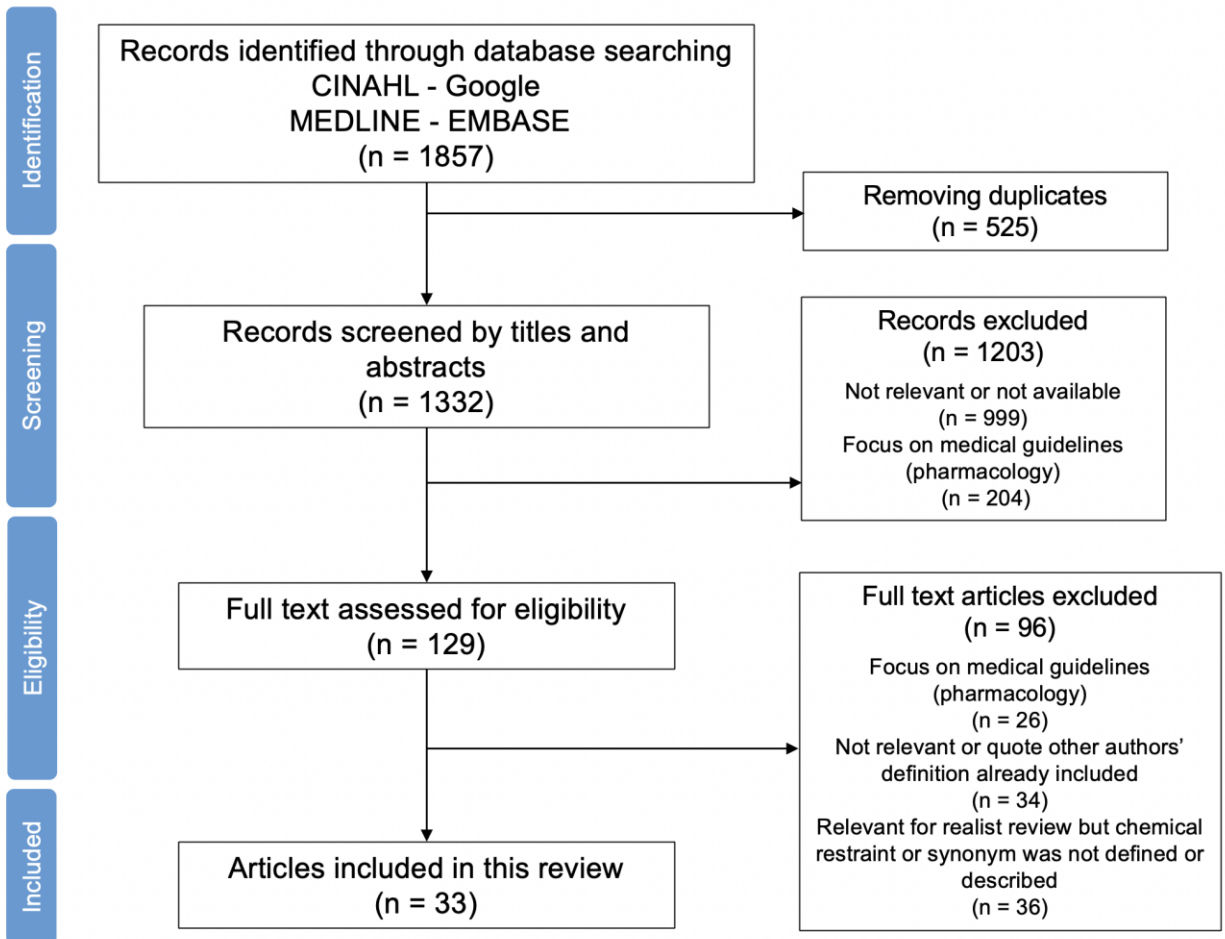
This literature review was focused on the meaning of chemical restraint in institutional facilities, regardless of clinical field or population. Pediatric, intellectual disabilities, detention and palliative care were excluded since the legal, ethical and decision-making aspects differ significantly from other populations. We also excluded ambulatory settings and inter-facility transports. The search was limited to references from January 2006 to January 2020 due to worldwide warnings on the dangers of antipsychotics and benzodiazepines drugs published from 2004-2005 onwards. The electronic searching was conducted in CINAHL, MEDLINE and Embase, also, Google was used for hand-searching to find documents that may not have been indexed in the databases. Quantitative and qualitative research articles, literature reviews, as well as local and international guidelines in English or French were considered. The general search syntax was: ("restraint chemical" or chemical restrain*) OR ("hypnotics and sedatives" or "antipsychotic agents" or "tranquilizing agents" or "psychotropic drugs" or "PRN") AND ("psychomotor agitation" or "agitation" or "aggressive behaviour" or "BDSP" or "violen*" or "aggress*" or "assault") AND ("quality" or "intervention" or "practice" or "manag*" or "deprescribing" or "nurs*" or "evidence based" or "guideline*") but it was adapted to search engine.

2.3 Data selection

The first author assigned each article a rating corresponding to the inclusion or reason for exclusion, and a co-worker made the same independent review. The realist review method does not appraise and exclude articles based on a hierarchy of evidence approach (Pawson et al., 2005). Rather, the heuristic approach justified inclusion and exclusion, which consisted in answering two questions: (1) does the document contribute to uncovering the deep nature of chemical restraint and building an understanding of this complex intervention? (2) is the publication rigorous, meaning that it is peer-reviewed or based on a research process or a consensus of experts or written by scholars based on scientific references? The preliminary review remains a brief stage prior to a systematic process, therefore, a flow diagram was not a requirement for this step (Pawson et al. 2005) but provides more transparency and rigour, see Fig. 1. We used the PRISMA Extension for Scoping Reviews checklist (PRISMA-ScR), which appeared applicable to this review (equator-network.org/reporting-guidelines/prisma-scr/), see Supplementary file 1 (Tricco et al., 2018).

Figure 1.

Flow diagram



2.4 Data extraction and synthesis

The extraction and synthesis of the results are presented in a summary table (Table 1). Extracted data from each relevant study included country, target population, type of evidence, terminology, and definition or description of chemical restraint. The first author first grouped the information according to common semantic fields. Then, the three authors discussed the results to present three analytic themes (*structure, actions, intentions*) followed by a narrative development to refine their understandings of chemical restraint and to finally propose an integrative operational definition. The definition was read, commented and validated by mental health, acute and elderly care experts and stakeholders before the submission of this paper, but those aspects are not the focus of the present article. A full report of this work is currently being drafted for further publications.

3. Results

The search produced 1332 unique references imported to Endnote X9 reference manager (<https://endnote.com>). Of those, 1299 were excluded because of the low relevance, i.e., were outside the context of institutional care, or were medical guidelines about the choice of pharmacological agents (e.g., clinical effectiveness, safety, side effects), with no regard to the intention to apply or not a form of restraint. The selected references ($n = 33$) came from different countries including United Kingdom (24%, $n = 8$), Canada (21%, $n = 7$), Australia (15%, $n = 5$), Norway (9%, $n = 3$) and The Netherlands (9%, $n = 3$). Most of the articles were published in peer-review journals as quantitative studies (39%, $n = 13$), literature or systematic reviews (33%, $n = 11$), qualitative studies (6%, $n = 2$), and a few references were guidelines from credible institutions or governments (12%, $n = 4$). The target populations were those in mental health (64%, $n = 21$), elderly care (12%, $n = 4$) and acute or intensive care (9%, $n = 3$). Some papers (12%, $n = 4$) target all populations regardless of the clinical specialty or do not specify the clientele.

To our knowledge, no empirical study has been published about the meaning or nature of *chemical restraint* before 2015 in French (Colombier et al., 2015) and before 2019 in English (Hu et al., 2019). However, we have found many analogous concepts used in qualitative and quantitative studies, including *acute control medication, acute drug control,*

coercive medication, emergency sedation for disruptive behaviours, intentional sedation, pharmacological control, pharmacological restraint, rapid tranquilization and tranquilizers for behavioural symptoms. The main findings of this review are presented in Table 1.

Table 1.

Data extraction results: definitions or description of chemical restraint or similar concept

Reference	Country Population	Type of evidence	Terminology	Definition or description	Key components Structure (S) Activities (A) Intentions/outcome (I)
1. Allison, L. & Moncrieff, J. (2014). 'Rapid tranquillisation' : an historical perspective on its emergence in the context of the development of antipsychotic medications. <i>History of Psychiatry</i> , 25(1), 57-69.					
1. Allison & Moncrieff, 2014	United Kingdom Psychiatry	Literature review	Rapid tranquillisation	All medication given in the short-term management of disturbed/violent behaviour (NICE, 2005). Current guidelines present rapid tranquillisation as a therapeutic, diagnosis-driven intervention, despite the behavioural modification the practice involves. Experts explicitly reject the notion that drugs are ever used for the purpose of control or restraint (Allen et al., 2001), [...] the panel did not endorse the concept of chemical restraint, [...] 'medication are treatment for target behaviors in behavioral emergencies' (Allan et al., 2001).	All medication (S) given (A) in short term management of behaviors (A) Therapeutic diagnosis-driven intervention (I) Not a purpose of control (I) Treatment for behavioral emergencies (I)
2. Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 10, 491-491. doi:10.3389/fpsy.2019.00491					
2. Chieze et al., 2019	Switzerland Psychiatry	Systematic review	Involuntary treatment Forced medication	Formal coercion includes involuntary admission, involuntary treatment, seclusion and restraint. Involuntary treatment refers to the administration of a medication against the will of the patient. [...]. Concerning involuntary treatment, a direct beneficial and therapeutic effect seems more intuitive than for seclusion and restraint. Forced medication used alone or combine (seclusion or physical restraint).	Formal coercion (I) Involuntary treatment (I) Administration (A) Medication (S) Against the will (A) Patient (S) Beneficial therapeutic effect (I)

					Alone or combine with seclusion or physical restraint
3. Collège des médecins du Québec (CMQ). (2015). <i>La sédation-analgésie : lignes directrices</i> . Québec: Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-sedation-analgésie.pdf					
3. CMQ, 2015	Canada	Guidelines	Sedation during diagnostic or therapeutic intervention	[Assurer la sécurité et le bien-être du patient lors d'une intervention diagnostique ou thérapeutique de qualité [...] en contrôlant les comportements moteurs nuisibles à l'intervention diagnostique ou thérapeutique.]	Security (I) Well-being (I) Patient (S) Diagnostic or therapeutic intervention (A) Control behaviours (I)
4. Colombier, B., Moulias, S., Curatolo, N., Cudennec, T., Muller, F., Preulier, D. & Teillet, L. (2015). Representation and practice about 'chemical restraints': Qualitative study with 50 health worker, <i>Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement</i> , 13(1), 31-35. doi:10.1684/pnv.2015.0521					
4. Colombier et al., 2015	France Geriatric care	Qualitative study	Chemical restraint or sedation of psychocomportemental behaviours Pre-medication, sedation-analgesia, treatment of disturbing behaviours	Emergency use of benzodiazepines or neuroleptics by injection at doses leading to the patient's sedation without his consent. [[...] low, light, soft, moderate to hard restraint. Different circumstances from punctual administration for the patient's comfort, to emergency or chronic use, to convenience use.]	Emergency (S) Benzodiazepines or neuroleptics (S) Injection (A) at doses (S) leading to sedation (I) from low to hard (S) Patient (S) Without consent (A) Punctual, emergency, chronic or convenience use (S)
5. de Bruijn, W., Daams, J. G., van Hunnik, F. J. G., Arends, A. J., Boelens, A. M., Bosnak, E. M. et al. (2020). Physical and pharmacological restraints in hospital Care : Protocol for a systematic review, <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 10(921). doi: 10.3389/fpsy.2019.00921					
5. de Bruijn et al., 2020	Switzerland Hospital care	Systematic review protocol	Pharmacological or chemical restraint	A form of restraint in which drugs are used to restraint patients. [...] they can be defined as either deliberate or incidental use of pharmaceutical products to control a	Drugs (S) Patients (S)

				<p>person's behavior and/or to restrict his or her freedom of movement, when they not exclusively intended to treat a medical condition. Medicaments such as benzodiazepines and antipsychotics, that are commonly used in psychiatric practice, for example in, respectively, the treatment of insomnia and the treatment of psychosis, are also used as pharmacological restraints due to their sedative effects. Physical and pharmacological restraints are mostly used when a patient shows behavior that compromises his or her own safety and that can cause serious physical or mental injuries or compromises the safety of others. Examples of this behavior range from wandering and making repetitive or disturbing noises to agitated and aggressive behavior or even suicidality.</p>	<p>Deliberate or incidental use (A)</p> <p>Control a person's behavior (I)</p> <p>Restrict freedom of movement (I)</p> <p>Not exclusively intended to treat a medical condition (I)</p> <p>Benzodiazepines and antipsychotics (S)</p> <p>Sedative effects (S)</p> <p>Safety of the patient or others (I)</p> <p>Examples: wandering, noises, agitated and aggressive behavior or suicidality (A)</p>
6. Dickinson, T., Ramsdale, S. & Speight, G. (2009). Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. <i>Nursing Standard</i> , 24(7), 40-50.					
6. Dickinson et al., 2009	United Kingdom Mental health	Guidelines	Rapid tranquillisation	<p>The aim of rapid tranquillisation is to [quickly] calm the person and reduce the risk of aggression and violence – not to treat the underlying psychiatric condition. The best response from this kind of intervention would be for the level of aggression to reduce, but without complete sedation, to allow evaluation and participation to treatment.</p>	<p>To calm (I)</p> <p>Quickly (S)</p> <p>Reduce risk (I)</p> <p>Not to treat (I)</p> <p>Reduce aggression (I)</p> <p>No complete sedation (I)</p> <p>Allow evaluation and participation to treatment (A)</p>
7. Flammer, E. & Steinert, T. (2015). Involuntary medication, seclusion and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 6(153). https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00153					
7. Flammer & Steinert, 2015	Allemagne Psychiatrie	Quantitative design	Involuntary medication	<p>Any medication, oral or per injection, against the patient's explicit or implicit will. In the ambiguous area of psychological pressure, medication is classified as "involuntary," if patients</p>	<p>Medication (S)</p> <p>Oral or per injection (S)</p>

				<p>have no other choice than being subjected to a different kind of coercive measure if they would refuse medication.</p> <p>Involuntary medication can be applied in case of acute emergency if required to prevent serious harm [...].</p>	<p>Against explicit or implicit will (A)</p> <p>Psychological pressure (A)</p> <p>Applied (A)</p> <p>Patients</p> <p>Coercive (S)</p> <p>Acute emergency (S)</p> <p>Prevent serious harm (I)</p>
<p>8. Georgieva, I., Mulder, C. L. & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. <i>Psychiatry Research</i>, 205(1), 48-53. doi: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.002</p>					
8. Georgieva et al., 2012	The Netherlands	Randomized clinical trial	Involuntary medication Rapid tranquillization	<p>Involve the oral or intramuscular administration of a combination of haloperidol and promethazine to achieve rapid, short-term behavioural control of any extreme agitation, aggression or potentially violent behaviour that placed the individual and those around them at risk.</p> <p>[...] as required medication.</p> <p>The use of involuntary medication could successfully replace and reduce the number of seclusions.</p>	<p>Administration (A)</p> <p>Neuroleptic PO ou IM (S)</p> <p>Rapid, short term (S)</p> <p>Behavioural control (I)</p> <p>The individual (S)</p> <p>Agitation, aggression, violent, at risk (A)</p> <p>PRN medication (S)</p> <p>Replace and reduce seclusion (I)</p>
<p>9. Gouvernement du Québec. (2015). <i>Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques</i>. Québec: Gouvernement du Québec.</p>					
9. Gouvernement du Québec, 2015	Canada	Guidelines	Chemical substance used ad a control measure	<p>[La mesure de contrôle par substance chimique consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.</p> <p>Les substances chimiques [...] utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.]</p>	<p>To limit capacity of action (I)</p> <p>To administer (A)</p> <p>Medication (S)</p> <p>Person (S)</p> <p>Control measure (I)</p> <p>Safety (I)</p>

					Context of an imminent risk (S)
10. Gowda, G. S., Lepping, P., Noorthoorn, E. O., Ali, S. F., Kumar, C. N., Raveesh, B. N. & Math, S. B. (2018). Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. <i>Asian Journal of Psychiatry</i> , 36, 10-16. doi: 10.1016/j.ajp.2018.05.024					
10. Gowda et al., 2018	India Psychiatric hospital care	Prospective observational study	Chemical restraint Involuntary medication / treatment	<p>This procedure involves the forceful injection of psychotropic medication either intramuscularly or intravenously against the patient's consent/will. It is used by staff for treatment purposes or to disengage from harmful behavior displayed by an individual.</p> <p>Forceful administration of medication or treatment is done against the patient's will, under high psychological pressure/leverage or using restraint by staff members (clinician/staff nurse) or family member or caregiver for treatment purpose or to disengage from harmful behavior displayed by an individual. The patient is given a choice, either to accept such medication or receive intramuscular or intravenous medication.</p>	<p>Forceful injection (S)</p> <p>Psychotropic medication IM or IV (S)</p> <p>Against the patient's (S) consent/will (A)</p> <p>Staff, clinician/staff nurse, caregiver (S)</p> <p>Family member (S)</p> <p>Individual (S)</p> <p>Treatment (I)</p> <p>To disengage from harmful behavior (I)</p> <p>Forceful administration (A)</p> <p>Under pressure (A)</p> <p>Choice to accept or to receive IM or IV (A)</p>
11. Hofsø, K. & Coyer, F. M. (2007). Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 23(5), 249-255. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.003					
11. Hofsø et al., 2007	Norway & Australia Intensive care unit	Literature review	Chemical restraint	<p>Any medication that is used for the specific purpose of restricting the patients' movement which is not a standard treatment for the patient medical or psychiatric condition. Chemical restraint has traditionally been given in the critical care setting as a form of routine therapy for mechanically ventilated patients, to reduce anxiety and pain, but also to facilitate medical interventions such as mechanical ventilation, necessary ventilatory support and the tolerance of tracheal tubes. Chemical restraint can furthermore restrict the patient's freedom.</p>	<p>Any medication (S)</p> <p>Purpose of restricting movement and freedom (I)</p> <p>Not a standard treatment (I)</p> <p>Given (A)</p> <p>Critical care settings (S)</p>

					Form of routine therapy for mechanically ventilated patients (I) Reduce anxiety and pain (I) Facilitate intervention (I)
12. Hu, F., Muir-Cochrane, E., Oster, C. & Gerace, A. (2019). An examination of the incidence and nature of chemical restraint on adult acute psychiatric inpatient units in Adelaide, South Australia. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 28(4), 909-921. doi: 10.1111/inm.12591					
12. Hu et al., 2009	Australia Psychiatry	Descriptive quantitative design	Chemical restraint	<p>Involve the use of medication, usually intramuscular, to sedate a person deemed at risk of harm to themselves or others. It is closely associated with or used synonymously with other terms such as involuntary medication, forced medication, and rapid tranquillization.</p> <p>Chemical restraint is the administration of a medication in an emergency situation and on an involuntary basis to control the behaviour of a person to prevent the person from harming him/herself or endangering others.</p> <p>Over half of the consumer group had diagnoses involving schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, mood disorders and mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use.</p> <p>Antipsychotics and benzodiazepines alone or in combination. IM and oral routes.</p> <p>The most common reason was 'intrusive behaviour, verbal abuse or disruption', followed by 'actual, threat of physical aggression, 'aggression or damage to property' and 'to administer treatment'.</p> <p>Guard stanby was reported to be present to assist with the administration of medications in most events, followed by seclusion/environment [...]. Mechanical restraint was not reported in any of the included events.</p>	<p>Medication (S)</p> <p>Usually intramuscular (S)</p> <p>Sedate (I) a person (S)</p> <p>Risk of harm to themselves or others (I)</p> <p>Involuntary, forced medication (S)</p> <p>Rapid (S) tranquillization (I)</p> <p>Administration (A)</p> <p>To control (I)</p> <p>Emergency (S)</p> <p>To prevent harm (I)</p> <p>Intrusive behaviour, verbal abuse, actual or threat of physical aggression, damage to property, to administer treatment (I)</p> <p>With diagnoses of mental health condition (S)</p> <p>Antipsychotics and benzodiazepines (S)</p> <p>IM and oral routes (S)</p> <p>Guard (S)</p>

					Seclusion during chemical restraint, no mechanical restraint (A)
13. Hughes, R. (2008). Chemical restraint in nursing older people. <i>Nursing Older People</i> , 20(3), 33-39.					
13. Hughes, 2008	United Kingdom Elderly care	Review of literature	Chemical restraint	Deliberate and incidental use of pharmaceutical products to control behaviours and/or restrict freedom of movement, but which is not required to treat a medically identified condition. These drugs may be purposively administered to sedate a patient as a means of convenience. Convenience is any action not in the patient's best interest to control or manage behaviour. [According to the law] restraint should only occur to prevent harm [...].	Deliberate or incidental use (A) Pharmaceutical products (S) To control behaviours, restrict freedom (I) Not to treat a medical condition (I) Purposively administered (A) Sedate (I) Convenience (I) Patient (S) Prevent harm (I)
14. Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011). <i>Restraint use and other control interventions for mental health inpatients in Ontario</i> , Ontario: Institut Canadien d'information sur la santé. https://secure.cihi.ca/free_products/Restraint_Use_and_Other_Control_Interventions_AIB_EN.pdf					
14. ICIS, 2011	Canada Mental health	Quantitative national report	Acute control medication	Psychotropic medication is administered as an immediate response to control agitation or threatening, destructive or assaultive behaviours in order to prevent harm to self or others.	Psychotropic medication (S) Administration (A) Immediate (S) Control agitation or behaviours (I) Prevent harm to self or others (I)
15. Janssen, W. A., van de Sande, R., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Bowers, L., Mulder, C. L. et al. (2011). Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. <i>International Journal of Law and Psychiatry</i> , 34(6), 429-438.					

15. Janssen et al., 2011	The Netherlands Psychiatry	Literature review	Enforced medication	Enforced medication is defined as application of intramuscular medication by force or by definite psychological pressure, i.e. announcing intramuscular medication if medication is not taken orally at once.	Enforced medication (S) Application (A) Intramuscular (S) By force or psychological pressure (A) If medication is not taken orally (S)
16. Jarrett, M., Bowers, L. & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 64(6), 538-548. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x					
16. Jarrett et al., 2008	United Kingdom Mental Health	Literature review	Coerced medication	Three definitions of coercion were identified: (i) the patient was manually restrained and given medication in a psychiatric emergency (i.e. in a situation during which the patient was deemed at risk to themselves and/or others at that moment in time); (ii) the patient was manually restrained and given medication as part of their treatment (e.g. the patient had refused their monthly injection and this was administered under manual restraint); (iii) the patient was coerced into taking medication.	Given (A) Medication (S) With or without manual restraint (A) Psychiatric emergency (S) Risk to themselves and/or to others (S) Part of the treatment (I) Coerced (I) into taking medication (A)
17. Keser Özcan, N., Bilgin, H., Akın, M. et Badırgalı Boyacıoğlu, N. E. (2015). Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in Turkey. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 24(19/20), 2881-2889. doi: 10.1111/jocn.12903					
17. Keser Özcan et al., 2015	Turkey Psychiatric wards	Cross-sectional descriptive design	Chemical restraint	Professional containment methods (PCMs) are measures used in psychiatric wards when patients exhibit or direct violent behaviour towards themselves, other people or their surroundings. These methods aim to prevent patients and staff from being harmed through conflict behaviours that arise from patients' absconding, treatment refusal or similar behaviours. The most frequently used methods includes chemical restraint [pro re nata (PRN) medication, compulsory intramuscular (IM) medication].	Containment (I) method (S) Violent behaviours (A) Patient, staff, other people (S) Prevent harm (I) Absconding, treatment refusal or similar behaviours (A) PRN medication (S)

Compulsory IM medication
(S)

18. Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjøsund, N. H., Opjordsmoen, S., . . . Friis, S. (2012). Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards-Why and how are they used? *Psychiatry Research*, 209(1), 91-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.017>

19. Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjøsund, N. H., Opjordsmoen, S., . . . Friis, S. (2014). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint-a register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, 215(1), 127-133. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.024>

18. Knutzen et al., 2012	Norway	Quantitative studies	Pharmacological restraint	Single doses of medications with an antipsychotic, anesthetic or sedative effect that are given by injection or taken orally, either used alone or when the patient is already mechanically restrained (concomitant pharmacological restraint).	Single doses medications (S)
19. Knutzen et al., 2014	Acute psychiatry			Restraint procedures are not to be seen as a part of the treatment plan (The Mental Health Care Act, 1999, Norway).	Given (A) Antipsychotics or sedative agent (S) Patient (S) Alone or with mechanical restraint (A) Injection or orally (S) Not a treatment (I)

20. Lam, K., Kwan, J. S. K., Kwan, C. W., Chong, A. M. L., Lai, C. K. Y., Lou, V. W. Q, et al. (2017). Factors associated with the tend of physical and chemical restraint use among long-term care facility residents in Hong Kong : Data from 11-Year observational study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(12), 1043-1048.

20. Lam et al., 2017	China Long term care	Observational study	Chemical restraint	The use of any of psychotropics, hypnotics or anxiolytics to control the behavior of nursing home residents. The common cited reasons for healthcare workers in nursing homes to impose restraints to residents include: to ensure safety to residents and staff; to facilitate treatment; and to compensate for understaffing. [...] excluding elder residents with a diagnosis of psychiatric illness.	Psychotropics, hypnotics, anxiolytics (S) Nursing home residents (S) Healthcare workers (S) To control the behavior (I) To ensure safety (I) To facilitate treatment (I) To compensate for understaffing (I)
----------------------	-------------------------	---------------------	--------------------	---	--

					Excluding diagnosis of psychiatric illness (S)
21. Lepping, P., Masood, B., Flammer, E. et Noorthoorn, E. O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. <i>Social psychiatry and psychiatric epidemiology</i> , 51(9), 1301-1309. doi: 10.1007/s00127-016-1203-x					
21. Lepping et al., 2016	United Kingdom Germany The Netherlands Mental health	Prevalence	Involuntary medication	Application of medication by force where the patient shows overt resistance.	Application (A) Medication (S) By force (A) Patient's (S) resistance (A)
22. Ling, S., Cleverley, K. et Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. <i>Canadian Journal of Psychiatry</i> , 60(9), 386-392. https://doi.org/10.1177/070674371506000903					
22. Ling et al., 2015	Canada Mental Health	Qualitative analysis	Chemical restraint	A « STAT » (emergency) pharmacological intervention administered without the client's or substitute decision maker's consent.	STAT emergency pharmacological intervention (S, A) Client or substitute decision maker (S) Administered (A) Without the consent (A)
23. Mah, T. M., Hirdes, J. P., Heckman, G. & Stolee, P. (2015). Use of control interventions in adult in-patient mental health services. <i>Healthcare Management Forum</i> , 28(4), 139-145.					
Mah et al., 2015	Canada Mental Health	Prevalence	Acute control medication	Psychotropic medication administered to a patient to achieve an immediate level of control over agitation and threatening, destructive, or assaultive behaviours in order to prevent harm to self or others. This definition excludes the use of psychotropic medication for treatment purposes where a diagnosis has been identified and an ongoing course of medication treatment has been prescribed. It excludes the use of PRN medication that is part of an ongoing treatment plan.	Psychotropic medication (S) Administered (A) Immediate (S) Control over behaviours (I) Prevent harm (I) Self or others (S)

					No treatment purposes (I) not a part of a treatment plan (I)
24. Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R. & Grimmer, K. (2020). The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomized controlled trials. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 29(2), 110-126. doi: 10.1111/inm.12654					
24. Muir-Cochrane et al., 2020	Australie Mental Health	Systematic and literature review	Chemical restraint also known as rapid tranquilisation	The use of psychotropic medication to control severe agitation, or violent behaviours. It is generally understood to be the 'assertive administration of emergency medication to adults with aggressive, agitated or violent behaviours with the purpose of quick calming or sedation, diminution of symptoms, and/or to decrease the likelihood of harm to self or others' (Battaglia et al., 2003). It may be administered in conjunction with physical restraint to induce a state of calm for people whose level of aggression poses a threat to themselves or others, and which cannot be reduced by less invasive means (NICE, 2015). [...] The practice is generally accepted as not being treatment, but rather to defuse acute symptoms in emergency situations and provide a safe space in which a diagnosis and treatment plan can then be determined.	Psychotropic medication (S) Control behaviours (I) Assertive administration (A) Emergency medication (S) Adults (S) Purpose of quick calming or sedation, diminution of symptoms, or to decrease risk of harm to self or others (I) Conjunction with physical restraint (A) Not a treatment (I) Defuse acute symptoms (I) Provide a safe place for diagnosis and treatment plan (I)
25. Nadkarni, P., Jayaram, M., Nadkarni, S., Rattehalli, R. & Adams, C. E. (2015). Rapid tranquilisation: a global perspective. <i>British Journal of Psychiatry international</i> , 12(4), 100-102. doi: 10.1192/s2056474000000684					

25. Nadkami et al., 2015	Canada Australia United Kingdom Mental Health	Guidelines	Rapid tranquilisation	Calming without sedation. It is the use of psychotropic medication to control agitated, threatening or destructive psychotic behaviour, and is defined (NICE, 2005) as: the use of medication to calm/lightly sedate the service user, reduce the risk to self and/or others and achieve an optimal reduction in agitation and aggression, thereby allowing a thorough psychiatric evaluation to take place, and allowing comprehension and response to spoken messages throughout the intervention.	Calming, lightly sedate (I) Psychotropic medication (S) Control behaviors (I, A) Reduce risk to self and/or others (I) Allowing evaluation and communication throughout the intervention (I)
26. Nash, M., McDonagh, C., Culhane, A., Noone, I. et Higgins, A. (2018). Rapid tranquilization: An audit of Irish mental health nursing practice. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 27(5), 1449-1458. doi: 10.1111/inm.12445					
26. Nash et al., 2018	United Kingdom Mental Health	Survey	Rapid tranquilization *also referred to as involuntary medication, forced medication or coerced medication	A pharmacological intervention sometimes employed in mental health care for the management of acute behavioural disturbance. It is a form of restrictive practice, which, along with seclusion and restraint, is a conventional and controversial intervention in the therapeutic management of risk in mental health settings. Defined as use of medication by the parenteral route (usually intramuscular or, exceptionally, intravenous) if oral medication is not possible or appropriate and urgent sedation with medication is needed, suggests that the purpose is to calm/lightly sedate the service user and reduce the risk to self and/or others'. The aim of rapid tranquilization is not to manage the underlying mental distress, but to achieve an optimal reduction in agitation and aggression which can then allow a psychiatric evaluation to take place.	Pharmacological intervention (S) Mental health care (S) Management of acute behavioral disturbance (I) Restrictive practice (I) Therapeutic management or risk (I) IM or IV if PO is not possible or appropriate (S) Urgent sedation (S) Purpose is to calm/light sedate (I) Self and/or others (S)

					Not a treatment of underlying mental distress (I) Aim to achieve reduction in agitation and aggression (I, A) Allow psychiatric evaluation (A)
27. Parker, C. et Khwaja, M. G. (2011). What is new in rapid tranquillisation? <i>Journal of Psychiatric Intensive Care</i> , 7(2), 91-101. doi: 10.1017/S1742646410000245					
27. Parker & Khwaia, 2011	United Kingdom Psychiatry	Literature review	Rapid tranquillisation	Use of medicines to quickly calm the severely agitated patient (in order to reduce the risk of imminent and serious violence to self or others, rather than to treat the underlying psychiatric condition) is referred to as rapid tranquillisation. The aim of rapid tranquillisation is not to induce sleep or unconsciousness; the patient should be sedated but still able to participate in further assessment and treatment and able to respond to communication throughout. However there may be occasions when sedation is an appropriate goal (NICE, 2005).	Use (A) of medicines (S) Quickly calm (I) Agitation (A) Patient (S) Reduce risk of violence to self or others (I) Not to treat the underlying condition (I) Sedated but able to participate in assessment and treatment and communicate (I) Sedation goal sometimes appropriate (I)
28. Raboch, J., Kalisová L. Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karasterigou, A., ... Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. <i>Psychiatric Services</i> , 61, 1012-1017.					
28. Raboch et al., 2010	Europe Mental Health	Quantitative study	Chemical restraint	Forced medication refers to activities using restraint or strong psychological pressure (involving at least three staff members) to administer medication against the patient's will.	Forced (I) Using restraint or strong psychological pressure (A) To administer (A) Involving staff members (S) Medication (S)

					Against the will (A) Patient (S)
29. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). <i>Promoting safety: Alternative approach to the use of restraints</i> . Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario. https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints					
29. RNAO, 2012	Canada	Clinical guidelines	Chemical restraint	Any form of psychoactive medication used not to treat illness, but to intentionally inhibit a particular behaviour or movement.	Psychoactive medication (S) Not to treat illness (I) Intentionally inhibit behaviour or movement (I, A)
30. Saeed, H., Khan, M. S., Batool, S. M., Ladak, A. A., Karim, N. and Aftab, R. (2019). Need of physical and chemical restraint: Experiences at inpatient psychiatric ward in a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. <i>Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan</i> , 29(5), 486-488.					
30. Saeed et al., 2019	Pakistan Psychiatric wards	Descriptive study / retrospective design	Chemical restraint / rapid tranquilization	Chemical restraint/rapid tranquilization should be carefully administered to enable rapid and short-term behavioural control, which puts people at risk of harm to themselves or others, after failure of initial therapeutic interventions. The goal is to calm the person instead of treating the underlying psychiatric condition.	Administered (A) Rapid and short-term (S) Behavioural control (I) People (S) at risk of harm to themselves or others (S) After failure of therapeutic interventions (A) Goal is to calm (I) Not to treat an underlying condition (I)
31. Swickhamer, C., Colvig, C. et Chan, S. B. (2013). Restraint use in the elderly emergency department patient. <i>Journal of Emergency Medicine</i> , 44(4), 869-874. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.02.080					
31. Swickhamer et al., 2013	États-Unis Elderly in emergency department	Retrospective study	Chemical restraint	Any intramuscular or intravenous dosage of a benzodiazepine or a typical or atypical antipsychotic medication to protect the patient or others from injury.	IV or IM medication (S) Benzodiazepine or atypical or atypical antipsychotic (S) Protect from injury (I) Patient or others (S)

32. Teece, A., Baker, J. et Smith, H. (2020). Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 29(1-2), 5-19. doi: 10.1111/jocn.15052					
32. Teece et al., 2020	United Kingdom Critical care unit	Integrative review	Chemical restraint	In critical care, chemical restraint, in the form of modern light sedation, is used to enable patients to tolerate therapies such as endotracheal intubation. However, extra sedative drugs in the form of boluses or pro re nata drugs are also used to manage psychomotor agitation.	Critical care (S) Light sedation (S) To enable patients (S) to tolerate therapies (endotracheal intubation) (I) Bolus (S) or PRN (S) Manage psychomotor agitation (A)
33. World Health Organization (WHO) (2019). <i>Strategies to end seclusion and restraint : WHO QualityRights Specialized training</i> . World Health Organization.					
33. WHO, 2019	International	Guidelines	Chemical restraint	The use of medication administered against the person's will, which is claimed to be a "necessary treatment" or an "emergency measure" in order to control a person's movement and/or behaviour. It involves involuntary use of a sedating or psychotropic drug. It can include oral administration or injection of the medication without the person's consent. It is often administered in response to a perceived danger, such as a violent or aggressive act against one's self or others, or to control people or make them "easier to manage". Chemical restraint is frequently used as an alternative to, or alongside, manual restraint, physical restraint or seclusion. However, chemical restraint is a form of restraint itself, and it is not an acceptable alternative to other forms of restraint or seclusion although it is often thought to be a more positive alternative.	Medication (S) Administered (A) Against person's will (A) Necessary treatment (I) or emergency measure To control movement and/or behaviour. (I) Involuntary use (A) Sedating or psychotropic drug (S) Oral or injection (S) In response to a perceived danger (I) Make people easier to manage (A) Frequently used as an alternative to other forms of restraint or seclusion (A) Not an acceptable alternative (I)

3.1 Defining and measuring the use of coercive measures

Seclusion and physical restraint seem easier to comprehend than chemical restraint in order for consensus definitions can be reached (Bleijlevens, Wagner, Capezuti, Hamers & International Physical Restraint Group, 2016; Van Dorp, Nijhof,, Mulder & Popma, 2021). Given the visible nature of seclusion and physical restraints (Colombier et al., 2015), a range of heterogeneous indicators are available for data calculation and interpretation (Jannssen et al., 2011; Noorthoorn et al., 2015; Oster, Gerace, Thomson et Muir-Cochrane, 2016). Examples pertaining to patient, ward, institute and population levels include incidence and prevalence rates based on episodes or events per 100 or 1000 admissions, per 100 or 1000 occupied beds or patient-days, per 100 000 inhabitants, total hours in containment per individual patient, mean or median duration in hour, duration per 100 or 1000 bed hours, patient-hours, bed days or patient-days, etc.

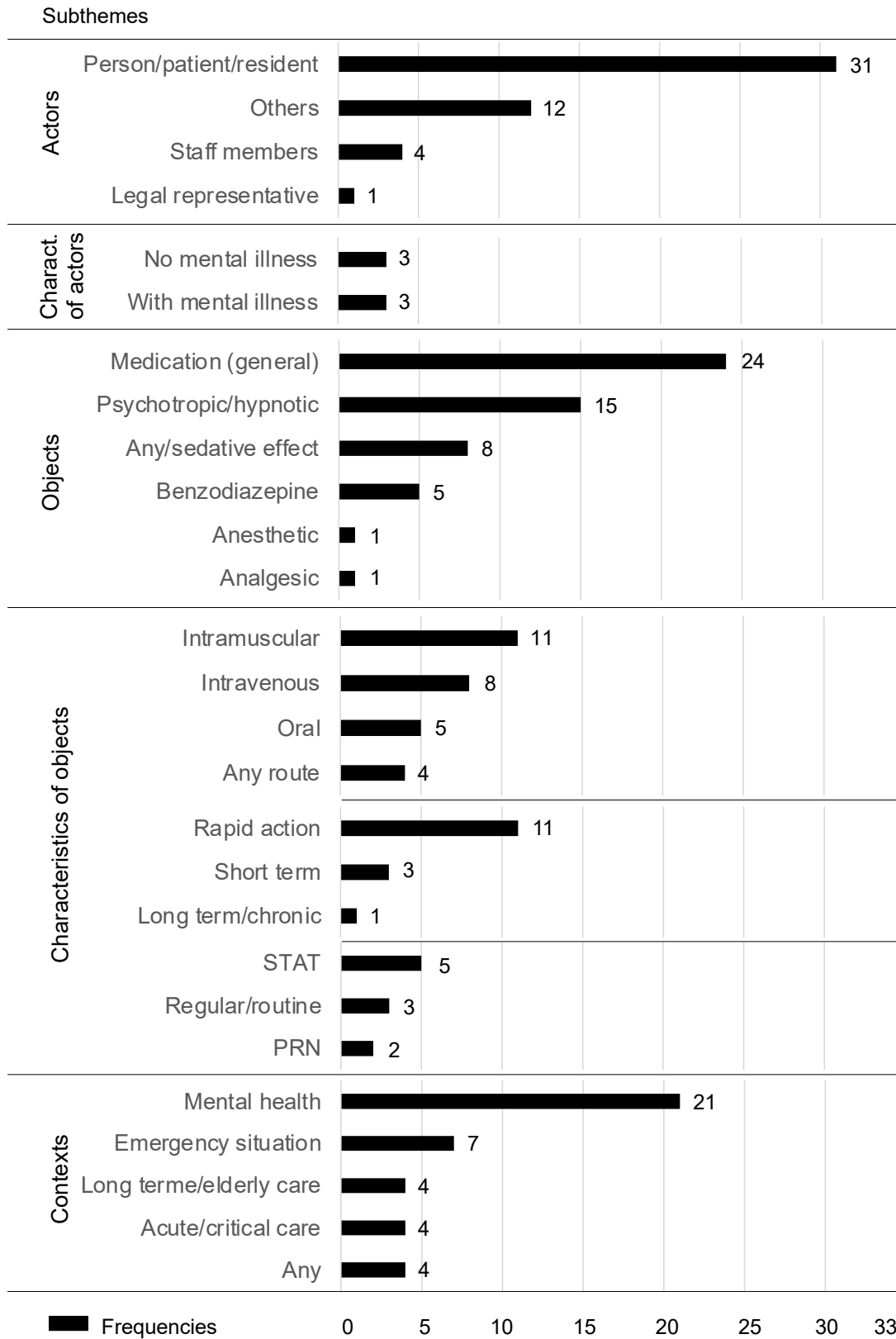
For its part, chemical restraint has no consensual definition (de Bruijn et al., 2020; Knutzen et al., 2014) on which indicators can be based, due to its subjective dimension that implies knowing the intention of the provider who applies it, such as "to achieve behavioural control" (Georgieva et al., 2013) or "to limit a person's capacity for action" (Government of Quebec, 2015). Thus, chemical restraint has been usually either excluded from statistics relating to coercive measures (Dumais, Larue, Drapeau, Menard & Giguere Allard, 2011), sometimes included in studies but without a validated definition (Weiss et al., 2012; Hu et al., 2019), or captured through more easily measurable indicators, such as *PRN medications*, *IM medications* or *the number of antipsychotic drugs* (Bowers, van der Werf, Vokkolainen, Muir-Cochrane, Allan & Alexander, 2007; Gowda et al., 2018; Keser Özcan, Bilgin, Akın & Badırgalı Boyacıoğlu, 2015). It is important to note that *the duration of an episode of restraint* is not a relevant indicator in the case of chemical restraint (Knutzen et al., 2012), since the medication does not act similarly on each individual, its speed of action and the extent of the sedative effect is therefore difficult to measure or predict and remains variable depending on the molecules and their interactions. Finally, as mentioned, different terms (Colombier et al., 2015) vague and heterogeneous definitions are used across countries (Knutzen et al., 2014), making it difficult to suggest a universal definition and calculation modality for chemical restraint.

The central themes associated with chemical restraint or behavioural sedation will be summarized under three components generated from definitions and descriptions listed in Table 1: the (1) *structure* of chemical restraint (2) the *actions* motivated by (3) *intentions* which are all in constant interaction and evolution.

3.2 First theme. Structure of chemical restraint

The (1) *structure of chemical restraint* was discussed by all authors (100%, $n = 33$), see Fig. 2. Indeed, chemical restraint is structured around actors such as the staff member(s), the person with or without a diagnosed medical condition, and the family member or legal substitute decision maker. Then, the inanimate structure (objects) of chemical restraint refers to a pharmacological agent with sedative proprieties, such as benzodiazepines, psychotropics, analgesics and characterized by different routes options, such as oral, sublingual, intravenous, intramuscular or intranasal. Some authors mention a dose or a combination of drugs. Also, chemical restraint's structure is not static: it lends itself to evolution. The authors mention a frequency or offer precisions about the pharmacodynamics, for example, with no delay (emergency, STAT) or pro re nata (PRN-as needed). They also refer to a speed, usually rapid or immediate, and a duration of action of the sedative effect, either short term, medium or long term. The actors and the objects that build chemical restraint cannot be separated from their *context*. There is a range of institutional care settings and contexts where people and medications are operating, such as acute care, intensive care, emergency situations, mental health care and long-term facilities.

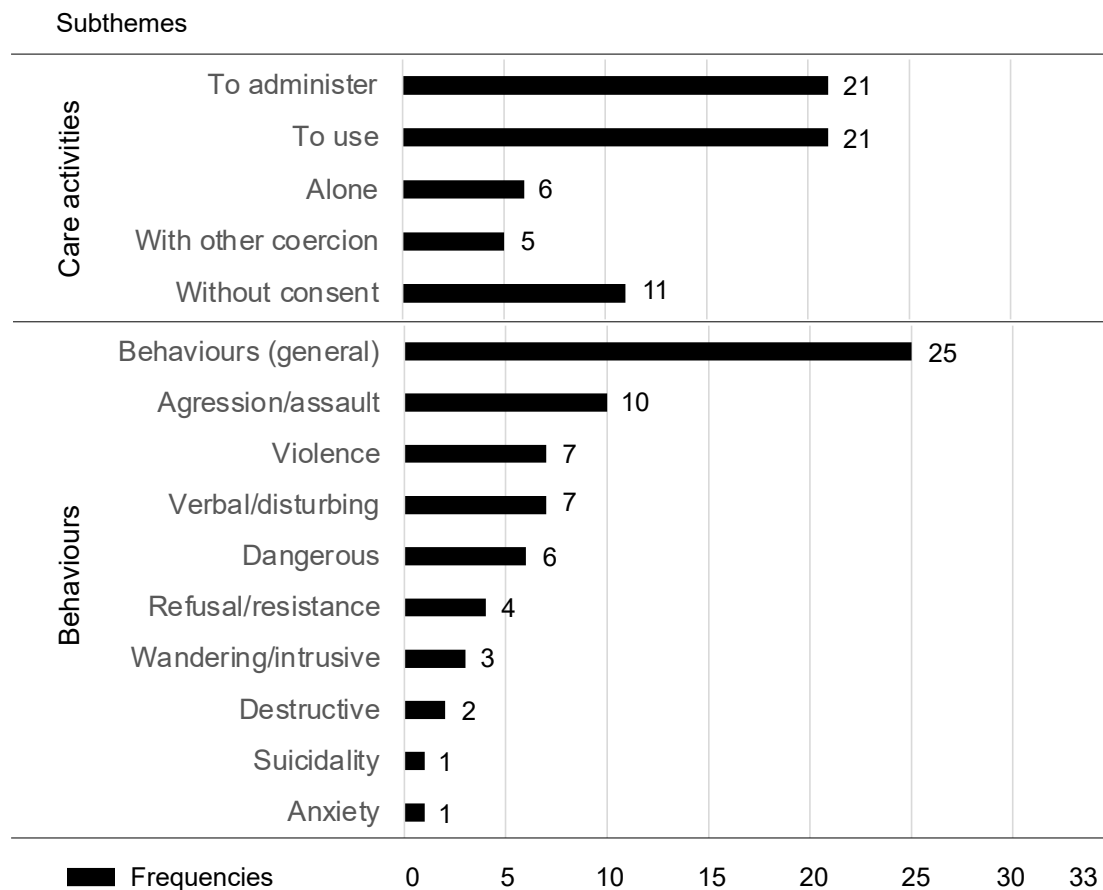
Figure 2. *Subthemes related to the structure of chemical restraint (n total = 33)*



3.3 Second theme. Actions surrounding chemical restraint

Secondly, all authors refer to one or many *actions* when describing chemical restraint (100%, $n = 33$), see fig. 3. *Actions* (2) denote the interactions, the activity between patients and care providers throughout the delivery of care. Indeed, chemical restraint takes shape in *actions*, for example, to force, to administer, to give medication by force, against the will or without consent, with or without other forms of restraint, etc. These actions influence the patient's or resident's behaviours and vice versa. Most common *behaviours* include aggression, violence, verbal threat, agitation, resistance, interference with diagnostic intervention or therapeutic plan, calm or disruptive behaviours like wandering, intrusion or yelling.

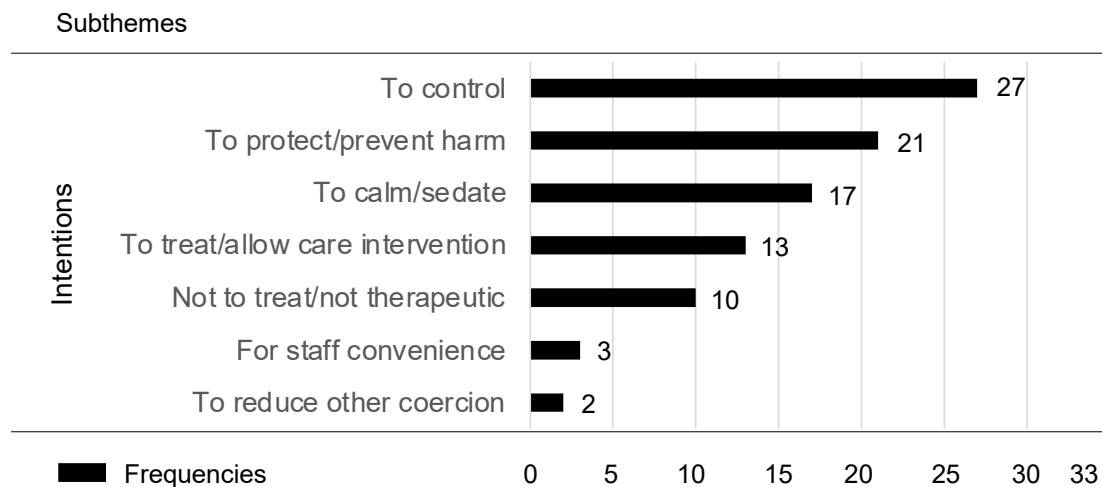
Figure 3. *Subthemes related to the actions (and mechanisms) surrounding chemical restraint (n total = 33)*



3.4 Third theme. Intentions and outcomes of chemical restraint

Finally, according to most authors (91%, $n = 30$), chemical restraint is defined by an underlying (3) *intention*, see fig. 4 (for the purpose of, aim to, intended to, leading to, to [verb], to enable [goal], intentionally, deliberate use). The purposes or desired outcome of chemical restraint are, for example, to control behaviours, to enhance safety, to calm, to treat symptoms, to prevent extubation, to facilitate care interventions and to avoid physical restraint/seclusion. Then, despite the initial intentions, actual outcomes are understood as the observed/perceived consequences of the chemical agent with sedative proprieties, such as calming effect or side effects, safety or incident/accident (e.g., aggression, injury, death) and high or low seclusion-restraint rates.

Figure 4. Subthemes related to the intentions (and outcomes) behind the use of chemical restraint (n total = 33)



As previously noticed by The Minister of Health and Social Services and by the professional order of physicians in Quebec, Canada (Collège des Médecins du Québec) (Bernheim, 2020), our research shows that the main factor to take into account to comprehend chemical restraint is the intention behind the use of the medication. There are mixed views as to whether chemical restraint should be recognised as a coercive measure, a treatment or an alternative measure to physical restraint and seclusion (Allison & Moncrief, 2014; WHO, 2019). In clinical practice, the intent of practitioners when

prescribing is not recorded in most data sources (Robins et al., 2021) and can be unclear to other team members so the outcome for the patient can be disconnected from the prescribers' intentions. However, it should be noted that most of definitions included in this review explicitly made a reference to the administration (*administered, to administer, given, used by injection, application*) (64% $n = 21$) and none mentioned the prescription (0% $n = 0$). Thus, since the intention of the provider in charge of the administration seems to be a key element to explore, required to answer our second and third research questions, the authors will take a deeper look at this theme in sections 2.4.1 to 2.4.3.

3.4.1 Chemical restraint: a coercive measure?

Historically, authors have traced manuscripts dating back to the nineteenth century denouncing the control intentions of medication and the idea of using *chemical restraint to paralyse the brain and to render the patient quiet* (Allison & Moncrieff, 2014). These authors suggest that substances administered in acute psychiatric settings before 1950 were initially seen as just tranquillizers, intended to achieve sedation, and regarded as chemical restraint rather than a treatment that would act on an underlying pathology (Allison & Moncrieff, 2014; Moncrieff, 2013).

Nowadays, most authors included in this review (82%, $n = 27$) still recognize chemical restraint (or synonym) as a coercive measure based on control intentions (to *control, inhibit, restrict*). Some authors, but not the majority (33% $n = 11$), explicitly mention an administration *without the consent, by force, involuntary or against the persons' will, or under psychological pressure*. In addition, professional practices and underlying mechanisms of seclusion, physical and chemical restraints seem to be similar. First, the factors that lead to their use appear to be the same. In fact, for all three measures, control intentions are nearly always coupled with protection intentions. By *protection intentions*, we mean the goal to calm behaviours that compromises self or others' safety as it can cause physical injury/harm. The findings of our literature review clearly demonstrate the existence of this safety/protection purpose (76%, $n = 25$) of sedative medications almost equally as the control purpose (82%, $n = 27$). Specifically, most authors mentioned the

objective of inducing a sedative, tranquilizing or calming effect (52% $n = 17$) and/or mention safety or risk reduction for the individual or for others (64% $n = 21$).

3.4.2 Chemical restraint: a treatment?

For many years in the Quebec, Canada, influent stakeholders defended the idea that medication is a therapeutic option in all circumstances, intended to treat an underlying medical condition and symptoms, thus, chemical restraint does not exist (Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale, 2004; Bernheim, 2020). This controversial international position (Currier et al., 2003), has been retracted later but still affect beliefs and interventions surrounding the use of sedative medication in the province.

Through our research, we found that chemical restraint is existent and represents a serious issue in different local and international health care settings as it was the subject of specific acts in all North American and European countries using English or French as official language. In practice, chemical restraint can be used separately or concurrently with other measures such as seclusion or/and physical restraint (Chieze, Hurst, Kaiser & Sentissi, 2019; Hu et al., 2019; Knutzen et al., 2012), and all three interventions can be included as treatment options of the patient or resident's care plan (Government of Quebec, 2015; Jarrett, Bowers & Simpson, 2008). Across the 33 references included in this review, 13 (39%) saw medication as a means to allow care intervention to take place, such as evaluation, diagnostic, or treatment. Four authors (12%) have sustained that medication-induced restraint can be used for treatment purposes but not exclusively, as it also controls harmful behaviours and/or restrict the person's freedom. Also, one study (3%) included *routine therapy for mechanically ventilated patients* in the definition of chemical restraint and three (9%) referred to the concept of *involuntary treatment*. On the other hand, 11 studies (33%) rejected any therapeutic purpose behind chemical restraints. Ultimately, scholars and governments around the world came to an agreement that drugs used to restrain people can cause significant side effects and complications that generally outweigh the therapeutic benefits, especially in aged populations. In 2019, the World

Health Organization (2019) made an unequivocal statement that chemical restraint is countertherapeutic, impede people's recovery and can damage therapeutic alliances.

3.4.3 Chemical restraint: an alternative measure?

In the past decades, medication was initially viewed by healthcare staff members as a lesser evil and a more acceptable alternative than physical restraint (Colombier et al., 2015; Currier, 2003). In the 1990s, a principle was stipulated by the World Health Organization (1996) that *every patient must be protected from harm* implied the prohibition of any abuse or act causing mental distress and physical harm. A move towards declaration and reduction of physical restraints and seclusion as an affront to human rights and freedoms followed this statement. However, experts were concerned that these two measures would be radically replaced by chemical restraints, recognized by scientists as having a risk potential comparable to or even greater than physical restraints (Kane et al., 1993).

Only two articles included in this review (6%, $n = 2$) referred to the term *alternative* or to the intention of reducing physical restraint and seclusion frequency or duration. However, at first glance, the hypothesis of medication administration as an alternative to other coercive measures seems to hold up. An analysis based on millions of observations (3.9 M) in the United States of America shows that, in facilities with public reporting requirements, reductions in physical restraint rates significantly increased the use of antipsychotics (Konetzka, Brauner, Shega & Werner, 2014). Some stakeholders view PRN or regular medication as a common de-escalation technique to help patients calm down and avoid seclusion or physical restraint (Kuivalainen, Vehviläinen-Julkunen, Louheranta, Putkonen, Repo-Tiihonen & Tiihonen, 2017). Others, similarly, suggest that interventions for disruptive behaviours should be oriented towards the use of medication as a first-line option to reduce coercive measures (Georgieva et al., 2013; Kalula & Petros, 2016). Moreover, Georgieva et al. (2013) found that, in European and American countries, patients themselves tend to prefer antipsychotic tranquillizers and involuntary medication versus seclusion and physical restraint. On the other hand, the same study (Georgieva et al., 2013) evaluating the implementation of such a policy (medication first) shows that staff

actually have problems managing episodes of agitation and violence using medication alone, as this approach does not significantly reduce the total number of physical restraints and seclusion or the duration of these episodes. Recently, the World Health Organization (2019) ruled that it is not acceptable to use chemical agents as an alternative to other forms of control measures.

3.5 Defining *chemical restraint or behavioural sedation*

Our data analysis suggests that the starting point of a sound empirical definition of chemical restraint implies broadening the focus to *chemical restraint or behavioural sedation*. This framing allows lowering the stigma associated with coercive intentions that do not sufficiently take into account the intention to calm the person for protection purposes. It should be noted that we have removed the *psycho* prefix from the *psycho-behavioural sedation* nomenclature suggested by Colombier et al. (2015) for elderly care because the psychological dimension was not supported by the findings of our review. Except for the only context of intensive care (Hofsø et al., 2007), the authors of the selected publications (adult and elderly populations) do not suggest that the purpose of chemical restraint is to improve psychological symptoms such as mental distress or anxiety (0% $n = 0$) (Nash et al., 2018), whereas the behavioural dimension is dominant (76% $n = 25$).

The integration of the three linked themes has led to the following definition of *chemical restraint or behavioural sedation*, see Table 2 (third research question). To be in the presence of *chemical restraint or behavioural sedation*, the primary statement (A) must be combined with one or more of the secondary statements (b, c, d).

Table 2. *Integrative operational definition*

Definition of chemical restraint or behavioural sedation

Chemical restraint or behavioural sedation is one of the main coercive measures in health care facilities but is also a safety measure used to protect individuals. This intervention involves a:

A. emergency (STAT), pro re nata (PRN), regular (DIE, BID, QID, etc.) or continuous infusion medication with sedative properties (e.g., psychotropic, hypnotic, anxiolytic, analgesic, anesthetic)

b) administered with the intention to prevent or control behaviours, i.e.:

- presenting a danger of harm to the person or others such as verbal or physical violence and aggression, or
- interfering with diagnostic or therapeutic interventions such as standing up, touching or removing care equipment (e.g., extubation) or moving during a motion-sensitive examination, or
- disturbing, causing heavy workload to staff, or seen as inappropriate, such as wandering and yelling

c) and/or administered for the same purpose as physical restraint or seclusion, i.e.:

- to avoid physical restraint or seclusion, or
- concomitant with physical restraint or seclusion

d) and/or administered without consent, i.e.:

- to a person who refuses the medication, or
 - whose representative refuses to give verbal or written consent.
-

4. Discussion

This literature review was performed to gain some understanding about chemical restraint, a preliminary step towards measurement and quality assessment. The authors concluded that the use of medication as restraints is a common intervention in developed countries. Chemical restraint should be seen as a coercive measure requiring declaration and the application of rigorous standards of care. Yet, we found that *chemical restraint or*

behavioural sedation seems to be both a control and a protection measure. It is not an acceptable alternative to other coercive measures because it is equally risky. Furthermore, chemical restraint is not a treatment in itself. Therapeutic intentions could initially be pursued by the prescriber, just as physical restraint sometimes takes part of the individualized care plan, but behavioural sedation rarely result in therapeutic consequences considering the potential side effects and complications. Indeed, a drug administered to individuals with a diagnosed mental health condition should not be systematically excluded from chemical restraint or behavioural sedation rates (Knutzen et al., 2012). Also, as it was recently suggested by Muir-Cochrane (2020), we agree that medication given without consent is associated with chemical restraint, however, since consent can be obtained by force, i.e., under psychological or physical pressure (Flammer & Steinert, 2015; Gowda et al., 2018; Janssen et al., 2011), we couldn't base our definition and calculation modality on this unique principle.

4.1 Uncovering the subjective intention of the care provider in charge of the administration to enable the reduction of chemical restraints

In the light of these observations, we believe that special and sustained attention to the care provider's intention(s) is crucial for future research and for quality improvement initiatives about chemical restraint. Take the example of PRN antipsychotic drugs given in an emergency context. Often, these molecules are administered to rapidly sedate people who have not been properly evaluated or diagnosed, and, in fact, this medication would take several weeks to act on an underlying condition (schizophrenia, bipolar disorder, depression), if existent. In any case, the nurse or other caregiver in charge of administering the medication with sedative proprieties must ask her/himself the three following questions: (1) am I trying to control or prevent behaviours that could result in harm? (2) Is the goal of this intervention the same as for physical restraint or seclusion? (3) Am I acting against the patient/resident's will or without consent? As soon as one of these three questions is answered with *Yes*, then we recommend reporting this event as *chemical restraint or behavioural sedation*. This being so, we have partially relieved the prescriber of direct accountability of the rates of use of chemical restraints, even if his/her

prescription practices certainly influence the overall data. Of course, the practitioner also remains professionally responsible for his/her prescription.

In the same vein, the physician or nurse practitioner's intention at the time of prescription could be to defuse acute symptoms. However, a nurse in charge of the drug administration may choose to give this PRN medication at a certain time for the additional purpose of restraining the freedom to move or to silence the patient (de Bruijn et al., 2020; Nurminen, Puustinen, Kukola & Kivela, 2009), even if the drug was originally prescribed for motives like sleep disorder (benzodiazepine), mood disorder (neuroleptic), pruritus (antihistamine), or pain (opioids). This would be legal and professional misconduct in most countries, states and provinces. Clinical nurses therefore bear a significant responsibility (Bernhiem, 2020) for *chemical restraint or behavioural sedation* rates and quality of care. Indeed, these professionals are directly involved in the entire drug administration process, from the interpretation of the prescription and suggestion of changes if needed, to the documentation (Pirinen et al., 2015). In this regard, vague instructions in PRN prescription (e.g. *for agitation*) and lack of medical evaluation (Human Rights Watch, 2019) can lead nurses to take abusive individual decision-making (Hughes, 2008) and even to cause harm and overdose (Neumann, Faris, Proudfoot & Klassen, 2013). Given this finding, there is no doubt that the use of restraints, including medications, is a priority nursing-sensitive quality indicator that should be monitored by the management board of all health institutions.

In light of our findings, healthcare managers that wish to integrate chemical restraint into an event reporting or quality control system can do so but should be cautious as physicians or nurse practitioners could question the cumulative statistics, defending themselves against having no intention of control at the time of prescription. We therefore suggest reminding the healthcare teams that control measures are also *protection* measures: a common goal pursued both by practitioners who perform the prescription and staff members in charge of the administration. We reiterate the need to maintain collective efforts to reduce medication use in clinical practice, given population aging, side effects and risks associated with pharmacological molecules of all classes. However,

emphasizing also on protection intentions may help to ensure the accuracy of stakeholder's reporting by reducing the culpability of the process.

4.2 Limitations

The results were limited to references available in English or French, therefore, data from articles in other languages might have been missed. Due to the nature of this study (preliminary step of a realist review) and to time constraints, grey literature hand-search was only conducted for the specific context of Quebec and Ontario (Canada). The findings generated from realist methods provide meaningful answers in particular contexts and settings but are not expressed as unequivocal truths and should be interpreted with caution by international readers.

5. Conclusion

The formulated definition following this literature review makes it possible to consider not only control intentions but also protection intentions. The therapeutic intention, therefore, is not the focus of chemical restraint but can coexist. We hope that this new perspective of a pluri-intention definition of *chemical restraint or behavioural sedation* can disrupt the status quo and promote a blameless reporting culture. The conclusions of this article could lead to the emergence of a consensus on the definition of chemical restraint or behavioural sedation from a care provider perspective, useful for coercive measures reporting and reduction, as well as to perform the first prevalence study at provincial and national levels.

6. References

- Allison, L. & Moncrieff, J. (2014). Rapid tranquillisation : an historical perspective on its emergence in the context of the development of antipsychotic medications. *History of Psychiatry*, 25(1), 57-69.
- Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec. (2004). *Contention chimique. Quand s'arrête le contrôle et où commence le traitement?*. Association des groupes d'intervention en santé mentale du Québec.
https://pleinsdroits.org/data/images/BROCHURE_CONTENTION_CHIMIQUE_QUA.pdf
- Bernheim, E. (2020). Les substances chimiques utilisées à des fins de contrôle : un statut juridique controversé. *Canadian Journal of Bioethics*, 3(2), 14-21.
- Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E., Hamers, J. P., & International Physical Restraint Workgroup (2016). Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2307–2310. <https://doi.org/10.1111/jgs.14435>
- Bowers, L., van der Werf, B., Vokkolainen, A., Muir-Cochrane, E., Allan, T., & Alexander, J. (2007). International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: a comparative questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(3), 357–364. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.01.005>
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J. & McSherry, B. M. (2016). Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 6. doi: 10.1186/s13033-016-0038-x
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 491-491. doi:10.3389/fpsy.2019.00491
- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2015). *La sédation-analgésie : lignes directrices*. Québec: Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et

- infirmiers du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec.
<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-sedation-analgesie.pdf>
- Colombier, B., Moulias, S., Curatolo, N., Cudennec, T., Muller, F., Preulier, D. & Teillet, L. (2015). [Representation and practice about "chemical restraints": Qualitative study with 50 health worker]. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 13(1), 31-35. doi:10.1684/pnv.2015.0521
- Corbett, A., Burns, A. & Ballard, C. (2014). Don't use antipsychotics routinely to treat agitation and aggression in people with dementia. *British Medical Journal*, 349(7983), g6420-6424. doi: 10.1136/bmj.g6420
- Cornegé-Blokland, E., Kleijer, B. C., Hertogh, C. M. P. M. & van Marum, R. J. (2012). Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: A survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family Caregivers. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 80.e1-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.10.004>
- Currier, G. W. (2003). The controversy over 'chemical restraint' in acute care psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 59-70.
- Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G. & Maguire, J.; European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research*, 17(1):59. doi: 10.1186/s12913-017-1988-7.
- de Bruijn, W., Daams, J. G., van Hunnik, F. J. G., Arends, A. J., Boelens, A. M., Bosnak, E. M., Meerveld, J., Roelands, B., van Munster, B. C., Verwey, B., Figuee, M., de Rooij, S. E & Mocking, R. J. T. (2020). Physical and Pharmacological Restraints in Hospital Care: Protocol for a Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(921). doi: 10.3389/fpsy.2019.00921
- Dickinson, T., Ramsdale, S. & Speight, G. (2009). Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. *Nursing Standard*, 24(7), 40-50.
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Menard, G. & Giguere Allard, M. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric

- hospital: a 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 394-402. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01679.x
- Flammer, E. & Steinert, T. (2015). Involuntary medication, seclusion and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. *Frontiers in psychiatry*, 6(153). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00153>
- Georgieva, I., Mulder, C. L. & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205(1), 48-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.002>
- Government of Quebec (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Quebec: Government of Quebec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
- Gowda, G. S., Lepping, P., Noorthoorn, E. O., Ali, S. F., Kumar, C. N., Raveesh, B. N. & Math, S. B. (2018). Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, 10-16. doi: 10.1016/j.ajp.2018.05.024
- Hofsø, K. & Coyer, F. M. (2007). Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 249-255. doi: 10.1016/j.iccn.2007.04.003.
- Hughes, R. (2008). Chemical restraint in nursing older people. *Nursing Older People*, 20(3), 33-39.
- Human Rights Watch (2019). *Fading away. How aged care facilities in Australia chemically restrain older people with dementia*. Human Rights Watch.
<http://www.hrw.org>.
- Hsu, W., Rego, L. S., Esmaily-Fard, A., Lee, C. & Rego, L. S. (2015). Does use of antipsychotics increase the risk of death: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Value in Health*, 18(7), A406-A406. doi: 10.1016/j.jval.2015.09.954
- Hu, F., Muir-Cochrane, E., Oster, C. & Gerace, A. (2019). An examination of the incidence and nature of chemical restraint on adult acute psychiatric inpatient

- units in Adelaide, South Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 909-921. doi: 10.1111/inm.12591
- Hughes, C. G., McGrane, S., & Pandharipande, P. P. (2012). Sedation in the intensive care setting. *Clinical Pharmacology: Advances and Applications*, 4, 53–63. <https://doi.org/10.2147/CPAA.S26582>
- Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011). *Restraint use and other control interventions for mental health inpatients in Ontario*, Ontario: Institut Canadien d'information sur la santé. https://secure.cihi.ca/free_products/Restraint_Use_and_Other_Control_Interventions_AIB_EN.pdf
- Janssen, W. A., van de Sande, R., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Bowers, L., Mulder, C. L. et al. (2011). Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(6), 429-438. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.10.008
- Jarrett, M., Bowers, L. & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 538-548. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x
- Kalula, S. Z. & Petros, S. G. (2016). Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. *Curationis*, 39(1), e1-e8. doi: 10.4102/curationis.v39i1.1605
- Kane, R. L., Williams, C. C., Williams, T. F. & Kane, R. A. (1993). Restraining restraints: changes in a standard of care. *Annual Review of Public Health*, 14, 545-584. doi: 10.1146/annurev.pu.14.050193.002553
- Keser Özcan, N., Bilgin, H., Akın, M. & Badırgalı Boyacıoğlu, N. E. (2015). Nurses' attitudes towards professional containment methods used in psychiatric wards and perceptions of aggression in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19/20), 2881-2889. doi: 10.1111/jocn.12903
- Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Helen Mjøsund, N., Opjordsmoen, S., . . . Friis, S. (2012). Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—Why and how are they used? *Psychiatry Research*, 209(1), 91-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.017>

- Knutzen, M., Bjorkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjosund, N. H., Opjordsmoen, S., . . . Friis, S. (2014). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint-a register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, *215*(1), 127-133. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.024>
- Konetzka, R. T., Brauner, D. J., Shega, J. & Werner, R. M. (2014). The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*(3), 454-461. doi: 10.1111/jgs.12711
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. & Tiihonen, J. (2017), De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, *26*, 513-524. <https://doi.org/10.1111/inm.12389>
- Lam, K., Kwan, J. S. K., Kwan, C. W., Chong, A. M. L., Lai, C. K. Y., Lou, V. W. Q, et al. (2017). Factors Associated with the tend of physical and chemical Restraint use among long-term care facility residents in Hong Kong : Data from 11-Year observational study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(12), 1043-1048. doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.018
- Lepping, P., Masood, B., Flammer, E. et Noorthoorn, E. O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *51*(9), 1301-1309. doi: 10.1007/s00127-016-1203-x
- Ling, S., Cleverley, K. et Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(9), 386-392. <https://doi.org/10.1177/070674371506000903>
- Mah, T. M., Hirdes, J. P., Heckman, G. & Stolee, P. (2015). Use of control interventions in adult in-patient mental health services. *Healthcare Management Forum*, *28*(4), 139-145. doi:10.1177/0840470415581230
- Moncrieff J. (2013) Chemical Cosh: Antipsychotics and Chemical Restraint. In: *The Bitterest Pills*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9781137277442_8

- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R. & Grimmer, K. (2020). The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 110-126. doi: 10.1111/inm.12654
- Nadkarni, P., Jayaram, M., Nadkarni, S., Rattehalli, R. & Adams, C. E. (2015). Rapid tranquillisation: a global perspective. *British Journal of Psychiatry international*, 12(4), 100-102. doi: 10.1192/s2056474000000684
- Nash, M., McDonagh, C., Culhane, A., Noone, I. et Higgins, A. (2018). Rapid tranquilization: An audit of Irish mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1449-1458. doi: 10.1111/inm.12445
- Neumann, R., Faris, P., Proudfoot, J. & Klassen, R. (2013). Analysis of dose and concurrent medication administration of "as needed" chemical restraint to inpatients with behavioural and psychological symptoms of Dementia. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 66(4), 266-267.
- Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Nijman, H., Widdershoven, G. & Steinert, T. (2015). One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1857-1869. doi: 10.1007/s00127-015-1094-2
- Nurminen, J., Puustinen, J., Kukola, M. & Kivela, S. L. (2009). The use of chemical restraints for older long-term hospital patients: a case report from Finland. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(2), 89-104. doi: 10.1080/08946560902779860
- Oster, C., Gerace, A., Thomson, D. et Muir-Cochrane, E. (2016). Seclusion and restraint use in adult inpatient mental health care: An Australian perspective. *Collegian*, 23(2), 183-190. doi: 10.1016/j.colegn.2015.03.006
- Parker, C. et Khwaja, M. G. (2011). What is new in rapid tranquillisation? *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7(2), 91-101. doi: 10.1017/S1742646410000245
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K. (2005). Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10, Suppl 1. doi: 10.1258/1355819054308530

- Peisah, C. & Skladzien, E. (2014). *The Use of Restraints and Psychotropic Medications in People with Dementia : A Report for Alzheimer's Australia. Alzheimer's Australia Inc.*
https://www.dementia.org.au/sites/default/files/20140321_Publication_38_A4_print%20version_Web.pdf
- Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne-Soveri, H., & Noro, A. (2006). Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical care*, *44*(12), 1114–1120.
<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000237198.90970.64>
- Pirinen, H., Kauhanen, L., Danielsson-Ojala, R., Lilius, J., Tuominen, I., Díaz Rodríguez, N. & Salanterä, S. (2015). Registered Nurses' Experiences with the Medication Administration Process. *Advances in Nursing*, *2015*, 1-9. 941589. doi: 10.1155/2015/941589
- Raboch, J., Kalisová L. Nawka., A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karasterigou, A., ... Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, *61*, 1012-1017. doi: 10.1176/ps.2010.61.10.1012
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Promoting safety : Alternative approach to the use of restraints*. Ontario : Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints>
- Robins, L. M., Lee, D. A., Bell, J. S., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K. D., & Haines, T. P. (2021). Definition and measurement of physical and chemical restraint in long-term care: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *18*(7), 3639. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073639>
- Teece, A., Baker, J. & Smith, H. (2020). Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(1-2), 5-19. doi: 10.1111/jocn.15052
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C.,

- McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfret, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö et Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169, 467-473. doi: 10.7326/M18-0850
- Uzun, S., Kozumplik, O., Jakovljevic, M. & Sedic, B. (2010). Side effects of treatment with benzodiazepines. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 90-93.
- Van Dorp, M., Nijhof, K. S., Mulder, E. A. & Popma, A. (2021). Defining Seclusion: A qualitative multiphase study based on the perspectives of youth and professionals in secure residential youth care in the Netherlands. *Residential Treatment for Children & Youth*, 38(4), 404-423. doi: 10.1080/0886571X.2021.1879710
- Varndell, W., Elliott, D. & Fry, M. (2015). Assessing, monitoring and managing continuous intravenous sedation for critically ill adult patients and implications for emergency nursing practice: A systematic literature review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(2), 59-67. doi: 10.1016/j.aenj.2014.08.002
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.032>
- Weiss, S., Peterson, K., Cheney, P., Froman, P., Ernst, A. & Campbell, M. (2012). The Use of Chemical Restraints Reduces Agitation in Patients Transported by Emergency Medical Services. *Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 820-828. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.02.019>
- Wood-Mitchell, A., James, I. A., Waterworth, A., Swann, A. & Ballard, C. (2008). Factors influencing the prescribing of medications by old age psychiatrists for behavioural and psychological symptoms of dementia: a qualitative study. *Age & Ageing*, 37(5), 547-552. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afn135>
- World Health Organization (WHO) (1996). *Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders*. Geneva: WHO.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>
- World Health Organization (WHO) (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training. Course guide*. Geneva: WHO.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>

Zhai, Y., Yin, S. & Zhang, D. (2016). Association between antipsychotic drugs and mortality in older persons with Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimers Disease*, 52(2), 631-639. doi: 10.3233/jad-151207

Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R. & Koopmans, R. T. (2011). Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behavior. *International Psychogeriatrics*, 23(10), 1632-1639. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610211001438>

Retour sur l'article 1 de la thèse : examen de la portée

L'examen de la portée a permis de constater qu'aucun indicateur, norme ou outil de mesure validé n'était disponible à l'échelle internationale pour soutenir le développement d'une modalité d'évaluation dans le cadre de la présente étude. Notre interprétation des définitions de 33 articles internationaux nous a menés à conclure que la contention chimique est une notion subjective déterminée par l'intervenant qui décide, directement dans l'épisode de soins, de l'administration d'une médication prescrite, c'est-à-dire, le plus souvent, l'infirmière. De plus, la mesure de la contention chimique ne peut être réduite à son intention de contrôle seulement puisque la sécurité motive généralement son application. Il apparaît donc que l'intention de contrôle n'exclut pas la présence d'autres finalités, par exemple, d'ordre thérapeutique. Devant cette intentionnalité multiple, pour éviter une connotation axée exclusivement sur le contrôle qui peut inciter les soignants à sous-déclarer, la *contention chimique* sera présentée, dans le cadre de cette recherche, comme une notion synonyme à la *sédation des symptômes comportementaux*. Notre définition abrégée s'énonce ainsi : médication possédant des propriétés sédatives administrée dans l'intention de contrôler des comportements, et/ou administrée dans le même but que la contention physique/mécanique ou l'isolement et/ou administrée sans consentement.

Au niveau de la fiabilité de l'examen de la portée insérée aux pages 121 à 168 de la thèse, mentionnons que la démarche a respecté l'ensemble des critères applicables de la liste CONSORT, plus précisément, la PRISMA-ScR, prévue pour apprécier la qualité méthodologique des revues de la portée (scoping reviews). La liste de vérification est présentée au tableau 7 à l'annexe 7.

Émergence de résultats scientifiques pertinents

Le portrait des connaissances au sujet de la contention chimique a subi d'importantes modifications après la réalisation de notre examen de la portée, il est donc à propos de clore la réflexion sur cet article en abordant quelques faits saillants tirés des récentes publications. D'abord, une revue systématique des définitions internationales de contention physique/mécanique et de contention chimique a été publiée en mars 2021 (Robins et al., 2021). Celle-ci a globalement corroboré nos résultats. La sélection des

études par Robins et ses collaborateurs reposait sur le type de devis, soit quantitatif (essai clinique randomisé, études quasi expérimentales, de cohorte, longitudinales, enquêtes, etc.), sur la langue de publication (anglais) et ciblait la clientèle âgée de plus de 65 ans. Ces auteurs australiens (Robins et al., 2021) ont ressorti deux thèmes définissant la contention chimique pouvant être pertinemment associés à nos résultats. Premièrement, (1) la méthode de contention, qui renvoie aux mêmes classes de médication principales que nous avons identifiées, soit les psychotropes, hypnotiques et les anxiolytiques ainsi que toute autre médication avec un effet secondaire sédatif prédominant comme les antidépresseurs et les opioïdes. Deuxièmement, (2) l'intention statué détermine la contention chimique, par exemple, l'intention de contrôle et l'intention de convenance organisationnelle. Ces intentions ont été adéquatement couvertes par notre proposition de définition opérationnelle de contention chimique.

Durant l'année 2020, deux études canadiennes (Seyer-Forget, 2020; Danda, 2020) au sujet de la contention chimique ont été publiées. Elles ont employé des méthodes similaires pour explorer le vécu phénoménologique des infirmières du Québec et de l'Alberta face à l'intervention de l'usage des contentions chimiques. Leurs résultats s'alignent avec les conclusions de notre examen de la portée et renforcent la validité interne de la définition opérationnelle suggérée. En effet, la contention chimique a été décrite par les infirmières de ces études comme associée au domaine des perceptions, faisant appel à l'intuition, au pressenti, au feeling, aux intentions, aux interprétations des comportements et du niveau de risque, lesquelles sont variables d'un intervenant à l'autre... « c'est comme de l'électricité, tu sais. On ne le voit pas [...] l'[intervention] est influencée par différents facteurs inhérents à l'infirmière tels que l'expérience, les préjugés/croyances/valeurs » (Seyer-Forget, 2020, p.76-77). Par ailleurs, l'un des thèmes révélés par l'analyse de Seyer-Forget porte sur le paradoxe « évaluer subjectivement l'intangible ». Ceci renforce notre ligne de pensée qui fut de privilégier la perspective infirmière pour appréhender la contention chimique et de choisir une méthodologie de recherche orientée sur la théorie (*theory-driven research*), laquelle légitime l'exploration de mécanismes sociaux pour mieux saisir la nature d'une intervention (Pawson et Tilley, 1997).

Au niveau de la terminologie, notre décision d'opter pour un concept appréhendé comme synonyme à la sédation des symptômes comportementaux et d'introduire notre définition par une mention de la finalité de sécurité/protection enclenche le pas en direction d'un changement de paradigme, une transition vue comme nécessaire selon Danda (2020). L'auteure explique :

« les terminologies ambiguës doivent être résolues pour mieux assurer la sécurité du patient, un usage de dernier recours, ce qui signifie que la sécurité du patient et du personnel surpasse le risque de blessures [...]. [...] le langage utilisé pour aborder les événements de contention chimique apparaît paternaliste, axé sur le contrôle et évocateur de la violence envers les patients. Le langage et la terminologie utilisés pour décrire la contention chimique illustre l'impact et l'influence du langage sur la pratique infirmière, révèle la tension entre la nécessité de contrôler et le désir d'honorer les principes de non-malfaisance et d'autonomie. L'effet d'un changement de langage dans les soins en santé mentale peut profondément contribuer à réduire la stigmatisation et créer une culture paisible (Alex et al., 2013; Hamilton & Manias, 2006). Le développement et l'usage uniforme, soutenu d'un langage commun et éventuellement d'une définition opératoire de la contention chimique et des pratiques de *tranquillisation* rapide, d'un point de vue de soutien davantage que de contrôle, aidera les infirmières à promouvoir une culture thérapeutique. » (p.42, traduction libre).

Cette auteure canadienne vient donc remettre en question l'affirmation de Colombier et al. (2015) (France) qui suggérait que la contention chimique chez la population anglophone est comprise différemment qu'en français et de façon moins péjorative. Notre notion élargie de *chemical restraint* vue comme synonyme de *behavioral sedation* pourrait potentiellement répondre à ce besoin d'un changement de terminologie manifesté autant du côté francophone qu'anglophone.

Résultats de la phase 1 de l'étude : développement (suite)

Introduction à l'article 2 de la thèse

La prochaine étape du devis consistait à générer un inventaire d'items pour le futur outil d'évaluation réflexive. Une revue réaliste selon la méthode de Pawson et al. (2005) et de Rycroft-Malone et al. (2012) a permis de répondre aux questions de recherche suivantes :

1. Qu'est-ce qui fonctionne, comment et dans quelles circonstances?

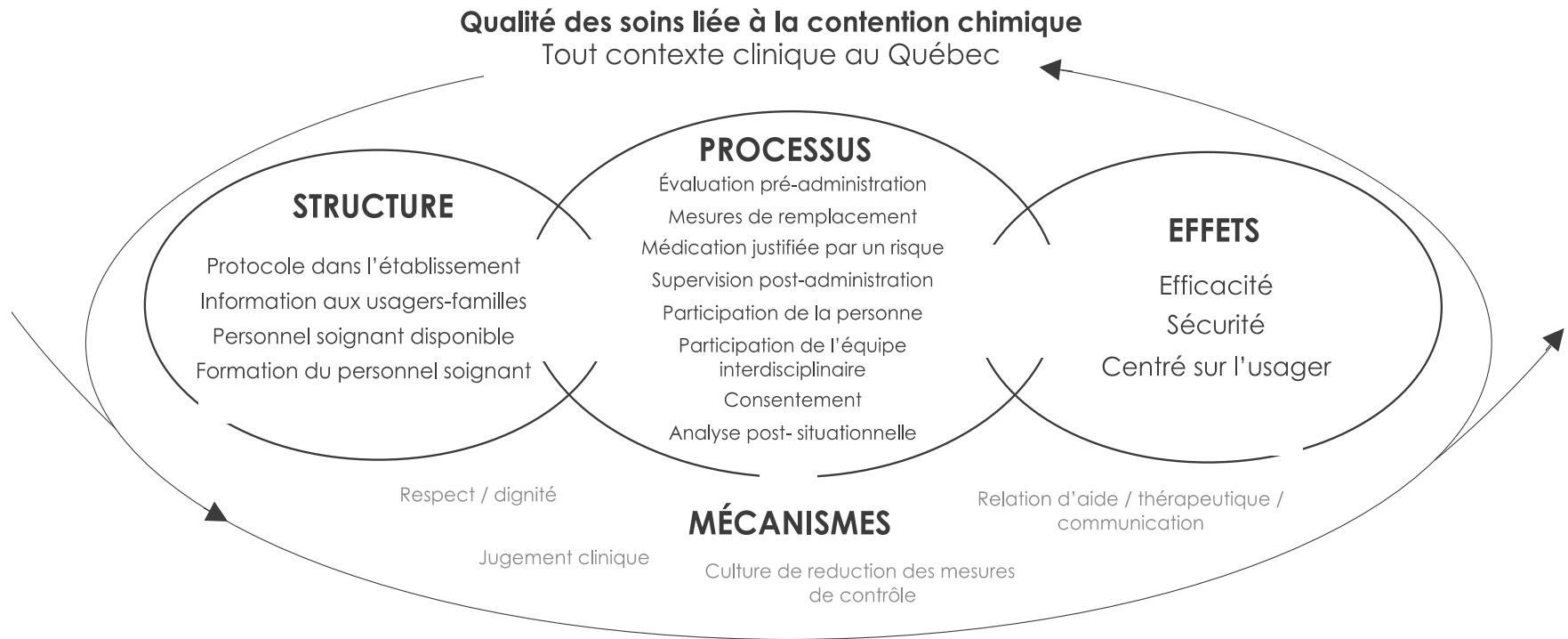
1.1) Quelles sont les pratiques organisationnelles (attributs de la structure), les pratiques infirmières (processus) associées à l'usage des contentions chimiques qui sont reconnues pour avoir des effets (outcomes) sur la qualité des soins infirmiers en établissements de santé?

2. Pourquoi l'intervention fonctionne-t-elle (causes)?

2.1) Par quels mécanismes ces bonnes pratiques sont-elles générées?

Les recommandations du Gouvernement du Québec (2015) ont servi de point de départ pour modéliser la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique.

Figure 5. Modèle théorique initial, contenu tiré des orientations ministérielles du Gouvernement du Québec (2015a)



Article 2. Quality Standards of Nursing Care for the Use of Chemical Restraints: A Realist Review

État: publié.

J Nurs Qual Care Jul/Sept 2020 35(3), 270-275.
doi: 10.1097/NCQ.0000000000000453.

Catherine Hupé^{1,3,4}, PhD c. RN

Caroline Larue^{1,4}, PhD, RN

Catherine Pépin¹, BSc, RN

Valérie Gazemar⁴, MEd, RN

Damien Contandriopoulos^{2,3}, PhD

Authors Affiliations

1. Faculty of Nursing, University of Montreal, Quebec, Canada
2. School of Nursing, University of Victoria, British Columbia, Canada
3. The Research Chair Policies, Knowledge and Health
4. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montreal : Control Measures Research Center / Center for Nursing Excellence, Quebec, Canada

Correspondence

Catherine Hupé, PhD c. RN

Marguerite-d'Youville Pavilion, 2375 Côte-Ste-Catherine Road,
Montreal, Quebec, Canada, H3T 1A8

catherine.hupe@umontreal.ca

The authors declare no conflicts of interest.

Abstract

Background: The use of chemical restraints (CR) in health care facilities is a complex intervention that raises questions about its effectiveness and whether it is safe and patient oriented. It is important to be aware of the standards of care regarding organizational attributes (structure) and clinical practices (process) and mechanisms that can help maintain or improve the quality of nursing care associated with CR in different clinical settings.

Purpose: This review aims to gather nursing quality standards for the use of CR through an innovative method of knowledge synthesis, the realist review, to support the development of a quality evaluation tool.

Method: A realist review method was chosen.

Results: An operational definition of chemical restraint is proposed, a concept seen as synonymous with *the management of behavioral symptoms by pharmacological agents with sedative properties*. Twenty-eight (28) quality standards were identified and presented in a theoretical model.

Conclusions. These quality standards will allow the evaluation of structures and process from a nursing perspective for the use of CR in health care settings.

Keywords: Sedation, chemical restraint, quality of healthcare, standards of care.

Background

The use of substances with sedative properties to pharmacologically manage patients behaviors can lead to significant side effects, changes in the therapeutic relationship between patient and staff, accidents (e.g. falls), increases in morbidity (e.g. delirium, infections) and mortality.¹⁻⁷ Along with physical restraint and seclusion, chemical restraint (CR) is now recognized in many countries as a control measure for which standards of practice should be applied to maintain a high quality of care. In one of the Canadian provinces, Quebec, the government released a program in 2015 to reduce and guide the application of control measures, including chemical restraint.⁸ This program is based on section 118 of the Act respecting health services and social services,⁹ which stipulates, among other things, that every institution must adopt a protocol for the application of control measures that is consistent with ministerial orientations and that compliance with this protocol is to be evaluate annually. In addition to the Quebec health system, the use of drugs as a control measure is a legally regulated intervention in many states, provinces, countries or continents around the globe, for example, Europe, Australia, the United States and other Canadian provinces¹⁰⁻¹². Furthermore, specific practice guidelines apply in different specific care settings such as mental health and gerontology. To meet these regulatory obligations and to be able to evaluate, consolidate and improve the quality of care¹³⁻¹⁴ related to the use of CR, it is important to know the standards of organizational attributes (structure)¹³ and clinical activities (process)¹³ in nursing that are recognized as contributing to achieving good patient outcomes. In addition, we should identify the social, political and/or cultural mechanisms that generates the implementation of these nursing activities in the structure of health care nursing services. This paper describes the results of a literature review that examined evidence for nursing activities before, during and after CR administration, and mechanisms by which best practices are generated.

Aim

The aim of the realist review¹⁵ was to gather nursing quality standards for the use of CR through an innovative method of knowledge synthesis, the realist review, to eventually support the development of an evaluation tool.

Research questions

- 1) What are the organizational attributes (structures), nursing practices (processes) related to the use of chemical restraint that are most recognized to have effects (outcomes) on the quality of nursing care in health care facilities?
- 2) By what mechanisms are these best practices generated?

Methods

The authors opted for a realist review, as it is an appropriate method when attempting to synthesize evidence about complex programs or interventions.¹⁶⁻¹⁸ This method is rooted in philosophy, based on the ontology of critical realism,¹⁵ according to which phenomena exist not only in human minds but also in the real world. This real level of reality is not directly accessible to the scientist's senses, therefore, a cautious and systematic investigation of underlying mechanisms is needed to understand how an intervention works, why and for whom. The mechanisms are hypothetical entities, defined as the causal powers behind the events and actions (practices) taken by the participants of a complex intervention or group of interventions, here, the CR reduction program.¹⁹ It is through the potential of these generating mechanisms that profound changes can be expressed with a view to quality improvement.

This realist review is part of a larger research project that focuses on measuring nursing perceptions of the quality of CR care in the context of Quebec, Canada. A workgroup was formed, composed of five individuals with experience either as health researchers, managers and/or field workers in health institutions in the areas of acute adult care, mental health, long-term care or health program and policy evaluation. The steps of the realist review method based on Pawson et al.¹⁸ and Rycroft-Malone et al.²⁰ were carried out: (a) define the scope of the review, a step to clarify the nature and context of the intervention (CR), to identify the purpose and the questions of the review and to articulate program hypotheses; (b) research and appraise the evidence for relevance and rigor; (c) extract and synthesize the findings (modeling); and (d) develop the conclusions and recommendations. This particular method of literature review consists in presenting the components of a complex intervention and refining the knowledge associated with it.

Concretely, it is a question of taking as a starting point the structural attributes and practices already recognized to be effective and deepening the reflection on these best practices (why, how, by what mechanisms?). An initial model is therefore proposed based on the best practices for the use of CR stipulated in the Government of Quebec's program. The model was enhanced according to what was discovered by consulting the international literature.

Types of data and population

The search for the evidence was focused on nursing care (structure, processes, mechanisms) for CR in health care facilities, without initially excluding any patient population or care setting. Quantitative or qualitative research articles, reviews, legal documents, local and international guidelines in French or English published in peer-reviewed journals or in grey literature were identified.

Selection criteria

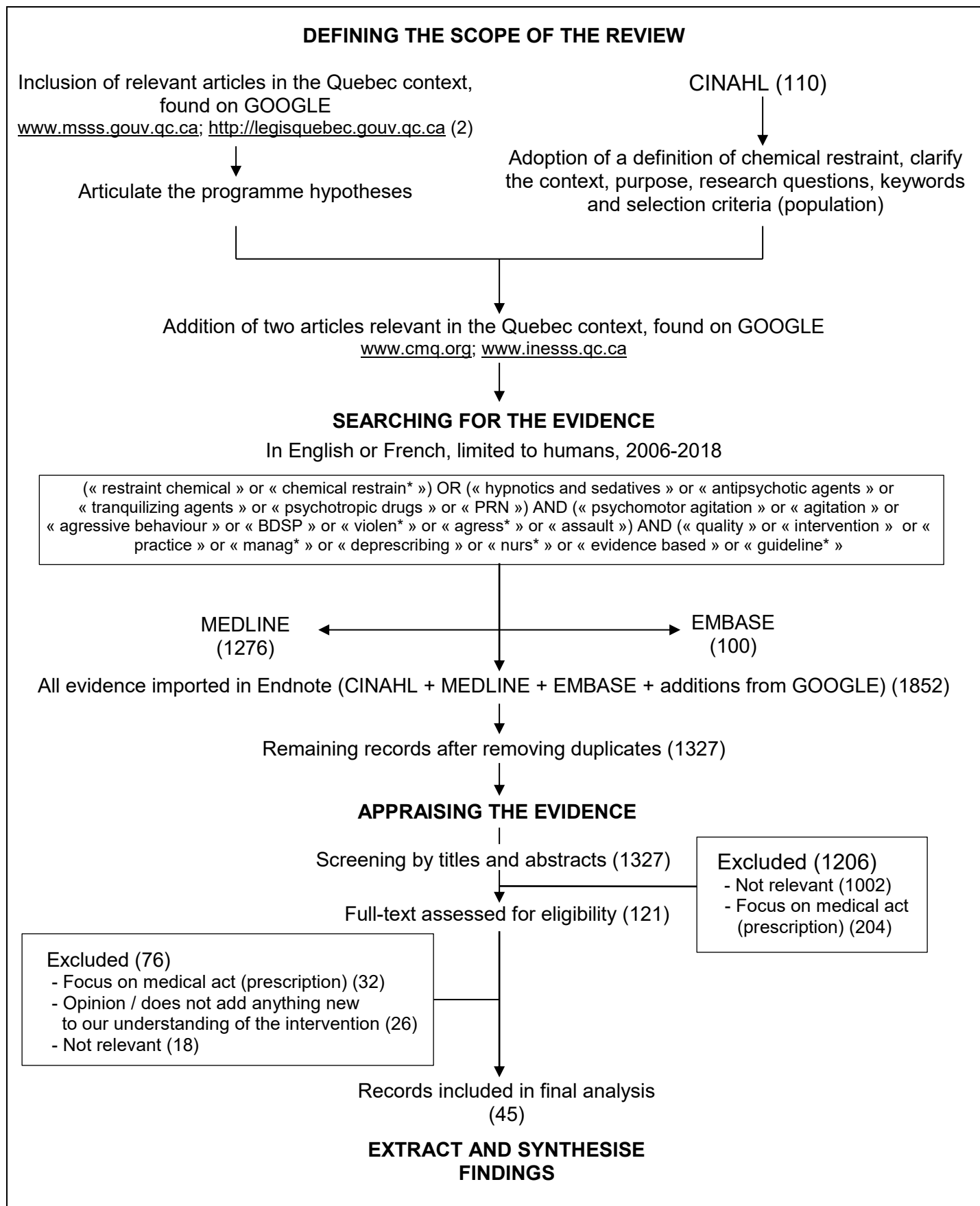
The research was restricted to publications from January 2006 to December 2018, due to global warnings about the dangers of antipsychotics published from 2004-2005 that may have significantly influenced the nursing practice. The realist review method does not include or exclude publications based on the type or nature of the methodology.²¹ Rather, the heuristic approach justified inclusion and exclusion, which consisted in answering three questions:¹⁷ (a) do the authors' comments relate to organizational or clinical practices that can be performed by nurses before, during or after the use of CR? (b) does this contribute to refining the initial model? (c) is the publication rigorous, meaning that it is based on a research process and/or on a consensus of experts or is it written by scholars based on scientific references?

Search methods

The search methods are detailed in Supplemental Digital Content, Figure 1. Publications from the main nursing database, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), were first reviewed to define the scope of the review. In an iterative data analysis process, the search for articles was then conducted until the research question was answered in a manner deemed satisfactory by the review team.

The review of three databases was sufficient to produce a widely supported theory: CINAHL, MEDLINE and Embase. Some relevant references identified through hand searching or snowballing (pursuing references of references) were added to the database. The research was based on the descriptors listed in Supplemental Digital Content, Figure 1, or their equivalents. The first author assigned each article a rating corresponding to the inclusion or reason for exclusion. One of the co-authors made the same independent review, and then a third author made a decision when an article did not receive the same rating.

Figure 1. Search Methods



Data extraction, analysis and synthesis

Modeling is a synthesis, analysis and communication tool among stakeholders that is useful in supporting reasoning about the components of a complex program, clarifying their interactions and guiding the informed choice of quality indicators in a review process.^{22,23} The model developed is based on Donbedian's systemic triad,¹³ which is our theoretical framework. First, the data associated with *structure*, *processes* and *mechanisms* were extracted from the initial program of the Government of Quebec^{8,9} and then entered in the model in bold characters. Then, other relevant data from the selected articles were extracted and synthesized within the same model in regular characters (not bold), see Supplemental Digital Content, Figure 2. To ensure relevance, model contribution and rigour, the three questions associated with the heuristic approach were checked again (see selection criteria section). Analysis of our systemic model consisted in reflecting on the good structures, practices and mechanisms that make up the initial program with regard to their contribution to the goals of the system and their potential capacity to generate improvements in quality of care. Each of the hypotheses resulting from the Government of Quebec's program⁸ was analyzed to either retain, specify or reject them based on the identification or lack of supporting references, more precisely publications presenting equivalent hypotheses. One of the co-authors verified the extraction of the results by revisiting the full texts in order to approve the model or suggest adjustments. The workgroup, which includes clinical nurses, scholars and stakeholders in healthcare decision-making, engaged in a discussion about the relevance of the quality standards.

Results

Characteristics of the articles

The results of the 45 papers published between January 2006 and December 2018 come from 12 different countries, the main ones being the United States (13), the United Kingdom (10), Australia (7) and Canada (7). They were published mainly in peer-reviewed medical and nursing journals (n = 37, 82%) or in professional, government or health association reference documents (n = 8, 18%). The targeted populations are the elderly (n = 23, 51%), adults in acute care (n = 10, 22%) and mental health (n = 9, 20%). Three articles did not

specifically present the target population (6,6%, n = 3). Structural attributes, processes and mechanisms that were supported by multiple sources were inserted into the systemic model. Thus, 28 quality standards were identified, which refer to 8 structural attributes, 12 processes and 8 mechanisms.

Table 1.

Characteristics and results of included studies

Reference	Country	Population or context	Type of evidence	Aim	Quality standards associated with structure (S) process (P) and underlying mechanisms (M), see Figure 2
1. Abdallah LM, Remington R, Melillo KD, Flanagan J. Using antipsychotic drugs safely in older patients. <i>Nursing</i> . 2008;38(10):28-31.					
1.	United States	Older adults in long-term-care facility or hospital	Non peer reviewed nursing journal	To discuss antipsychotic drugs, how to assess the patient who's using them and how to use nondrug interventions	S. 4. P. 9. 10. 11. 17. M. 21. 22.
2. Almutairi S, Masters K, Donyai P. The health professional experience of using antipsychotic medication for dementia in care homes: A study using grounded theory and focussing on inappropriate prescribing. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> . 2018;25(5/6):307-318.					
2.	United Kingdom	Patients with dementia	Constructivist grounded theory	To develop an in-depth explanatory model about inappropriate pre- scribing of antipsychotics in dementia within care homes.	P. 17. M. 28.
3. Aveyard H, Woolliams M. In whose best interests? Nurses' experiences of the administration of sedation in general medical wards in England: An application of the critical incident technique. <i>Int J Nurs</i> . 2006;43(8):929-939.					
3.	United Kingdom	General medical wards	Exploratory qualitative study	To report on qualitative data concerning nurses' use of sedation which were obtained as part of a larger study to explore the way in which nurses obtain consent prior to nursing care procedures.	S. 1. 7. P. 10. 12. 14. 17. M. 19. 23. 27. 28
4. Baker JA, Lovell K, Harris N, Campbell M. Multidisciplinary consensus of best practice for pro re nata (PRN) psychotropic medications within acute mental health settings: A Delphi study. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> . 2007;14(5):478-484.					
4.	United Kingdom	Mental health	Modified Delphi panel technique	To explore expert opinion concerning issues and best practice for the prescribing and administration of psychotropic PRN medications within acute inpatient mental health settings.	S. 2. 7. P. 13. 14. 15. 17. 19. 20. M. 23. 27.

5. Baker SN. Management of acute agitation in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J.* 2012;34(4):306-320.

5.	United States	Emergency department	Literature review	To review the advantages and disadvantages of various treatment modalities for undifferentiated, psychotic, and nonpsychotic agitation, including alternatives to the commonly prescribed haloperidol and lorazepam combination.	P. 9. 12. 17. 18. 20.
----	---------------	----------------------	-------------------	--	-----------------------

6. Brodaty H, Aerts L, Harrison F, et al. Antipsychotic deprescription for older adults in long-term care: The HALT Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(7):592-600.e597.

6.	Australia	Long-term residential care of older adults	Repeated-measures, longitudinal, single-arm study	To evaluate the sustained reduction of antipsychotic use for BPSD through a deprescribing intervention and education of health care professionals.	S. 1. 4. P. 10.
----	-----------	--	---	--	--------------------

7. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst.* 2016;10:6.

7.	Australia	Mental health	Focus group	To present the results of ten focus group discussions with people with lived experience of mental health issues and also carers, family members and support persons in relation to the use of seclusion and restraint.	S. 3. 4. P. 10. M. 21. 23. 25. 26. 27.
----	-----------	---------------	-------------	--	--

8. Chiu Y, Bero L, Hessel NA, Lexchin J, Harrington C. A literature review of clinical outcomes associated with antipsychotic medication use in North American nursing home residents. *Health Policy.* 2015;119(6):802-813.

8.	United States	Nursing homes	Realist literature review	To provide a realist literature review, summarizing original research studies on the clinical effects of conventional and atypical antipsychotic medication use in nursing home residents.	S. 1. 2. 3. 4. 8. P. 9. 10. M. 27.
----	---------------	---------------	---------------------------	--	--

9. Collège des médecins du Québec. *La sédation-analgésie : lignes directrices*. Québec: Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec; 2015.

9.	Canada	Adult and children	Practice guidelines	To describe the conditions required for sedation and analgesia management in adult and children care	S. 3. 5. 8. P. 9. 12. 15. 17. 19. 20. M. 23. 25.
----	--------	--------------------	---------------------	--	--

10. Colombier B, Moulias S, Curatolo N, et al. [Representation and practice about "chemical restraints": Qualitative study with 50 health worker]. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2015;13(1):31-35.

10.	France	Geriatrics	Qualitative research method based on semi-directive interviews	To better understand meaning of « chemical restraint » term for geriatric medical and paramedical personnel.	S. 3. 4. 5. 8. P. 10. M. 23. 28.
-----	--------	------------	--	--	--

11. Corbett A, Burns A, Ballard C. Don't use antipsychotics routinely to treat agitation and aggression in people with dementia. *BMJ (Clinical research ed)*. 2014;349:g6420.

11.	United Kingdom	People with Alzheimer's disease and other dementias	Literature review	N/A	S. 4. 7. P. 9. 10. 11. 12. 13. 14.
-----	----------------	---	-------------------	-----	---------------------------------------

12. Cornege-Blokland E, Kleijer BC, Hertogh CM, van Marum RJ. Reasons to prescribe antipsychotics for the behavioral symptoms of dementia: A survey in Dutch nursing homes among physicians, nurses, and family caregivers. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(1):80.e81-86.

12.	Netherlands	Nursing homes	Survey	To clarify the reasons for prescribing an antipsychotic drug in behavioral and psychological symptoms of dementia and look at the role of nurses and family caregivers in the decision-making process that precedes the prescription of an antipsychotic drug	S. 3. 4. P. 10. 14. 15. M. 27. 28.
-----	-------------	---------------	--------	---	--

13. Daly JM, Bay CP, Levy BT, Carnahan RM. Caring for people with dementia and challenging behaviors in nursing homes: A needs assessment geriatric nursing. *Geriatr Nurs*. 2015;36(3):182-191.

13.	United States	Nursing homes	Survey	To conduct a needs assessment of directors of nursing (DON) in Iowa nursing homes in relation to caring for patients with Behavioral and	S. 4. 8. P. 10. 11. 12. 17. 19. 20.
-----	---------------	---------------	--------	--	--

Psychological Symptoms of Dementia.

14. DeBiasi EM, Akgun KM, Pisani M. Awake or sedated: Trends in the evaluation and management of agitation in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med.* 2015;36(6):899-913.

14.	United States	Intensive care unit	Literature review	To review changes in sedation practice in the ICU over the past three decades.	S. 1. 5. P. 9. 10. 12. 14. 20. M. 27. 28.
------------	---------------	---------------------	-------------------	--	---

15. Degrado JR, Anger KE, Szumita PM, Pierce CD, Massaro AF. Evaluation of a local ICU sedation guideline on goal-directed administration of sedatives and analgesics. *J Pain Res.* 2011;4:127-134.

15.	United States	Intensive care unit	Retrospective chart review	To evaluate adherence to a sedation guideline.	S. 1. 4. 5. P. 9. 12. 20.
------------	---------------	---------------------	----------------------------	--	------------------------------

16. Dickinson T, Ramsdale S, Speight G. Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. *Nurs Stand.* 2009;24(7):40-49.

16.	United Kingdom	Mental health	Practice guidelines	To explore the nurse's role in relation to the use of rapid tranquillisation as part of the management of aggression and violence.	S. 1. 5. 7. 9. P. 10. 12. 14. 15. 17. 18. M. 21. 23. 25. 27.
------------	----------------	---------------	---------------------	--	--

17. Downey LV, Zun LS, Gonzales SJ. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(6):470-474.

17.	United States	Emergency department	Survey	To assess which agitation reduction techniques, if any, are used prior to restraints in the emergency department as recommended by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). The second purpose was to determine the reasons for differing levels of usage and/or compliance with the JCAHO recommendations.	S. 1. 4. P. 10. 11. 19. M. 25. 28.
------------	---------------	----------------------	--------	--	--

18. Ellis ML, Molinari V, Dobbs D, Smith K, Hyer K. Assessing approaches and barriers to reduce antipsychotic drug use in Florida nursing homes. *Aging Ment Health*. 2015;19(6):507-516.

18.	United States	Nursing homes	Qualitative study	To explore strategies that have been implemented, to assess which strategies are evidence-based, and to make recommendations to improve upon practices to reduce antipsychotic medication use.	S. 2. 3. 4. 7. P. 10. 13. 14. M. 25. 27.
------------	---------------	---------------	-------------------	--	--

19. Fossey J, Ballard C, Juszczak E, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ (Clinical research ed)*. 2006;332(7544):756-761.

19.	United Kingdom	Nursing homes	Cluster randomized controlled trial	To evaluate the effectiveness of a training and support intervention for nursing home staff in reducing the proportion of residents with dementia who are prescribed neuroleptics.	S. 4. 8. P. 10. 13. 17. M. 28.
------------	----------------	---------------	-------------------------------------	--	--------------------------------------

20. Gouvernement du Québec. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Québec: Gouvernement du Québec; 2015.

20.	Canada	N/A All settings	Practice guidelines	To guide the health care institutions in the development of a policy of exceptional use of measure of control and to introduce the conception of <i>chemical restraint</i> as a control measure.	S. 1. 2. 3. 4. P. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. M. 21. 22. 25. 27. 28.
------------	--------	---------------------	---------------------	--	---

21. Haw C, Stubbs J, Yorston G. Antipsychotics for BPSD: An audit of prescribing practice in a specialist psychiatric inpatient unit. *Int Psychogeriatr*. 2008;20(4):790-799.

21.	United Kingdom	Psychiatric unit	Audit	N/A	S. 5. P. 10. 12. 13. 15. 19. 20.
------------	----------------	------------------	-------	-----	-------------------------------------

22. Hofso K, Coyer FM. Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: contributing factors. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(5):249-255.

22.	Australia	Intensive care unit	Literature review	To provide a summary of the existing literature on the use of physical and chemical restraints in the	S. 3. P. 12
------------	-----------	---------------------	-------------------	---	----------------

ICU setting.

23. Hofso K, Coyer FM. Part 2. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: A patient perspective. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23(6):316-322.

23.	Australia	Intensive care unit	Literature review	To examine the evidence related to chemical and physical restraints from the mechanically ventilated patient's perspective.	S. 1. P. 20.
-----	-----------	---------------------	-------------------	---	-----------------

24. Hughes R. Chemical restraint in nursing older people. *Nurs Older People.* 2008;20(3):33-38.

24.	United Kingdom	Older people	Literature review	To review studies on chemical restraint that show high levels of neuroleptic drug prescribing, including <i>pro re nata</i> or 'when required' medication, in care settings for older people.	S. 1. 7. P. 9. 10. 11. 13. 14. M. 25. 27.
-----	----------------	--------------	-------------------	---	---

25. Ibrahim F, Knight SR, Cramer RL. Addressing the controversial use of antipsychotic drugs for behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Pharm Technol.* 2012;28(1):3-9.

25.	United States	Mental health	Literature review	To review relevant background information on behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and the antipsychotic drugs used to treat it, describe benefits versus risks of antipsychotic drugs for treatment of BPSD, and describe the latest management guidelines for patients with BPSD.	S. 2. 7. P. 9. 10. 12. 13. 14. 15. 17. 19. 20.
-----	---------------	---------------	-------------------	--	---

26. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Breton M-C, Carpentier G, Gernigon G, Sauty S, Tessier A. *Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée.* Québec: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2017.

26.	Canada	People with major neurocognitive disorders living in residential and long-term care centers	Review of the scientific literature and best clinical practice guidelines	To develop clinical recommendations for residents of residential and long-term care teams to guide them towards the most effective strategies for preventing and managing behavioral and psychological symptoms of dementia and to promote appropriate antipsychotic use.	S. 1. 2. 3. 4. 5. 7. 8. P. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 16. 20. M. 22. 24. 25. 27. 28.
-----	--------	---	---	---	--

27. Jeste DV, Blazer D, Casey D, et al. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2008;33(5):957-970.

27.	United States	Elderly persons with Dementia	White paper	To review relevant issues and make clinical and research recommendations regarding the treatment of elderly dementia patients with psychosis and/or agitation.	S. 4. 7. P. 10. 11. 12. 13. 14. 17. 20. M. 27.
-----	---------------	-------------------------------	-------------	--	--

28. Lindsey PL. Psychotropic medication use among older adults: What all nurses need to know. *J Gerontol Nurs*. 2009;35(9):28-38.

28.	United States	Older adults	Literature review	To (a) provide information to geriatric nurses in all settings about how the most commonly prescribed psychotropic medications (i.e., anxiolytic, antidepressant, and antipsychotic drugs) differentially affect older adults; (b) examine recent concerns about the use of psychotropic medications with older adults; and (c) discuss nursing implications for those administering psychotropic medications to older adults.	S. 5. 7. P. 10. 12. 14. 20. M. 23.
-----	---------------	--------------	-------------------	--	--

29. Ling S, Cleverley K, Perivolaris A. Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: A qualitative analysis. *Can J Psychiatry*. 2015;60(9):386-392.

29.	Canada	Mental health	Thematic analysis of qualitative data	To examine debriefing data to understand experiences before, during, and after a restraint (seclusion, chemical, and physical) event from the perspective of inpatients at a large urban mental health and addiction hospital.	S. 6. P. 16. M. 25.
-----	--------	---------------	---------------------------------------	--	---------------------------

30. Martin K, Arora V, Fischler I, Tremblay R. Analysis of non-pharmacological interventions attempted prior to pro re nata medication use. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(1):296-302.

30.	Canada	Mental health	Quantitative design with a retrospective chart review	To elucidate what non-pharmacological interventions are applied by nursing staff prior to the administration of psychotropic pro re nata (PRN) medication.	S. 1. 4. 8. P. 10. 19. M. 23. 24. 27. 28.
------------	--------	---------------	---	--	---

31. Nash M, McDonagh C, Culhane A, Noone I, Higgins A. Rapid tranquilization: An audit of Irish mental health nursing practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(5):1449-1458.

31.	Ireland	Mental health	Survey	To study mental health nurses practice in rapid tranquilization.	S. 1. 4. P. 10. 12. 16. M. 28.
------------	---------	---------------	--------	--	--------------------------------------

32. Nurminen J, Puustinen J, Kukola M, Kivela SL. The use of chemical restraints for older long-term hospital patients: a case report from Finland. *J Elder Abuse Negl*. 2009;21(2):89-104.

32.	Finland	Long term hospital care	N/A	To describe the use and concomitant use of psychotropic and other drugs as chemical restraints in the aged in long-term hospital care.	S. 6. P. 17. 19. M. 23.
------------	---------	-------------------------	-----	--	-------------------------------

33. Peisah C, Skladizen E. The use of restraints and psychotropic medication in people with dementia. *Alzheimer Australia Inc.*; 2014.

33.	Australia	People with dementia	Practice guidelines	To provide the evidence of current practice, consequences, legal issues and alternative approaches.	S. 2. 4. 7. 9. P. 10. 11.12. 13. 14. 15. 17. 20. M. 27.
------------	-----------	----------------------	---------------------	---	---

34. Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Med Care*. 2006;44(12):1114-1120.

34.	Finland	Long-term care	Cross-sectional study	To examine the effects of nursing working conditions on the use of physical restraints and antipsychotics as restraints in long-term care units	S. 3. P. 14.
------------	---------	----------------	-----------------------	---	-----------------

for elderly residents.

35. Pun BT, Dunn J. The sedation of critically ill adults: Part 1: Assessment. The first in a two-part series focuses on assessing sedated patients in the ICU. *Am J Nurs* 2007;107(7):40-48; quiz 49.

35.	United States	Critically ill adults	Review of practice guidelines	To examine recommendations of the Society of Critical Care Medicine along with the American Society of Health-System Pharmacists that relate to sedation assessment and management, as well as the current literature.	S. 1. 5. P. 9. 10. 12. M. 23.
------------	---------------	-----------------------	-------------------------------	--	-------------------------------------

36. Ramoo V, Abdullah KL, Tan PS, Wong LP, Chua PY. Intervention to improve intensive care nurses' knowledge of sedation assessment and management. *Nurs Crit Care*. 2016;21(5):287-294.

36.	Malaysia	Intensive care units	Quasi-experimental design with a pre- and post-test method	To evaluate the impact of an educational intervention on nurses' knowledge of sedation assessment and management.	S. 1. 4. 5. P. 12. 20. M. 22. 23. 27.
------------	----------	----------------------	--	---	---

37. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyer AE, et al. The American Psychiatric Association practice guideline on the use of antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. *Am J Psychiatry*. 2016;173(5):543-546.

37.	United States	Patients with dementia	Practice guidelines	The goal of this guideline is to improve the care of patients with dementia who are exhibiting agitation or psychosis.	S. 7. P. 9. 10. 11. 17. M. 27.
------------	---------------	------------------------	---------------------	--	--------------------------------------

38. Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec; retrieved may 2019.

38.	Canada	N/A All settings	Act respecting health services and social services	To maintain and improve the physical, mental and social capacity of persons to act in their community and to carry out the roles they intend to assume in a manner which is acceptable to themselves and to the groups to which they belong.	S. 1. 2. P. 9. 11. 19. M. 28.
------------	--------	---------------------	--	--	-------------------------------------

39. Sawan M, Jeon YH, Fois RA, Chen TF. Exploring the link between organizational climate and the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study. *Res Social Adm Pharm*. 2017;13:513-523.

39.	Australia	Nursing homes	Qualitative inquiry	To explore the key dimensions of organizational climate and their subsequent influence on the use of psychotropic medicines.	S. 3. 4. 5. 9. P. 10 14. M. 23. 24. 26. 27. 28.
40. Testad I, Auer S, Mittelman M, et al. Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. <i>Int J of Geriatr Psychiatry</i> . 2010;25(7):725-731.					
40.	Austria, United Kingdom et Norway	Nursing homes	Exploratory pilot study	To compare severity of agitation and psychotropic drug use in nursing homes with different organizations and structures in three different countries.	S. 3. 4. M. 24.
41. Varndell W, Elliott D, Fry M. Assessing, monitoring and managing continuous intravenous sedation for critically ill adult patients and implications for emergency nursing practice: A systematic literature review. <i>Australas Emerg Nurs J</i> . 2015;18(2):59-67.					
41.	Australia	Critically ill adult patients	Systematic literature review	To examine (1) the evidence around assessing, monitoring and managing continuous intravenous sedation for critically ill adult patients, and (2) the implications for emergency nursing practice.	S. 1. 4. 5. 7. P. 12. 20. M. 23.
42. Walsh KA, Dennehy R, Sinnott C, et al. Influences on decision-making regarding antipsychotic prescribing in nursing home residents with dementia: A systematic review and synthesis of qualitative evidence. <i>J Am Med Dir Assoc</i> . 2017;18(10):897.e891-897.e812.					
42.	Ireland	Nursing home residents with dementia	Systematic review and synthesis of qualitative evidence	To synthesize the findings from individual qualitative studies on decision-making and prescribing behaviors for antipsychotics in nursing home residents with dementia, with a view to informing intervention development and quality improvement in this field.	S. 1. 3. 4. 5. P. 9. 10. 12. 13. 14. M. 23. 25. 26. 27. 28.
43. Willemsse BM, de Jonge J, Smit D, Dasselaar W, Depla MF, Pot AM. Is an unhealthy work environment in nursing home care for people with dementia associated with the prescription of psychotropic drugs and physical restraints? <i>Int Psychogeriatr</i> . 2016;28(6):983-994.					
43.	The Netherlands	Nursing home residents with dementia	National monitoring study	To investigate whether characteristics of an unhealthy work environment in facilities for people with dementia are associated with more prescription of psychotropic drugs and physical	M. 24.

restraints.

44. Wood-Mitchell A, James IA, Waterworth A, Swann A, Ballard C. Factors influencing the prescribing of medications by old age psychiatrists for behavioural and psychological symptoms of dementia: a qualitative study. *Age Ageing*. 2008;37(5):547-552.

44.	United Kingdom	Mental Health	Focus group, grounded theory methodology	To examine the process by which consultant old age psychiatrists prescribe for BPSD and explore the factors that influence their decisions.	S. 3. 4. 5. P. 8. 9. 10. M. 24. 28.
-----	----------------	---------------	--	---	---

45. Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Psychotropic drug prescription in nursing home patients with dementia: influence of environmental correlates and staff distress on physicians' prescription behavior. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(10):1632-1639.

45.	The Netherlands	Nursing home patients with dementia	Cross-sectional study	To examine whether staff distress and aspects of the nursing home environment were associated with psychotropic drug use in patients with dementia.	S. 4. 5. 8. M. 26.
-----	-----------------	-------------------------------------	-----------------------	---	-----------------------

Results of the preliminary review

The preliminary review confirmed the relevance of the 2 review questions and initially allowed the definition of chemical restraint. Indeed, we first regrouped most influential definitions from the evidence of the last 12 years to adopt a definition of CR. Following an in-depth analysis of these writings, the concept of CR can be seen as a control measure and as a security measure. CR is defined as an "intervention in health facilities that involves adjunctive (PRN), regular or continuous medication with sedative properties (psychotropic, hypnotic, anxiolytic, analgesic, anesthetic agent or other), administered with the intention of preventing or limiting harmful behaviors like aggressiveness or violence, disturbing behaviors or behaviors that interfere with the diagnostic or therapeutic intervention(s), AND/OR administered to avoid physical restraint or isolation or simultaneously with physical restraint or isolation and for the same purpose; AND/OR without the verbal or written consent of the person or his/her representative".

The preliminary review also revealed that the phenomenon of CR concerns a wide variety of patients in health care institutions. However, neonatal, pediatric, intellectually disabled and palliative care patients were excluded since the legal, ethical and decision-making aspects as well as the intentions behind the use of drugs differ significantly from all other populations. The standards identified will therefore specifically concern the elderly in long-term care, the person over 18 years of age (adult or elderly) in acute care (critical care, emergency, general care) and in mental health units.

Results of the realist review

The results from the selected evidence are presented in the systemic model in Supplemental Digital Content, Figure 2. In total, twenty-eight (28) quality standards were identified and distributed in the circular boxes associated with the different components of the theoretical framework, namely structure, processes (associated mechanisms), and outcomes. The results will therefore be presented by component in the following lines.

Structure

Eight (8) standards associated with the organizational structure of nursing services that supports the quality of care have emerged from this realist review. The following standards are related to the use of CR : 1. The institution promotes a policy, a regulation or a protocol; 2. Information is available for patients and families; 3. Staffing is sufficient for the workload; 4. Appropriate education and training have been given to the care providers; 5. The institution allows material and financial resources; 6. Activities and entertainment are available to patients; 7. The unit follows a systematic monitoring routine of patient's medication profiles; 8. The environment is suitable for the management of behavioral symptoms.

Process

Nine (9) processes related to the use of CR have been identified: 9. A nursing evaluation is completed before the administration of the medications; 10. The care providers try alternative measures to reduce the use of CR; 11. Use of the medication is justified by risk of harm; 12. Appropriate patient monitoring follows all drug administrations; 13. Patient and/or family participate in medical decisions and care; 14. The multidisciplinary team participate in medical decisions and care; 15. Informed consent has been obtained or has been sought by care providers before the drug administration; 16. A post-event debriefing is conducted after the administration of a CR in an emergency (unplanned) context; 17. The care providers evaluates the benefits-risks ratio; 18. An oral medication route is preferred to IV or IM when possible. 19. The documentation in medical records is clear, complete and relevant; 20. The lowest effective dose is given when a choice of posology is available.

Mechanisms underlying structures and process

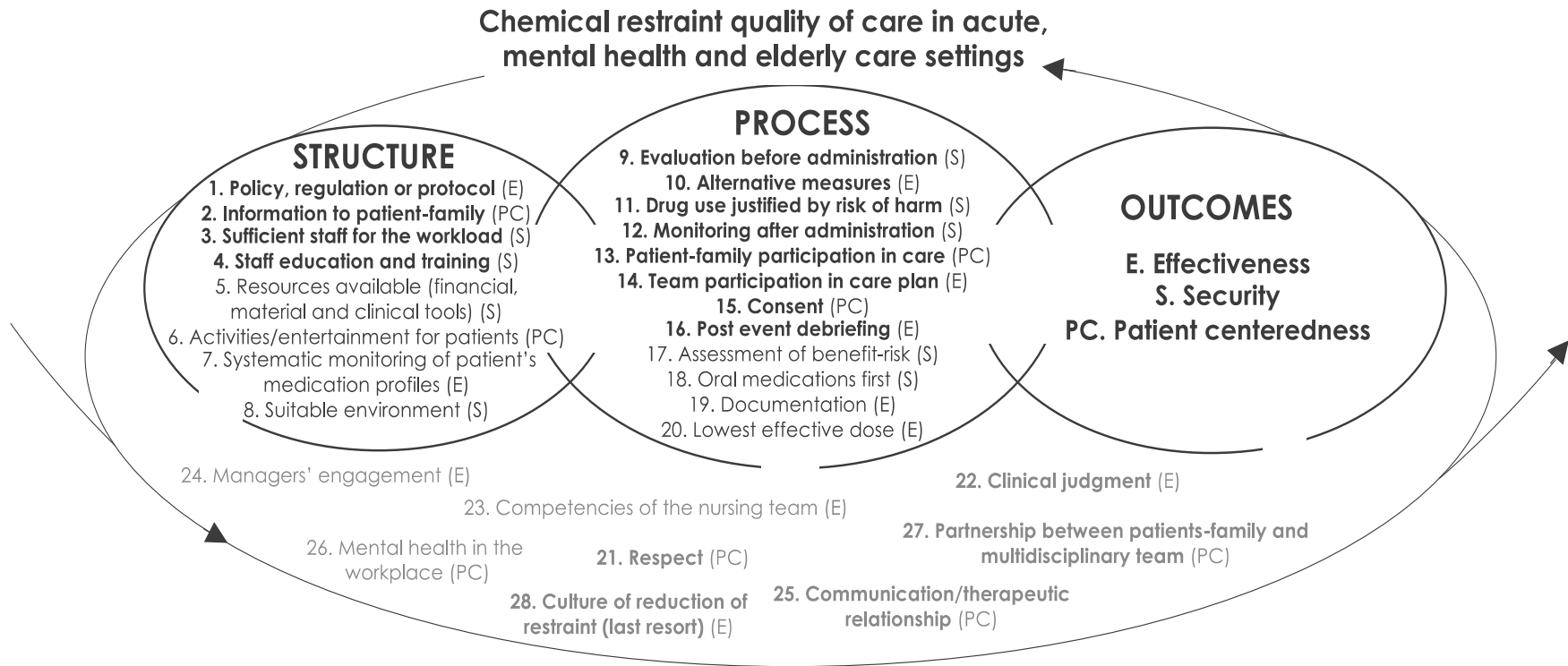
Eight (8) mechanisms were discovered in this realist review: 21. Respect for the individual; 22. Clinical judgment influences nursing care; 23. Competencies of the care providers; 24. Engagement of managers in quality improvement; 25. Therapeutic relationship and communication established with the care providers, the patient and the family; 26. Mental

health in the workplace; 27. Partnership established between patient, family and the multidisciplinary team. 28. Culture of reduction of CR on the care unit.

Outcomes

The authors of the papers reviewed unanimously agree on the importance of reducing the use of CR and making them safe and patient oriented in all health care settings. Outcome indicators were not central to this synthesis of evidence; however, it is possible to note that organizational attributes and clinical practices are oriented towards these three main goals: effectiveness, safety and a patient/resident-oriented approach.

Figure 2. Results: The systemic model of nursing care quality for the use of chemical restraint



Notes. Adaptation of the Donabedian model (1988).

Quality standards in bold characters were extracted from the initial program of the Government of Quebec⁸ (2015), supplemented by other quality standards found in the literature.

Each process, structure and mechanism component contribute to the purpose of the model (outcomes) but is associated more particularly to one of the outcomes: (E) effectiveness, (S) security and (PC) patient-centeredness.

Discussion

The innovative method of realist review for the development of quality standards appears to be entirely appropriate for the synthesis of nursing evidence, a discipline with many ways of knowing and whose practice is exercised through intangible values and foundations (mechanisms) and in an environment of continuous change. The model in Supplemental Digital Contents, Figure 2, visually confirms that the quality standards laid out in the initial program of CR reduction in Quebec are supported by existing knowledge. Indeed, no recommendations from the Government of Quebec publication have been withdrawn due to a lack of theoretical support. Despite its strengths, this program may not be able to properly achieve its objectives of improving care due to its lack of consideration for several organizational attributes (structure) hypothetically essential to *good* processes leading to better patient outcomes.^{13,15} For example, the program does not mention the following standards: education and training for care providers; resource allocation; and providing a suitable environment for the management of disruptive behaviors.

In light of this review, we note that nursing outcomes, such as accidents, can become the context for the emergence of new organizational attributes or clinical practices that support the quality of care. This example illustrates the dynamism of the quality components and the importance of a representation of nursing care quality based on open systems that are constantly evolving. It may be appropriate to use the quality standards presented in the model to develop and evaluate new policies, and also to create initiatives for improving quality of care in clinical settings. Since their development is based on a comprehensive international literature review, these standards should potentially be relevant in various clinical settings and industrialized countries. The systemic model can support nursing research, management and education. Above all, these quality standards have been identified in order to be use for the development of a CR measurement tool. The number of 28 standards seems appropriate for a future assessment tool based on nurses' perceptions since completing the task will not be too demanding and will probably not require managers to release their staff for a long period of time. However, before their use, to ensure methodological

rigour, all identified standards must first be defined in an operational manner, supported by examples, in addition to being subject to a structured content validation process of research such as the Delphi method.

Limitations

Our search methods were focused on nursing practice (direct outcome of mechanisms) rather than on the long-term effects of an intervention, therefore, the search generated a number of publications not directly associated with a research approach (literature reviews or guidelines) (20) almost as large as the number of empirical studies (23), which can be seen as a limitation due to our method selection. No meta-analyses were identified. In addition, in the absence of a consensus definition of CR in the general literature, the relevance assessment of the selected evidence was based on our conception of CR, which includes many of the most recognized definitions. Thus, some articles were selected without directly using the terms chemical restraint or management of behavioral symptoms by pharmacological agents with sedative properties. This definition must subsequently be validated with experts in the field of CR.

Conclusion

In conclusion, the review of a large number of scientific and professional publications has led to the identification of 28 quality standards associated with chemical restraint. This concept until now ambiguous had to be defined before relevant literature could be identified. The quality standards were presented in a theoretical model, the systemic model. This model therefore proposes quality standards that are ready to be formulated in such a way as to allow measurement and then submitted to content validation for the creation of a questionnaire or tool to assess perceptions of nursing care quality when using CR. Such an assessment will reflect the norms of structure and processes that can be objectified through observation (practices) but may also capture the subjective entities (mechanisms), through attitudes, values or interpersonal aspects in relationship with process on which it is important to work individually and collectively to generate changes that really bring improvement.

References

1. Pakpoor J, Agius M. A review of the adverse side effects associated with antipsychotics as related to their efficacy. *Psychiatr Danub*. 2014;26 Suppl 1:273-284.
2. Heckman GA, Crizzle AM, Chen J, et al. Clinical complexity and use of antipsychotics and restraints in long-term care residents with parkinson's disease. *J Parkinsons Dis*. 2017;7(1):103-115.
3. Zhai Y, Yin S, Zhang D. Association between antipsychotic drugs and mortality in older persons with alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis*. 2016;52(2):631-639.
4. Hsu W, Rego LS, Esmaily-Fard A, Lee C, Rego LS. Does use of antipsychotics increase the risk of death: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Value Health*. 2015;18(7):A406-A406.
5. Maust DT, Kim H, Seyfried LS, et al. Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. *J Am Med Assoc - Psychiatry*. 2015;72(5):438-445.
6. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr pract*. 2011;17(3):170-185.
7. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:6.
8. Gouvernement du Québec. *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. Québec: Gouvernement du Québec; 2015.
9. Gouvernement du Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec; retrieved may 2019.
10. Council of Europe. *European committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment : the use of restraints in psychiatric institutions*. Strasbourg; 2012.
11. Braun JA, Frolik LA. Legal aspects of chemical restraints in nursing homes. *Marquette Elder's Advisor*. 2014;2(2):21-31.

12. Australian Government. *Equality, capacity and disability in commonwealth laws (DP 81)*. Sydney, NSW: Commonwealth of Australia; 2014.
13. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*. 1988;260(12):1743-1748.
14. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med (1982)*. 2000;51(11):1611-1625.
15. Bhaskar R. *A Realist Theory of Science*. New York, NY; 2008.
16. Lauzier-Jobin F, Morin P, Garon S. Pertinence de la recension réaliste des écrits pour l'analyse des évaluations de programmes complexes: l'exemple du suivi dans a communauté en santé mentale. *Can J Program Eval*. 2014;29(2):128-138.
17. Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Buckingham J, Pawson R. RAMESES publication standards: realist syntheses. *BMC Med*. 2013;11(1):21.
18. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10.
19. Jagosh J, Pluye P, Wong G, et al. Critical reflections on realist review: insights from customizing the methodology to the needs of participatory research assessment. *Res Synth Methods*. 2014;5(2):131-141.
20. Rycroft-Malone J, McCormack B, Hutchinson AM, et al. Realist synthesis: illustrating the method for implementation research. *Implement Sci*. 2012;7.
21. Pawson R. Digging for nuggets: How 'bad' research can yield 'Good' Evidence. *International Journal of Social Research Methodology*. 2006;9(2):127-142.
22. Morestin F, Castonguay J. *Construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé : pourquoi et comment ?*. Montréal, QC: Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec; 2013.
23. Gendron S, Richard L. La modélisation systémique en analyse qualitative : un potentiel de pensée innovante. *Recherches Qualitatives*. 2015;17:78-97.

Retour sur l'article 2 de la thèse : revue réaliste

Par la mise en œuvre d'une revue réaliste (Pawson et al., 2005), l'équipe de recherche est parvenue à compléter la théorie initiale du Gouvernement du Québec (2015) pour générer un pool total de 28 normes dont huit mécanismes générateurs. Les seize normes originales (Gouvernement du Québec, 2015) ont été retrouvées dans les écrits internationaux retenus. Il est possible de conclure de notre analyse des données que l'usage des contentions chimiques dissimule une immense matrice d'interrelations possibles à partir de ces 28 normes, qui peuvent varier d'un contexte clinique et d'un pays à l'autre. Afin de suggérer cette interrelation hypothétique entre les huit attributs du contexte (pratiques organisationnelles), les onze processus (pratiques cliniques) et leurs huit mécanismes, un modèle systémique révisé et étoffé a été inséré dans l'article.

Afin d'apprécier la rigueur de la revue réaliste présentée aux pages 174 à 201, les critères de Wong, Greenhalgh, Westhrop et Pawson (2015) ont été pris en compte, voir tableau 8 en annexe 8. En parcourant la grille adressée aux chercheurs et aux pairs réviseurs, l'on constate que le travail effectué atteint les niveaux d'adéquat à excellent pour chacune des rubriques, et qu'aucun aspect inadéquat ne se rapporte à notre revue réaliste. Concernant les forces de l'article, les efforts d'analyse de cinq auteurs aux perspectives multiples (recherche, politique, gestion et pratique clinique, soins en santé mentale, aigus et de longue durée) suite à l'extraction de patterns structure-processus-mécanismes-effets, ont mené à l'enrichissement du modèle initial du Gouvernement du Québec (2015) avant que celui-ci ne soit apprécié des pairs réviseurs du Journal of Nursing Care Quality. Ce remaniement du contenu théorique renforce la validité interne. En prime, conformément à la méthode de la revue réaliste (Pawson et al., 2005), le modèle a été soumis au point de vue de cliniciens travaillant en santé mentale au Québec lors d'un atelier scientifique, voir annexe 9. Le modèle continue et continuera d'évoluer au fil du temps. Au niveau de la fiabilité, le diagramme de flux (Flow chart) inspiré des méthodes réalistes permet de répliquer de notre stratégie de recherche.

En ce qui concerne les limites de l'article, il aurait été judicieux d'inclure une section détaillée sur le cadre de référence de Donabedian, afin de justifier l'usage des termes structure, processs, their mechanisms and outcomes (S(m)-P(m)-O) au lieu des termes

habituellement utilisés en évaluation réaliste, soit context-mechanisms-outcomes (C + M = O) selon Pawson & Tilley, 1997 ou contextual mechanisms - program mechanisms - agency - outcomes (MC + PC + A = O) selon Porter (2015). Notre choix de nomenclature (Donabedian) pour l'extraction et l'analyse des données de la revue réaliste est toutefois cohérent avec le choix de périodique (Journal of Nursing Care Quality).

Une seconde limite réside dans le fait que la discussion faisait peu le parallèle entre nos résultats et la littérature existante sur le même sujet (Wong et al., 2013). Ceci s'explique par le fait qu'au moment de la réalisation de la revue réaliste (2018), l'équipe devait composer avec une pauvreté de la littérature portant directement sur la contention chimique et sur son évaluation. La littérature, nouvellement abondante depuis 2020, permet maintenant de confronter nos conclusions avec les connaissances contemporaines sur la contention chimique. Les détails de cette analyse sont discutés au prochain paragraphe.

Émergence de résultats scientifiques pertinents

Après la publication de la revue réaliste, des résultats de recherches rigoureuses sur la contention chimique ont fait leur entrée dans les bases de données scientifiques (Danda, 2020; Seyer-Forget, 2020; Robins et al., 2021). Globalement, en juxtaposant ces résultats aux libellés des 29 items développés pour constituer notre outil d'évaluation, la doctorante a constaté que leur contenu est corroboré, incluant les 16 propositions originales du cadre de référence du Gouvernement du Québec (2015). Seuls deux items, soit S2. *Des sources d'information sont disponibles pour les usagers et leurs proches* et S5. *L'organisation alloue les ressources matérielles et financières nécessaires* n'ont pas trouvé de donnée récente compatible à l'appui, probablement parce que les études publiées concernaient les soins directs plutôt que l'organisation des services.

Résultats de la phase 2 de l'étude : validation de contenu

Validation de contenu

Après avoir recensé et formulé les items potentiels de l'outil, il était important de valider chaque énoncé pour assurer que le vocabulaire choisi s'avère aisément compréhensible et que le contenu représente de façon plausible la réalité terrain des futurs utilisateurs. La

technique e-Delphi est privilégiée. Les paragraphes qui suivent exposent les résultats de cette phase de l'étude qui s'est déroulée entre juin et octobre 2019. Vingt experts se sont joints à la démarche de validation sur 26 invitations, pour un taux de participation de 76,9%. Leurs caractéristiques sont détaillées au Tableau 9.

Tableau 9. Caractéristiques des experts de la technique Delphi

Caractéristiques des experts	Ronde 1 (n = 20) n (%)	Ronde 2 (n = 17) n (%)
Genre		
Féminin	14 (70,0)	12 (70,6)
Masculin	6 (30,0)	5 (29,4)
Profession en soins infirmiers		
Chercheur et/ou professeur universitaire	8 (40,0)	7 (41,2)
Cadre/gestionnaire	5 (25,0)	4 (23,5)
Infirmière en pratique clinique	7 (35,0)	6 (35,3)
Domaine d'expertise en soins infirmiers		
Soins en santé mentale	7 (35,0)	5 (29,4)
Soins de longue durée à la personne âgée	5 (25,0)	7 (41,2)
Soins aigus et critiques adulte	8 (40,0)	5 (29,4)
Expérience en soins infirmiers		
10 à 14 ans	8 (40,0)	7 (41,2)
15 à 20 ans	4 (20,0)	3 (17,6)
Plus de 20 ans	8 (40,0)	7 (41,2)

Caractéristiques des experts

Tous les panélistes devaient être recommandés par leurs pairs en raison de leur expertise en matière de contention chimique et de qualité des soins. Les experts correspondaient à des chercheurs ou professeurs universitaires (40%). Les informateurs clés, aussi reconnus en tant qu'experts, étaient des conseillers cadres ou gestionnaires en soins infirmiers (25%) et des infirmiers en pratique clinique (35%). Toutes ces personnes

avaient plus de 10 ans d'expérience, dont 40% du panel ayant travaillé plus de 20 ans dans le domaine infirmier, soit dans la spécialité des soins en santé mentale (35%), des soins aigus à la personne adulte (40%), ou des soins de longue durée à la personne âgée (25%) en établissement de santé. Les lieux d'exercice professionnels des panélistes se situaient dans huit régions administratives du Québec et s'étendent sur plus de 800 km de distance d'est en ouest. Ces régions ne sont pas dévoilées pour préserver l'anonymat des experts.

Résultats de la validation de contenu : ronde 1

La première ronde de validation fut fructueuse puisqu'aucun des énoncés soumis aux experts n'a occasionné de désaccord dans une mesure supérieure à la limite statuée ($\geq 70\%$), ils ont donc tous été acceptés de façon provisoire. En effet, la clarté a été reconnue par 87% des membres du panel et la pertinence par 95% d'entre eux. Des commentaires qualitatifs des panelistes ont concerné 13 items sur les 28 proposés. La décision de procéder à un deuxième tour était justifiée par la critique des experts au sujet des trois normes, soit P9 (70%), le P10 (75), et le P11 (75%) qui ont donné lieu à des reformulations significatives des énoncés. Une reformulation était considérée significative/majeure (Rubio et al., 2003) lorsque plusieurs mots ont été ajoutés ou modifiés ce qui pourrait changer le sens et faire fluctuer la perception de clarté ou de pertinence de l'énoncé. Un tableau récapitulatif des résultats généraux est proposé en annexe 10 (tableau 10), puis, les résultats détaillés par item sont présentés aux tableaux 11 et 12. Enfin, les matrices des résultats individuels par expert pour chaque item à partir desquelles les pourcentages d'accord ont été calculés peuvent être consultées en annexe 11.

Tableau 11. Ronde 1. Résultats du volet quantitatif de la technique Delphi (n = 20)

Item	Énoncé final – validation de contenu	Accord sur la clarté		Accord sur la pertinence	
		Proportion d'experts (%)		Proportion d'experts (%)	
Définition opérationnelle					
1. Taux d'usage	<p>La contention chimique, ou sédation des symptômes comportementaux, compte parmi les mesures de contrôle à éviter en établissements de santé, mais aussi parmi les mesures de sécurité légitimes utilisées en dernier recours pour la protection des personnes. Il s'agit d'une intervention, à un moment et contexte donnés, qui implique une :</p> <p>A. médication d'urgence (STAT), au besoin (PRN), régulière (DIE, BID, QID, etc.) ou en perfusion continue, possédant des propriétés sédatives (ex. psychotrope, anxiolytique, hypnotique, analgésique, anesthésique)</p> <p>b) administrée dans l'intention de prévenir ou limiter des comportements, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ présentant un danger de blessure pour la personne ou pour autrui tels que la violence et l'agressivité verbale ou physique ou nuisibles à l'intervention diagnostique ou au plan thérapeutique tels que se lever, toucher ou retirer l'équipement de soins (ex. s'extuber) ou bouger lors d'un examen sensible au mouvement ou ▪ dérangeants, occasionnant une surcharge aux intervenants ou jugés inappropriés, tels que l'errance et les cris; <p>c) et/ou administrée dans le même but que la contention physique ou l'isolement, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour éviter une contention physique ou un isolement ou ▪ simultanément à la contention physique ou à l'isolement; <p>d) et/ou administrée sans consentement, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ à une personne n'ayant pas consenti ou qui refuse la médication ou ▪ dont le représentant n'a pas consenti ou refuse d'accorder un consentement verbal ou écrit. 	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		90,0	10,0	95,0	5,0
		Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
1.	9 (45)	1.	14 (70)		
2.	9 (45)	2.	5 (25)		
3.	2 (10)	3.	1 (5)		
4.	0 (0)	4.	0 (0)		

Normes associées à la STRUCTURE (S)					
S1.	L'organisation fait la promotion d'un protocole, programme ou règlement encadrant l'usage des contentions chimiques ou la sédation des symptômes comportementaux.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		90,0	10,0	100	0,0
	Les questionnaires encouragent l'utilisation, par exemple, d'un programme portant sur la réduction de l'ensemble des mesures de contrôle incluant la contention chimique, d'un protocole de sédation ou d'une politique sur l'usage des antipsychotiques. Ce protocole, programme ou règlement peut être interne à l'unité de soins ou s'appliquer à l'ensemble de l'établissement.	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
1.		15 (75)	1.	16 (80)	
2.		3 (15)	2.	4 (20)	
3.		2 (10)	3.	0 (0)	
4.		0 (0)	4.	0 (0)	
S2.	Des sources d'information sur la contention chimique ou la sédation des symptômes comportementaux sont disponibles pour les usagers et leurs proches.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		100	0,0	100	0,0
	Il peut s'agir, par exemple, de statistiques diffusées au public sur l'usage des antipsychotiques, d'un guide d'information (dépliant, brochure) ou d'un plan d'enseignement structuré permettant au personnel soignant d'informer l'usager et ses proches sur la médication aux propriétés sédatives.	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
1.		16 (80)	1.	18 (90)	
2.		4 (20)	2.	2 (10)	
3.		0 (0)	3.	0 (0)	
4.		0 (0)	4.	0 (0)	
S3.	De façon générale, le personnel en fonction au sein de l'unité est en nombre suffisant.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		80,0	20,0	85,0	15,0
	Cela signifie que le nombre d'infirmières et de personnel soignant en fonction sur l'unité de soins est approprié considérant le nombre d'usagers et leur état clinique, le temps requis pour accomplir les tâches et la lourdeur de celles-ci. L'équipe de soins est habituellement	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
1.		12 (60)	1.	12 (60)	

	complète (ex. les absences sont remplacées), ce qui est favorable à la gestion efficace des symptômes comportementaux et un usage sans excès de la médication aux propriétés sédatives.	2. 3. 4.	4 (20) 4 (20) 0 (0)	2. 3. 4.	5 (25) 3 (15) 0 (0)
S4.	Les membres réguliers de l'équipe de soins ont reçu une formation appropriée.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		80,0	20,0	100	0,0
	Il peut s'agir d'une formation théorique au sujet de la médication aux propriétés sédatives, sur les mesures de contrôle incluant la contention chimique ou sur la sédation des symptômes comportementaux. Il peut également s'agir d'entraînement (coaching) pratique sur la gestion des symptômes comportementaux.	Clarté 1. 2. 3. 4.	<i>n (%)</i> 14 (70) 2 (10) 4 (20) 0 (0)	Pertinence 1. 2. 3. 4.	<i>n (%)</i> 16 (80) 4 (20) 0 (0) 0 (0)
S5.	L'organisation alloue les ressources matérielles et financières nécessaires.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		85,0	15,0	95,0	5,0
	Renvoie à l'attribution de budgets et de matériel pour maintenir ou améliorer les soins en matière de contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux. Il peut s'agir, pour les gestionnaires, d'assurer la disponibilité d'appareils à signes vitaux fonctionnels et de matériel de réanimation. Il peut aussi s'agir de rendre disponible des outils de dépistage et d'évaluation du niveau de conscience, de la douleur, de l'agitation, de la violence ou du délirium.	Clarté 1. 2. 3. 4.	<i>n (%)</i> 11 (55) 6 (30) 3 (15) 0 (0)	Pertinence 1. 2. 3. 4.	<i>n (%)</i> 12 (60) 7 (35) 1 (5) 0 (0)
S6.	Des activités sociales sont organisées et des sources de divertissement sont disponibles pour les usagers.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		95,0	5,0	100	0,0

	Il peut s'agir, par exemple, de jeux de société, de séances de musicothérapie, de groupes de marche. Cette norme ne s'applique habituellement pas aux soins aigus, incluant les unités de soins généraux, l'urgence générale ou psychiatrique et les soins critiques.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	14 (70)	1.	11 (55)
		2.	5 (25)	2.	9 (45)
		3.	1 (5)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
S7.	Une routine de révision systématique de la médication des usagers est appliquée au sein de l'unité.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		95,0	5,0	95,0	5,0
	La révision prévue peut comprendre l'examen du profil pharmacologique de l'utilisateur et la réévaluation de la pertinence de maintenir la médication prescrite. Cette révision est habituellement effectuée en interdisciplinarité et peut inclure l'utilisateur et sa famille. Elle s'effectue selon une fréquence prédéterminée, par exemple, une fois par jour, une fois par semaine .	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	17 (85)	1.	16 (80)
		2.	2 (10)	2.	3 (15)
		3.	1 (5)	3.	1 (5)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
S8.	Les lieux physiques sont propices à la gestion sécuritaire des symptômes comportementaux.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		90,0	10,0	100	0,0
	L'espace de travail disponible permet au personnel soignant d'intervenir librement et de façon sécuritaire. Par exemple, des chambres ou espaces privés peuvent être aménagées pour les usagers agités ou violents.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	12 (60)	1.	15 (75)
		2.	6 (30)	2.	5 (25)
		3.	2 (10)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)

Normes associées aux PROCESSUS (P)					
P9.	Une évaluation infirmière est effectuée avant l'administration de la médication.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		70,0	30,0	100	0,0
	L'évaluation avant d'administrer la médication aux propriétés sédatives peut comprendre, selon le cas, les éléments suivants : mesure des signes vitaux, examen clinique, dépistage du délirium, évaluation de l'environnement, évaluation de la douleur, recherche d'antécédents de comportements dangereux, recherche de contre-indications à la médication et identification des causes du comportement. L'évaluation doit avoir été effectuée immédiatement avant l'administration ou minimalement à l'intérieur du quart de travail de l'infirmière, soit dans les dernières 8 ou 12 heures (selon la durée du quart).	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
		1.	12 (60)	1.	16 (80)
		2.	2 (10)	2.	4 (20)
		3.	6 (30)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
P10.	Des mesures alternatives à la médication sont tentées par l'équipe de soins.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		75,0	25,0	100	0,0
	Ces mesures réfèrent, par exemple, aux interventions environnementales, psychosociales, au soulagement de la douleur et à toute intervention non pharmacologique visant la réponse aux besoins de la personne pour éviter ou réduire l'usage de la médication. Le soutien d'intervenants champions (p. ex. infirmier clinicien dédié à la gestion des symptômes comportementaux, intervenants du code d'urgence en cas d'agression) compte parmi les mesures alternatives.	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
		1.	11 (55)	1.	16 (80)
		2.	4 (20)	2.	4 (20)
		3.	5 (25)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
P11.	Un comportement dangereux justifie le recours, par l'équipe de soins, à la contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		75,0	25,0	95,0	5,0

<p>« Dangereux » signifie qu'il y a danger réel de blessure ou de préjudice pour la personne ou pour autrui. Les exemples suivants constituent des comportements dangereux : hurler vers autrui, menacer, pincer, griffer, mordre, frapper, bousculer, cracher, briser des objets ou les utiliser pour blesser, retirer des équipements (p. ex. tube endotrachéal). Ne sont pas considérés comme des dangers réels : agitation verbale sans agressivité, (p. ex. paroles répétitives, sons, cris) et agitation physique ou toute action sans agressivité (p. ex. errer, déambuler, mettre objets inappropriés dans sa bouche, gestes indécents, se déshabiller, accumuler des objets, se réveiller la nuit). La prévention d'un comportement (p. ex. résistance aux soins d'hygiène) n'est pas considérée comme une justification appropriée.</p>	<p>Clarté</p> <p>1. 8 (40)</p> <p>2. 7 (35)</p> <p>3. 5 (25)</p> <p>4. 0 (0)</p>	<p><i>n (%)</i></p>	<p>Pertinence</p> <p>1. 13 (65)</p> <p>2. 6 (30)</p> <p>3. 1 (5)</p> <p>4. 0 (0)</p>	<p><i>n (%)</i></p>
<p>P12. Une surveillance appropriée est assurée suite à l'administration de la médication.</p>	<p>Accord</p>	<p>Désaccord</p>	<p>Accord</p>	<p>Désaccord</p>
<p>Dans un contexte de médication régulière, cela signifie que la fréquence minimale de surveillance prescrite ou recommandée selon la routine de l'unité est respectée par l'équipe de soins. Dans un contexte de médication d'appoint (PRN), la surveillance post administration des réactions et réponses de l'utilisateur doit être plus fréquente que la routine usuelle et ce, jusqu'à résorption du comportement à risque. En tout contexte, cette fréquence de surveillance doit être adaptée selon le type de médication, la dose et selon les antécédents de l'utilisateur (p. ex. réactions antérieures, facteurs de vulnérabilité aux médicaments).</p>	<p>80,0</p>	<p>20,0</p>	<p>100</p>	<p>0,0</p>
<p>P13. L'utilisateur-proche a/ont la possibilité de participer aux soins.</p>	<p>Accord</p>	<p>Désaccord</p>	<p>Accord</p>	<p>Désaccord</p>
<p>La participation de l'utilisateur et/ou de son proche peut être sollicitée, par exemple, pour l'identification des causes du comportement à risque et des mesures alternatives à la médication, pour la prise de décision (administrer ou non), pour l'élaboration du plan d'intervention ou pour</p>	<p>85,0</p>	<p>15,0</p>	<p>95,0</p>	<p>5,0</p>
<p>La participation de l'utilisateur et/ou de son proche peut être sollicitée, par exemple, pour l'identification des causes du comportement à risque et des mesures alternatives à la médication, pour la prise de décision (administrer ou non), pour l'élaboration du plan d'intervention ou pour</p>	<p>Clarté</p> <p>1. 14 (70)</p> <p>2. 3 (15)</p>	<p><i>n (%)</i></p>	<p>Pertinence</p> <p>1. 15 (75)</p> <p>2. 4 (20)</p>	<p><i>n (%)</i></p>

	la révision de la pertinence de la médication. Cela s'applique lorsque la situation de l'usager-proche le permet (niveau de conscience, collaboration, présence du proche).	3. 4.	3 (15) 0 (0)	3. 4.	1 (5) 0 (0)
P14.	Les membres de l'équipe interdisciplinaire ont la possibilité de participer aux soins.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		85,0	15,0	100	0,0
	Des intervenants autres qu'infirmiers, soit professionnels (pharmacien, médecin, travailleur social) ou non professionnels (préposé aux bénéficiaires, intervenant spirituel, agents de sécurité) sont appelés à participer aux soins en matière de contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux. Ils peuvent, selon leur champ de pratique respectif, collaborer à l'identification des causes du comportement à risque et des mesures alternatives à la médication, à la prise de décision (administrer ou non), à l'élaboration du plan d'intervention ou à la révision de la pertinence de la médication.	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
		1.	11 (55)	1.	14 (70)
		2.	6 (30)	2.	6 (30)
		3.	3 (15)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
P15.	Un consentement éclairé est obtenu ou recherché auprès de la personne et/ou de son représentant légal.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		85,0	15,0	100	0,0
	Le consentement peut être demandé verbalement ou par écrit par l'infirmière. Le terme <i>éclairé</i> implique que des explications sont données à l'usager-proche sur la médication aux propriétés sédatives (effets souhaités, effets indésirables). Si la personne est inapte à consentir, l'infirmière a tout-de-même tenté d'informer l'usager-proche et d'obtenir le consentement avant l'administration de la médication.	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
		1.	15 (75)	1.	18 (94,7)
		2.	2 (10)	2.	1 (5,3)
		3.	3 (15)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
P16.	Lorsque la médication a été administrée dans un contexte d'urgence ou d'intervention non planifiée, un retour sur l'événement est effectué avec l'usager et/ou son proche par le personnel soignant.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		90,0	10,0	100	0,0
	Le retour (<i>débriefing</i>) sur la situation d'urgence ou inhabituelle peut s'effectuer, par exemple, dans le cadre d'une discussion informelle au	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
		1.	12 (60)	1.	14 (70)

	chevet ou d'une rencontre interdisciplinaire en présence de l'usager-proche. Les éléments suivants sont habituellement discutés entre l'équipe et l'usager : causes du comportement, actions des personnes impliquées, mesures alternatives utilisées ou non utilisées, impacts de la décision d'utiliser la contention chimique ou la sédation des symptômes comportementaux, plan d'intervention.	2. 3. 4.	6 (30) 2 (10) 0 (0)	2. 3. 4.	6 (30) 0 (0) 0 (0)
P17.	L'équipe de soins s'assure que les effets bénéfiques de la médication donnée surpassent les effets indésirables chez l'usager.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		95,0	5,0	100	0,0
	L'équipe soignante demeure à l'affut des effets bénéfiques et indésirables et ce, dans les meilleurs intérêts de l'usager. Cela signifie que les effets bénéfiques, par exemple, la réduction de l'agitation et le bien être (reposer calmement, confort), surpassent les effets indésirables chez l'usager, par exemple, la somnolence accrue, les risques de chute, l'hypotension et le délirium.	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
		1.	16 (80)	1.	16 (80)
		2.	3 (15)	2.	4 (20)
		3.	1 (5)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
P18.	La voie orale ou sublinguale est suggérée à l'usager en premier lieu lorsque la prescription médicale le permet.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		100	0,0	100	0,0
	La voie orale ou sublinguale est privilégiée à la voie intramusculaire ou intraveineuse pour administrer la médication. Cette norme s'applique aux situations où l'usager est en mesure de recevoir un comprimé par la bouche de façon sécuritaire (niveau de conscience approprié, collaboration).	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)
		1.	17 (85)	1.	16 (80)
		2.	3 (15)	2.	4 (20)
		3.	0 (0)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
P19.	La documentation au dossier est claire, pertinente et complète.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		95,0	0,0	100	0,0
	La documentation au dossier médical de l'usager recevant la médication est remplie de façon claire et complète par l'équipe de	Clarté	n (%)	Pertinence	n (%)

	soins. La documentation doit inclure minimalement l'évaluation physique et mentale, la description des circonstances ayant menées à l'administration de la médication (p. ex. le comportement), les mesures alternatives , la consignation de la médication administrée et les réponses de l'utilisateur.	1. 2. 3. 4.	12 (60) 7 (35) 1 (5) 0 (0)	1. 2. 3. 4.	16 (80) 4 (20) 0 (0) 0 (0)
P20.	La plus faible dose efficace est administrée à l'utilisateur lorsqu'un choix de dose est disponible.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		80,0	20,0	100	0,0
	Par exemple, si la prescription mentionne 15 à 30 mg, la dose de 15 mg est d'abord tentée. L'infirmière évalue ensuite l'efficacité de la médication et l'état de conscience de l'utilisateur puis ajuste ou complète la dose au besoin. L' <i>efficacité</i> signifie habituellement que l'utilisateur est calme mais qu'il est en mesure de communiquer. Enfin, un utilisateur sous sédation profonde devrait bénéficier de réveil(s) périodique(s) au cours de la journée lorsque la prescription et l'état clinique le permettent.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	10 (50)	1.	13 (65)
		2.	6 (30)	2.	7 (35)
		3.	4 (20)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
Normes associées aux MÉCANISMES sociaux					
M21.	Les soins sont empreints de respect envers l'utilisateur-proche.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		85,0	15,0	100	0,0
	Réfère au respect des droits et libertés et de l'autonomie de l'utilisateur-proche. Suppose l'acceptation des valeurs, des croyances et de la culture de l'utilisateur-proche dans les soins infirmiers en matière de contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	13 (65)	1.	15 (75)
		2.	4 (20)	2.	5 (25)
		3.	3 (15)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)		0 (0)
M22.	Les soins témoignent de l'exercice d'un raisonnement clinique infirmier.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		80,0	20,0	100	0,0

	Au-delà de l'application d'une prescription et/ou d'un protocole, l'infirmière interprète les données qu'elle recueille auprès de l'utilisateur-proche lors de la gestion des symptômes comportementaux, ce qui guide ses interventions. L'infirmière n'agit pas par automatisme devant la perte de contrôle comportementale de l'utilisateur, ainsi, l'infirmière juge, avant chaque dose administrée (ou non administrée), de la pertinence de la médication.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	13 (65)	1.	14 (70)
		2.	3 (15)	2.	6 (30)
		3.	4 (20)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
M23.	Les membres de l'équipe de soins sont compétents.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		80,0	20,0	100	0,0
	Les compétences des membres de l'équipe de soins sont basées sur des connaissances adéquates au sujet de la médication et sur la gestion des symptômes comportementaux. Elles impliquent un savoir-être et un savoir-faire dans l'application pratique de ces connaissances. Les compétences s'appuient sur un niveau d'expertise (qualifications) permettant de travailler de façon efficace auprès de la clientèle de personne âgée, de santé mentale ou de soins aigus.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	12 (60)	1.	13 (65)
		2.	4 (20)	2.	7 (35)
		3.	4 (20)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
M24.	Les gestionnaires s'impliquent dans l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		95,0	5,0	100	0,0
	Cela signifie que les gestionnaires de l'unité et de l'organisation appuient les initiatives liées à l'amélioration des soins infirmiers en matière de contention chimique ou de sédation des symptômes comportementaux. Par exemple, ils peuvent être actifs sur des comités d'amélioration de la qualité, soutenir l'organisation de formations, repenser l'aménagement des lieux physiques ou favoriser la disponibilité des ressources pour implanter des mesures alternatives à la médication.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	14 (70)	1.	15 (75)
		2.	35 (25)	2.	5 (25)
		3.	1 (5)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
M25.	Une communication thérapeutique est établie entre l'équipe de soins et l'utilisateur-proche.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		100	0,0	100	0,0

	Cela signifie que la communication verbale et non verbale est empreinte d'humanisme et de confiance mutuelle. Les membres de l'équipe de soins font preuve d'empathie dans leurs échanges avec tout usager présentant des symptômes comportementaux et avec leurs proches.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	12 (60)	1.	13 (65)
		2.	8 (40)	2.	7 (35)
		3.	0 (0)	3.	0 (0)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
M26.	L'état de santé psychologique des membres de l'équipe de soins permet d'assurer la dispensation de soins appropriés.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		95,0	5,0	95,0	5,0
	Signifie que les soins aux usagers présentant des symptômes comportementaux sont dispensés sans être affectés par des attitudes associées à l'épuisement professionnel ou à la détresse psychologique de l'équipe de soins telles que l'impatience, l'irritabilité, le cynisme, la démotivation et l'indécision.	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	13 (65)	1.	12 (60)
		2.	6 (30)	2.	7 (35)
		3.	1 (5)	3.	1 (5)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
M27.	Une approche de partenariat entre l'équipe interdisciplinaire et l'usager-proche caractérise les soins.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		90,0	10,0	95,0	5,0
	Signifie que toutes les parties prenantes, par exemple, l'infirmière, l'usager-proche, le médecin et le pharmacien, sont impliquées de façon équitable dans les soins en matière de contention chimique ou de sédation des symptômes comportementaux. Ceci sous-entend l'absence d'abus de pouvoir et d'attitudes paternalistes (créer un rapport de dépendance, de subordination) d'un sous-groupe de l'équipe (p. ex. médecins) envers un ou plusieurs autre(s) sous-groupe(s) (p. ex. infirmières, usagers-proches).	Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	<i>n (%)</i>
		1.	11 (55)	1.	10 (50)
		2.	7 (35)	2.	9 (45)
		3.	2 (10)	3.	1 (5)
		4.	0 (0)	4.	0 (0)
M28.	Une culture de réduction des contentions chimiques ou sédation des symptômes comportementaux règne au sein de l'unité de soins.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		85,0	15,0	100	0,0

<p>Réfère aux croyances de l'équipe de soins à l'effet que les médicaments aux propriétés sédatives visant la gestion des symptômes comportementaux comportent des risques pour les usagers (p. ex. chute, délirium, dépression respiratoire), justifiant leur réduction ou une utilisation exceptionnelle, c'est-à-dire, en dernier recours. L'équipe évite également de surestimer les effets bénéfiques de la médication.</p>	Clarté		Pertinence			
	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>			
	1.	10 (50)	1.	17 (85)		
	2.	7 (35)	2.	3 (15)		
	3.	3 (15)	3.	0 (0)		
	4.	0 (0)	4.	0 (0)		
TOTAL ronde 1 - 28 normes de qualité	Accord sur la clarté 87%			Accord sur la pertinence 95%		
TOTAL ronde 1 - 29 items	87%			95%		
26 énoncés acceptées	MAX	MIN	Mode	MAX	MIN	Mode
3 énoncés reformulés	100%	70,0%	100%	100%	85,0%	100%

Note. Rappel de la légende

Clarté

- 1. Très clair
- 2. Clair
- 3. Ambigu
- 4. Incompréhensible

Pertinence

- 1. Très pertinent
- 2. Pertinent
- 3. Peu pertinent
- 4. Non pertinent

Tableau 12. Ronde 1. Résultats du volet qualitatif de la technique Delphi ($n = 20$)

Énoncé	Échanges(s)
Définition	<p>Un expert mentionne que le fait d'intégrer à la définition la notion d'agressivité verbale et l'application sans consentement peut suggérer que ces motifs soient <i>acceptables</i>.</p> <p>Un informateur clé partage la même inquiétude en lien avec l'errance (motif non valable pour la contention chimique).</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal explique qu'il importe de détecter, dans le cadre de la présente mesure, les motifs d'usage non recommandés au même titre que les motifs d'usage recommandés. L'ensemble de ces motifs se retrouve dans les définitions de contention chimique recensées sur le plan international. Néanmoins, nous avons ajouté « à éviter » dans la première phrase de la définition, en lien avec les motifs inadéquats. D'ailleurs, la norme 12 propose l'agressivité verbale et l'errance comme motifs non acceptables de la contention chimique. Enfin, la norme 15 précise qu'un consentement doit être obtenu ou recherché avant l'administration de la médication.</p>
1. Protocole ou règlement	<p>Un expert questionne à savoir si « l'organisation » signifie « les gestionnaires ». Un expert demande si détenir simplement un protocole est suffisant.</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal modifie l'énoncé pour préciser que « les gestionnaires encouragent l'utilisation » du protocole.</p>
2. Information usagers-proches	-
3. Personnel suffisant	<p>Un expert suggère l'expression « en nombre suffisant » plutôt que seulement « suffisant ».</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal modifie l'énoncé pour ajouter « en nombre ».</p>

4. Formation du personnel	<p>Un expert du groupe des gestionnaires explique que « l'équipe de soins » est un terme trop large compte tenu des remplacements lors d'absences des titulaires de postes et vu le recours au personnel d'équipes volantes.</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal reformule pour « membres réguliers de l'équipe de soins ».</p>
5. Allocation de ressources	-
6. Activités et divertissements	<p>Un expert du groupe des soins intensifs (USI) n'est pas en accord avec l'exclusion de l'USI de cette norme et énumère plusieurs exemples de divertissements utilisés en soins critiques (musique, lecture par la famille, etc.).</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal retire l'USI des unités qui ne sont habituellement pas concernées par la norme.</p>
7. Revue de la médication	<p>Les experts du groupe des soins à la personne âgée suggèrent de remplacer l'exemple « une fois par mois » par « une fois par semaine » puisque ceci reflète davantage la réalité des soins de longue durée.</p> <p>Réponse</p> <p>La correction a été apportée par le chercheur principal.</p>
8. Lieux physiques	-
9. Évaluation pré administration	<p>Un expert propose d'ajouter l'examen clinique dans les exemples d'éléments d'évaluation.</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal ajoute l'exemple suggéré.</p> <p>-</p> <p>Des experts (2) sont interrogés/dérangés par la formulation « l'évaluation doit comprendre plus d'un des éléments suivants (2 ou plus) » et expliquent que certains exemples s'appliquent bien à certains types de clientèles, mais moins bien dans d'autres cas.</p>

Réponse

Le chercheur principal remplace « l'évaluation doit comprendre » par « l'évaluation **peut** comprendre, **selon le cas**, les éléments suivants ».

-

Des informateurs clés travaillant en soins hospitaliers précisent que la majorité des usagers sont évalués immédiatement avant l'administration de la médication plutôt que dans le dernier quart de travail, ce délai étant davantage applicable en santé mentale ou en soins de longue durée.

Réponse

Le chercheur principal ajoute l'exemple « **immédiatement avant** » pour mieux refléter la réalité des soins aigus hospitaliers.

10. Mesures alternatives

Des experts et informateurs clés (2) demandent de préciser l'expression « intervenants champions ».

Réponse

Le chercheur principal ajoute deux exemples : « **infirmiers cliniciens dédiés à la gestion des symptômes comportementaux et intervenants du code d'urgence en cas d'agression** ».

11. Justification par un danger

Des experts (2) soulignent l'ambiguïté du terme « à risque », qui n'est désormais plus utilisé dans certains milieux en raison des interrogations qu'il occasionne.

Réponse

Le chercheur principal remplace « à risque » par « **dangereux** » pour l'ensemble des normes qui en faisait mention.

-

Un expert en soins critiques suggère d'ajouter l'exemple du bris ou du retrait du tube endotrachéal (extubation).

Réponse

Le chercheur principal ajoute : « **retirer des équipements (ex. tube endotrachéal)** ».

	-	Pour améliorer la fluidité de la phrase, un expert suggère de débiter l'avant-dernière phrase par « Ne sont pas considérés comme des dangers réels : ».
		Réponse Le chercheur principal apporte le changement.
12. Surveillance post médication	-	
13. Participation usager-proche		Un expert demande si l'on évalue la participation ou la possibilité de participer. Réponse Le chercheur principal précise « ont la possibilité de participer ».
14. Participation équipe inter		La même correction qu'à la norme 13 a été effectuée (« ont la possibilité »).
15. Consentement	-	
16. <i>Debriefing</i> post intervention	-	
17. Bénéfices-risques	-	
18. Voie orale ou sublinguale	-	
19. Documentation au dossier		Des experts (2) expliquent que la qualité de la documentation s'évalue aussi par sa pertinence. Réponse Le chercheur principal ajoute « pertinente » à l'énoncé. - L'exemple « mesures alternatives » est également ajouté suite à la suggestion de quelques experts.
20. Plus faible dose efficace		Un expert propose qu'au-delà de la prescription, l'état clinique de l'utilisateur sous sédation doit permettre de procéder aux réveils périodiques tels que prescrits.

Réponse

Le chercheur principal ajoute « l'état clinique » à l'énoncé.

21. Respect de l'usager-proche	-
22. Jugement clinique	-
23. Compétences infirmières	-
24. Implication des gestionnaires	-
25. Communication	-
26. Santé psychologique travail	-
27. Partenariat usagers et équipe	-
28. Culture de réduction	-
Outil en général	<p>De façon générale, la pertinence de l'outil et du sujet de recherche a été soulignée par les experts et informateurs clés.</p> <p>Des experts s'intéressent au format de l'outil; sur la façon dont sera mesurée la qualité des soins (normes) qui comprend une dimension subjective.</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal explique que le format de l'outil sera présenté dans une publication ultérieure associée à la dernière phase de l'étude (2020). Il s'agit d'un cadran permettant d'évaluer les perceptions (subjectives) des infirmières en regard des soins dispensés sur leur unité selon les 28 normes de qualité. L'échelle de réponses se rapproche d'une échelle <i>d'accord</i> de « Totalelement en accord » à « absolument en désaccord », mais des pourcentages s'associent aux différents niveaux. Les experts et informateurs clés ayant participé à la présente validation seront informés lorsque les articles scientifiques associés à cette recherche seront publiés et dès que l'outil en ligne sera disponible.</p>

Résultats de la validation de contenu : ronde 2

La deuxième ronde de validation a permis d'atteindre un consensus encore plus affirmé pour la clarté des trois normes proposées de nouveau au panel, correspondant à des pourcentages d'accord de 100% pour la norme P9 (versus 70% en 1ère ronde), de 100% pour la norme P10 (versus 75% en 1re ronde) et de 95% pour la norme P11 (versus 75% en 1re ronde). Ces scores répondent aux standards proposés par Diamond et al. (2014) à la lumière d'une revue systématique des méthodes Delphi, qui suggère un niveau d'accord minimalement de 75% pour définir le consensus (Diamond et al., 2014). Au total, pour l'outil en entier, l'accord sur le plan de la clarté du contenu s'est élevé à 90% et l'accord sur la pertinence du contenu est demeuré à 95%. Les tableaux 13 et 14 aux pages suivantes résument plus spécifiquement les données analysées. Le commentaire d'un panéliste a mené à une modification mineure de la norme P11. En effet, la phrase retirer des équipements (ex. tube endotrachéal), a été complétée d'un mot additionnel dans la parenthèse, soit (ex. tube endotrachéal, soluté). Il s'agit d'une modification mineure qui ne nécessite pas la tenue d'une ronde supplémentaire de validation. Sur le plan qualitatif, au dénouement des deux rondes de validation, la pertinence de l'outil et du sujet de recherche a été soulignée par les experts dans la section des commentaires généraux.

Tableau 13. Ronde 2. Résultats du volet quantitatif de la technique Delphi (n = 17)

Norme	Énoncé final	Clarté		Pertinence	
		Proportion d'experts (%)		Proportion d'experts (%)	
Normes associées aux PROCESSUS					
P9.	Une évaluation infirmière est effectuée avant l'administration de la médication, soit à l'intérieur du même quart de travail.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		100,0	0,0	100,0	0,0
	L'évaluation, avant d'administrer la médication aux propriétés sédatives, peut comprendre, selon le cas, les éléments suivants : mesure des signes vitaux, examen clinique, dépistage du délirium, évaluation de l'environnement, recherche d'antécédents de comportements dangereux, recherche de contre-indications à la médication et identification des causes du comportement. L'évaluation doit avoir été effectuée immédiatement avant l'administration ou minimalement à l'intérieur du quart de travail de l'infirmière, soit dans les dernières 8 ou 12 heures (selon la durée du quart).	Clarté	n (%)	Pertinence	
		1.	15 (88,2)	Consensus atteint lors de la première ronde	
		2.	2 (11,8)		
		3.	0 (0,0)		
		4.	0 (0,0)		
P10.	Des mesures alternatives à la médication sont tentées par l'équipe de soins.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		94,1	5,9	95,0	5,0
	Ces mesures réfèrent, par exemple, aux interventions environnementales, psychosociales, au soulagement de la douleur et à toute autre intervention non pharmacologique visant la réponse aux besoins de la personne pour éviter ou réduire l'usage de la médication. Le soutien d'intervenants <i>champions</i> (ex. infirmier clinicien dédié à la gestion des symptômes	Clarté	n (%)	Pertinence	
		1.	13 (76,5)	Consensus atteint lors de la première ronde	
		2.	3 (17,6)		
		3.	1 (5,9)		
		4.	0 (0,0)		

comportementaux, intervenants du code d'urgence en cas d'agression) compte parmi les mesures alternatives.					
P11.	Un comportement dangereux justifie le recours à la contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux.	Accord	Désaccord	Accord	Désaccord
		100	0,0	95,0	5,0
<p>« Dangereux » signifie qu'il y a eu danger réel de blessure ou de préjudice pour la personne ou pour autrui. Les exemples suivants constituent des comportements dangereux : menacer, pincer, griffer, mordre, frapper, bousculer, cracher, briser des objets ou les utiliser pour blesser, retirer des équipements (ex. tube endotrachéal, soluté). Ne sont pas considérés comme des dangers réels : agitation verbale sans agressivité, (ex. paroles répétitives, sons, cris) et agitation physique ou toute action sans agressivité (ex. errer, déambuler, mettre objets inappropriés dans sa bouche, gestes indécents, se déshabiller, accumuler des objets, se réveiller la nuit). La prévention d'un comportement (ex. résistance aux soins d'hygiène) n'est pas considérée comme une justification appropriée.</p>		Clarté	<i>n (%)</i>	Pertinence	
		1.	14 (82,4)	Consensus atteint lors de la première ronde	
		2.	3 (17,6)		
		3.	0 (0,0)		
		4.	0 (0,0)		
TOTAL ronde 2 - 3 normes		Accord sur clarté		Accord sur la pertinence	
3 énoncés acceptés		98,0%		95,0%	
0 énoncé reformulé		MAX	MIN	Mode	N/A
0 énoncé rejeté		100%	95,0%	100%	
GRAND TOTAL deux rondes - 28 normes + 1 définition (29 énoncés)		Accord sur la clarté		Accord sur la pertinence	
29 énoncés acceptés		90,0%		95,0%	
0 énoncé rejeté					

Tableau 14. Ronde 2. Résultats du volet qualitatif de la technique Delphi ($n = 17$)

Énoncé	Commentaire(s)
9. Évaluation pré administration	<p>Un expert questionne à savoir si l'examen clinique inclut l'état mental.</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal répond de façon affirmative : inclut l'évaluation physique et mentale.</p>
10. Mesures alternatives	<p>Un expert mentionne que le soulagement de la douleur pourrait impliquer d'administrer de la médication en tant que mesure alternative.</p>
11. Justification par un danger	<p>Un expert explique que « hurler vers autrui » n'est pas considéré comme dangereux et ne justifie pas l'usage de la médication (mais favorise l'escalade de comportements vers des comportements agressifs).</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal retire l'exemple « hurler vers autrui ».</p> <p>-</p> <p>Un expert demande si le retrait d'équipements non nécessaires à la vie constitue aussi un danger, par exemple, un soluté.</p> <p>Réponse</p> <p>Le chercheur principal ajoute le soluté aux exemples, puisque le danger de préjudice, sans être au même niveau, demeure présent.</p>

Analyses complémentaires : réponses des sous-groupes d'experts

Puisque la recension des écrits et le modèle systémique ont suggéré que la perspective des acteurs et le contexte d'intervention sont deux facteurs d'influence considérables quant aux perceptions de la qualité des soins, il semblait nécessaire de comparer les réponses des trois regroupements d'experts des trois spécialités cliniques cibles.

En ce qui concerne la définition opérationnelle de contention chimique, le test du chi-carré a été utilisé pour comparer les sous-groupes, soit l'équivalent non paramétrique du test de T de Student, sélectionné vu la non-normalité de la distribution des données. Puis, pour les 28 normes de qualité, le test de Friedman a été employé, l'équivalent non paramétrique de l'ANOVA à 1 facteur avec mesures répétées. Ce test est indiqué pour comparer plus de deux échantillons appariés lors d'une distribution anormale des données. Lorsqu'une différence significative était signalée entre les groupes, au seuil de $p = <0,05$, le Test des rangs signés de Wilcoxon nous a permis de connaître la nature plus précise de ces différences. Les résultats de ces comparaisons sont présentés aux tableaux 16 et 17 et aux pages suivantes.

Tableau 16. Comparaison des pourcentages d'accord sur la clarté et la pertinence de la définition opérationnelle selon les sous-groupes d'experts

Sous-groupe	Item	Accord <i>n</i> expert (%)	Test du Chi carré
Clarté de la définition			
Profil d'expert (<i>n</i> total)			
Chercheurs (8)	1	6 (75,00)	$\chi^2 = 3,333$ dl = 2 p = 0,311
Cadres/gestionnaires (5)	1	5 (100)	
Cliniciens (7)	1	7 (100)	
Spécialité clinique (<i>n</i> total)			
Santé mentale (7)	1	6 (85,70)	$\chi^2 = 1,587$ dl = 2 p = 0,496
Soins aigus (8)	1	8 (100)	
Longue durée (5)	1	4 (80)	
Pertinence de la définition			
Profil d'expert (<i>n</i> total)			
Chercheurs (8)	1	7 (87,50)	$\chi^2 = 1,579$ dl = 2 p = 1,000
Cadres/gestionnaires (5)	1	5 (100)	
Cliniciens (7)	1	7 (100)	
Spécialité clinique (<i>n</i> total)			
Santé mentale (7)	1	7 (100)	$\chi^2 = 3,158$ dl = 2 p = 0,250
Soins aigus (8)	1	8 (100)	
Longue durée (5)	1	4 (80)	

Note. La valeur p est significative au seuil de <0,05.

Tableau 17. Comparaison des moyennes de pourcentages d'accord sur la clarté et la pertinence des 28 normes selon les sous-groupes d'experts

Sous-groupe	<i>n</i> items	Moyenne (%)	Écart type	MIN (%)	MAX (%)	Test de Friedman
Clarté des normes						
Profil d'expert						
Chercheurs	28	83,48	13,63	50,00	100,00	$\chi^2 = 10,896$ dl = 2 p = 0,004
Cadres/gestion	28	83,57	14,46	60,00	100,00	
Cliniciens	28	93,88	9,06	71,00	100,00	
Spécialité clinique						
Santé mentale	28	90,82	10,44	71,00	100,00	$\chi^2 = 4,277$ dl = 2 p = 0,116
Soins aigus	28	82,14	15,00	50,00	100,00	
Longue durée	28	90,00	12,77	60,00	100,00	
Pertinence des normes						
Profil d'expert						
Chercheurs	28	97,77	5,95	75,00	100,00	$\chi^2 = 12,280$ dl = 2 p = 0,552
Cadres/gestion	28	98,57	5,25	80,00	100,00	
Cliniciens	28	98,47	4,50	86,00	100,00	
Spécialité clinique						
Santé mentale	28	97,96	5,09	86,00	100,00	$\chi^2 = 1,520$ dl = 2 p = 0,488
Soins aigus	28	98,21	4,45	88,00	100,00	
Longue durée	28	98,57	7,56	60,00	100,00	

Note. La valeur p est significative au seuil de <0,05, en caractère gras.

Les résultats suggèrent que les réponses des experts ne sont pas significativement différentes en ce qui concerne la clarté et la pertinence de la définition opérationnelle, ainsi que la pertinence des 28 items. Il existe toutefois une différence significative entre les trois types de profils d'experts sur le plan de la clarté des 28 items ($\chi^2 = 10,896$; dl = 2; p = 0,004). En effet, la moyenne des pourcentages d'accord des cliniciens (M = 93,9%) s'est avérée significativement plus élevée que celle des chercheurs (M = 83,5%; p = 0,021) et que celle des gestionnaires (M 83,6%; p = 0,003). Ces deux derniers groupes

d'experts ont donc plus fréquemment signalé des zones d'ambiguïté au niveau des items que l'ont fait les cliniciens. Or, toujours sur le plan de la clarté des normes, le fait de travailler dans une spécialité clinique ou dans une autre n'a occasionné aucune différence significative des réponses.

Rigueur de la technique Delphi

Cette section abordera la rigueur de la technique Delphi réalisée. Les exigences méthodologiques publiées par Hasson et al. (2000) en huit rubriques permettront de structurer notre argumentation. La liste de vérification du rapport de la technique Delphi a été placée au tableau 19 en annexe 12.

Rubrique 1. Le problème de recherche est clarifié, se rappeler que Delphi est une technique de facilitation de groupe (Hasson et al., 2000).

Le problème de recherche et ses concepts clés ont été clarifiés dans le cadre des revues de la littérature préalables. La technique Delphi pour la facilitation de négociations de groupe apparaît pertinente à notre problématique puisqu'elle porte sur une sphère du soin infirmier pour laquelle il y a peu de connaissances disponibles, des opinions variées et des zones de controverse : trois indications pertinentes pour entreprendre cette méthode (Boulkedid et al., 2011).

Rubrique 2. Le processus technique et la modalité de communication sont déterminés et bien compris (Hasson et al., 2000).

De nombreuses références ont été consultées pour choisir la technique e-Delphi (Corbière et Larivière, 2014; Keeney et al., 2011; Wilkes, 2015) dont une revue systématique au sujet de l'usage du Delphi pour la sélection d'indicateurs de qualité (Boulkedid et al., 2011). Les avantages de la voie électronique comprenaient l'accès sécurisé et facilité aux participants sur plusieurs sites géographiques, la rapidité du recrutement et de la collecte des données (sans délai postal), la motivation de l'échantillon initial à travers les rondes, les coûts nuls, la préservation de l'anonymat et les faibles risques d'erreurs de saisie (Gingras et Belleau, 2015; Wilkes, 2015). En revanche, la modalité électronique exige une familiarité avec les ordinateurs et l'informatique, cela dit, la majorité des activités professionnelles des panélistes, presque tous universitaires

(18/20), impliquent des communications par courriel ainsi que l'utilisation d'appareils électroniques et de logiciels de traitement de texte. La doctorante ne voit donc pas d'enjeu à ce niveau.

Rubrique 3. La structure de la première ronde (qualitative ou quantitative) et du nombre de rondes à opérer est déterminée (Hasson et al., 2000).

Nous avons opté pour une combinaison des méthodes quantitatives et qualitatives avec une première ronde ouverte permettant aux panélistes de proposer des items jugés manquants à ceux recensés à partir du cadre théorique initial. Aux rondes subséquentes, notre méthode prévoyait des entrevues de type test cognitif (*cognitive testing*) pour alimenter les modifications à apporter aux items pour lesquels des enjeux de pertinence ou de clarté sont signalés. Ces entrevues n'ont toutefois pas été nécessaires.

Durant cette étude, le nombre de rondes était dépendant de la stabilité des réponses des panelistes entre les rondes, déterminée avec le test des rangs de Wilcoxon. Or, puisque tous les items ont été acceptés avec consensus après deux rondes, nous avons cessé l'enquête à ce moment. Bien qu'aucune ligne de conduite n'existe en recherche quant au nombre de rondes requis lors d'un Delphi (Wilkes, 2015), deux est un nombre de rondes fréquemment observé et est considéré comme idéal vu l'ampleur du travail parfois sous-estimé qu'implique la technique et pour éviter de perdre des participants dont la motivation décroît habituellement avec le nombre de tours (Neiderberger et Spranger, 2020, Wilkes, 2015).

Rubrique 4. Les critères définissant l'expert et le consensus en lien avec le but de l'étude sont élaborés (Hasson et al., 2000).

La sélection des experts impliquait la réponse à des critères d'inclusion précis. Les caractéristiques d'un groupe averti (*wise group*), telles que suggérées par Surowiecki (2004), ont inspiré la doctorante à favoriser la diversité des opinions (voir rubrique 5), l'indépendance des opinions (voir point 8), la décentralisation et la spécialisation des connaissances (voir rubrique 5), l'agrégation des jugements privés pour rendre une décision de groupe (voir rubrique 8), enfin, à maximiser les principes de justice à travers le groupe (voir rubrique 8).

Concernant la définition du consensus (70% d'accord), les conseils d'un statisticien de l'Université de Montréal ont été suivis pour le choix des tests statistiques et la définition du niveau d'accord visé. Des écrits pertinents en sciences infirmières au sujet des modalités de consensus ont également été consultés, résumés dans la revue des recherches employant la technique Delphi dans cette discipline (Wilkes, 2015).

Rubrique 5. Le choix des experts participants et l'échantillonnage non probabiliste orienté vers un but sont justifiés (Hasson et al., 2000).

L'échantillonnage boule de neige est une méthode non-probabiliste orientée vers un but (expertise), la randomisation et les tailles d'échantillons représentatifs n'étant pas indiqués lors d'une enquête Delphi (Hasson, 2000). Plutôt que de se demander combien d'experts devraient prendre part à l'étude, il importait de se demander combien de variétés d'experts permettaient de couvrir toutes les perspectives d'intérêt (Keeney et al, 2011). L'expertise du groupe semble donc plus importante que sa taille (Wilkes, 2015). À ce propos, Vogel et al (2018) indique qu'un nombre minimal de 12 experts est requis. Ekionea (2011) limite la démarche entre 7 et 18 participants, néanmoins, nous avons reçu 20 réponses positives aux invitations lancées, ce qui demeure relativement près de la limite supérieure de 18.

Rubrique 6. Les assises de la collecte de données sont déterminées (Hasson et al., 2000).

Nous avons utilisé un questionnaire standardisé pour collecter les données de chaque ronde. Nous estimons avoir offert des modalités de collecte et de consultation des données claires et conviviales puisque les réponses ont été retournées aux chercheurs sans interrogations, sans dépasser les délais accordés et sans données manquantes. Enfin, les statistiques descriptives agglomérées les plus simples possibles ont été fournies, favorables à la compréhension de tous, et la négociation qualitative a été résumée dans le rapport avec respect des termes originaux des participants (Hasson, 2000).

Rubrique 7. La présentation des résultats est structurée et des explications au lecteur quant à leur interprétation sont fournies (Hasson et al., 2000).

Le rapport de rétroaction informatisé pour chaque ronde était standardisé. Un libellé explicatif était fourni dès le départ pour interpréter les résultats. Nous avons offert aux participants de nous contacter si des éléments de l'étude n'apparaissaient pas clairs. Possiblement en raison de la clarté de ces consignes, une seule personne sur 20 a contacté la chercheuse principale par courriel et toutes ses questions ont été répondues avant le début de l'étude.

Rubrique 8. Les enjeux éthiques, l'anonymat, la fiabilité et la validité sont pris en compte tout au long du processus (Hasson et al., 2000).

Le e-Delphi est une technique anonyme sans rencontre face-à-face (Keeney et al., 2011) qui permet de préserver l'indépendance des jugements (Fowles, 1978), contribuant ainsi à la validité interne. Notre méthode avait l'avantage d'une mise en commun des points de vue communs et divergents du panel dans une dynamique d'échange contrôlée via la rétroaction en ligne, évitant ainsi la dominance de certains experts qui ont tendance à parler plus fort ou qui occupent des statuts plus prestigieux (Aubin-Auger et al. 2008). Tous avaient une opportunité équivalente de s'exprimer. Comme le font la majorité des chercheurs réalisant une enquête Delphi, nous avons fourni une rétroaction de groupe plutôt qu'individuelle pour préserver l'anonymat (Neiderberger et Spranger, 2020). La démarche a été approuvée par deux comités éthiques de la recherche. Des critères de rigueur scientifique ont été suivis de la recension des items jusqu'au rapport de validation de contenu.

Résultats de la phase 2 de l'étude (suite) : présentation de l'outil

Présentation de l'outil E-value-action

Le fruit de cette étude, soit la version finale de l'outil E-value-action, sera présentée au cours des lignes suivantes. Les principes ayant menés aux choix du design de l'instrument à chaque étape de l'évaluation, compatibles avec une compréhension de la qualité des soins en tant que système d'action (Bhaskar, 2008; Dupuis et al., 2009; Dupuis, Tousignan-Groulx et Bonneville, 2019; Le Moigne, 2006; Parsons, 1951; Pawson et Tilley, 1997), seront d'abord résumés :

- La qualité des soins est dynamique.
- Les actions/comportements des individus sont orientés vers des buts.
- Le fait de se rapprocher ou de s'éloigner de ses buts peut se caractériser par des boucles de rétroaction positive ou négative.
- Lors d'une boucle de rétroaction négative, les actions/comportements des individus tendent à réduire l'écart entre leur condition présente (état) et leur but (cible) : ceci contribue à une perception d'amélioration de la qualité chez l'évaluateur.
- Lors d'une boucle de rétroaction positive, les comportements des individus tendent à accentuer l'écart entre leur condition présente (état) et leur but (cible) : ceci contribue à une perception de détérioration de la qualité.
- Une intervention qui fonctionne pour certains pourrait ne pas fonctionner pour d'autres, en d'autres circonstances ou à un temps différent.
- Les différents éléments constituant le système, certains visibles, d'autres invisibles, n'ont pas tous la même importance pour les évaluateurs. Un écart élevé aura moins de poids si un item est jugé sans importance que si celui-ci est jugé comme essentiel. Cette hiérarchisation, ou arborescence des niveaux d'importance, permet de prioriser les actions d'amélioration.
- Devant une intervention complexe qui s'opère en différents contextes comme celle de la contention chimique, il est théoriquement possible de concevoir un nombre démesuré de configurations internes du système. Ce sera donc aux équipes infirmières, par un exercice de réflexion engagé, d'ouvrir *la boîte noire*

et de suggérer des interconnexions entre les éléments de structure-processus-mécanismes qui leur apparaissent les plus favorables à de meilleurs résultats de soins dans leur milieu de pratique respectif.

- Puisque le tout d'un système est plus que la somme de ses parties : il ne semble pas optimal de cibler une norme isolée sur laquelle déployer des efforts d'amélioration, différentes normes interreliées identifiées par les acteurs ont davantage un potentiel générateur d'amélioration.

Introduction à la plateforme

É-value-action est une modalité d'évaluation à proximité de l'action prévue pour offrir un portrait de la qualité des soins à partir de la perspective de l'infirmière appelée à s'investir dans une réflexion à propos des pratiques réalisés sur son unité en fonction des normes et valeurs de référence. Elle évalue les soins de ses collègues et s'auto-évalue par la même occasion en tant que membre de l'équipe, ce qui permet d'initier sans délai des actions d'amélioration individuelles et collectives.

Les 29 items développés et validés lors de la présente thèse ont été intégrés à une plateforme en ligne afin de rendre plus convivial le procédé évaluatif, de réduire les délais de compilation et d'augmenter l'efficacité de l'analyse, de l'hébergement et de la diffusion des données. Deux volets principaux composent l'outil : la déclaration de l'usage des contentions chimiques (un item) et l'évaluation réflexive des normes de qualité des soins (28 items).

La déclaration du nombre de contentions chimiques administrées s'effectue en continu sur l'unité après chaque quart de travail. L'évaluation des normes de qualité rendue disponible durant sept nuits-jours-soirs consécutifs n'est réalisée qu'une fois pour chaque infirmière ayant travaillé au cours de cette période. Ce délai permet de rejoindre le personnel de fin de semaine qui peut vivre une réalité différente. Un gestionnaire pourrait décider d'allonger la période d'évaluation pour obtenir un meilleur état de situation (robustesse statistique) si son personnel est restreint ou indisponible pour répondre dans le délai proposé. Le point de référence pour évaluer la situation actuelle est le dernier mois, permettant un nombre d'observations suffisant pour poser une réflexion. Ce repère pourrait aussi être modifié par le gestionnaire pour *le dernier trois mois* ou *le dernier six*

mois devant un volume de contentions faible lors du mois précédent, affectant les possibilités d'évaluer rigoureusement. Les résultats des deux volets de l'outil sont générés automatiquement après la fermeture de chaque période d'évaluation, habituellement au jour 8 du mois impair. En effet, les mois impairs servent à évaluer et les mois pairs servent de période de consultation des résultats et d'amélioration. Il est possible de procéder à une prochaine évaluation soit le mois suivant la période d'amélioration (c'est-à-dire, aux deux mois) ou plus tard dans l'année. E-value-action appliqué à la contention chimique est recommandée minimalement une fois par année (Gouvernement du Québec, 2015a).

Les candidates (CEPI) et infirmières détentrices d'un permis d'exercice, excluant les stagiaires, qui donnent des soins directs dans les unités de soins participantes sont les utilisatrices ciblées par l'outil. La langue française est utilisée dans la plateforme. Le nom E-value-action a été choisi puisqu'il allie les notions d'évaluation et d'action, dans le sens où la personne qui répond peut immédiatement se mettre en action d'amélioration suite à l'utilisation de l'outil. Le « e », pour en ligne, évoque le format informatisé de l'outil et le mot « value » signifie valeur. La durée approximative de l'exercice évaluatif est de trente minutes.

Page d'accueil

Une page d'accueil présente les consignes de l'outil et invite l'utilisateur à déclarer avec exactitude le nombre de contentions chimiques et d'user de réflexivité quant aux soins infirmiers dispensés au sein de son unité de soins. L'infirmière qui rejoint la page d'E-value-action, voir figure 6, est d'abord invitée à cliquer sur essayer l'outil afin de se familiariser avec ses fonctionnalités en répondant des réponses fictives. Après son inscription, et si son numéro d'employé a été détecté comme correspondant à l'unité de soins sélectionnée, la répondante peut procéder à l'évaluation de la qualité dès minuit (00 h 00) à la date choisie par le gestionnaire.

Figure 6. Page d'accueil d'*E-value-action* : consignes à l'évaluateur

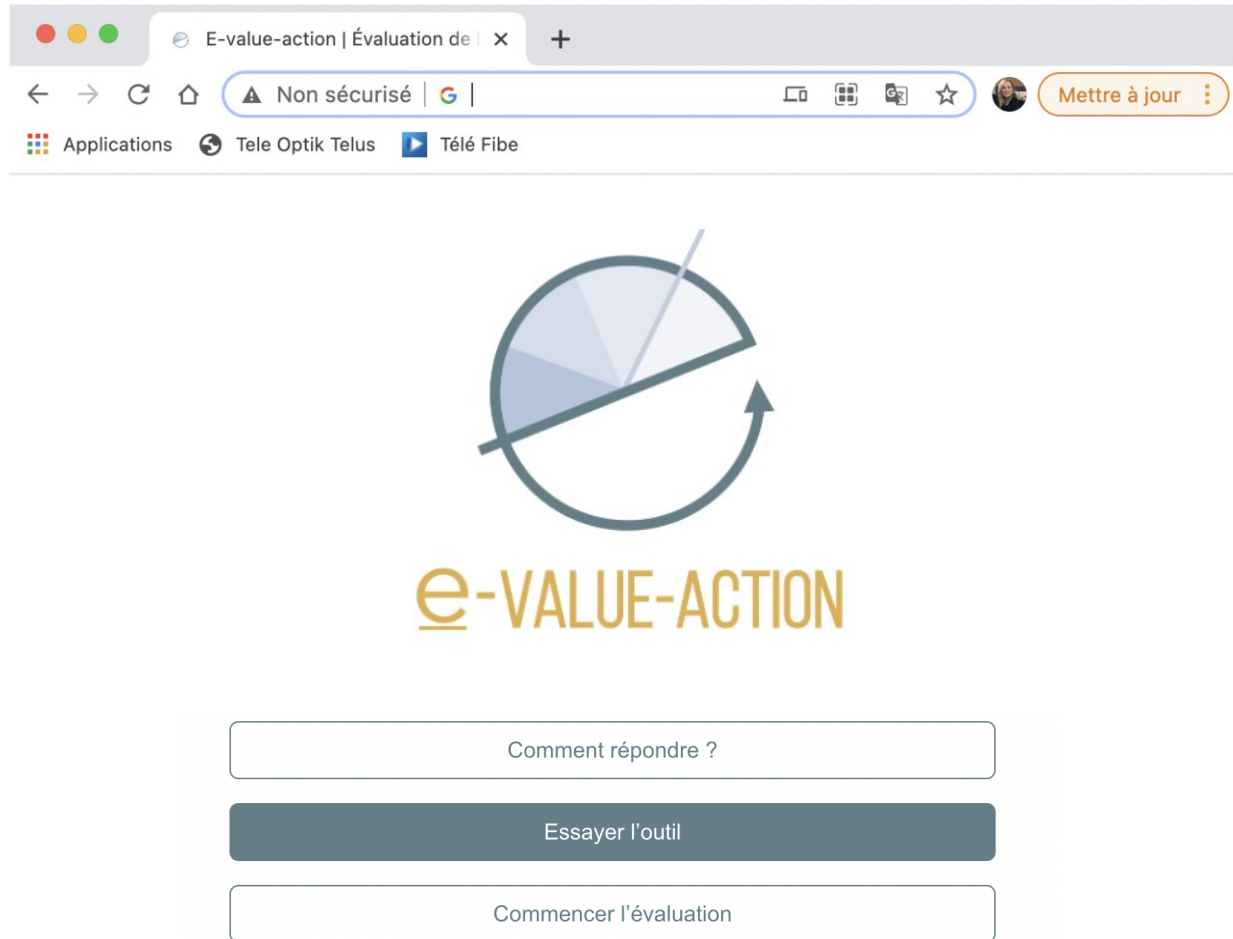


Figure 6. Page d'accueil d'*E-value-action* : consignes à l'évaluateur (suite)

PÉRIODE D'ESSAI DE L'OUTIL

- **Quand ?** Du 1^{er} au 6 du mois impair
- **Quoi faire ?** Les futurs répondants s'inscrivent et procèdent à l'essai de l'outil, qui comprend entre autres 4 questions pour tester le cadran circulaire.

Figure 6. Page d'accueil d'*E-value-action* : consignes à l'évaluateur (suite)

PÉRIODE D'ÉVALUATION

- **Quand ?** Du 7 au 13 du mois impair
- **Quoi faire ?** S'inscrire si non fait lors de la période d'essai.
- À partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un téléphone intelligent, répondre à l'outil directement sur l'unité de soins dans les minutes immédiates après avoir terminé votre quart de travail, incluant les quarts supplémentaires, peu importe la durée.
- Rejoindre la plateforme après chacun de vos quarts de travail.
- Le premier jour, vous aurez une trentaine de questions à répondre (30 minutes). Les jours subséquents, vous n'aurez que deux questions à répondre (2 minutes).

1. Taux déclaré d'usage des contentions chimiques ou sédation des symptômes comportementaux

- Vous entrez le nombre d'usagers, au cours de votre dernier quart de travail, ayant reçu une ou des contention(s) chimiques(s) ou sédation(s) des symptômes comportementaux. La définition vous sera fournie.
- Notez que ce concept est conçu par notre équipe comme une mesure de contrôle, mais aussi comme une mesure de sécurité pouvant avoir des visées thérapeutiques pour les usagers. Soyez donc à l'aise de déclarer avec exactitude et sans culpabilité le nombre d'usagers concernés.

Figure 6. Page d'accueil d'*E-value-action* : consignes à l'évaluateur (suite)

2. Conformité aux pratiques recommandées : normes de qualité

- Vous évalueriez la pratique de votre équipe, de vos gestionnaires et votre propre pratique, au cours du dernier mois, à l'aide d'un cadran circulaire de 0 à 100. Vous identifieriez la situation actuelle et la situation souhaitée (cible) relatives à votre unité de soins. Il y a 28 normes à évaluer, portant sur des pratiques de gestion, des pratiques cliniques et des mécanismes sociaux.
- Votre évaluation est basée sur vos observations, vos expériences et sur les documents de référence à votre disposition, comme les dossiers médicaux et les documents clinico-administratifs.
- Si une question ne semble pas s'appliquer, passez immédiatement à la suivante en appuyant sur « norme suivante ».

Échelle de réponses

100% signifie que la norme s'est appliquée de façon **totallement** conforme à l'énoncé sur votre unité au cours du dernier mois.

0% signifie que la norme ne s'est **aucunement** appliquée de façon conforme à l'énoncé sur votre unité au cours du dernier mois.

Figure 6. Page d'accueil d'*E-value-action* : consignes à l'évaluateur (suite)

PÉRIODE DE CONSULTATION DES RÉSULTATS

- **Quand ?** À partir du 14^e jour du mois impair
- Les résultats sont disponibles sur la plateforme dès la fin de la période d'évaluation de 7 jours.
- Les gestionnaires ne répondent pas à l'évaluation, mais peuvent s'inscrire pour consulter les résultats associés à leur service.
- Il y a deux onglets à consulter : 1) résultats globaux 2) résultats spécifiques.
- Vos réponses demeureront confidentielles en tout temps. Il n'y a aucune possibilité de vous identifier individuellement, sauf par les concepteurs de la plateformes.

Interprétation

Plus l'écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée (cible) est petit, plus la qualité des soins est **élevée**.

Ainsi, plus l'écart est grand, plus la qualité des soins est **faible**.

Figure 6. Page d'accueil d'*E-value-action* : consignes à l'évaluateur (suite)

PÉRIODE D'AMÉLIORATION

- **Quand ?** Le mois suivant l'évaluation (mois pair) et se poursuit jusqu'à la prochaine mesure.
- L'amélioration de la qualité des soins s'effectue en continu, et des initiatives structurées peuvent être déployées en dehors de la plateforme E-value-action.
- Il s'agit de sélectionner un **processus** prioritaire à améliorer (écart élevé), puis, d'y associer un ou des éléments de structure ainsi qu'un ou des mécanismes pertinents qui devraient contribuer à améliorer les effets.
- Vous pouvez travailler sur une ou plusieurs configurations **Structure-Processus-Mécanisme-Résultats**, individuellement et en équipe.

Notes.

Le féminin est utilisé tout au long de l'outil afin d'alléger la lecture, mais comprend les infirmiers de sexe masculin.

La plateforme E-value-action a été développée dans le cadre d'une démarche académique et scientifique. Son format s'inspire de travaux sur l'évaluation de la qualité dans le domaine de la psychologie et la santé au travail. Pour plus d'informations sur l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie au Travail et l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie, consultez le :

<http://qualitedevie.lepsyq.ca/fr>

e-value-action © 2021

Questions sur les caractéristiques de l'infirmière

La première section du questionnaire permet de recueillir les caractéristiques des répondants : âge, genre (homme, femme, autre), niveau de scolarité (collégial, baccalauréat, maîtrise ou doctorat), nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière, spécialité de l'unité de soins, nombre d'heures travaillées par semaine en moyenne au cours du dernier mois, nombre d'heures supplémentaires travaillées par semaine en moyenne au cours du dernier mois, quart de travail habituel (jour, soir, nuit, variable) et

capacité de prendre ses pauses et temps de repas (toujours, souvent, rarement, jamais). Cette section n'apparaît qu'une fois par période d'évaluation. Ces caractéristiques pourront ultérieurement être examinées par les répondants et mises en lien avec les scores de qualité des soins.

Questions sur le taux déclaré d'usage des contentions chimiques

La répondante identifie ensuite combien d'usagers étaient à sa charge au cours du dernier quart de travail. Puis, elle indique le nombre, parmi ces usagers, ayant reçu une ou des contention(s) chimique(s), à partir de la définition opérationnelle de ce concept qui lui est fournie intégralement, voir Figure 7. Il est précisé en bas de page qu'une infirmière ne comptabilise comme usagers à sa charge que ceux qui lui sont formellement attribués, et non ceux qu'elle supervise temporairement durant la pause ou le repas d'une collègue.

Figure 7. Questions sur le taux d'usage déclaré des contentions chimiques

Déclarer le taux d'usage

Au cours de votre dernier quart de travail, de combien d'usagers aviez-vous la charge?

Au cours de ce même quart de travail, combien d'usagers dont vous aviez la charge ont reçu une contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux?

[Consulter la définition](#)

Questions sur la conformité aux normes de qualité des soins

Par la suite, l'infirmière accède à la section de l'auto-évaluation des 28 normes, en trois sections : structure, processus et mécanismes sociaux. L'énoncé de chaque norme est répondu par l'entremise d'une échelle visuelle demi-circulaire divisée en 9 rayons pour un minimum de 0% et un maximum de 100%. L'échelle offre aussi un repère qualitatif rappelant une échelle d'accord mais adaptée pour évaluer les perceptions de la conformité des soins dispensés aux normes de qualité, allant de « totalement » conforme à « aucunement » conforme.

Chaque énoncé débute par une introduction standard : « Selon vous, à quel point cet énoncé s'est-il appliqué conformément dans votre unité au cours du dernier mois ? ... [norme] ». Elle identifie alors sur le demi-cercle, la situation actuelle associée à sa perception des soins et services dispensés sur son unité de soins durant le mois précédent. Elle identifie ensuite, par rapport à cette condition, la situation souhaitée pour le même énoncé, qui correspond à la cible qu'elle statue en tenant compte des particularités de son contexte de travail, dont la clientèle qui y séjourne. Puisque la qualité des soins est évolutive, la répondante précise ensuite si la situation actuelle semble en amélioration ou en détérioration. Un commentaire qualitatif peut être rédigé et des solutions aux écarts de conformité peuvent être soulevées dans une optique d'amélioration. La figure 8 est une illustration d'auto-évaluation pour une norme de qualité des soins.

S'évaluer

Selon vous, à quel point cet énoncé a-t-il été appliqué conformément dans votre unité de soins au cours du dernier mois ?

Norme 4 : L'utilisateur-proche a/ont la possibilité de participer aux soins.

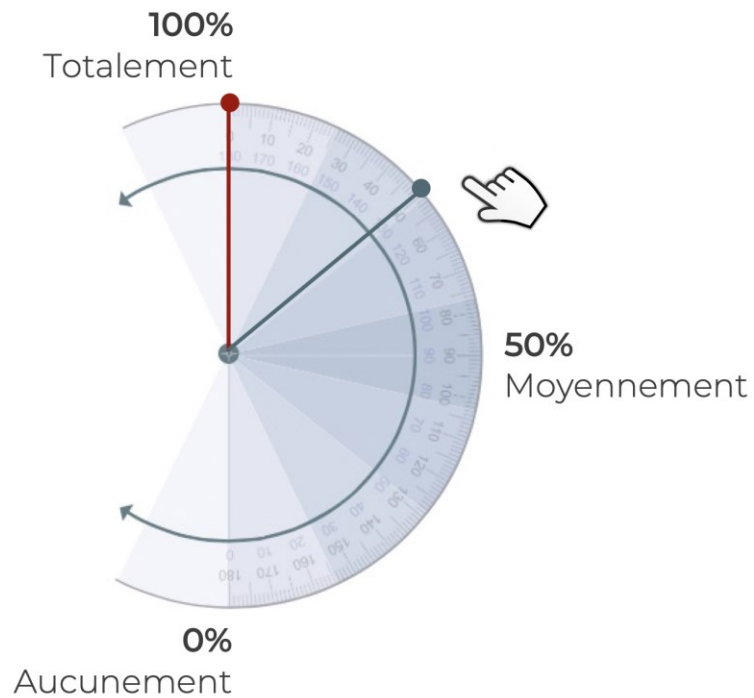
Exemple: La participation de l'utilisateur et/ou de son proche peut-être sollicitée, par exemple, pour l'identification des causes du comportement à risque et des mesures alternatives à la médication, pour la prise de décision (administrer ou non), pour l'élaboration du plan d'intervention ou pour la révision de la pertinence de la médication. Cela s'applique lors que la situation de l'utilisateur-proche le permet (niveau de conscience, collaboration, présence du proche).

Étape 1:

Identifiez sur le cadran ci-dessous:

- A.** À l'aide du **curseur vert**, la situation actuellement vécue sur votre unité de soins, selon votre perception.
- B.** À l'aide du **curseur rouge** la situation souhaitée, la cible, compte tenu du contexte particulier de votre unité de soins.

Figure 8. Questions de l'auto-évaluation des normes de qualité des soins (suite)



Recommencer

Étape 2:

Précisez si la situation actuelle vous semble en amélioration ou en détérioration sur votre unité de soins, toujours au cours du dernier mois.

La situation actuelle semble:

En amélioration

ou

En détérioration

Figure 8. Questions de l'auto-évaluation des normes de qualité des soins (suite)

Étape 3:

Sur une échelle de **0** à **5**, identifiez à quel point vous considérez que cette norme est importante dans le contexte de votre unité de soins.

0 = non important

5 = très important

Importance de la norme: / 5

Étape 4 (facultative):

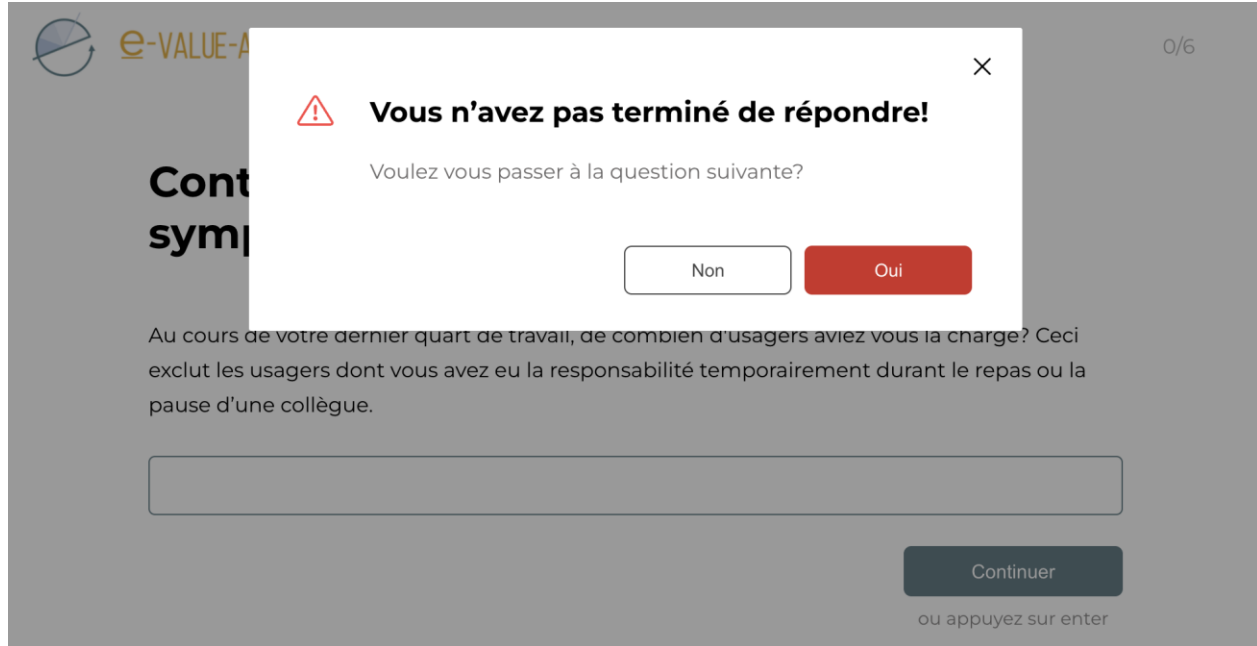
Justifiez vos réponses par un bref commentaire ou suggérez des avenues d'amélioration (solutions)

Inscrire votre commentaire ici.

Retour

Continuer

Figure 9. Message d'avertissement lors d'une question non répondue



Rapport post-évaluation

Lorsque la période d'évaluation de sept jours est terminée, l'équipe infirmière et son gestionnaire (administrateur) peuvent accéder aux résultats sans délai puisqu'un rapport est généré automatiquement dans la plateforme. Le rapport est conçu pour reconnaître les bons coups collectifs des équipes plutôt que la mise en relief des données individuelles ou des pratiques déviantes. Les résultats peuvent être imprimés autant par un administrateur qu'un évaluateur. Toutefois, les membres d'une unité de soins ne sont pas autorisés à accéder aux résultats numériques d'une autre équipe externe à leur unité.

Sur une seule et même page, la date de l'évaluation en cours et de l'évaluation précédente sont inscrites, le nombre de participants à l'évaluation en cours est précisé, suivi des caractéristiques de ces derniers, du taux déclaré d'usage des contentions chimiques, puis du score global des 28 normes de qualité mises en commun. Enfin, le détail des scores associés à chaque norme défile, suivi du niveau d'importance de chacune. Les figures 10 et 11 illustrent comment les résultats sont présentés dans l'application.

Figure 10. Exemple de résultats : taux d'usage déclaré des contentions chimiques

Vos résultats



La situation s'améliore

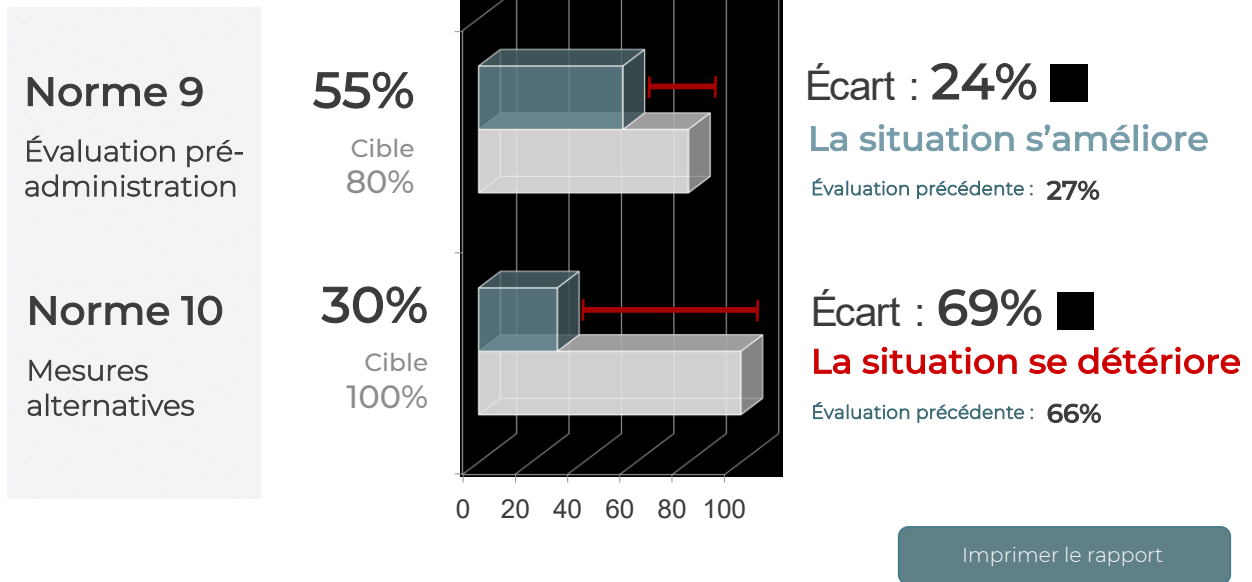
Évaluation précédente : 26,1%

Imprimer le rapport

Taux d'usage déclaré. Cet indicateur dénombre les cas de contentions chimiques ou sédations des symptômes comportementaux déclarés par les infirmières au cours de la période d'évaluation de sept jours, rapportés sur le nombre total d'usagers dont elles ont eu la charge sur une unité de soins donnée. Ce taux est exprimé en pourcent (%). La ventilation de l'indicateur est annuelle ou plus selon le besoin déterminé par le gestionnaire d'unité. La perspective de l'infirmière, en tant que source de donnée, est privilégiée puisque la définition opérationnelle du concept à mesurer repose sur l'intention poursuivie durant le soin infirmier. La comparaison avec le résultat de l'évaluation précédente est affichée, dont la date peut être connue en passant le curseur ou en cliquant vis-à-vis la ligne Évaluation précédente. Toutes les informations du rapport peuvent être téléchargées et imprimées en format .PDF pour être consultées en dehors de la plateforme dans un temps ultérieur.

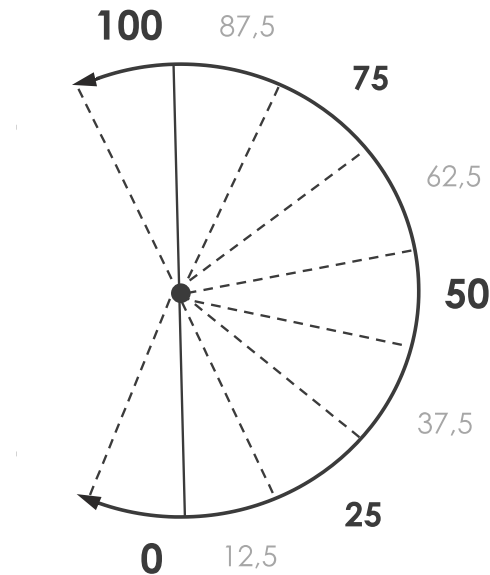
Figure 11. Exemples de résultats : scores de qualité des normes 9 et 10

Vos résultats



Score d'écart. Le score de qualité des soins, ou score d'écart, correspond à la distance moyenne entre la situation actuelle (état) et la situation souhaitée (cible) relativement à un énoncé de norme. Pour qu'É-value-action puisse calculer les scores de qualité des soins associés aux items de la structure, des processus et des mécanismes, comme pour l'exemple ci-haut, une échelle d'intervalle évaluant le niveau de conformité se cache sous le cadran circulaire. Ce type d'échelle permet à l'évaluateur d'attribuer des valeurs numériques à des mesures de perceptions, ici, allant de totalement conforme : 100%, à aucunement conforme : 0%. Chaque pointe de tarte vaut 12,5%, comme s'il s'agissait d'une échelle d'intervalle de type Likert mais étalée sur les degrés d'un demi-cercle plutôt que sur des cases linéaires comme lors d'un sondage traditionnel.

Figure 12. Calcul des scores de qualité des soins à partir du cadran circulaire



Le score d'écart est donc une donnée discrète à l'intérieur de l'intervalle de 0 à ± 100 . Concrètement, il est calculé en soustrayant le score de la situation actuelle (curseur vert) de celui de la situation souhaitée (curseur rouge). L'exemple ci-après correspond au score d'écart associé à la norme 3 évaluée par une infirmière fictive, pour qui la situation actuelle (état) correspondrait à une conformité perçue à 50% mais avec une situation souhaitée (cible) perçue à 75%, pour un écart de 25% :

$$\text{Écart}_3 = (\bar{x} \text{ cible}_3) - (\bar{x} \text{ état}_3)$$

$$\text{Écart}_3 = 75\% - 50\% = 25\%$$

Au total pour une unité de soins, le score d'écart sera donc calculé comme suit :

$$\text{Score d'Écart}_3 = (\bar{x} \text{ cible}_3) - (\bar{x} \text{ état}_3)$$

Afin d'obtenir un portrait de la qualité des soins par dimension, les scores d'écarts des normes d'une dimension donnée, par exemple, celle de l'efficacité, sont additionnés puis divisés par le nombre d'items compris dans cette dimension. Enfin, le score global de

qualité des soins au total pour les 28 items de l'outil, la plateforme effectue le calcul suivant :

$$Score\ global = \frac{(\bar{x}\ \acute{E}cart1) + (\bar{x}\ \acute{E}cart2) + (\bar{x}\ \acute{E}cart3) \dots + (\bar{x}\ \acute{E}cart28)}{28}$$

Pour bien comprendre la signification de ces résultats, le répondant et son équipe doivent se remémorer la section d'interprétation des scores dans les consignes de l'outil à la page d'accueil. On y révèle que plus l'écart est petit entre la situation actuelle et la situation souhaitée, plus la qualité des soins est élevée et ce, que l'écart soit négatif ou positif. De la même façon, plus l'écart est grand (le plus rapproché de 100), plus la qualité des soins est faible. L'identification d'écarts élevés et de normes perçues comme contribuant à la détérioration de la qualité des soins permettent aux acteurs de cerner les priorités pour leurs démarches individuelles et collectives d'amélioration de la qualité des soins. Dans l'exemple de la Figure 11, l'équipe devrait travailler de façon prioritaire sur l'application de mesures alternatives à la médication aux propriétés sédatives (norme 10, écart de 70%, situation en détérioration), avant de se concentrer sur l'évaluation pré-administration (norme 9, écart de 25%, situation en amélioration).

Enfin, un écart négatif pourrait survenir, cela voudrait dire que la situation actuelle dépasse la cible. Par exemple, pour la norme 10 portant sur la participation de l'utilisateur et son proche aux soins entourant la contention chimique, un répondant pourrait considérer qu'il serait préférable que cette participation soit restreinte, moins grande que ce qu'elle est actuellement sur l'unité de soins, ce qui place l'infirmière en situation d'inconfort. L'interprétation de l'écart négatif est donc la même que pour l'écart positif (viser 0).

Arborescence des niveaux d'importance. La dernière page du rapport offre aux équipes de visualiser l'arborescence des niveaux d'importances des normes de qualité selon les membres de l'équipe ayant complété l'évaluation. Le résultat indiqué correspond au mode, soit la réponse la plus fréquemment sélectionnée par les évaluateurs de la dernière période. Ces informations aident à prioriser les actions d'amélioration. L'exemple des normes 1 à 10 est présenté à la figure 13.

Figure 13. Exemple de résultats : niveaux d'importance des normes de la structure

Niveaux d'importance


Norme	STRUCTURE	Non important					Très important					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
S3	Personnel en nombre suffisant											●
S4	Formation aux membres de l'équipe											●
S8	Lieux physiques sécuritaires											●
S5	Ressources matérielles et financières allouées									●		
S7	Routine de révision de la médication									●		
S1	Protocole promu dans l'organisation								●			
S6	Activités sociales et sources de divertissement								●			
S2	Source d'information aux usagers-proches									●		

Amélioration de la qualité des soins

L'amélioration de la qualité des soins s'effectue en continu, mais des initiatives structurées peuvent être déployées en dehors d'É-value-action. Il s'agit de sélectionner un processus qui apparaît prioritaire à améliorer (écart élevé, importance élevée) puis, d'y associer un ou des éléments de structure ainsi qu'un ou des mécanismes sociaux pertinents qui devraient contribuer à améliorer les effets. Les équipes peuvent travailler sur une ou quelques configurations Structure-Processus-Mécanismes-Effet, selon leurs capacités. Les commentaires des évaluateurs associés aux normes choisies peuvent révéler des pistes de solutions.

Figure 14. Exemples de configurations des priorités d'amélioration de la qualité des soins

Configurer une priorité d'amélioration

Structure	Processus	Mécanisme(s)	Effet
Offrir une formation annuelle à l'équipe de soins	Pour rehausser l'application des mesures alternatives	En partenariat avec l'équipe interdisciplinaire	Dans le but de réduire l'usage des contentions chimiques
<input type="checkbox"/> Norme S4 	<input type="checkbox"/> Norme P9 	<input type="checkbox"/> Norme M27 	<input type="checkbox"/> Efficacité 

[Partager avec mon équipe](#)

Résultats de la phase 2 de l'étude (suite) : validité apparente

Au début du mois de mars 2020, après que l'équipe de recherche eut terminé la programmation du prototype de l'outil en ligne, nous avons procédé à un pré-test dans un établissement de santé et de services sociaux du Québec. Cette date coïncide avec la déclaration de pandémie par l'OMS, caractérisée par une perturbation des activités quotidiennes des infirmières et par l'interruption des activités de recherche non en lien avec la COVID-19 au CIUSSS ciblé. Ainsi, plutôt que de chercher la participation d'un large échantillon pour une mise à l'essai pilote en situation clinique réelle, la capacité de participation de quelques volontaires seulement (7) nous a menés à privilégier une simulation d'activité d'évaluation pour obtenir une rétroaction qualitative permettant d'apprécier la validité apparente. Certains volontaires ont répondu à l'appel plusieurs mois, voire plus d'un an après l'invitation émise. Le projet était toujours ouvert au comité éthique de la recherche (CÉR) de l'établissement à ce moment, nous avons simplement signalé les changements au devis initial, lesquels ont été approuvés. La plateforme à tester était demeurée identique depuis mars 2020.

Caractéristiques des volontaires de la validation apparente

Aucune caractéristique n'a été recueillie auprès des infirmières représentant les futurs utilisateurs de l'outil (n = 7) à l'étape de la validité apparente. Nous nous sommes toutefois assurés que ces personnes étaient membres de l'OIIQ et actives en pratique clinique au moment de leur consultation en tant qu'employées du CIUSSS participant dans l'une des trois spécialités cibles.

Résultats de la validation apparente

Les 37 rétroactions des infirmières participantes la validité apparente, présentées au tableau 18 dans le respect des propos intégraux de celles-ci, ont informé les concepteurs de l'outil sur la clarté, la pertinence du contenu de l'outil et l'adéquation du format en ligne.

Tableau 18. Résultats de la validité apparente

Volet	Rétroaction des futurs utilisateurs
1. Contenu de l'outil	
1.1 Ensemble de l'outil	<p>Clarté du contenu</p> <p>1.1.1. <i>Les exemples aident beaucoup à la compréhension des énoncés et me paraissent suffisamment généraux pour couvrir les milieux de soins visés, mais aussi suffisamment spécifiques pour illustrer ce qu'ils tentent d'illustrer.</i></p> <p>1.1.2. <i>Les consignes sont claires.</i></p> <p>Pertinence du contenu</p> <p>1.1.3. <i>Le questionnaire ne stigmatise pas les pratiques existantes.</i></p> <p>1.1.4. <i>Très intéressant.</i></p> <p>1.1.5. <i>Nous serons intéressés à implanter cet outil sur le département quand il sera disponible.</i></p>
1.2 Taux d'usage (définition)	<p>Clarté du contenu</p> <p>1.2.1. <i>Il y a une contradiction entre « mesure de contrôle à éviter » et « mesure de contrôle légitime ».</i></p> <p>Pertinence du contenu</p> <p>1.2.2. [suite du propos précédent] <i>La mesure n'est plus légitimée à l'heure actuelle puisque l'OMS demande maintenant d'enrayer toutes les mesures de contrôle.</i></p> <p>1.2.3. <i>Il ne faudrait pas exclure les isolements provoqués par le non-respect des mesures sanitaires en lien avec la COVID-19. Nous devons parfois garder les gens dans leur chambre contre leur gré pour éviter la transmission, ceci doit être considéré comme une mesure de contrôle.</i></p> <p>1.2.4. <i>Concernant le consentement, il n'y a pas seulement des cas de refus, il y a aussi des urgences, des oublis, de la négligence. Parfois, l'infirmière n'a simplement pas le temps de demander un consentement, elle doit agir rapidement.</i></p> <p>1.2.5. <i>On parle des contentions chimiques comme d'une mesure à éviter. Or, il n'est pas toujours possible de ne pas les utiliser. En mon sens, l'infirmière ne doit pas avoir l'impression d'être dans le tort lorsqu'il est nécessaire d'utiliser une contention chimique parce qu'elle n'aurait pas pu « l'éviter ». Aussi, j'ai tendance à opter pour mesure de « dernier recours. »</i></p>

1.3 Normes de qualité Pertinence du contenu

1.3.1. Norme S6. *J'ai du mal à saisir pourquoi une offre de sources de divertissement n'est pas attendue dans les milieux de soins aigus. Il est possible de moduler cette offre en fonction du milieu, mais je crois qu'il demeure toujours crucial et possible d'offrir une possibilité de divertissement aux usagers : télévision, tablette électronique, permettre le cellulaire, jeux de cartes, mandalas, visite de bénévoles, etc.*

1.3.2. Norme P11. *À mon sens, la notion de dangerosité doit s'accompagner du critère d'immédiateté lorsqu'on initie une mesure de contrôle. Une situation présentant un danger qui n'est pas immédiat doit être adressée autrement que par des mesures de contrôle. Par exemple, menacer de s'en prendre à une personne dans plusieurs jours ne remplit pas nécessairement le critère d'immédiateté requis pour l'application d'une mesure de contrôle.*

1.3.3. Norme P14. *À ma connaissance, au sein du [nom de l'établissement], les agents de sécurité ne sont généralement pas impliqués auprès des usagers, ce sont plutôt des Agents d'intervention en milieu psychiatrique (AIMP) qui le sont. Ils sont déployés dans les CH et ont une unité mobile qui couvre les autres sites.*

2. Format de l'outil

2.1 Ensemble de l'outil Adéquation du format

2.1.1. *J'ai été impressionnée par le visuel du site et son côté professionnel.*

2.1.2. *Le format de l'outil est intéressant. Il est facile à utiliser.*

2.1.3. *Assez simple d'utilisation en général.*

2.1.4. *J'ai eu du plaisir à compléter l'outil sur ma tablette.*

2.1.5. *Très interactif.*

2.1.6. *Peut éveiller une prise de conscience sur des pratiques considérées comme habituelles sur l'unité tout en obligeant la professionnelle à se positionner vis-à-vis celles-ci.*

2.1.7. *Je vois l'activité comme un audit et un outil pédagogique à la fois.*

2.1.8. *Ce type de questionnaire peut servir à développer les compétences infirmières.*

2.1.9. *Le temps imparti à la complétion me paraît réaliste.*

2.1.10. *J'ai pris le temps de bien lire les questions et le tout m'a pris 30 minutes.*

2.1.11. *Peut-être long de réaliser l'évaluation des 28 items. Les infirmières qui l'utiliseront doivent*

Volet	Rétroaction des futurs utilisateurs
	<p><i>être assurées d'avoir le temps et l'espace pour le faire.</i></p> <p><i>2.1.12. Je crois que la présentation de ce projet aux infirmières doit passer par des leaders positifs car ça pourrait être perçu comme un surcroît de travail.</i></p>
2.2 Taux d'usage (définition)	<p>Adéquation du format</p> <p><i>2.2.1 J'ai entré un nombre plus élevé de patients sous contentions chimiques que de patients total, l'outil n'a pas envoyé de message d'erreur.</i></p>
2.3 Normes de qualité	
Étape 1. Situation actuelle vs situation souhaitée	<p>Adéquation du format</p> <p><i>2.3.1. Je crois que certaines normes sont difficiles à mesurer à l'aide du cadran car la situation souhaitée devrait toujours être à 100%.</i></p> <p><i>2.3.2. J'ai eu quelques difficultés avec le cadran : avec ma tablette, la manipulation des flèches était difficile.</i></p> <p><i>2.3.3. [suite du commentaire précédent] Lors du test sur l'ordinateur, tout s'est bien passé.</i></p> <p><i>2.3.4. Sur mon téléphone cellulaire du travail (vieux Iphone 4), les flèches sont difficiles à bouger. Sur un appareil récent, il n'y a pas de problème.</i></p>
Étape 2. Amélioration vs détérioration	<p>Adéquation du format</p> <p><i>2.3.5. J'ai l'impression que les répondants auront parfois du mal à choisir entre détérioration et amélioration. Il y a beaucoup de normes qui bougent très lentement. Cela appelle alors ni à l'un ni à l'autre, mais plutôt à quelque chose comme « stable ».</i></p> <p><i>2.3.6. Il devrait y avoir un degré « stable » car l'amélioration ou la détérioration force une polarisation de type « bon ou mauvais ».</i></p>

Volet	Rétroaction des futurs utilisateurs
Étape 3. Commentaires du répondant	Adéquation du format 2.3.7. Encore ici, le processus impose un pas de recul et une amorce « <i>d'auto-questionnement</i> » de la part de la participante.
Étape 4. Importance de la norme	Adéquation du format 2.3.8. <i>L'évaluation du niveau d'importance a une valeur ajoutée.</i> 2.3.9. <i>Efficace et reflète la valeur accordée aux différents éléments.</i> 2.3.10. <i>Pour le niveau d'importance, on sait que 1/5 veut dire non important et 5/5 très important, mais les autres valeurs au centre devraient aussi être associées à des termes qualitatifs.</i> 2.3.11. <i>Pour le niveau d'importance, le rapport reflète la valeur accordée aux différents éléments sera souvent 5/5 (très important).</i>

De façon générale, la clarté du contenu des 29 items de l'outil a suscité moins de rétroaction de la part des futurs-utilisateurs (3) que la pertinence de ceux-ci (13) et que le format de l'outil (21). Certains commentaires ont mené à des corrections mineures des énoncés, principalement à la définition opérationnelle, et ont permis l'ajustement de bogues au prototype de l'outil. Par considération pour la validation par la technique Delphi, les contenus corrigés ont été retournés aux panelistes de la phase précédente de l'étude, accompagnés du lien vers l'outil final pour leur permettre de concéder une dernière approbation d'ensemble. Aucun paneliste n'a manifesté d'interrogation ou de désaccord avec les derniers ajustements.

Au niveau du contenu des énoncés, les commentaires des infirmières ont rendu compte de la précision des termes utilisés, d'une couverture adéquate des contextes de soins ciblés, d'une impression de non-stigmatisation des pratiques de contention chimique et d'un intérêt global face au contenu de l'outil et à son implantation éventuelle dans leur milieu de travail. Deux expressions contradictoires (mesure à éviter et mesure légitime) se succédaient dans notre définition de contention chimique proposée. La suggestion d'une infirmière d'opter pour des termes tels que : « mesure utilisée en dernier recours » a été retenue (commentaire 1.2.5.). L'exclusion de certains contextes cliniques de la Norme S6. a été retirée suite au commentaire 1.3.1. Enfin, des commentaires (1.3.2) spécifiques au contexte de la santé mentale et d'un établissement précis portaient sur les normes P11 et P14 sans être totalement fidèles aux références recensées aux articles 1 et 2 (p. X à X), ils n'ont donc pas mené à une correction des énoncés.

La forte majorité des commentaires des infirmières concernaient le format de l'outil E-value-action. Leurs propos ont fait état de fonctionnalités efficaces et d'aspects visuels interactifs qui stimulent l'intérêt et un certain plaisir. En concordance avec la finalité réflexive de l'outil d'évaluation, les infirmières mentionnent l'avantage de permettre un pas de recul, d'offrir une opportunité d'auto prise de conscience au sujet des soins dispensés, lesquels sont parfois enracinés dans les habitudes de l'unité sans être questionnés. Des participantes ont reconnu l'apport potentiel de l'outil au développement des compétences/connaissances.

Certains futurs-utilisateurs ont mentionné un temps de complétion réaliste autour de 30 minutes, une autre a plutôt souligné la longueur du questionnaire qui pourrait être perçue comme une charge de travail. Le prototype ne comprenait pas de bogue majeur, sauf celui de faire recommencer un répondant qui interrompt son évaluation mais qui aurait désiré y revenir plus tard. Ceci a nécessité un ajustement dans la plateforme. De plus, la version d'E-value-action accessible par l'ordinateur a semblé plus conviviale que la version sur appareils mobiles. En effet, les flèches du cadran ont semblé être manipulées plus facilement par les participants avec une souris sur un écran large, enfin, la présentation sur les téléphones intelligents ou tablettes d'anciennes générations a engendré des problèmes d'homogénéité pour lesquels nous avons peu de contrôle.

Réflexion conclusive du chapitre

L'outil E-value-action développé et son contenu validé dans le cadre de cette thèse ont été présentés dans ce chapitre des résultats. Les démarches-qualité actuellement déployées dans les organisations de santé à travers des changements organisationnels préexistants sont parfois perçues par les cliniciens comme une lourdeur malvenue, voire un stress propice à l'épuisement (Elkins et al., 2010; Wolak, 2019), nous avons néanmoins réussi à produire un outil qui a été accueilli positivement par les futurs-utilisateurs. Ce prototype a été développé avec l'ambition de produire des données empiriques valides sur la qualité des soins infirmiers, mais ultimement, l'outil d'évaluation réflexive pourra possiblement générer l'amélioration directement sur le terrain où sont déployées les interventions infirmières complexes. La réduction des mesures de contrôle dont la contention chimique est l'une des retombées espérées de cette modalité d'évaluation innovante.

Chapitre 5 – Discussion

La discussion de cette thèse énoncera une réflexion générale sur l'atteinte du but et proposera des recommandations pour la recherche et la pratique future. Rappelons que ce but était de développer et de valider un outil d'évaluation réflexive de la qualité des soins en matière de contention chimique selon la perspective de l'infirmière. Par la suite, les retombées sur les plans théoriques, empiriques, disciplinaires et les considérations méthodologiques seront mises de l'avant pour chacune des questions de recherche. Ces quatre sous-sections feront par la même occasion le bilan des forces et limites de l'étude à l'égard du devis de recherche, du recrutement des participants et des méthodes utilisées pour collecter, analyser et présenter les données.

Atteinte du but et recommandations

En ce qui concerne le but de cette recherche, nous pouvons conclure que l'outil a été développé avec succès et il apparaît suffisamment valide sur le plan du contenu en contexte québécois vu le consensus atteint, ainsi que sur le format en surface dans sa version bêta.

Première phase : développement de l'outil

La conceptualisation de la qualité des soins adoptée par la doctorante pour cette étude se distingue de la performance, c'est-à-dire qu'elle est davantage centrée sur les processus et leurs mécanismes insérés dans un contexte plutôt que sur les résultats des activités de soins. Ainsi, l'outil génère des données portant sur 28 normes de structure et de processus versus une seule donnée informant sur l'efficacité en ce qui a trait à réduction des mesures de contrôle : celle du taux d'usage déclaré des contentions chimiques. En effet, cet item, basé sur la définition opérationnelle, était vu comme important pour apprécier les conséquences d'une application conforme ou non conforme des normes visant l'utilisation minimale et exceptionnelle des mesures de contrôle en vertu de la LSSSS (Gouvernement du Québec, 2015a). Cet item a d'ailleurs été le plus complexe et long à produire. Nonobstant ce choix d'offrir dans la plateforme une seule information sur les finalités des soins infirmiers (dimension d'efficacité), les données

produites par E-value-action pourraient éventuellement être mise en relation avec celles d'autres indicateurs déjà disponibles au sein des unités de soins, par exemple, les taux d'accidents-incidents liés à l'usage des médicaments (déclarations AH-223) (dimension de sécurité) ou la satisfaction globale des usagers (dimension d'approche centrée sur la personne) (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011).

L'une des motivations premières à développer l'outil E-value-action concernait la possibilité d'utiliser les données pour alimenter les rapports annuels au conseil d'administration des établissements et au Ministère pour répondre à l'article 118.1 de la LSSSS. Force est de constater que la vocation de l'outil a évolué au courant de la recherche vu les difficultés persistantes entourant la mesure en matière de contention chimique. Le focus s'est davantage centré sur l'intégration à la pratique des orientations ministérielles et sur l'amélioration continue. Aucune des infirmières ayant testé l'outil n'a fait mention d'un avantage potentiel au sujet des redditions de compte annuelles obligatoires (LSSSS), soulignons toutefois que ce procédé ne les préoccupe pas directement, car la responsabilité est actuellement portée par leurs gestionnaires. Cela dit, dans un monde où la donnée empirique brute est le langage dominant de la qualité-performance, nous pouvons nous questionner à savoir si les chiffres sur l'usage déclaré des contentions chimiques générés par E-value-action pourraient exercer le même poids aux yeux des dirigeants et des gouvernements que les résultats d'indicateurs déjà utilisés au niveau des contentions physiques/mécaniques et isolements pour lesquels une certaine objectivité de la mesure est assurée (il faut les observer pour les documenter). En effet, la comptabilisation des épisodes de contention chimique au numérateur s'inscrit dans une perspective subjectiviste (Cossette, 2008) puisqu'elle est nécessairement basée sur les perceptions des intervenants cliniques qui participent au procédé d'E-value-action. Alors que certaines infirmières peuvent détecter un danger où d'autres n'en voient pas (Seyer-Forget, 2020), certains perçoivent une interférence aux soins où d'autres non, et ainsi, pour une même situation, une médication administrée pourrait être comptabilisée comme contention chimique ou laissée sans trace. De plus, le dénominateur de l'indicateur proposé ne repose pas sur les admissions totales ou les lits occupés en temps réel, ce qui peut affecter son exactitude. En effet, puisque nous avons opté pour une modalité d'évaluation réflexive misant sur la rapidité de complétion (± 30 minutes), et

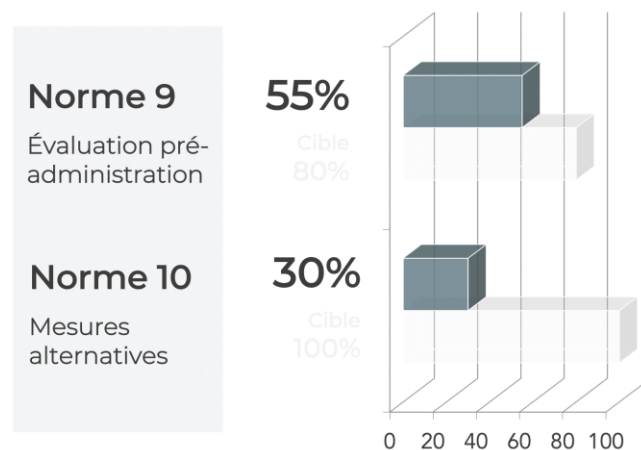
l'accessibilité à proximité de l'action via différents types d'appareils connectés, dont les appareils personnels, nous avons évité l'usage de numéros de dossiers ou d'assurance maladie du Québec. Un autre aspect limitatif de cette étude était l'absence de budget, la doctorante ayant défrayé l'entièreté des coûts de développement du produit à partir de ses bourses d'études. Une version ultérieure plus sophistiquée et sécurisée de l'outil pourrait toutefois permettre un arrimage avec les systèmes d'information des services d'admission de l'établissement. Il faudrait d'autant plus identifier un mécanisme confirmant la participation de chaque infirmière en fonction pour pouvoir parler précisément de prévalence. Un scénario optimal, peut-être ambitieux, serait celui d'une déclaration obligatoire en continu et harmonisée à l'échelle nationale basée sur la définition opérationnelle de contention chimique. Dans tous les cas, la recherche de consensus d'un panel diversifié sur le plan disciplinaire quant à cette définition serait le levier à enclencher dans un avenir rapproché.

La section d'évaluation des 28 normes de qualité suggère également une mesure basée sur la perception des infirmières, ce qui apparaît indiqué pour tenir compte des mécanismes sociaux des soins infirmiers s'inscrivant aux recommandations de pratique en matière de contention chimique (Gouvernement du Québec, 2015). À ce sujet, les conclusions de l'étude de Stalpers et al. (2016) dévoilent une association significative entre les mesures d'indicateurs en soins infirmiers dites objectives, c'est-à-dire mesurées traditionnellement, et les mesures subjectives des perceptions de la qualité. Or, les auteurs voient une valeur ajoutée au recours complémentaire à différentes sources de mesure (Stalpers et al., 2016), tel est le cas de l'outil proposé.

Au niveau de l'infirmière évaluatrice, le fait d'avoir des exigences trop élevées ou des exigences trop faibles pourrait faire varier le score de situation souhaitée (cible) et par la suite le score de qualité (écart). À titre d'exemples, viser une conformité de 100% aux soins intensifs pour le critère d'administration par voie orale en préférence à la voie injectable apparaît irréaliste vu que la clientèle y est très souvent intubée et ne peut avaler un produit. Inversement, viser un niveau conformité faible pour la norme de surveillance post-administration du médicament en centre d'hébergement de longue durée, par exemple, une cible de 50%, semblerait insuffisant, trop clément envers son équipe mais

bien peu envers la clientèle. Ainsi, les gestionnaires ou cliniciens qui auraient la préférence de travailler avec une donnée plus traditionnelle dans un contexte de reddition de compte pourraient utiliser E-value-action pour ressortir uniquement le score de la situation actuelle, qui représente le taux de conformité brut aux normes évaluées. En effet, dans une approche normative usuelle, la cible serait toujours de 100% - totalement conforme, telle qu'établie par les lignes directrices (*guidelines*) applicables, plutôt que par les cliniciens eux-mêmes dans les différents contextes de pratique. Le score de situation actuelle (état) pour chaque norme pourrait être isolé et servir aux rapports des conseils d'administration devant répondre aux exigences gouvernementales (LSSSS) d'évaluation annuelle.

■ Figure 15. Exemples de score de situation actuelle (état) isolé pour faire état d'une évaluation normative usuelle : normes 9 et 10



Une autre solution au biais cognitif potentiel d'exigences faibles ou élevées des infirmières, et une recommandation d'amélioration pour une version ultérieure d'E-value-action, est celle de recueillir des opinions d'experts et de calculer une cible moyenne selon les spécialités cliniques, qui pourraient influencer l'évaluation de la répondante, par exemple, une bulle pourrait indiquer : « les experts en santé mentale du Québec recommandent une cible de 80% pour cette norme ».

Deuxième phase : validation de l'outil

Pour le moment, la recherche a permis d'établir un degré de validité de contenu des items (consensus atteint) et une validité apparente de l'outil E-value-action acceptables en contexte québécois. Une traduction en anglais avec validations transculturelles hors pays est recommandée. L'on peut penser que les 28 items actuels couvrent pertinemment l'ensemble les aspects du concept à l'étude et que l'outil global n'en contient pas de superflu. En effet, aucun item n'a été retranché par la technique Delphi et aucune addition n'a été suggérée par les experts. L'une des futures utilisatrices participant à la validité apparente a évoqué la couverture des items des différentes facettes de la pratique clinique en multiples spécialités, sans compromis quant à leur « spécificité pour illustrer ce qu'ils tentent d'illustrer ». Ceci ajoute à la validité de contenu. Même si la démarche de validation a été opérée à l'intérieur des trois spécialités les plus concernées, les acteurs d'autres secteurs de soins comme la pédiatrie, l'oncologie et la déficience intellectuelle pourraient aussi évaluer la pertinence d'utiliser E-value-action. À la base, l'administration des médicaments aux propriétés sédatives nécessite des précautions pour lesquelles aucune clientèle n'est exemptée. Rappelons que les réponses des experts des trois spécialités cibles (santé mentale, soins aigus, longue durée) consultés pour la pertinence du contenu ne présentaient pas de différences significatives ($p = 0,488$), toute fonction occupée (chercheur, cadre/gestionnaire, clinicien) ($p = 0,552$). Dans l'avenir, une mise à l'essai pilote d'E-value-action en multiples secteurs de spécialité et auprès d'un échantillon suffisamment volumineux pour recourir à des tests statistiques paramétriques (5 à 10 infirmières par item) pourrait être considérée, permettant d'apprécier d'autres types de la validité et de fidélité (Corbière et Larivière, 2014). En fait, pour le taux d'usage déclaré, des analyses de sensibilité et de spécificité seraient recommandées. Néanmoins, pour la section des normes de qualité, une mise à l'essai pilote d'envergure ne semble pas être une avenue d'une haute nécessité ou efficiente à première vue. En effet, la cohérence interne et la validité de construit par analyse factorielle pourraient être intéressantes à analyser puisque des associations pourraient être découvertes entre les items de structures et les items processus avec les items des mécanismes sociaux. Cependant, les coefficients statistiquement significatifs ne seraient que l'écho des configurations S(m)-P(m)-F propres au milieu d'étude au moment précis où l'outil est

testé, donc, ne devraient pas être considérées comme des qualités psychométriques fixes et généralisables sans se questionner. De plus, il ne faudrait pas s'attendre à des sous-échelles univoques et mutuellement exclusives puisqu'en théorie, un même mécanisme peut être à l'origine de différentes pratiques/contextes qui peuvent contribuer simultanément aux dimensions d'efficacité, de sécurité et d'approche centrée sur la personne. La validité de critère pourrait être examinée à partir d'une analyse de convergence avec les données d'audits sur l'administration sécuritaire des médicaments et sur les mesures de contrôle, pourvu que ces instruments soient eux-mêmes validés. Enfin, la fidélité interévaluateurs serait d'intérêt au sein d'une unité de soins prise isolément, mais la fidélité intra-évaluateurs (test-retest), ou stabilité temporelle, semble peu signifiante dans le cas d'un outil d'évaluation réflexive prévu à la base pour générer l'amélioration (donc des changements). En fait, si un test-retest devait être conduit, la doctorante recommande que la seconde mesure d'une même infirmière soit réalisée immédiatement après la première puis, reproduite avec quelques semaines de délai justement pour se pencher sur l'hypothèse d'amélioration spontanée.

Même si l'outil a été qualifié, à première vue, de non stigmatisant, une validation ultérieure devrait inclure la complétion d'une échelle de désirabilité sociale. La désirabilité sociale implique différents types de déformations des réponses par le répondant qui se présente non pas sous son jour véritable, mais plutôt comme il considère valorisant et favorable de se présenter devant les autres (Fenneteau, 2015). Celui-ci pourrait vouloir dissimuler des pratiques qui s'éloignent de la norme et du discours dominant ou répondre toujours sensiblement la même chose autour de la valeur cible ou centrale. En effet, ces tendances pourraient contribuer à réduire l'écart entre les états actuels et souhaités, or, si le chercheur dépiste ce biais par la passation d'une échelle de désirabilité sociale, il pourrait envisager des solutions comme réajuster les consignes de l'outil ou revoir le design du cadran sans valeur centrale.

Bilan des recommandations

Cette section résume les principales recommandations de l'étude.

La majeure partie de la présente recherche s'est concentrée sur le développement et le raffinement théorique au sujet de la contention chimique et de la qualité des soins s'y

associant, et nous appelons les chercheurs à poursuivre ces clarifications. De plus, pour des recherches ultérieures, les théories de la pratique réflexive en soins infirmiers devraient également être approfondies pour voir comment celles-ci pourraient teinter davantage le cadre de référence, le processus de réflexion intégré à l'évaluation et les consignes à l'évaluateur. Des questions de recherche qualitative et des hypothèses d'efficacité en recherche quantitative seraient intéressantes à adresser quant aux possibles améliorations des compétences et de la qualité découlant de l'évaluation réflexive des infirmières via l'usage d'E-value-action.

Les stratégies contemporaines d'apprentissage en milieu clinique devraient aussi être recensées d'un œil critique afin d'envisager des améliorations futures de la plateforme. Des chercheurs ayant un intérêt pour les interventions virtuelles pourraient transformer les quatre étapes de l'évaluation, incluant la mesure de l'écart, en un jeu vidéo sérieux (*serious game*), où, par exemple, un personnage tente d'atteindre son but pondéré par l'importance qui y est accordé et en fonction de la vitesse à laquelle il s'en approche ou s'en éloigne, à pied, en voiture ou en train.

Toujours au niveau de la recherche, bien que la validité de la version actuelle d'E-value-action ait été abordée au cours du doctorat, ainsi que certains aspects d'acceptabilité, la doctorante recommande de procéder à une validation ultérieure de l'outil en dehors du contexte de pandémie, auprès d'une population infirmière de spécialités diversifiées où l'on retrouve de forts et de faibles usages des mesures de contrôle. L'usage de méthodes mixtes et la triangulation des outils de cueillette et des sources de données seraient indiqués. En effet, des audits de dossier concomitants au procédé d'E-value-action ainsi que la participation à l'étude de questionnaires, de médecins, de pharmaciens et de patients/résidents enrichiraient l'analyse.

Sur le plan politique, nous recommandons qu'à la prochaine révision du cadre de référence ministériel québécois portant sur les mesures de contrôle, la présente définition de contention chimique soit prise en compte. Il serait d'autant plus l'occasion d'évaluer la pertinence d'y ajouter certaines normes spécifiques à la substance chimique ayant été répertoriées dans la littérature internationale et ayant fait consensus auprès des experts de notre technique Delphi.

Sur le plan de la gestion et la pratique clinique, d'ici cette révision des orientations ministérielles, les responsables de la vigie de la qualité et de l'élaboration de protocoles cliniques dans les organisations pourraient avoir recours sans tarder aux connaissances découlant de la présente recherche doctorale pour acquitter leur tâche d'évaluation obligatoire en vertu de la LSSSS (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 118.1). En effet, il apparaît simplement plus approprié de fournir une reddition de compte annuelle sur la contention chimique présentant des données déclarées par les infirmières que de ne fournir aucune donnée, mais la doctorante recommande d'expliquer en toute transparence la nature de l'outil réflexif et ses lacunes de précision (subjectivité) dans la section de la méthode du rapport annuel.

Dans l'avenir, d'autres normes de pratique et indicateurs de qualité relatifs aux soins infirmiers pourraient être intégrés dans la plateforme comme ceux portant sur la prévention des chutes et sur la prévention des plaies de pressions/lésions de la peau. Son format pourrait éventuellement contenir un programme complet d'amélioration à proximité de l'action, complémentaire aux autres démarches-qualité déjà en place (accréditation, gestion des risques), contribuant aux mandats des directeurs des soins infirmiers d'évaluer les soins infirmiers, d'en surveiller la qualité ainsi que de voir à la compétence des infirmières et infirmiers qui exercent leurs activités dans le centre (RLRQ, chapitre S-4.2, a. 207 et 207.1).

Retombées, forces et limites de l'étude

Il importe maintenant d'examiner les retombées, les forces et les limites de cette étude spécifiquement pour chacune des quatre questions de recherche. L'argumentaire s'appuiera sur quatre principaux critères de scientificité applicables aux approches réalistes en recherche qualitative et mixte (Ayerbe & Missonier, 2006; Healy & Perry, 2000; Proulx, 2019; Smith & Johnson, 2014) : la pertinence ontologique, la validité théorique, la fiabilité et la généralisabilité analytique.

D'abord, la (1) pertinence ontologique en regard des questions soulevées, des phénomènes étudiés et des méthodes employées sera prise en compte. En effet, un chercheur s'intéressant à connaître le monde réel devrait creuser plus loin que ce qu'il lui est possible d'observer au niveau des événements et des traces empiriques qui leur sont

associées. Puis, les aspects de validité interne seront discutés sous l'angle de la (2) validité théorique des résultats de la recherche, en gardant en tête que cette validité est (2.1) contingente du contexte et repose sur des (2.2) perspectives multiples non neutres. En ce sens, nos résultats, obtenus via différentes sources d'informations et de nombreuses itérations, doivent représenter le terrain d'étude en contexte québécois d'une façon la plus authentique et plausible possible en plus d'être confrontés aux résultats de recherches antérieures ou émergentes. Ensuite, la (3) fiabilité, traduction de methodological thrustworthiness, qui se veut une adaptation du critère de reproductibilité, permettra d'apprécier la rigueur des méthodes utilisées sur la base de règles et de procédés reconnus. Le recours aux lignes directrices (checklists) pertinentes aux différentes étapes du déroulement de la recherche servira à poser un œil critique sur notre méthodologie. Enfin, la (4) généralisabilité analytique, qui s'apparente à la validité externe, servira à explorer les possibilités de généralisation de la théorie produite et de l'outil de mesure développé (contenu et format). En effet, vu la portée qualitative du devis et la lentille réaliste employée, il n'y a pas lieu ici de discuter de généralisation statistique, il importe plutôt de se questionner sur l'enrichissement théorique et empirique généré par nos résultats et sur le potentiel de ceux-ci à faire du sens en d'autres situations, temps et lieux.

Première question de recherche

Q1. Retombées théoriques et empiriques

Formulation d'une définition opérationnelle

L'une des principales retombées de cette recherche doctorale est celle de contribuer à pallier l'ambiguïté des définitions de contention chimique déplorée par les auteurs, et leur tendance à ne refléter que des réglementations locales (Chieze et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020; Robins et al., 2021). Vingt ans après son apparition dans le cadre ministériel, la définition du Gouvernement du Québec (2015a) semblait soulever la critique bien plus que la lumière sur le phénomène (Bernheim, 2010; Bernheim, 2020). En procédant à notre examen de la portée de 33 écrits en provenance de différents pays du monde, nous avons constaté que cette définition initiale, nez à nez avec celle de

l'Association des infirmières de l'Ontario (2012), remportait la palme du flou opérationnel. L'analyse des articles additionnels lors de l'examen de la portée, pour un total de 33 références, a permis de formuler une première définition intégratrice de la contention chimique, avancée non pas comme une vérité mais en tant que proposition plausible et d'intérêt pour la recherche francophone et anglophone, voire plus large, et appelée à évoluer au fil du temps et selon les contextes d'intervention.

Sur le plan des limites, les écrits théoriques et empiriques ayant mené à cette définition intégratrice se rapportaient nettement plus fréquemment au domaine de la santé mentale (64%, n = 21), ce qui, à première vue, amène à questionner sa validité théorique de la perspective des populations infirmières en soins aigus (9%, n = 3) et en soins de longue durée (12%, n = 4). S'il s'agit, à notre connaissance, d'une première définition opérationnelle de contention chimique à l'échelle mondiale, sa disponibilité uniquement en français et en anglais limite toutefois la généralisabilité analytique et la portée de ses retombées.

Q1. Retombées pour la discipline infirmière

Formulation d'une définition opérationnelle

Sur le plan de la pratique et de l'administration des services infirmiers, les saisies d'épisodes de contentions aux registres de mesures de contrôle pourront désormais être éclairées par une définition opérationnelle, plutôt que de ne représenter que les médicaments concomitants aux isolements et aux contentions physiques ou, tout simplement, les antipsychotiques administrés. Pour l'infirmière, savoir quand son intervention pharmacologique répond aux conditions d'une contention pourrait soutenir le processus décisionnel vers une réduction de l'usage, ce qui s'inscrit dans les recommandations provinciales (Gouvernement du Québec, 2015a) et internationales (OMS, 2019). Cette réduction contribue au respect des droits et libertés, à l'émancipation des personnes soignées et à leur sécurité (OMS, 2019). Sur le plan disciplinaire, puisque notre définition a été soumise à un périodique anglophone révisé par les pairs, son contenu intégral pourrait éventuellement être utilisé par les acteurs en santé impliqués à la recherche ou à la formation dans différents pays, du moment où ces derniers

considèrent qu'elle se rapporte pertinemment à leur contexte professionnel et sociopolitique (généralisabilité analytique).

Une limite est toutefois la longueur de l'énoncé, composé de 225 mots, qui pourrait nécessiter un certain temps d'exposition aux intervenants avant d'acquérir une connaissance par cœur permettant de s'y référer quotidiennement, rapidement et sans aide-mémoire.

Q1. Considérations méthodologiques

Formulation d'une définition opérationnelle

La formulation d'une définition opérationnelle de contention chimique s'est avérée la fondation maîtresse du développement de l'outil d'évaluation réflexive. Ce qui devait être une étape brève du protocole de revue réaliste (revue préliminaire) est devenu le sujet d'un article déterminant au cœur de cette thèse (examen de la portée) dont la rédaction et le remaniement se sont étalés sur trois ans. La doctorante recommande aux chercheurs qui se heurtent à des concepts ambigus en débutant une revue réaliste d'avoir recours à la méthode d'examen de la portée au préalable afin de circonscrire adéquatement le cadre méthodologique de la revue : contexte, population, mots clés, critères d'inclusion et d'exclusion. En effet, la méthode d'examen de la portée (Arksey et O'Malley, 2005; Peters et al., 2020; Tricco et al., 2015) est structurée, rigoureuse et systématique sans être rigide. À notre connaissance, le présent article est le premier à décortiquer les dissonances de points de vue quant à la nature profonde de la contention chimique (intentions), à avoir recours à une pluralité de sources de données (études qualitatives, quantitatives, revues de littérature) et à analyser spécifiquement tous les sous-thèmes répertoriés, que leur occurrence soit élevée ou faible dans la littérature et qu'il s'agisse de pratiques recommandables (p. ex. protéger) ou de mécanismes dissimulés (p. ex. convenance du personnel). La méthode d'examen de la portée apparaît ainsi cohérente avec la lentille réaliste adoptée pour la présente étude (pertinence ontologique).

Au niveau des limites, le protocole de revue de la portée n'avait pas été enregistré dans un registre international, ceci aurait favorisé la transparence, évité la potentielle duplication des efforts et augmenté la rigueur en vue du processus de publication dans

un périodique révisé par les pairs. De plus, la stratégie de recherche réalisée n'incluait pas les textes de loi internationaux qui auraient pu teinter la formulation de la définition intégratrice et possiblement favorisé la généralisabilité analytique extérieure au Canada.

Deuxième question de recherche

Q2. Retombées théoriques et empiriques

Inventaire des normes de qualité

Dans un souci de renforcement de la validité interne, les chercheurs en méthode qualitative (et souvent quantitative) peuvent élaborer un cadre théorique qui influence et organise les informations pertinentes, contribuant à décomplexifier l'objet d'étude (Ayerbe et Missonier, 2000; Yin, 2003). Le même principe s'applique aux concepteurs d'instruments ou de questionnaires destinés à mesurer des phénomènes sociaux (DeVelis, 2017). Pour la présente recherche, la collecte et l'analyse des résultats appuyé du modèle systémique ont constitué une stratégie de choix, cohérente avec la posture réaliste selon laquelle le monde est conçu en tant que système. En effet, le modèle à la Figure 2 de l'article 2 illustre la représentation de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique de la doctorante aux premières étapes de cette étude. Toutes les normes du modèle initial du Gouvernement du Québec (2015a) ont été appuyées par la littérature de notre recension des écrits (chapitre 2) et ont donc été conservés. Cependant, plusieurs éléments manquants (11) ont dû être ajoutés. À la fin de l'étape développementale, un total de 28 normes de qualité associées à trois grandes finalités des soins entourant la contention chimique ont été distribués à l'intérieur de boîtes circulaires ouvertes interreliées. Les processus ont été les plus faciles à identifier, au nombre de 12 correspondants à 160 citations, suivis des huit attributs de structure, repérés dans 105 citations, puis, des huit mécanismes sociaux découverts par le biais de 75 citations. Il n'est pas surprenant que les pratiques tangibles soient les plus documentées, puisque plus aisément mesurables en recherche.

Concernant les limites, en temps normal, une démarche de revue réaliste aurait dû permettre de postuler des associations causales entre les 28 éléments du modèle systémique (Wong et al., 2015), c'est-à-dire, des hypothèses S(m)-P(m)-F clairement

circonscrites et reliées d'un trait, constituant la théorie de l'intervention. Toutefois, vu l'état des connaissances embryonnaires sur la contention chimique et la qualité des soins entourant son administration, les liens de causalité entre les structures-processus-mécanismes et leurs effets étaient davantage implicites dans les écrits. Le plus souvent, les bonnes pratiques ou mécanismes entourant la contention chimique étaient énumérés sans que le *outcome* de chacune ne soit présenté dans le même passage (si qualitatif) ou dans une association démontrée statistiquement significative (si quantitatif). Les membres de l'équipe de la revue réaliste devaient donc déduire l'effet le plus cohérent à partir des liens sémantiques (p. ex. protéger, risque = sécurité) et de leur jugement de clinicien ou de chercheur en sciences infirmières. Cette limite n'invalide pas le modèle suggéré puisqu'il existe différents niveaux de précision des modèles théoriques en approche réaliste (Pawson et Tilley, 1997; Robert et Ridde, 2013), et que les normes ont somme toute été avancées comme favorables à la qualité des soins à fréquences répétées par les auteurs de différents pays et contextes d'intervention.

En ce qui a trait à la validité théorique de nos résultats, rappelons que le modèle, dans sa présentation visuelle épurée, a été apprécié favorablement pour sa plausibilité pratique par le groupe d'infirmières volontaires de l'atelier sur les soins en santé mentale au Québec. Le modèle systémique et ses 29 énoncés, que nous avons mis à l'épreuve sur le plan théorique, sont corroborés par les études récemment publiées, voir tableau 20 en annexe 13. Ainsi, dans le cas présent, un modèle évoquant visuellement l'interrelation dynamique mais non alourdie par de multiples traits d'un élément à l'autre constitue un apport partiel mais considérable pour l'avancement des connaissances théoriques en sciences infirmières. Il s'agit d'un petit pas s'inscrivant à un corps de connaissances en émergence appelé à évoluer rapidement vu l'engouement scientifique récent sur les contentions chimiques (Danda, 2020; Hu et al., 2019; Muir-Cochrane et al., 2020; Seyer-Forget, 2020).

Q2. Retombées pour la discipline infirmière

Inventaire des normes de qualité

Le développement des 28 normes associées à la contention chimique pourrait engendrer des retombées sur le plan de la discipline infirmière. D'un point de vue politique et de

gestion, les décideurs gouvernementaux pourraient s'inspirer de nos résultats pour bonifier le cadre de référence national encadrant l'usage des mesures de contrôle et ainsi permettre l'implantation de protocoles cliniques et de mesures standardisées reposant sur les pratiques de pointe dans les organisations de santé et de services sociaux. Une influence directe sur la pratique infirmière et l'administration des services aux personnes hospitalisées pourrait en découler. Dans le domaine de l'éducation, ces nouvelles connaissances pourraient être intégrées, par exemple, au volet de santé mentale ou de gériatrie des programmes de formation collégiale et universitaire.

Q2. Considérations méthodologiques

Inventaire des normes de qualité

L'équipe de la revue réaliste était composée de cinq universitaires dont les activités sont concentrées en sciences infirmières au niveau des cycles supérieurs. Rigoureux du respect des méthodes, les auteurs se caractérisaient toutefois par leur non-neutralité et offraient une contribution à la recherche teintée par des savoirs et des expériences antérieures dont il importe de tenir compte. Il fut intéressant pour la doctorante de composer un témoignage d'une page sur son expérience significative avec les substances chimiques aux propriétés sédatives, et d'ainsi demeurer à l'affût de la façon dont ce vécu traumatique l'a motivée tout au long de l'étude et a pu teinter ses représentations du réel. Même si l'une des principales limites de l'étude est celle de ne pas avoir travaillé avec des patients partenaires, il n'en demeure pas moins que cette quadruple position de cadre-gestionnaire, étudiante/chercheuse, ancienne infirmière en soins directs et ancienne patiente en milieu hospitalier a pu enrichir le point de vue posé sur le phénomène. S'entourer de quatre autres perspectives au sein de l'équipe de la revue réaliste, puis, l'appel à un groupe d'infirmières volontaires pour visualiser le modèle et lire les énoncés pour en dégager une critique ont constitué des forces sur le plan de la validité. Une limite réside dans la représentativité plus élevée des acteurs en santé mentale par rapport aux autres spécialités puisque l'atelier scientifique où ont eu lieu les échanges sur le modèle théorique ciblait des infirmières de ce domaine clinique uniquement (congrès annuel de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale).

Dans une optique de visibilité, la revue réaliste a été publiée dans un périodique révisé par les pairs sélectionné en raison des affinités de son centre d'intérêt et de son auditoire envers notre sujet d'étude : il s'agit du Journal of Nursing Care Quality. Un lecteur davantage intéressé par les aspects cliniques et administratifs de la qualité des soins que par les fondements philosophiques de la revue réaliste était visé. Au niveau des limites, nous devons respecter les normes de publication d'un maximum de 16 pages incluant les figures, tableaux et références. Le texte a donc été synthétisé, il offre peu de détails sur les bases philosophiques mais il intègre tous les éléments clés de l'approche réaliste en synthèse des connaissances (Pawson et al., 2005; Rycroft-Malone et al., 2012; Wong et al., 2013; 2015). En effet, en regard de la fiabilité du processus, rappelons que cet article a été apprécié à partir des huit rubriques de la grille de critères des revues réalistes destinée aux chercheurs et aux pairs réviseurs de Wong et al. (2015), voir annexe 8, les critères ont été rencontrés avec un niveau adéquat, bien ou excellent. La stratégie de recherche à deux chercheurs travaillant de façon indépendante a constitué l'une des forces de la méthode, alors que la faible précision de cette stratégie constitue une limite. À ce propos, il semble que le mot clé qualité des soins soit devenu un terme fourre-tout, comme celui d'indicateur de résultat (Brunelle et Saucier, 1999), ce qui pourrait expliquer que la recherche documentaire ait initialement généré plus de 1 300 références excluant les doublons.

Troisième question de recherche

Q3. Retombées théoriques et empiriques

Validité de contenu - Delphi

La plus grande retombée de cette étude est celle d'avoir fourni une définition opérationnelle validée ainsi que 28 énoncés de normes faisant consensus auprès d'un panel d'experts du Québec, l'accord visé de $\geq 70\%$ ayant été atteint. Les chercheurs pourront désormais se référer à ces nouvelles connaissances pour conduire des études empiriques sur la contention chimique basées sur des variables définies. Il importe néanmoins de poser un regard critique sur la validité de ces résultats.

D'entrée de jeu, au niveau de l'échantillon, l'examen des caractéristiques des panélistes permet de constater la représentation de perspectives multiples et spécialisées en soins infirmiers, autant de chercheurs ou d'enseignants universitaires, de cadres/gestionnaires que de cliniciens des trois spécialités cibles, ce qui contribue à la validité théorique des résultats. Il s'est avéré que les cliniciens ont considéré le contenu des items significativement plus clair que les chercheurs et les cadres/gestionnaires, qui pour leur part avaient tendance à suggérer davantage de reformulations des énoncés. L'exactitude des termes pourrait être une préoccupation plus importante pour les experts dont les tâches rédactionnelles sont plus fréquentes que pour les cliniciens qui bénéficient aujourd'hui de formulaires abrégés de notes au dossier (cochage). La connaissance de la sémantique entourant la contention chimique pourrait être plus ainsi aiguisée chez les chercheurs et les conseillers-cadres qui baignent au quotidien dans les écrits théoriques et scientifiques.

En outre, tous les sous-groupes du panel en provenance des quatre coins du Québec se sont entendus de façon équivalente sur la pertinence du contenu des items. Alors que nous avons l'objectif de valider un outil utilisable à l'échelle du Québec en différentes spécialités cliniques, il est toutefois possible que nos résultats reflètent une pratique davantage urbaine que rurale puisque les experts étaient affiliés à des établissements d'enseignement ou de santé et services sociaux situés à l'intérieur de villes de moyenne (50 000 habitants) à grande taille (entre 500 000 à 1,7 million d'habitants). Montréal (1,7 M) était la région administrative la plus représentée (35% des panélistes), ce qui apparaît compréhensible vu que cette région canalise un bassin de plus de 24 5000 membres de l'OIIQ, soit 33% de l'effectif total détenteur d'un permis de pratique (OIIQ, 2021). Aucune donnée québécoise n'a été répertoriée sur les particularités de l'usage des substances chimiques selon les régions ou types de municipalités du Québec, mais le Commissaire à la santé au bien-être du Québec (2012) mentionnait, en 2012, que vivre en milieu urbain défavorisé est associé à une utilisation supérieure des services de santé mentale. À ce propos, trois institutions situées sur l'Île de Montréal offrent les services de santé mentale les plus spécialisés du Québec. Ainsi, les panélistes travaillant à l'urgence et en santé mentale à Montréal bénéficiaient potentiellement d'un avantage expérientiel quant aux

épisodes de contention chimique (fréquence, complexité) d'où leur nomination fréquente par le réseau infirmier constituant l'échantillonnage.

Une dernière limite au contenu théorique validé, tel que mentionné précédemment, est celle de n'avoir pu examiner différents types d'informations psychométriques telles que la validité de construit, la validité de critère et la fidélité de l'outil E-value-action pour des raisons de faisabilité en contexte d'études doctorales (temps limité) et de pandémie (recrutement limité).

Q3. Retombées pour la discipline infirmière

Validité de contenu - Delphi

Au niveau des retombées pour la pratique, la définition opérationnelle et les 28 normes validées pouvant désormais être utilisées dans le cadre des démarches-qualité en établissements de santé. L'étude de Seyer-Forget (2020) révèle que les infirmières ayant recours régulièrement à la contention chimique se plaignent d'une intervention réalisée en marge des standards établis et centrés sur la personne, caractérisée par la peur et un manque de sens vis-à-vis leur rôle professionnel. La contention chimique leur suscite des interrogations et de la détresse notamment à l'idée de subir des jugements sévères ou d'être condamnés publiquement par le cadre éthique et législatif (Seyer-Forget, 2020). L'auto-évaluation réflexive proposée à partir des normes de qualité validées pourrait contribuer à réduire ce fardeau et à redonner confiance aux infirmières en les situant par rapport aux bonnes pratiques mais aussi par rapport aux interventions divergentes. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un outil pour sanctionner la non-qualité, l'évaluation réflexive à proximité de l'action peut, à partir des résultats agglomérés, lever le voile sur des manquements au cadre éthique et professionnel au sein de l'unité dont les intervenants et les gestionnaires n'avaient peut-être pas conscience, leur permettant ensuite de redoubler de vigilance. Au niveau organisationnel politique, les instances mandatées pourraient produire les rapports annuels de gestion au Québec, requis en vertu de la LSSSS, à partir des résultats de cette étude. Sur le plan de la formation, les infirmières en rôle-conseil, préceptrices ou superviseuses au sein des milieux académiques et cliniques pourraient utiliser les énoncés validés dans le cadre de cette recherche pour

bonifier l'éducation, la formation à l'embauche, la formation continue ainsi que le coaching terrain.

Il importe toutefois de préciser, pour l'analyse des possibilités de généralisation par la communauté infirmière, que le contenu validé de l'outil dépeint un point de vue sur la pratique pris avant la pandémie à la COVID-19, donc, peu représentatif la transformation mondiale et majeure des conditions dans lesquelles elle se déroule la pratique infirmière, l'administration des services et le déploiement d'approches éducatives en soins infirmiers.

Q3. Considérations méthodologiques

Validité de contenu - Delphi

Puisque la posture réaliste donne accès à une pluralité de méthodes, notre démarche de validation de contenu avait l'avantage de permettre à la communauté infirmière adhérant à différentes traditions philosophiques en recherche de trouver leurs repères (positivisme, constructivismes) (Lipscomb, 2008). En effet, les auteurs en psychométrie se structurent habituellement autour d'un cheminement linéaire de développement → validation → mise à l'essai des items et outils de mesure (Benson et Clark, 1982; Corbière et Larivière, 2014; DeVelis, 2017), que la doctorante a somme toute pris le soin d'appliquer. D'ailleurs, nos choix méthodologiques ont rencontré les critères scientifiques reconnus (Tricco et al., 2015; Wong et al., 2015), dont ceux de Hasson et al., (2000) dans le cas de la technique Delphi. Or, les travaux menés semblent aller au-delà des rubriques à satisfaire. Jetons donc œil à cette méthode caractérisée par des itérations récursives lors de la validation de contenu, (figure 16), mais aussi dans sa globalité aux différentes étapes du devis (figure 17), afin d'en extraire les contributions, les forces et limites.

Figure 16. Méthode itérative de la validation de contenu : e-Delphi

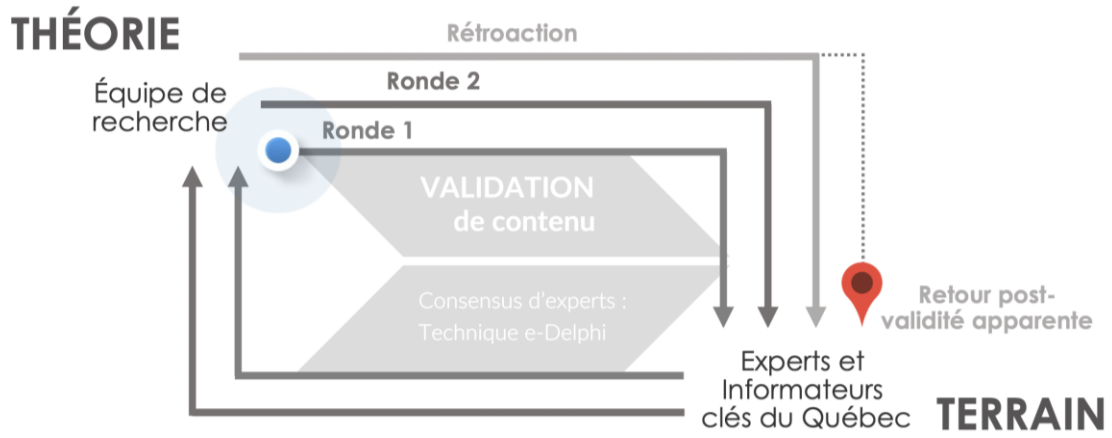
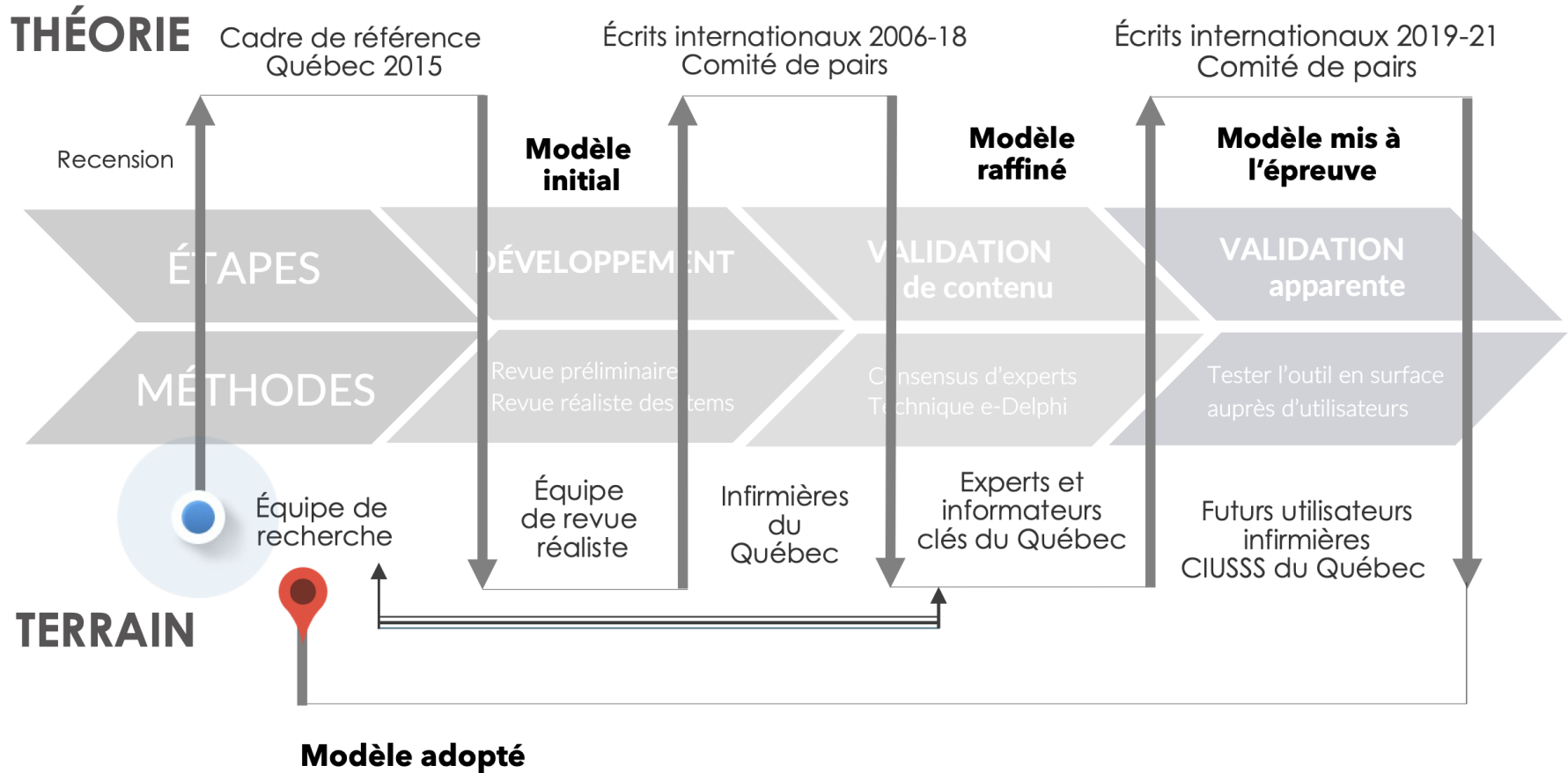


Figure 17. Méthode itérative employée pour le développement et la validation de l'outil



Selon Pawson et Tilley (1997), le projet scientifique en approche réaliste ne consiste pas tant à réfuter des hypothèses qu'à approfondir et raffiner des théories (Robert et Ridde, 2013). Le réalisme critique, à notre connaissance, n'avait jamais été formellement employé auparavant comme posture à la base du développement et de la validation d'un outil d'évaluation réflexive de la qualité des soins. Notre devis métrologique, fondamentalement qualitatif, mais qui emploie des analyses statistiques à l'appui, reposait sur la combinaison de trois types d'inférences : la déduction, l'induction et l'abduction.

Pour illustrer l'inférence déductive « du général au plus particulier », nous aurions pu nous contenter de dégager un ensemble de pratiques probantes, reconnues efficaces par des méthodes expérimentales à grande échelle (n nombreux) afin de constituer les critères/normes de qualité à tester sur le terrain. Toutefois, cette logique à elle seule n'aurait pas permis aux chercheurs et aux futurs évaluateurs de découvrir les mécanismes sociaux aptes à générer de profonds changements de pratique dans les contextes d'étude ciblés. Les possibilités de réflexivité durant l'exercice évaluatif auraient été limitées.

Nous avons plutôt choisi de recourir de façon complémentaire à l'induction et l'abduction (Meyer et Lunnay, 2012), d'abord, en permettant aux parties prenantes de la revue réaliste et du e-Delphi de suggérer des items (induction) puis, concomitamment, en ouvrant la porte à toute idée nouvelle et créative, en dehors du cadre de référence original (abduction) (Jagosh, 2020). Nous avons ainsi cherché la littérature pluridisciplinaire, analysé des données qualitatives, quantitatives, mixtes, la littérature grise (google) au Québec et dans d'autres pays, mais abordant aussi la non-qualité et les cas extrêmes tels que les abus, les accidents et les écarts professionnels liées aux contentions chimiques. Les cliniciens avec peu d'années de scolarité ont été reconnus comme des experts crédibles. La question suivante était omniprésente en cours d'analyse (Bhaskar, 1978; Smith & Johnston, 2014) : dans quelles circonstances, en contexte clinique, la qualité est-elle possible (se révèle), et n'est-elle pas possible (ne se révèle pas)? Ce triple mode de raisonnement pour appréhender la réalité sociale, théoriser les mécanismes sociaux et ainsi enrichir la validité du modèle à la base de la confection de notre outil est appelé la rétroduction (Chiasson, 2001; Jagosh, 2020).

Le mot « rétrofit » renvoie à l'opération de retourner modifier un modèle préexistant et y apporter une amélioration de quelque nature (Chiasson, 2001). La combinaison avec le suffixe "ductif" du latin ducere (diriger) suggère un processus d'analyse récursif délibéré (Chiasson, 2001). Tel que présenté à la figure 17, nous avons été engagés dans une alternance continue entre l'interprétation des connaissances théoriques et l'expérience à proximité des situations de la vie réelle d'infirmières québécoises pour distinguer des tendances. Autant que six retours vers les acteurs du terrain d'étude (Québec), dont trois itérations lors de la technique e-Delphi (flèche triple sur la figure 16), ont été opérées au même moment où un élan de publications scientifiques émergentes enrichissait notre analyse. De cette façon, nos suppositions initiales ont pu être raffinées jusqu'à l'adoption du modèle théorique final. Ce dernier a donc atteint un niveau de validité théorique assez fort pour qu'il y ait consensus chez les experts en seulement 2 rondes. Bien que la doctorante emploie ici l'expression « adoption finale », le modèle sera réinterprété au fil du temps et de l'évolution des savoirs, ce qui mènera à des révisions périodiques des items de l'outil d'évaluation.

La technique Delphi employée a toutefois présenté des limites. D'abord, aucune règle n'est établie quant à la taille de l'échantillon (Keeney et al., 2011), ainsi, les recommandations d'auteurs ayant synthétisé les étapes de la technique Delphi et de la procédure de sélection des experts ont été suivies (Ekionea et al., 2011; Okoli et Pawlowski, 2004). L'échantillon peu nombreux de 20 experts participants ne permettant pas d'envisager une distribution normale des données statistiques, ainsi, le plan d'analyse des données au protocole prévoyait l'usage d'un test non paramétrique permettant de mesurer l'accord entre observateurs pour des codages en catégories (ici, échelles Likert à 4 niveaux). Or, le choix de test initial a dû être modifié tard dans la démarche doctorale avec le soutien d'un statisticien devant la survenue d'un phénomène appelé le paradoxe de Kappa (Feinstein et Cicchetti, 1990). Ceci se caractérise par des résultats inattendus et contre-intuitifs de valeurs de Kappa ou de W faibles devant une proportion pourtant élevée d'observateurs ayant sélectionné fréquemment la même réponse. L'une des solutions recommandées consiste à regrouper les réponses pour créer deux catégories, soit (1) experts en accord et (2) experts en désaccord. Nous avons donc présenté des proportions, en pourcent (%), associées à ces deux regroupements pour chaque item,

plutôt que d'utiliser un coefficient d'accord ou de concordance. Sur une note positive, le pourcentage d'accord est une statistique valide parmi les plus communes en recherche pour apprécier les degrés d'accord interjuges (McHugh, 2012) et cette mesure, définie à la page 116 de la thèse, simplifie la compréhension du consensus par l'auditoire de la thèse, qui inclut des chercheurs, mais aussi des administrateurs et des cliniciens. Soulignons qu'un groupe de professeurs en épidémiologie et biostatistiques appliqués à la médecine (de Vet et al. 2013) ont intitulé un article abordant les insatisfactions liées au paradoxe précédemment décrit : Clinicians are right not to like Cohen's Kappa.

Quatrième question de recherche

Q4. Retombées théoriques et empiriques

Validité apparente

Tel qu'effleuré à la section précédente, la démarche de validité apparente auprès d'infirmières représentant les futures utilisatrices d'E-value-action a permis de renforcer la validité interne de l'étude et de l'outil lui-même, même si une mise à l'essai formelle et rigoureuse à plus grande échelle aurait été préférable. Au niveau de la pertinence ontologique, autant le contenu que le format de l'outil inspiré de l'évaluation réaliste (Pawson et Tilley, 1997) ont été reconnus comme pertinents par les infirmières participant à cette étape du devis. Rappelons que la lentille philosophique qu'il sous-tend (Bhaskar, 2008) est centrée sur une compréhension stratifiée du monde en tant que système via l'exploration de perceptions de normes culturelles, de valeurs, de symboliques et d'interactions sociales régissant l'activité et l'expérience humaine (Bhaskar, 2008; Meyer et Lunnay, 2013).

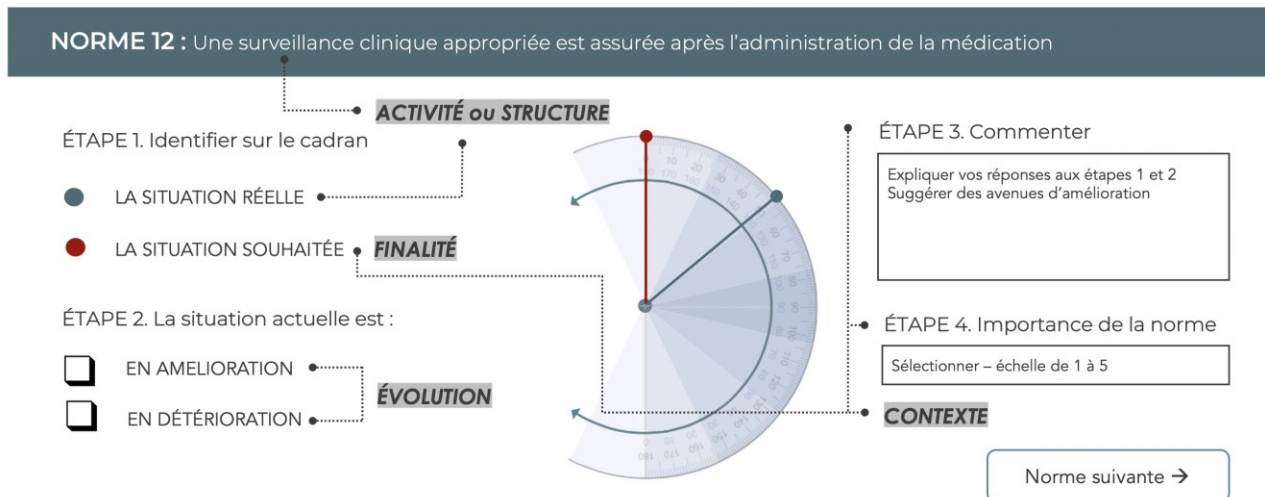
D'emblée, l'aspect visuel du cadran semi-circulaire remémore un système ouvert marqué par un dynamisme. Les items à évaluer de façon interactive portent autant sur des éléments empiriques et actuels que sur les mécanismes sociaux qui en sont à l'origine. De plus, pour produire des données quantitatives et qualitatives sur la qualité, l'outil offre aux utilisateurs de se baser sur leurs observations des événements, que ceux-ci soient répertoriés ou non aux dossiers/registres/documents disponibles pour consultation, mais, fondamentalement, E-value-action invite les infirmières à se reposer sur leurs perceptions

subjectives du monde. Nous retrouvons des référents aux trois niveaux de l'ontologie stratifiée selon Bhaskar (2008), il s'agit ainsi d'une mesure moins limitée que les normes et indicateurs traditionnels des approches normatives et téléologiques décrites au chapitre 2.

Le cadre de référence systémique adopté pour cette étude apporte une avenue prometteuse face aux critiques du modèle *structure-process-outcomes* de Donabedian voulant que celui-ci ne tienne pas suffisamment compte du contexte. La représentation systémique modélisée par la doctorante demeure inspirée des trois composantes de Donabedian (1988) mais, de façon plus complète, ce modèle reflète les cinq composantes du système général (Le Moigne, 2006), soit (1) la structure, qui est consubstantielle au (2) contexte, (3) les activités et (4) les finalités (effets) qui, séparément et en tant que tout, sont en constante (5) évolution. Ce qui est inédit à notre recherche est l'idée de non seulement développer le contenu d'un outil d'évaluation réflexive sur la base du cadre de référence, mais aussi de s'en inspirer pour concevoir une nouvelle façon de mesurer.

Figure 18. Exemples d'influences des composantes du cadre de référence à l'étude pour concevoir le format de l'outil

AU COURS DU DERNIER MOIS, À QUEL POINT PERCEVEZ-VOUS QUE L'ÉNONCÉ SUIVANT S'EST APPLIQUÉ CONFORMÉMENT SUR VOTRE UNITÉ DE SOINS :



Cette étude propose donc un instrument conçu pour être sensible aux variations du contexte qui contribue à renouveler l'auto-évaluation de la qualité dans le domaine des

soins infirmiers. Permettre aux équipes infirmières de statuer les valeurs cibles et le niveau d'importance des normes en fonction des particularités et du dynamisme de leur environnement de pratique apparaît prometteur pour cerner des priorités d'amélioration porteuses de sens pour elles et pour leur clientèle. Par ailleurs, concernant les singularités des contextes d'usage de la contention chimique, l'exemple tiré du vécu phénoménologique d'une participante de l'étude de Seyer-Forget (2020) en psychiatrie légale est saillant : « C'est un milieu quand même spécial puis ce qu'on apprend à l'école, ici c'est tellement une spécialité que [...] c'est pas pareil, entre la théorie et la pratique c'est vraiment pas pareil » (p.101). Hu et al. (2019) renchérit : « l'usage des contentions chimiques est variable d'une unité à l'autre et à l'intérieur d'une même localisation géographique; la nature des unités de soins psychiatriques diffère entre elles » (traduction libre). La souplesse de la mesure et la considération attentive pour le contexte découlant du cadre de référence à l'étude sont des facteurs clés de la validité interne (contingente) mais aussi de la généralisabilité analytique de l'outil à l'échelle des spécialités institutionnelles du Québec, voir à d'autres provinces ou pays francophones.

Une limite de cette étude et de l'outil É-value-action concerne le non-recours à des perspectives multiples interdisciplinaires et populationnelles. Puisque la décision d'utiliser toute mesure de contrôle devrait en être une d'équipe selon une approche de partenariat (Gouvernement du Québec, 2015), la doctorante aurait pu solliciter la participation à la recherche de médecins, de pharmaciens et de personnes soignées. Le Gouvernement du Québec (2015) mentionne « il va de soi que les personnes visées par ces mesures de contrôle soient, elles-mêmes ou leurs représentants, appelés à participer au processus d'évaluation » (p.24). En effet, E-value-action aurait pu inclure une mesure des perceptions du patient ou résident. Nous avons fait le choix de composer avec cette limitation pour garder le projet réalisable en contexte académique avec échéanciers restreints et parce que les personnes hospitalisées ou hébergées et recevant des médicaments aux propriétés sédatives souffrent habituellement de conditions de santé sévères et d'effets secondaires affectant leur capacité de concentration et possiblement leur motivation. Ceci aurait constitué un défi important, quoi que surmontable.

Enfin, une limite de cette étape est aussi celle de ne pas avoir sollicité de gestionnaire pour participer, pourtant, ces derniers ont une responsabilité importante en tant qu'administrateurs et facilitateurs de l'utilisation d'E-value-action.

Q4. Retombées pour la discipline infirmière

Validité apparente

E-value-action appliquée à la contention chimique a le potentiel d'être intégrée au calendrier annuel des audits du programme d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers en établissements de santé. Les changements de culture organisationnelle et de pratique qui en découleraient pourraient éventuellement se répercuter sur l'expérience des usagers et leur sécurité.

Sur le plan des forces, il importe de rappeler que les infirmières travaillant dans un CIUSSS montréalais ont pré-testé l'outil en contexte exceptionnel d'urgence sanitaire et de pénurie de personnel soignant (Québec, 2021). Néanmoins, une seule personne a fait référence à la charge associée à la tâche et à la longueur du questionnaire composé de 29 items. Les autres comptes-rendus post-test témoignaient d'un enthousiasme global face à l'éventualité d'une implantation de l'outil dans leurs secteurs d'activité. Presque tous ont utilisé le mot intérêt, intéressé ou intéressant dans la rétroaction. Ce succès s'explique probablement en partie par l'implication des acteurs terrain de différents secteurs et de niveaux d'expertise dès la phase de développement de la modalité d'évaluation, comme recommandé par Blaise et al. (2016), pour offrir un outil répondant à leurs besoins et intérêts.

Selon nos résultats, cette présente modalité d'évaluation participative à proximité de l'action fait vivre une expérience réflexive nouvelle et stimulante aux infirmières en lien avec une intervention trop longtemps demeurée sous silence. Les participantes ont reconnu des caractéristiques qui s'apparentent à la pratique réflexive lorsqu'elles ont commenté l'outil E-value-action. À ce sujet, les infirmières participantes et extérieures à notre étude (Seyer-Forget, 2000) identifient la pratique réflexive face à l'administration de contentions chimiques comme un besoin, une stratégie efficace pour améliorer les soins infirmiers. Elles se sentent quotidiennement démunies, conscientes de l'écart théorie-

pratique, incertaines d'avoir bien agi, sans repère de normes claires et adaptées à la réalité complexe de leur pratique (Seyer-Forget, 2020). Face à ces enjeux, selon nos résultats de la validité apparente, utiliser E-value-action pourrait occasionner des retombées autres que celles de l'appréciation annuelle de l'application des orientations ministérielles (RLRQ, chapitre S-4.2, a.118.1; OMS, 2019). Des auteurs ayant expérimenté l'approche réaliste en évaluation dans les domaines du changement organisationnel et du management de la qualité avancent que l'évaluation, en tant que pratique sociale, peut être un vecteur de changement en soi et concourir à l'amélioration de l'intervention qu'elle étudie :

« L'évaluation participative est un moyen mais aussi une fin en soi. Elle fait en sorte que le processus évaluatif favorise l'accroissement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des parties prenantes [...]. Contrairement à un processus directif encadré par une administration ou un expert consultant, une volonté de développer un processus participatif lors de l'évaluation peut certainement contribuer [au succès de l'intervention]. Par exemple, si, dès la phase de préparation de l'évaluation, les parties prenantes de l'intervention contribuent à décrire la logique de cette dernière, à préciser les questions (items) d'évaluation utiles pour leurs interventions, et éventuellement à collecter et analyser les données, il y a de fortes chances que les résultats de l'évaluation soient éventuellement utilisés et que les participants acquièrent des savoirs et des savoir-faire (Blaise et al., 2016, p.267) ».

Nous ajoutons à cela le savoir-être, puisque les mécanismes sociaux qui en sont à la base font partie des éléments mesurés par notre outil (p. ex. respect, alliance thérapeutique). Selon Tardif (2006), le savoir, le savoir-faire et le savoir-être sont des ressources mobilisées au service de la compétence (Tardif et Dubois, 2013). Ainsi, la doctorante suggère, comme les participants de cette étude, qu'E-value-action pourrait avoir des retombées en tant que plateforme à teneur évaluative mais aussi en tant qu'intervention éducative pour les équipes de soins infirmiers désireuses de rehausser leurs compétences. Son utilisation dans les établissements du Québec pourrait constituer un investissement judicieux s'inscrivant au plan de développement des compétences (formation continue) pour lequel des allocations annuelles sont prévues afin de libérer le personnel. Le fait que les propriétés éducatives potentielles de la plateforme n'aient pas été examinées quantitativement lors de la présente étude constitue une limite.

Q4. Considérations méthodologiques

Validité apparente

La validité apparente n'est pas balisée sur le plan de la méthode comme l'étaient les trois étapes précédentes. Sans disposer d'une liste de critères de rigueur scientifique, nous savons toutefois que les méthodes réalistes (Pawson et Tilley, 1997; Robert et Ridde, 2013) reposent sur une accumulation de connaissances, sur des demi-régularités dégagées dans un contexte déterminé à partir d'itérations théorie-terrain c'est-à-dire, des observations répétées dans les conditions où se révèle et où ne se révèle pas le phénomène étudié. Nous avons donc procédé à cette dernière étape destinée à apprécier la validité apparente de l'outil auprès de sept futurs-utilisateurs volontaires travaillant au sein de différents types de services infirmiers aux clientèles hétérogènes d'un CIUSSS québécois. Ce niveau de participation (7) apparaît suffisant en méthode qualitative et surtout dans le contexte où la semaine du coup d'envoi de la collecte de données était déclarée la pandémie mondiale (mars 2020) rendant les infirmières indisponibles pour toute activité scientifique ne portant pas sur la COVID-19. Cela dit, ce changement précipité au protocole de recherche ayant fait évoluer notre méthode d'une mise à l'essai d'envergure prévue auprès de 900 infirmières ciblées, à une interaction la plus courte et la moins chargée cognitivement possible à des fins de validité apparente auprès de 5 à 10 infirmières volontaires, constitue une limite de cette recherche. Le comité éthique de la recherche (CÉR) a considéré cette portion de l'étude comme une simple consultation ne nécessitant pas de consentement, ce qui a permis à la doctorante de procéder mais en acquiesçant un compromis sur la validité et la fiabilité des résultats produits à cette étape. En outre, le biais du chercheur a pu affecter les résultats obtenus. La doctorante et sa directrice sont professionnellement affiliées et actives au sein du CIUSSS où ont été recrutés les volontaires de la validation apparente. Ces derniers ont pu avoir été tenté de plaire, ou à tout le moins, de ne pas déplaire à l'équipe de recherche. D'ailleurs, si ces quelques volontaires ont répondu à l'appel dans un contexte aussi précaire (COVID-19), c'est qu'ils étaient possiblement fortement intéressés par l'amélioration des soins en matière de mesures de contrôle, une problématique qui, probablement, leur tenait à cœur (porteurs de dossiers) ce qui pouvait influencer leur regard sur l'outil et sa pertinence.

Les méthodes de validation d'instruments utilisées dans le domaine de la qualité et de la santé, recensées par Ouellet (2019) et Boateng (2018), tendent à octroyer peu ou pas d'attention à la validité du format de l'outil, comme s'il allait de soi que des échelles Likert seraient employées. Or, à l'ère numérique, de nombreux formats d'échelles s'offrent aux concepteurs et des risques de biais entourant la mesure et la programmation informatique doivent être appréhendés. À cette étape de l'étude, la majorité des données recueillies auprès des futurs utilisateurs, soit 60% des commentaires, portaient sur le format d'E-value-action plutôt que sur son contenu. Les lignes qui suivent explorent donc principalement les forces et les limites de ce format numérique non conventionnel.

D'abord, même si le contenu d'E-value-action offre des possibilités de généralisation limitées à la langue dans laquelle il s'énonce, son format, lui, apparaît généralisable à grande échelle vu sa flexibilité en regard des variations contextuelles. Ensuite, les consignes réitérant l'intention de sécurité de la contention chimique concomitante au contrôle, et la rétroaction de l'outil axée sur la reconnaissance des bons coups sont deux facteurs qui peuvent rehausser la motivation des gestionnaires de tous contextes à implanter E-value-action, et celle de leurs équipes à s'investir dans la démarche. Sur le plan de la validité interne, ces deux forces de l'outil, soit l'adaptabilité au contexte et la culture de non-blâme, atténuent le biais d'acquiescement (yea-saying) et les réponses dissimulatrices (Fenneteau, 2015). L'acquiescement réfère à la propension générale naturelle à rechercher l'accord d'autrui et à répondre « la bonne chose », correspondant ici aux pratiques conformes aux normes (100%). Puis, les réponses dissimulatrices concernent la sincérité des réponses, menacée si la personne désire, consciemment ou non, faire bonne figure ou si elle redoute un jugement externe (Fenneteau, 2015). Le fait qu'E-value-action évalue, de façon confidentielle, une équipe et non une pratique individuelle ou celle d'un collègue audité peut réduire la pression sociale et donc atténuer ce biais. Un autre principe de base pour réduire la dissimulation est le renforcement de la liberté d'expression (Fenneteau, 2015). En effet, une participante de la validité apparente a nommé l'absence de stigmatisation en tant que point fort de son expérience avec l'outil. Devant un phénomène comme la contention chimique, l'offre d'un éventail de possibilités de réponses favorise la liberté des personnes et les amène à s'éloigner des réponses clichées (Fenneteau, 2015). En ce sens, notre échelle à neuf points d'ancrage avec

espace commentaire semble un choix méthodologique justifié. Néanmoins, une limite de cette échelle est liée à l'option d'une réponse neutre (50% - moyennement), un abri dans lequel peuvent se réfugier différents types de répondants : indécis, craintifs quant à un sujet sensible ou qui cherchent une réponse confortable sans devoir trancher (Fenneteau, 2015).

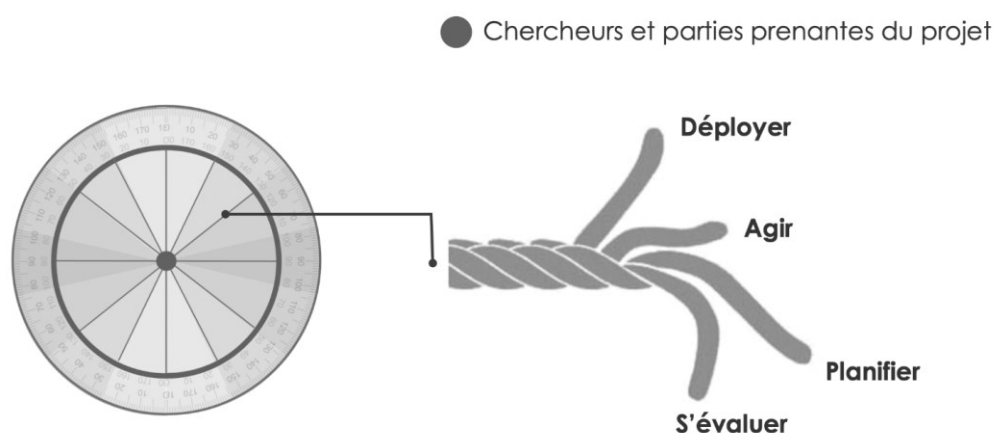
Le cadran semi-circulaire permet plusieurs choix de réponse sans risquer une surcharge cognitive comme dans le cas de l'échelle Likert de type Osgood qui repose sur une gamme d'adjectifs sémantiquement opposés libellés du point de départ jusqu'à la fin de la gradation (p. ex. totalement en accord, partiellement en accord [...] à totalement en désaccord) (Fenneteau, 2015). Il faut se rappeler que l'infirmière doit compléter l'évaluation après son quart de travail. Les réponses inattentives menacent la validité des scores si la personne, prise de fatigue, choisit de répondre de manière superficielle sans tenir compte de la spécificité des questions. Une façon de détecter ce phénomène et d'éviter l'erreur aléatoire (*random error*) (DeVelis, 2017), est de poser plus d'une fois la même question dans une tournure différente. Or, ceci aurait alourdi l'outil qui est déjà chargé de 29 questions et aurait brisé la standardisation des formulations positives situant les repères de la situation souhaitée plus haut sur le cadran que la situation actuelle, comme une motivation à atteindre (100% en haut, 0% en bas). L'originalité de l'échelle et son visuel accrocheur sont vus comme des points forts du format. Néanmoins, sur le plan des limites, des stratégies semblent manquantes dans l'outil pour éviter l'erreur aléatoire, comme, par exemple, la lecture des items par une voix audible par les haut-parleurs en soutien à la lecture par le participant. Les environnements cliniques sont propices aux distractions et les environnements numériques impliquent aussi des caractéristiques qui peuvent rendre l'attention plus volatile comme les notifications de courriel reçu ou de nouvelles actualités sociales. Un message mobilisateur d'E-value-action envoyé après un certain temps d'inactivité : « êtes-vous toujours là? » aurait été opportun.

Il importe finalement de souligner le désavantage d'une disponibilité limitée d'ordinateurs sur les unités de soins du Québec, et le fait que la complétion d'E-value-action sur le téléphone mobile utilise des données personnelles sauf dans les rares cas où l'appareil a été fourni par l'employeur.

Réflexion conclusive du chapitre

Nous retenons de cette discussion qu'autant l'outil E-value-action que sa méthode itérative de développement-validation amènent à penser et à faire les choses autrement. Historiquement, les stratégies d'amélioration de la qualité ont souvent été représentée par une roue semblable à celle d'une bicyclette, suivant quatre étapes ordonnées (planifier, déployer, évaluer, agir) (Deming, 1986, traduction libre) et gravitant une pente en ligne droite. L'approche employée pour le présent projet suggère plutôt d'entrevoir ces activités comme les mailles de la fibre interne à chaque rayon d'un modèle de roue de vélo réinventée, modernisée (Béart, 2018). Les rayons classiques sont remplacés par des cordes tressées par les leaders du projet (Béart, 2018). Primordiaux à la construction de cette roue aérodynamique, les acteurs, au centre de la structure, se concertent à chaque étape récurrente pour orienter leurs actions individuelles et collectives en maintenant une certaine tension... un contrôle continu sur le câble afin que la roue ne développe pas de déficience et qu'elle puisse suivre son cours vers l'atteinte de la qualité dans un environnement, nous l'avons vu, très peu prévisible.

Figure 19. Représentation de la roue d'amélioration de la qualité des soins infirmiers dans le cadre de ce projet (inspiré de Blaise, 2016)



Chapitre 6 – Conclusion

Cette thèse avait pour but de développer et de valider un outil d'évaluation réflexive de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique de la perspective de l'infirmière. D'entrée de jeu, l'équipe de recherche s'est heurtée à un concept flou et controversé qu'il a fallu clarifier en l'associant à une notion synonyme, celle de sédation des symptômes comportementaux, pour arriver à proposer une définition acceptable en recherche. La qualité des soins associée à ce phénomène truffé de subjectivité n'était pas mesurée directement ni de façon standardisée dans les établissements de santé du Québec et à travers le monde. Les indicateurs existants, non validés empiriquement et souvent limités aux antipsychotiques, ne permettaient pas de connaître l'étendue de cette intervention ni de savoir comment elle est mise en œuvre... une pratique qui restait invisible dans les rapports de gestion et préservée des points de vue externes aux institutions. À une époque, certains groupes de professionnels au Québec semaient le doute sur l'existence même de la contention chimique, qui ne faisait l'objet de quasi aucune trace empirique (Collège des médecins du Québec, 2004 dans Bernheim, 2010). À ce sujet, l'équipe de l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (Québec) met en garde quant aux pièges liés à la complexité des phénomènes à mesurer en santé en citant Richard Cyert (s.d.a) :

La première étape consiste à mesurer tout ce qui peut être facilement mesuré. Cela est convenable dans la mesure du possible. La deuxième étape consiste à ne pas tenir compte de ce qui ne peut pas être mesuré facilement ou à lui assigner une valeur quantifiable arbitraire. C'est une méthode artificielle et trompeuse. La troisième étape consiste à présumer que ce qui ne peut être mesuré facilement n'est pas très important. Cela équivaut à de l'aveuglement. La quatrième étape consiste à dire que ce qui ne peut être mesuré facilement n'existe pas vraiment. Cela est suicidaire (Hébert et Hurteau, 2016 p.15).

La communauté de soignants du Québec et d'ailleurs dans le monde pourrait faire face encore à des décennies de statu quo et d'absence de transparence face à la contention chimique avant que l'identification d'une intention de contrôle au moment de la prescription s'installe dans la culture médicale pour pouvoir comptabiliser des statistiques utilisables en recherche et en gestion de la qualité-performance. Or, nos travaux autour

des questions « qui et dans quelles circonstances? » ont mené au constat que c'est davantage au moment de l'administration d'une substance aux propriétés sédative prescrite que le contrôle s'exerce et ce, par l'intervenant en soins directs. Le développement d'un outil mesurant les perceptions des infirmières, principales responsables de l'administration des médicaments dans les institutions de santé, nous semblait donc un impératif.

L'approche réaliste en science et en instrumentation appelle à la justification de toute méthode par une théorie de la mesure qui établit comment les repères empiriques générés par l'outil rendent compte d'un phénomène et considèrent l'influence du contexte sur la mesure (Smith et Johnston, 2014). La doctorante a d'abord modélisé l'intervention telle qu'encadrée au Québec (Gouvernement du Québec, 2015) avec une lentille systémique et réaliste, avant de rassembler un bassin exhaustif de normes de qualité des soins internationales dans le but d'appuyer et de compléter cette théorie initiale. Nous devons ensuite épurer la liste d'items, or, chacun des énoncés recensés s'est ancré solidement au modèle systémique puisque tous ont été considérés plausibles selon une expertise québécoise précisément sélectionnée et selon une littérature scientifique appuyant le contenu des 29 items. La table était mise pour parvenir à concevoir un outil d'évaluation philosophiquement appuyé, orienté vers l'action et adapté aux émergences des contextes d'intervention. Dans son format hors du commun, l'outil fait appel aux capacités réflexives des infirmières en regard des soins et services dispensés par elles-mêmes et leurs pairs pour les orienter à travailler profondément sur la culture, leurs valeurs et leurs ressources internes. Il semble qu'il s'agisse d'une première dans le domaine des soins infirmiers : un outil innovant construit par l'entremise d'une méthode également innovante reposant sur un raisonnement réductif.

E-value-action au service de l'amélioration de la qualité des soins infirmiers, de la gestion basée sur les données et la transparence, offre une rétroaction informatisée sans délai. Il s'agit d'une fonction fort utile pour contourner les efforts et les retards souvent majeurs associés à la rédaction et la diffusion de rapports de qualité par les cadres, pouvant aller jusqu'à trois ans post-mesure (van der Veer et al., 2010). Une réduction de l'utilisation des contentions chimiques, telle que prescrite par le Gouvernement du Québec (2015),

pourrait découler de l'utilisation de cet outil, un premier pas vers l'élimination des mesures de contrôle recommandée par l'OMS (2019). Puis, l'outil développé en français pourra être utilisé par d'autres populations francophones pour qui le contenu fera du sens, le tout, au bénéfice de soins plus efficaces, sécuritaires et humains auprès des personnes séjournant en établissement de santé.

Nous pouvons finalement conclure que le travail réalisé et sur lequel portait cette thèse offre de nombreuses possibilités de recherches et d'utilisations futures et apparaît exhaustif sur le plan disciplinaire. Bien que contextualisées, les connaissances produites s'inscrivent pertinemment à trois grands volets de la discipline infirmière en apportant des solutions concrètes à des impératifs liés à l'administration des services infirmiers, aux soins cliniques ainsi qu'à l'éducation et la formation continue. Les efforts de validation du contenu et de l'outil lui-même sont à poursuivre, incluant une version ultérieure traduite, pour maximiser ses contributions aux sphères scientifiques, intra et interdisciplinaires.

Références bibliographiques

- Adynski, G. I., Sherwood, G., Ikharo, E., Tran, A., et Jones, C. B. (2022). Outpatient nurse staffing relationship with organizational, nurse and patient outcomes: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100064. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100064>
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Conducting cognitive testing for health care quality reports*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/resources/cognitive/index.html>
- Agrément Canada (2017). *Programme d'agrément Qmentum*. <https://accreditation.ca/ca-fr/agrement/qmentum/>
- Agrément Canada. (2019). *Santé physique. Manuel d'évaluation*. Agrément Canada.
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., et Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *British Medical Journal (BMJ) Quality & Safety*, 26(7), 559–568. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Allen-Duck, A., Robinson, J. C. et Stewart, M. W. (2017). Healthcare quality: A concept analysis. *Nursing forum*, 52(4), 377–386. doi: 10.1111/nuf.12207
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Ashcroft, R. (2014). Inadequate performance measures affecting practices, organizations and outcomes of Ontario's family health teams. *Healthcare Policy*, 10(1), 86-96.
- Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec. (2004). *Contention chimique. Quand s'arrête le contrôle et où commence le traitement?*. Association des groupes d'intervention en santé mentale du Québec. <http://www.agidd.org/?publications=%EF%BF%BCcontention-chimique-quand-sarre%CC%82te-le-contro%CC%82le-et-ou-commence-le-traitement>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) et Université d'Ottawa (2006). *Instrument de prévalence de contention : lignes directrices de l'évaluation des pratiques exemplaires*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/5432_3481_French-Restraint_Prevalence_Tools_-_NBPRU_User_guide.pdf
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) et Université d'Ottawa (2012). *Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints*.

https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf

- Atchley, S. J. (1991). A time-ordered, systems approach to quality assurance in long-term care. *Journal of Applied Gerontology*, 10(1), 19-34. <https://doi.org/10.1177/073346489101000103>
- Aucoin, S. (2007). *Élaboration et validation nominale de critères de qualité des soins critiques selon une approche interprofessionnelle*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal).
- Australian Government (2014). *Equality, capacity and disability in Commonwealth laws (DP 81)*. Sydney, NSW: Commonwealth of Australia 2014.
- Australian Government. (2019). *Self-assessment tool for recording consumers receiving psychotropic medications*. <https://www.agedcarequality.gov.au/resources/self-assessment-tool-psychotropic-medications>
- Ayerbe, C., et Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 10, 37-62.
- Bainbridge, D., Brazil, K., Krueger, P., Ploeg, J., et Taniguchi, A. (2010). A proposed systems approach to the evaluation of integrated palliative care. *BioMed Central (BMC) Palliative Care*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-9-8>
- Barrientos-Trigo, S., Gil-García, E., Romero-Sánchez, J. M., Badanta-Romero, B., et Porcel-Gálvez, A. M. (2019). Evaluation of psychometric properties of instruments measuring nursing-sensitive outcomes: a systematic review. *International nursing review*, 66(2), 209–223. <https://doi.org/10.1111/inr.12495>
- Béart, O. (2018). *Découverte CEC Dyneema : et si on remplaçait les rayons par des cordes?* <https://www.vojomag.com/decouverte-cec-dyneema-et-si-on-replacait-les-rayons-par-des-cordes/>
- Beattie, M., Shepherd, A., et Howieson, B. (2013). Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? – An integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 18(4), 288-304. <https://doi.org/10.1177/1744987112440568>
- Bélanger, G. (2006). *Validation nominale des critères mesurant la qualité des services de soutien à domicile selon la perspective des utilisateurs*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal).
- Benomar, N., Lagacé, D., Landry, S., Smith, S., Boutin A., et Marcoux, M. (2019). *Salles de pilotage : Guide des pratiques du Réseau de la santé et des services sociaux*

2019. https://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2020/05/Guide-des-pratiques-RSSS-salles-de-pilotage-VF_-06.09.2019-.pdf

- Benson, J. et Clark, F. (1982). A guide for instrument development and validation. *American Journal of Occupational Therapy*, 36(12), 789-800.
- Benyamin, R., Trescot, A. M., Datta, S., Buenaventura, R., Adlaka, R., Sehgal, N., Glaser, S. E., et Vallejo, R. (2008). Opioid complications and side effects. *Pain physician*, 11(2 Suppl), S105–S120.
- Berenson, R. A., Pronovost, P. J., et Krumholz, M. (2013). *Achieving the potential of health care performance measures. Timely analysis of immediate health policy issues.* <https://www.rwjf.org/en/library/research/2013/05/achieving-the-potential-of-health-care-performance-measures.html>
- Bernheim, E. (2010). La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ? *Santé mentale au Québec*, 35(2), 163-184. <https://doi.org/10.7202/1000558ar>
- Bernheim, E. (2020). Les substances chimiques utilisées à des fins de contrôle : un statut juridique controversé. *Canadian Journal of Bioethics*, 3(2), 14-21. <https://doi.org/10.7202/1073543ar>
- Bhaskar, R. (2008). *A Realist Theory of Science.* https://uberty.org/wp-content/uploads/2015/09/Roy_Bhaskar_A_Realist_Theory_of_Science.pdf
- Bimenyimana, E., Poggenpoel, M., Myburgh, C., et van Niekerk, V. (2009). The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution. *Curationis*, 32(3), 4–13. <https://doi.org/10.4102/curationis.v32i3.1218>
- Bjerre, L. M., Farrell, B., Hogel, M., Graham, L., Lemay, G., McCarthy, L., Raman-Wilms, L., Rojas-Fernandez, C., Sinha, S., Thompson, W., Welch, V., et Wiens, A. (2018). Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie: Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 64(1), e1–e12.
- Blaise, P., Marchal, B., Lefèvre, P., et Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales, l'approche réaliste en évaluation. *Réduire les Inégalités Sociales de Santé*, 285-296. https://www.researchgate.net/publication/290484596_Au-dela_des_methodes_experimentales_l%27approche_realiste_en_evaluation
- Blumenthal, D. (1996). Quality of health care Part 4: The origins of the quality of care debate. *New England Journal of Medicine*, 335(15), 1146-1149.

- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., et Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in public health*, 6, 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., et Alberti, C. (2011). Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One*, 6(6), e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- Braun, J. A., et Frolik, L. A. (2014). Legal aspects of chemical restraints in nursing homes. *Marquette Elder's Advisor*, 2(2), 21-31. <http://scholarship.law.marquette.edu/elders/vol2/iss2/5>
- Bronskill, S. E., Gill, S. S., Paterson, J. M., Bell, C. M., Anderson, G. M., et Rochon, P. A. (2012). Exploring variation in rates of polypharmacy across long term care homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(3), 309.e15–309.e3.09E21. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.07.001>
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J., et McSherry, B. M. (2016). Consumers and their supporters' perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>
- Brousseau, S. (2015). *La signification expérientielle et les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissements de santé*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal).
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal, QC: Les presses de l'Université de Montréal.
- Brubakk, K., Vist, G. E., Bukholm, G., Barach, P., et Tjomsland, O. (2015). A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC health services research*, 15, 280. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0933-x>
- Brunelle, Y. (1993). *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel*. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Brunelle, Y., et Saucier, A. (1999). *Les indicateurs et le système de soins*. Québec.
- Busse, J. W., et al. (2017). Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Canadian Medical Association Journal*, 189(18): E659.

- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., et Quentin, W. (Eds.). (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. *European Observatory on Health Systems and Policies*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>
- Buttall, P., Hendler, R., et Daley, J. (2008). Quality in healthcare : concepts and practice. *The Business of Healthcare : Improving Systems of Care* (Vol. 3, p. 61-94). Westport, CT: Praeger Perspectives.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2019). *Sedatives*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-06/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Sedatives-2019-en.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. (2020). *Opioides d'ordonnance*. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-07/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2020-fr.pdf>
- Chavulak, J., et Petrakis, M. (2017). Who experiences seclusion? An examination of demographics and duration in a public acute inpatient mental health service. *Social work in health care*, 56(6), 524–540. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1291464>
- Chiasson, P. (2001). *Abduction as an aspect of retroduction*. <http://www.digitalpeirce.fee.unicamp.br/p-abachi.htm>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., et Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 491-491. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>
- Christina, V., Baldwin, K., Biron, A., Emed, J., et Lepage, K. (2016). Factors influencing the effectiveness of audit and feedback: nurses' perceptions. *Journal of nursing management*, 24(8), 1080–1087. <https://doi.org/10.1111/jonm.12409>
- Clark, A. M., Lissel, S. L., et Davis, C. (2008). Complex critical realism: tenets and application in nursing research. *Advances in nursing science (ANS)*, 31(4), E67–E79. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000341421.34457.2a>
- Coelho P. (2020). Relationship Between Nurse Certification and Clinical Patient Outcomes: A Systematic Literature Review. *Journal of nursing care quality*, 35(1), E1–E5. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000397>
- Collège des médecins du Québec (2004). *Quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle ? : Énoncé de position du Collège des médecins du Québec sur l'article*

- 118,1 (LSSSS) et les principes directeurs. Montréal: Collège des médecins du Québec.
- Collège des médecins du Québec. (2013). *L'évaluation de la qualité de l'acte médical. Guide d'exercice*. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>
- Collège des médecins du Québec. (2016). *Les ordonnances individuelles faites par un médecin*. Guide d'exercice. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>
- Colombier, B., Moulias, S., Curatolo, N., Cudennec, T., Muller, F., Preulier, D., et Teillet, L. (2015). [Representation and practice about "chemical restraints": Qualitative study with 50 health worker]. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 13(1), 31-35.
- Conseil québécois d'Agrément (2011). *Mémoire du Conseil Québécois d'Agrément. Dans le cadre de la Commission portant sur le projet de loi 127 modifiant la loi sur la loi sur les services de Santé et les Services sociaux*. <http://www.assnat.qc.ca>
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A., et Breton, M. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi no 10 et des avenues d'intervention souhaitables*. http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Bulletin/Memoire_loi10_DContandriopoulos.pdf
- Corbière, M., et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Council of Europe. (2012). *European committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment : the use of restraints in psychiatric institutions*. Strasbourg.
- Council of Europe. Equality and Human Rights Commission. (2019). *Human rights framework for restraint: principles for the lawful use of physical, chemical, mechanical and coercive restrictive*. Council of Europe. <https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/human-rights-framework-restraint.pdf>
- Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J., et European Violence in Psychiatry Research Group (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *Biomed Central (BMC) health services research*, 17(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7>

- Crosby, P. (1979). *Quality is Free : The Art of Making Quality Certain*. New York: McGraw-Hill.
- Crosby, P. (1984). *Quality without tears. The art of hassle-free management* New York, NY: A Plume Book.
- Currier, G. W. (2003). The controversy over 'chemical restraint' in acute care psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 59-70.
- Danda, M. (2020). Putting restraint on chemical restraint: Exploring the complexity of acute inpatient mental health nurses' experience of chemical restraint interventions. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, 2(2), 29-53. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.75>
- De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M. P., Létourneau, G., Tran, M. A., Stikarovska, I., Bilodeau, M., Brunelle, S., Côté, G., et Lesage, A. D. (2011). Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 62(5), 484–491. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0484
- de Bruijn, W., Daams, J. G., van Hunnik, F., Arends, A. J., Boelens, A. M., Bosnak, E. M., Meerveld, J., Roelands, B., van Munster, B. C., Verwey, B., Figeer, M., de Rooij, S. E., et Mocking, R. (2020). Physical and pharmacological restraints in hospital Care: Protocol for a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(921). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00921>
- Deming, E. (1986). *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: MIT Press.
- DeVelis, R. F. (2017). *Scale Development : Theory and Applications*. United States: SAGE Publications, Inc.
- de Vet, H. C., Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Hoekstra, O. S., et Knol, D. L. (2013). Clinicians are right not to like Cohen's κ . *British Medical Journal (BMJ) (Clinical Research Edition)*, 346, f2125. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2125>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., et Wales, P. W. (2014). Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401–409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Díaz-Gutiérrez, M. J., Martínez-Cengotitabengoa, M., Sáez de Adana, E., Cano, A. I., Martínez-Cengotitabengoa, M. T., Besga, A., Segarra, R., et González-Pinto, A. (2017). Relationship between the use of benzodiazepines and falls in older adults: A systematic review. *Maturitas*, 101, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.04.002>

- Dickinson, T., Ramsdale, S. et Speight, G. (2009). Managing aggression and violence using rapid tranquillisation. *Nursing Standard*, 24(7), 40-50.
- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank Memorial Fund Quarterly.
- Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science*, 200(4344), 856-864.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its Assessment (*Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (Vol. 1). Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Donohoe, H., Stellefson, M., et Tennant, B. (2012). Advantages and limitations of the e-Delphi technique: Implications for health education researchers. *American Journal of Health Education*, 43(1), 38-46. <https://doi.org/10.1080/19325037.2012.10599216>
- D'Souza, R. S., et Hooten, W. M. (2022). Extrapiramidal Symptoms. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières oeuvant auprès de personnes âgées hospitalisées*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal).
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., Lavoie-Tremblay, M., Mathieu, L., Karemere, H., et Zufferey, A. (2015). *Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins*. Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone.
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Dery, J., Duhoux, A., Lavoie-Tremblay, M., Mathieu, L., Karemere, H., et Zufferey, A. (2017). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 73(12), 3154–3167. <https://doi.org/10.1111/jan.13373>
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F., et Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nursing*, 12, 7. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-12-7>
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Menard, G., et Giguere Allard, M. (2011). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric

hospital: a 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(5), 394-402. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01679.x>

Dupuis, G., Martel, J. P., Voirol, C., Bibeau, L., et Bonneville-Hébert, N. (2009). *La qualité de vie au travail : Bilan des connaissances. L'inventaire systématique de la qualité de vie au travail*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

Dupuis, G., Tousignant-Groulx, J., et Bonneville-Hébert, N. (2019). Qualité de vie au travail et épuisement professionnel, l'une peut-elle aider à prévenir l'autre ? *Psychologie du Travail et des Organisations*, 25(2), 100-115. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.02.003>

Edvardsson, D., Watt, E., et Pearce, F. (2017). Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *Journal of advanced nursing*, 73(1), 217–227. <https://doi.org/10.1111/jan.13105>

Eglseer, D., Hödl, M., et Lohrmann, C. (2019). Six nursing care problems in hospitals: A cross-sectional study of quality of care. *Journal of nursing care quality*, 34(1), E8–E14. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000307>

Ekeigwe, A. A. (2019). Drug manufacturing and access to medicines: the West African story. A literature review of challenges and proposed remediation. *American Association of Pharmaceutical Scientists Open* 5(3). <https://doi.org/10.1186/s41120-019-0032-x>

Ekionea, J.-P. B., Bernard, P., et Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives*, 29(3), 168-192.

Elkins, G., Cook, T., Dove, J., Markova, D., Marcus, J. D., Meyer, T., Rajab, M. H., et Perfect, M. (2010). Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Clinical nursing research*, 19(4), 376–386. <https://doi.org/10.1177/1054773810373078>

Epstein, A. M. (1990). The outcomes movement-will it get us where we want to go? *New England Journal of Medicine*, 323(4), 266-270. <https://doi.org/10.1056/nejm199007263230410>

Erickson, S. C., Le, L., Zakharyan, A., Stockl, K. M., Harada, A. S., Borson, S., Ramsey, S. D., et Curtis, B. (2012). New-onset treatment-dependent diabetes mellitus and hyperlipidemia associated with atypical antipsychotic use in older adults without schizophrenia or bipolar disorder. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 474–479. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03842.x>

- Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., et Wong, L. P. (2018). Incidence rate and patterns of physical restraint use among adult patients in Malaysia. *Clinical Nursing Research*, 27(3), 278–295. <https://doi.org/10.1177/1054773816677807>
- Etheridge, F., Couturier, Y., Denis, J. L., Tremblay, L., et Tannenbaum, C. (2014). Explaining the success or failure of quality improvement initiatives in long-term care organizations from a dynamic perspective. *Journal of applied gerontology: the official journal of the Southern Gerontological Society*, 33(6), 672–689. <https://doi.org/10.1177/0733464813492582>
- Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., et Michel, P. (2012). Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. *Healthcare Policy*, 7(4), e101-e119.
- Feinstein, A. R., et Cicchetti, D. V. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of clinical epidemiology*, 43(6), 543–549. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90158-l](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90158-l)
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire*. Paris : Dunod. <https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/9782100722341/Feuilleteage.pdf>
- Flammer, E., et Steinert, T. (2015). Involuntary medication, seclusion and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. *Frontiers in Psychiatry*, 6(153). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00153>
- Fleury, É. (2017). Barrette défend la méthode Lean dans le milieu de la santé, *Le Soleil*. <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/barrette-defend-la-methode-lean-dans-le-milieu-de-la-sante-c90188da13c8a7617d0a0d3cbfbf660b>
- Foebel, A. D., Onder, G., Finne-Soveri, H., Lukas, A., Denking, M. D., Carfi, A., Vetrano, D. L., Brandi, V., Bernabei, R., et Liperoti, R. (2016). Physical restraint and antipsychotic medication use among nursing home residents with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 184.e189-184.e114. doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.014
- Fortin, M. F., et Gagnon, J. (2014). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Chenelière Éducation.
- Fraser, L. A., Liu, K., Naylor, K. L., Hwang, Y. J., Dixon, S. N., Shariff, S. Z. et Garg, A. X. (2015). Falls and fractures with atypical antipsychotic medication use: a population-based cohort study. *Journal of the American Medicine Association (JAMA) internal medicine*, 175(3), 450–452. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.6930>
- Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S., et Frey, R. (2016). Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(3), 221–231. <https://doi.org/10.1111/acps.12501>

- Gemme, M. (2019). *Contribution d'une intervention de pratique réflexive portant sur des situations vécues par des externes en soins infirmiers en contexte hospitalier pour soutenir leurs apprentissages : une étude descriptive*. (Mémoire de maîtrise, Université Laval).
- Gillam, S., et Siriwardena, A. N. (2013). Frameworks for improvement: clinical audit, the plan-do-study-act cycle and significant event audit. *Quality in Primary Care*, 21(2), 123-130.
- Gingras, M-E., et Belleau, H. (2015). *Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de la littérature*. Working Paper. Montréal, QC : INRS Centre Urbanisation Culture Société. <https://espace.inrs.ca/id/eprint/2678/>
- Gouvernement du Canada. (2005, 2013). *Renseignements importants en matière d'innocuité concernant les antipsychotiques atypiques et la démence - Pour les professionnels de la santé*. https://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2005/14307a-fra.php?_ga=2.105767104.2124339537.1537357160-1248280751.1537357160
- Gouvernement du Canada. (2017). *Utilisation approuvée et hors indication des médicaments psychotropes prescrits aux délinquants sous responsabilité fédérale* <https://www.csc-scc.gc.ca/research/r-387-fr.shtml>
- Gouvernement du Canada. (2020). *Changements apportés aux renseignements sur l'innocuité figurant sur l'étiquette des benzodiazépines et des médicaments apparentés*. <https://recalls-rappels.canada.ca/fr/avis-rappel/changements-apportes-renseignements-sur-innocuite-figurant-sur-etiquette>
- Gouvernement du Canada. (2021). *Benzodiazépines*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/benzodiazepines.html>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Mesures fédérales sur les opioïdes*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/mesures-federales/aperçu.html>
- Gouvernement du Québec. (2014). *Améliorer la prévention des chutes et des incidents et accidents liés à la médication : de la stratégie à l'Action*. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001092/?&txt=pr%C3%A9vention des chutes&msss_valpub&date=DESC
- Gouvernement du Québec. (2015a). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substance chimique*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000632/>

Gouvernement du Québec. (2015b). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Gouvernement du Québec.

Gouvernement du Québec. (2017). *Le lavage des mains : simple et efficace*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-207-01F.pdf>

Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec. (2021) (INSPQ). *Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2780_revues_narratives_fondements_scientifiques_0.pdf

Gouvernement du Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). *Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). (2020). *Déclaration des incidents et des accidents. Lignes directrices*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-735-01W.pdf>

Gowda, G. S., Lepping, P., Noorthoorn, E. O., Ali, S. F., Kumar, C. N., Raveesh, B. N., et Math, S. B. (2018). Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*, 36, <https://doi.org/10.16>. doi: 10.1016/j.ajp.2018.05.024

Greenfield, D., et Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172–183. <http://www.jstor.org/stable/45127359>

Greenwood, J. (1998). The role of reflection in single and double loop learning. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 1048-1053. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.t01-1-00579.x>

Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients. (2014). *Pour que l'argent suive le patient : l'implantation du financement axé sur les patients dans le secteur de la santé*. Gouvernement du Québec.

Gunawardena, R., et Smithard, D. G. (2019). The attitudes towards the use of restraint and restrictive intervention amongst healthcare staff on acute medical and frailty wards-A brief literature review. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 4(3), 50. <https://doi.org/10.3390/geriatrics4030050>

- Guzmán-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J. A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J. M., Moreno-Küstner, B., et Mayoral-Cleries, F. (2019). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 448–456. <https://doi.org/10.1111/inm.12546>
- Haddad, S., Roberge, D., et Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59-78.
- Hamilton, S., Jennings, A., et Forster, A. J. (2020). Development and evaluation of a quality improvement framework for healthcare. *International journal for quality in health care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 32(7), 456–463. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa075>
- Harteloh, P. P. (2003). The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Analysis*, 11(3), 259-267. <https://doi.org/10.1023/B:HCAN.0000005497.53458.ef>
- Happell, B., et Gaskin, C. J. (2011). Exploring patterns of seclusion use in Australian mental health services. *Archives of psychiatric nursing*, 25(5), e1–e8. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.04.001>
- Hasson, F., Keeney, S. et McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015.
- Haute Autorité de Santé. (2016). *Qualité de vie au travail et qualité des soins. Revue de la littérature*. https://www.researchgate.net/publication/303880918_Qualite_de_vie_au_travail_et_qualite_des_soins
- Havaei, F., Astivia, O. L. O., et MacPhee, M. (2020). The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcome: A moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103666>
- Health Services Advisory Group. (2012). *White paper on chemical restraint use for the California department of public health*. Phoenix, AZ.
- Healy, M. et Perry, C. (2000). Comprehensive criteria to judge validity and reliability of qualitative research within the realism paradigm. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 3, 118-126. <https://doi.org/10.1108/13522750010333861>
- Hébert, G. (2014). *La gouvernance en santé au Québec*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques.

- Hébert, G., et Hurteau, P. (2016). *Les indicateurs en santé*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.
- Heckman, G. A., Crizzle, A. M., Chen, J., Pringsheim, T., Jette, N., Kergoat, M. J., Eckel, L., et Hirdes, J. P. (2017). Clinical complexity and use of antipsychotics and restraints in long-term care residents with Parkinson's disease. *Journal of Parkinson's Disease*, 7(1), 103-115. <https://doi.org/10.3233/jpd-160931>
- Heslop, L., Lu, S., et Xu, X. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2469–2482. <https://doi.org/10.1111/jan.12503>
- Hines, K., Mouchtouris, N., Knightly, J. J., et Harrop, J. (2020). A brief history of quality improvement in health care and spinal surgery. *Global Spine Journal*, 10(1 Suppl), 5S–9S. <https://doi.org/10.1177/2192568219853529>
- Hofsø, K., et Coyer, F. M. (2007). Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 249-255. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.003>.
- Hsu, C.-C., et Sandford, B. (2007). The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 12(10), 1-8.
- Hsu, W., Rego, L. S., Esmaily-Fard, A., Lee, C. et Rego, L. S. (2015). Does use of antipsychotics increase the risk of death: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Value in Health*, 18(7), A406-A406. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.954>
- Human Rights Watch (2019). *Fading away. How aged care facilities in Australia chemically restrain older people with dementia*. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/report/2019/10/15/fading-away/how-aged-care-facilities-australia-chemically-restrain-older-people>
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., et Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC health services research*, 10, 89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>
- Ibrahim, R. A., Abd-Allah, K. F., Arafa, O., et Mohammed, S. (2017). Effect of nursing care standards on nurses' performance in caring for patients with cardiac arrhythmias. *Egyptian Nursing Journal*, 14(3), 251-258. <https://doi.org/10.4103/2090-6021.233665>
- Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS). (2011). *Restraint use and other control interventions for mental health inpatients in Ontario*, Ontario: Institut Canadien d'information sur la santé.

https://secure.cihi.ca/free_products/Restraint_Use_and_Other_Control_Interventions_AIB_EN.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2016). *Tendances liées aux médicaments en SLD. Utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées résidant dans les établissements de soins de longue durée, 2014.* https://www.cihi.ca/sites/default/files/antipsychotics_in_ltc_publicsummary_fr_0.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2018). *Préjudices liés aux opioïdes au Canada. Rapport décembre 2018.* <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opioid-related-harms-report-2018-fr-web.pdf>

Institut canadien d'information pour la santé. (2019). *Utilisation potentiellement inappropriée d'antipsychotiques en soins de longue durée.* [https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief;jsessionid=TI0N-pfyq6TvKmMp4qn+pXlw.yhs?lang=fr#!/indicateurs/008/potentially-inappropriate-use-of-antipsychotics-in-long-term-care/;mapC1;mapLevel2;trend\(C1,C20018\);/](https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief;jsessionid=TI0N-pfyq6TvKmMp4qn+pXlw.yhs?lang=fr#!/indicateurs/008/potentially-inappropriate-use-of-antipsychotics-in-long-term-care/;mapC1;mapLevel2;trend(C1,C20018);/)

Institute of Medicine (1999). *To Err is Human: Building a safer healthcare system.* Washington: National Academy Press.

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2001) *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington (DC): National Academies Press (US). <https://www.med.unc.edu/neurosurgery/wp-content/uploads/sites/460/2018/10/Crossing-the-Quality-Chasm.pdf>

Ishida, T., Katagiri, T., Uchida, H., Takeuchi, H., Sakurai, H., Watanabe, K., et Mimura, M. (2014). Incidence of deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients. *Psychosomatics*, 55(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2013.04.001>

Itzhaki, M., Bluvstein, I., Peles Bortz, A., Kostistky, H., Bar Noy, D., Filshtinsky, V., et Theilla, M. (2018). Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 59. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00059>

Ivers, N., Barnsley, J., Upshur, R., Tu, K., Shah, B., Grimshaw, J., et Zwarenstein, M. (2014). My approach to this job is...one person at a time: Perceived discordance between population-level quality targets and patient-centred care. *Canadian family physician*, 60(3), 258–266.

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., et Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *The*

Cochrane database of systematic reviews, (6), CD000259.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>

Jagosh, J. (2020). *Retroductive theorizing in Pawson and Tilley's applied scientific*
<https://doi.org/10.1080/14767430.2020.1723301>

Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., et Oxman, A. D. (2006).
Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.
Cochrane Database of Systematic Reviews (2), Cd000259.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub2>

Janssen, W. A., van de Sande, R., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Bowers, L., Mulder,
C. L., et al. (2011). Methodological issues in monitoring the use of coercive
measures. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(6), 429-438.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.10.008>

Jones, W., Vojtila, L., Kurdyak, P., et Fischer, B. (2020). Prescription opioid dispensing in
Canada: an update on recent developments to 2018. *Journal of pharmaceutical
policy and practice*, 13, 68. <https://doi.org/10.1186/s40545-020-00271-x>

Jouali, T., Boukatta, B., Bechri, B., Houari, N., Bouazzaoui, A., Sbai, H. et Kanjaa, N.
(2014). Un syndrome malin des neuroleptiques compliqué d'hémorragie méningée
et révélant une vascularite cérébrale. *The Pan African Medical Journal*, 5(19), 247.
<https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.247.5293>.

Juran, J. M. (1967). *Management of quality control*. New York, NY: McGraw-Hill Book Co.
Inc.

Juran, J. M. (1974). *Quality control Handbook*. New York : NY: McGraw-Hill.

Juran, J. M. (1999). *Juran's Quality Handbook*. (5th Edition^e éd.). New York : NY: McGraw-
Hill.

Kalula, S. Z., et Petros, S. G. (2016). Use of physical restraint in hospital patients: A
descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. *Curationis*, 39(1), e1-e8.
<https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1605>

Keeney, S., Hasson, F., et McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from
using the Delphi technique in nursing research. *Journal of advanced
nursing*, 53(2), 205–212. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>

Keeney, S., Hasson, F., et McKenna, H. P. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and
Health Research*. Oxford, UK : Wiley Blackwell.

Keski-Valkama, A., Koivisto, A.-M., Eronen, M., et Kaltiala-Heino R. (2010). Forensic and
general psychiatric patients' view of seclusion: a comparison study. *Journal of*

- Kleijer, B., van Marum, R., Egberts, A., et al. (2008). Risk of cerebrovascular events in elderly users of antipsychotics. *Journal of Psychopharmacology*, 23(8), 909–914. <https://doi.org/10.1177/0269881108093583>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., et Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry research*, 260, 478–485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
- Laku, I. M., Winarni, I., et Windarwati, H. D. (2020). The effects of restraint and seclusion on patients with mental disorder: A systematic review. *International Journal of Science and Society*, 2(2), 150-167. <https://doi.org/10.54783/ijssoc.v2i2.10>
- Larousse. (2021). *Dictionnaire de français*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M. H., Bonin, J. P., et Baba, N. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Issues in mental health nursing*, 34(5), 317–324. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.753558>
- Laurin, J. (1988). *Évaluation de la qualité des soins infirmiers*. <https://www.abebooks.fr/evaluation-qualite-soins-infirmiers-laurin-Jacqueline/6627714193/bd>
- LeLaurin, J. H., et Shorr, R. I. (2019). Preventing falls in hospitalized patients: state of the science. *Clinics in geriatric medicine*, 35(2), 273–283. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.01.007>
- Lemire, M., Demers-Payette, O., et Jefferson-Falardeau, J. (2013). Dissemination of performance information and continuous improvement: A narrative systematic review. *Journal of Health Organization Management*, 27(4), 449-478. <https://doi.org/10.1108/jhom-08-2011-0082>
- Le Moigne, J.-L. (2006). *La théorie du système général: théorie de la modélisation* (5e Edition^e éd.). <http://www.mcxapc.org/inserts/ouvrages/0609tsgtm.pdf>
- Lepping, P., Masood, B., Flammer, E., et Noorthoorn, E. O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), 1301-1309. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1203-x>
- Le Rhun, A. (2009). *De l'évaluation normative à l'évaluation créative en éducation thérapeutique*. <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2016/12/archive-150.pdf>
- Lévy, R. (1994). Croyances et doute: une vision paradigmatique des méthodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1(1), 92-100.

- Lohr, K. (1991). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington : National Academy Press.
- Lorzeau, D. (2004, 2-4 juin 2014). *La démarche qualité : de l'enlisement d'une technique à l'enracinement d'un acchétype*. Communication présentée 13e conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, Vallée de Seine, Normandie.
- LQ 2009, chapitre 28. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/loisa/lq-2009-c-28/derniere/lq-2009-c-28.html>
- Le Robert. (2021). <https://www.lerobert.com/>
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 523-530. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>
- Manitoba. (2022). The Mental Health Act. <https://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/m110e.php>
- Martins, M. (2017). Performance et qualité des soins (J.C. Suárez-Herrera, A.-P. Contandriopoulos, F. P. Cupertino de Barros et Z. M. A. Hartz. *Améliorer la performance des systèmes de santé. Concepts, méthodes, pratiques*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Martins, M. M. F. P. S., Gonçalves, M. N. C., Lopes-Ribeiro, O. M. P. L. et Tronchin, D. M. R. (2016). Quality of nursing care : instrument development and validation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5)(864-870). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- Maust, D. T., Kim, H. M., Seyfried, L. S., Chiang, C., Kavanagh, J., Schneider, L. S., et Kales, H. C. (2015). Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: Number needed to harm. *Journal of the American Medical Association - Psychiatry*, 72(5), 438-445. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3018>
- Maust, D. T., Langa, K. M., Blow, F. C. et Kales, H. C. (2016). Psychotropic use and associated neuropsychiatric symptoms among patients with dementia in the USA. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 18. <https://doi.org/10.1002/gps.4452>
- McEvoy, P., et Richards, D. (2003). Critical realism: a way forward for evaluation research in nursing?. *Journal of advanced nursing*, 43(4), 411-420. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02730.x>

- McHugh M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*, 22(3), 276–282.
- Merriam-Webster. (2021). *Norm*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/norm>
- Meyer S.B., et Lunnay B. (2013). The application of abductive and retroductive inference for the design and analysis of theory-driven sociological research. *Sociological Research Online*, 18(1):86-96. <https://doi.org/10.5153/sro.2819>
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). *OJIN*, 12.
- Moraros, J., Lemstra, M., et Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 150-165. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv123>
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 203-219. <https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
- Muir-Cochrane, E. (2020), A wicked problem: Chemical restraint: towards a definition. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 1272-1274. <https://doi.org/10.1111/inm.12780>
- Muir-Cochrane, E., Grimmer, K., Gerace, A., Bastiampillai, T., et Oster, C. (2021). Safety and effectiveness of olanzapine and droperidol for chemical restraint for non-consenting adults: a systematic review and meta-analysis. *Australasian Emergency Care*, 24(2), 96–111. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.08.004>
- Muir-Cochrane, E. et Oster, C. (2021). Chemical restraint: A qualitative synthesis review of adult service user and staff experiences in mental health settings. *Nursing & health sciences*, 23(2), 325–336. <https://doi.org/10.1111/nhs.12822>
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R., et Grimmer, K. (2020). The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 110-126. <https://doi.org/10.1111/inm.12654>
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., et Grimmer, K. (2020). International research into 22 years of use of chemical restraint: An evidence overview. *Journal of evaluation in clinical practice*, 26(3), 927–956. <https://doi.org/10.1111/jep.13232>
- Muñiz, R., Pérez-Wehbe, A. I., Couto, F., Pérez, M., Ramírez, N., López, A., Rodríguez, J., Usieto, T., Lavin, L., Rigueira, A., Agüera-Ortiz, L., López-Alvarez, J., Martín-Carrasco, M., et Olazarán, J. (2020). The "CHROME criteria": Tool to optimize and audit prescription quality of psychotropic medications in institutionalized people

- with dementia. *International psychogeriatrics*, 32(3), 315–324. <https://doi.org/10.1017/S104161021900111X>
- Murad, M. H., Asi, N., Alsawas, M., et Alahdab, F. (2016). New evidence pyramid. *Evidence-based medicine*, 21(4), 125–127. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401>
- Nadkarni, P., Jayaram, M., Nadkarni, S., Rattehalli, R., et Adams, C. E. (2015). Rapid tranquillisation: a global perspective. *British Journal of Psychiatry international*, 12(4), 100-102. <https://doi.org/10.1192/s2056474000000684>
- Nairn S. (2012). A critical realist approach to knowledge: implications for evidence-based practice in and beyond nursing. *Nursing Inquiry*, 19(1), 6–17. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00566.x>
- Niederberger, M., et Spranger, J. (2020). Delphi technique in health sciences: A map. *Frontiers in Public Health*, 8, 457. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00457>
- Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Nijman, H., Widdershoven, G., et Steinert, T. (2015). One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1857-1869. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1094-2>
- Okoli, C., et Pawlowski, S. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design consideration and application. *Information & Management*, 42(1), 15-29. <https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>
- Oldland, E., Hutchinson, A. M., Redley, B., Mohebby, M., et Botti, M. (2021). Evaluation of the validity and reliability of the nurses' responsibility in healthcare quality questionnaire: An instrument design study. *Nursing & health sciences*, 23(2), 525–537. <https://doi.org/10.1111/nhs.12844>
- Ontario. (2015). *Mental Health Act*. <https://www.ontario.ca/laws/statute/90m07>
- Ontario. (2017). *Patient restraints minimization act*. <https://www.ontario.ca/laws/statute/01p16>
- Open Education Sociology Dictionary. (2021). *Norm*. https://sociologydictionary.org/norm/#definition_of_norm
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ). (2010). *Grille d'évaluation de la qualité en soins infirmiers : situation clinique de la personne sous mesure de contrôle*. OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ). (2012). *Projets de réorganisation des soins de type Lean Santé. Position de l'Ordre des infirmières et infirmiers du*

- Québec. https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/-lean_positionOIIQ-2012-12-19.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. 3^e édition. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers (OIIQ). (2020). *Grille d'évaluation du stage d'actualisation professionnelle en soins infirmiers*. <https://www.oiiq.org/w/formulaires/actualisation-formulaire-grille-fr.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). *Administration sécuritaire des médicaments. Norme d'exercice*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4522-norme-adm-medicaments-web.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (s.d.a). *Ordonnances collectives*. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/outils-cliniques/ordonnances-collectives>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2019). *Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training. Course guide*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>
- Ontario Drug Policy Research Network. (2015). *Antipsychotics in the Elderly*. <https://odprn.ca/wp-content/uploads/2015/06/Antipsychotic-Pepi-Report.pdf>
- Oster, C., Gerace, A., Thomson, D., et Muir-Cochrane, E. (2016). Seclusion and restraint use in adult inpatient mental health care: An Australian perspective. *Collegian*, 23(2), 183-190. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.03.006>
- Ouellet, S. (2019). *Étude de fidélité interauditeurs de l'instrument de mesure de la qualité des triages infirmiers Audit Triage 2016*. (Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Rimouski).
- Øvretveit, J. (1992). *Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Oxford, UK: Blackwell.
- Pakpoor, J., et Agius, M. (2014). A review of the adverse side effects associated with antipsychotics as related to their efficacy. *Psychiatra Danubina*, 26 Suppl 1, 273-284.
- Parlour, R., et McCormack, B. (2012). Blending critical realist and emancipatory practice development methodologies: making critical realism work in nursing research. *Nursing Inquiry*, 19(4), 308-321. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00577.x>

- Parsons T. (1951). *Toward a general theory of action*. Harvard University Press, Cambridge.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., et Walshe, K. (2005). Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10, Suppl 1. <https://doi.org/10.1258/1355819054308530>
- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Peisah, C., Chan, D. K., McKay, R., Kurrle, S. E., et Reutens, S. G. (2011). Practical guidelines for the acute emergency sedation of the severely agitated older patient. *Internal Medicine Journal*, 41(9), 651-657. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2011.02560.x>
- Peisah, C. et Skladzien, E. (2014). *The Use of Restraints and Psychotropic Medications in People with Dementia : A Report for Alzheimer's Australia*. Alzheimer's Australia Inc. https://www.dementia.org.au/sites/default/files/20140321_Publication_38_A4_print%20version_Web.pdf
- Peters, M., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., et Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *Joanna Briggs Institute (JBI) evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pirinen, H., Kauhanen, L., Danielsson-Ojala, R., Lilius, J., Tuominen, I., Díaz Rodriguez, N., et Salanterä, S. (2015). Registered nurses' experiences with the medication administration process. *Advances in Nursing*, 2015, 1-9. 941589. <https://doi.org/10.1155/2015/941589>
- Pirsig, R. (1984). *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*. New York, NY: Bantam Books.
- Pol, A., Carter, M., et Bouchoucha, S. (2019). Violence and aggression in the intensive care unit: What is the impact of Australian National Emergency Access Target?. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 32(6), 502–508. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.10.003>
- Porter, S. (2010). Fundamental patterns of knowing in nursing: the challenge of evidence-based practice. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 3-14. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181c9d5eb>
- Plante, J., et Bouchard, C. (1999). La qualité. Sa définition et sa mesure. *Service social*, 47(1-2), 27-61. <https://doi.org/10.7202/706780ar>

- Porter, S. (2010). Fundamental patterns of knowing in nursing: the challenge of evidence-based practice. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 3-14. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181c9d5eb>
- Porter S. (2015). Realist evaluation: an immanent critique. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 16(4), 239–251. <https://doi.org/10.1111/nup.12100>
- Préville, M., Bossé, C., Vasiliadis, H. M., Voyer, P., Laurier, C., Berbiche, D., Pérodeau, G., Grenier, S., Béland, S. G., Dionne, P. A., Gentil, L., et Moride, Y. (2012). Correlates of potentially inappropriate prescriptions of benzodiazepines among older adults: results from the ESA study. *La revue canadienne du vieillissement*, 31(3), 313–322. <https://doi.org/10.1017/S0714980812000232>
- Prince Edward Island. (2019). *Mental health act*. https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/legislation/m-06-1-mental_health_act.pdf
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53–70. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Québec. (2021). *Mesures exceptionnelles pour l'attraction et la rétention du personnel de la santé et des services sociaux*. <https://www.quebec.ca/gouvernement/travailler-gouvernement/sante-services-sociaux/mesures-attraction-retention-personnel>
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., et Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, 61, 1012-1017. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>
- Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D., et Williams, D. (2015). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, 108(4), 273–277. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcu145>
- Raleigh, V. S., et Foot, C. (2010). *Getting the measure of quality : opportunities and challenges*. London, UK: The King's Company.
- Reed, J. E., et Card, A. J. (2016). The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *British Medical Journal (BMJ) Quality & Safety*, 25(3), 147–152. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005076>
- Reeves, C. A., et Bednar, D. A. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *The Academy of Management Review*, 19(3), 419-445. <https://doi.org/10.2307/258934>

- Reisi, N., Raeissi, P., Sokhanvar, M., et Kakemam, E. (2019). The impact of accreditation on nurses' perceptions of quality of care in Iran and its barriers and facilitators. *The International journal of health planning and management*, 34(1), e230–e240. <https://doi.org/10.1002/hpm.2642>
- Réseau de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (2020). *Liste des médicaments*. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/liste-med-2020-07-08-fr.pdf>
- RLRQ, CCQ-1991. *Code civil du Québec*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991>
- RLRQ chapitre A-8.1. *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Éditeur officiel du Québec.
- RLRQ, chapitre C-12. *Charte des droits et libertés de la personne*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-12>
- RLRQ, chapitre I-8. *Loi sur les infirmières et infirmiers*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-8>
- RLRQ, chapitre O-7.2. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Éditeur officiel du Québec.
- RLRQ, chapitre M-9. *Loi médicale*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/m-9>
- RLRQ, chapitre P-38.001. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.
- RLRQ, chapitre S-4.2. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2/20060401>
- Robert, É., et Ridde, V. (2013). L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. *Mesure et évaluation en éducation*, 36(3), 79-108. doi : <https://doi.org/10.7202/1025741ar>
- Robins, L. M., Lee, D. A., Bell, J. S., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K. D., et Haines, T. P. (2021). Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3639. doi: 10.3390/ijerph18073639
- Rohrbasser, A., Harris, J., Mickan, S., Tal, K., et Wong, G. (2018). Quality circles for quality improvement in primary health care: Their origins, spread, effectiveness and lacunae- A scoping review. *PloS one*, 13(12), e0202616. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202616>

- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., et Rauch, S. (2003). Objectifying content validity : Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104.
- Ryan, C., Powlesland, J., Phillips, C., Raszewski, R., Johnson, A., Banks-Enorensse, K., Agoo, V. C., Nacorda-Beltran, R., Halloway, S., Martin, K., Smith, L. D., Walczak, D., Warda, J., Washington, B. J., et Welsh, J. (2017). Nurses' perceptions of quality care. *Journal of Nursing Care Quality* 32(2), 180-185. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000211>
- Rycroft-Malone, J., Fontenla, M., Bick, D., & Seers, K. (2010). A realistic evaluation: The case of protocol-based care. *Implementation Science*, 5(38). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-38>.
- R.-U, chapitre 11. *Charte canadienne des droits et libertés*. <https://www.canada.ca/fr/patrimoine-canadien/services/comment-droits-protoges/guide-charte-canadienne-droits-libertes.html#a1>
- Sailas, E., et Fenton, M. (2000, 2012). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-17. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>
- Schön, D-A. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Éditions Logiques.
- Schroeck, J. L., Ford, J., Conway, E. L., Kurtzhals, K. E., Gee, M. E., Vollmer, K. A. et Mergenhagen, K. A. (2016). Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. *Clinical therapeutics*, 38(11), 2340–2372. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2016.09.010>
- Schuster, M. A., McGlynn, E. A., et Brook, R. H. (1998). How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q*, 76(4), 517-563, 509.
- Seyer-Forget, C. (2020). *Intervenir contre le gré du patient : médication PRN et vécu phénoménologique du personnel infirmier exerçant en milieu psycho-légal*. (Thèse de maîtrise, Université d'Ottawa).
- Sévigny, I., et Effio, P. (2016). L'assistante infirmière-chef d'unité - Son rôle sur la qualité des soins. *Perspective infirmière*, 13(3), 25-27.
- Smith, S. P., et Johnston, R. (2014). How critical realism clarifies validity issues in information systems theory-testing research. *Scandinavian Journal of Information Systems*, 26, 5-28. <https://aisel.aisnet.org/sjis/vol26/iss1/1/>

- Sicotte, C., Champagne, F., et Contandriopoulos, A. P. (1998). La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6(1), 34-46.
- Stalpers, D., Kieft, R. A. M. M., van der Linden, D., Kaljouw, M. J., et Schuurmans, M. J. (2016). Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators. *BMC Health Services Research*, 16(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1372-z>
- Stroup, T. S., et Gray, N. (2018). Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(3), 341–356. <https://doi.org/10.1002/wps.20567>
- Suárez-Herrea, J. C., Contandriopoulos, A.-P., Cupertino de Barros, F. P., et Hartz, Z. M. A. (2017). *Améliorer la performance des systèmes de santé : concepts, méthodes, pratiques*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Sun, G. Q., Zhang, L., Zhang, L. N., Wu, Z., et Hu, D. F. (2019). Benzodiazepines or related drugs and risk of pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(4), 513–521. <https://doi.org/10.1002/gps.5048>
- Surowiecki, J. (2004). *The wisdom of crowds: Why the many are smarter than the few and how collective wisdom shapes business, economies, societies, and nations*. https://www.researchgate.net/publication/272566685_The_Wisdom_of_Crowds_Why_the_Many_Are_Smarter_Than_the_Few_London
- Swickhamer, C., Colvig, C., et Chan, S. B. (2013). Restraint use in the elderly emergency department patient. *The Journal of Emergency Medicine*, 44(4), 869–874. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.02.080>
- Tappen, R. M., Newman, D., Huckfeldt, P., Yang, Z., Engstrom, G., Wolf, D. G., Shutes, J., Rojido, C., et Ouslander, J. G. (2018). Evaluation of nursing facility resident safety during implementation of the INTERACT quality improvement program. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(10), 907–913.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.06.017>
- Tardif, J. (2006) L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Tardif, J. et Dubois, B. (2013). De la nature des compétences transversales jusqu'à leur évaluation : une course à obstacles, souvent infranchissables. *Revue française de linguistique appliquée*, 18, 29-45. <https://doi.org/10.3917/rfla.181.0029>
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., et Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve

quality in healthcare. *British Medical Journal (BMJ) Quality & Safety*, 23(4), 290-298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>

Territoires du Nord-Ouest. (2018). *Mental health act*. <https://www.justice.gov.nt.ca/en/files/legislation/mental-health/mental-health.a.pdf?t1536167969777>

Timmins J. (2008). Compliance with best practice: implementing the best available evidence in the use of physical restraint in residential aged care. *International journal of evidence-based healthcare*, 6(3), 345–350. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2008.00105.x>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169, 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Tsogbadrakh, B. (2017, October 16-18). *A concept analysis of quality in nursing care context*. Communication présentée 38th International Conference on Nursing and Healthcare, New York, NY.

UK Public General Acts. (2005). *Mental Capacity Act*. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>

Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (2006). *Instrument de prévalence de contention : lignes directrices de l'évaluation des pratiques exemplaires*. Toronto, ON: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Université d'Ottawa.

United Nations, International Narcotics Control Board. (2017). *Report 2016*. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf

Unruh, L., et Wan, T. T. (2004). A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. *Journal of Medical Systems*, 28(2), 197–214. <https://doi.org/10.1023/b:joms.0000023302.80118.74>

van der Veer, S. N., de Keizer, N. F., Ravelli, A. C. J., Tenkink, S., et Jager, K. J. (2010). Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. *International Journal of Medical Informatics*, 79(5), 305-323. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.01.011>

VanDeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Boal, A. S., Velji, K., White, P., Bajnok, I., et Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving

- the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nursing Leadership*, 25(2), 26-37.
- Vogel, C., Zwolinsky, S., Griffiths, C., Hobbs, M., Henderson, E., et Wilkins, E. (2019). A Delphi study to build consensus on the definition and use of big data in obesity research. *International Journal of Obesity*, 43(12), 2573–2586. <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0313-9>
- Wall, S. (2008). A Critique of evidence-based practice in nursing: challenging the assumptions. *Social Theory & Health*, 6(1), 37-53. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700113>
- Whitecross, F., Seery, A., et Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 512–521. <https://doi.org/10.1111/inm.12023>
- Whyte S. (2018). Audit and feedback: to tell or not to tell? That is not the question. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 65(11), 1175–1179. <https://doi.org/10.1007/s12630-018-1206-z>
- Wilkes L. (2015). Using the Delphi technique in nursing research. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 29(39), 43–49. <https://doi.org/10.7748/ns.29.39.43.e8804>
- Wilson, V., et McCormack, B. (2006). Critical realism as emancipatory action: the case for realistic evaluation in practice development. *Nursing Philosophy*, 7(1), 45–57. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2006.00248.x>
- Wolak, E., Overman, A., Willis, B., Hedges, C., et Spivak, G., F. (2019). Maximizing the benefit of quality improvement activities. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(3), 199-205.
- Wong, G., Greenhalgh, T., Westhrop, G., et Pawson, R. (2015). *Quality standards for realist synthesis and meta-narrative reviews*. https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/Quality_standards_for_RS_and_MNR_v3final.pdf
- Xiao, S., Widger, K., Tourangeau, A., et Berta, W. (2017). Nursing process health care indicators : A scoping review of development methods. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(1), 32-39. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000207>
- Xie, L., Joshi, A. V., Schaaf, D., Mardekian, J., Harnett, J., Shah, N. D., et Baser, O. (2014). Differences in healthcare utilization and associated costs between patients prescribed vs. nonprescribed opioids during an inpatient or emergency department visit. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 14(5), 446–456. <https://doi.org/10.1111/papr.12098>

Yukon. (2002). *Mental Health act*. <https://cnps.ca/wp-content/uploads/2020/03/mehe-1.pdf>

Zhai, Y., Yin, S., et Zhang, D. (2016). Association between antipsychotic drugs and mortality in older persons with Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimers Disease*, 52(2), 631-639. <https://doi.org/10.3233/jad-151207>

Annexe 1

Lois et recommandations internationales sur les mesures de contrôle incluant la substance chimique (médication)

Tableau 19. Textes législatifs et réglementaires internationaux sur les mesures de contrôle [incluant ou excluant la substance chimique]

Continent	Pays	Isolement et contention physique seulement	Isolement, contention physique et chimique	Organisation, année Passage descriptif de la contention chimique ou de la médication en tant que mesure de contrôle
Tous	Nations Unies 194 États Membres		X	<p>Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 1991, 1997, 2002 https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/PersonsWithMentalIllness.aspx</p> <p>[Medication shall meet the best health needs of the patient, shall be given to a patient only for therapeutic or diagnostic purposes and shall never be administered as a punishment or for the convenience of others. Subject to the provisions of paragraph 15 of Principle 11, mental health practitioners shall only administer medication of known or demonstrated efficacy].</p> <p>Every patient shall be protected from harm, including unjustified medication, abuse by other patients, staff or others or other acts causing mental distress or physical discomfort.]</p> <p>World Health Organisation – Organisation Mondiale de la Santé, 2019 According to the standards of the United Nations Convention of the Rights of Persons with Disabilities and other international human rights legislations: https://www.who.int/publications/i/item/9789241516754</p> <p>[The use of medication administered against the person’s will, which is claimed to be a necessary treatment or an emergency measure in order to control a person’s movement and/or behaviour. It involves involuntary use of a sedating or psychotropic drug. It can include oral administration or injection of medication without the person’s consent. It is often administered in response to a perceived danger, such as a violent or aggressive act against one’s self or others, or to control people or make them easier to manage. Chemical restraint is frequently used as an alternative to, or alongside, manual restraint, physical restraint or seclusion. However, chemical restraint is a form of restraint itself, and it is not an acceptable alternative to other forms of restraint or seclusion although it is often thought to be a more positive alternative.]</p>

Afrique	Afrique du Sud	X		<p>Republic of South Africa – Department of Health, 2012</p> <p>https://health-e.org.za/wp-content/uploads/2016/01/policy_guidelines_on_seclusion_and_restraint_of_mental_health_care_users.pdf</p>
	République du Kenya	X		<p>Republic of Kenya – The Mental Health Bill, 2014</p> <p>http://kenyalaw.org/kl/fileadmin/pdfdownloads/bills/2014/MentalHealthBill2014.pdf</p>
	République de l'Ouganda	X		<p>The Republic of Uganda – Mental Health Act, 2018</p> <p>https://www.parliament.go.ug</p>
Amérique du Nord	Canada		X	<p>Alberta Health Services, 2020</p> <p>https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-prov-restraint-hcs-176-09.pdf</p> <p>[Pharmacological restraint is the use of pharmaceutical products to control behaviors, actions, and/or restrict freedom of movement, but for which the purpose in the situation is not to treat an identified medical or psychiatric condition]</p> <p>Manitoba – The Mental Health Act, 1998, 2020</p> <p>https://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/ccsm/m110e.php</p> <p>[[...] restrain (restraint) means to place under control with necessary to prevent harm to the patient or to another person by the minimal use of [...] medication as is reasonable having regard to the patient's physical and mental condition]</p> <p>Ontario – The Mental Health Act, 1990, 2010, 2015</p> <p>Ontario Patient Restraints Minimization Act, 2001, 2017</p> <p>https://www.ontario.ca/laws/statute/01p16</p> <p>[restrain (restraint) means to place a person under control when necessary to prevent serious bodily harm to the patient or to another person by the minimal use of [...] chemicals as is reasonable having regard to the person's physical and mental condition]</p>

		<p>Prince-Edward-Island – Mental Health Act, 2019 https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/legislation/m-06-1-mental_health_act.pdf [.]to keep the patient under control and to prevent harm to the patient or to another person by the use of medication as is reasonable having regard to the physical and mental condition to the patient [..].]</p> <p>Québec – Loi sur les services de santé et services sociaux, 1997 http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2</p> <p>Québec – Ministère de la santé et des services sociaux, 2002, 2015 https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000632/ [Substance chimique : mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.]</p> <p>Territoire du Nord-Ouest – Mental Health Act, 2015, 2018 [.] to control the person, without his or her consent, to the extent necessary to prevent bodily harm to the person or to another person by minimal use of medication as it is reasonable, having regard to the physical and mental condition of the person]</p> <p>Yukon – The Mental Health Act, 2002 https://cnps.ca/wp-content/uploads/2020/03/mehe-1.pdf [.] keep the person under control to prevent physical harm to the person or to another person in the minimal use of chemicals that is reasonable having regard to the physical and mental condition of the person.]</p> <p>U.S. Department of Health and Human Services Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011 https://edsources.org/wp-content/iframe/seclusion-restraint/Businesscaseagainstrestraint.pdf [Chemical restraint]</p> <p>US Department of Education, 2010 https://www2.ed.gov/policy/seclusion/summary-by-state.pdf</p>
États-Unis	X (52 états)	

			["Chemical restraint" means giving an individual medication involuntarily for the purpose of restraining that individual; except that "chemical restraint" does not include the involuntary administration of medication pursuant to section 27-10-111 (4.5), C.R.S., or administration of medication for voluntary or life-saving medical procedures.]
Asie	Inde	X	<p>Ministry of Law and Justice – The Mental Healthcare Act, 2017</p> <p>https://egazette.nic.in/WriteReadData/2017/175248.pdf</p>
	Malaisie	X	<p>Ministry of Health Malaysia – Psychiatric and Mental Health Services, 2011</p> <p>https://www.moh.gov.my/moh/images/gallery/Polisi/PSYCHIATRY_OPERATIONAL_POLICY.pdf</p> <p>[Medications for chemical means of restraint – chemical methods of restraint either by oral or parenteral means, either short acting antipsychotic medications (e.g. haldoperidol, ziprasidone, chlorpromazine), short acting benzodiazepines (e.g. midazolam, lorazepam), or medium acting antipsychotics drugs (e.g. clopixol acuphase)]</p>
Europe	Albanie Allemagne Andorre Arménie Autriche Azerbaïdjan Belgique Bosnie-Herzégovine Bulgarie Croatie Chypre République-Chèque Danemark Estonie Finlande France Géorgie Grèce Hongrie	X (47 pays)	<p>Equality and Human Rights Commission – Council of Europe, 2019</p> <p>https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/human-rights-framework-restraint.pdf</p> <p>[Contention chimique mentionnée mais non définie]</p> <p>European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment – Concil of Europe, 2017</p> <p>https://rm.coe.int/16807001c3</p> <p>[Chemical restraint is the forcible administration of medication for the purpose of controlling a patient's behaviour]</p> <p>Gouvernement fédéral Belge - Conseil supérieur de la santé, 2016</p> <p>https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_avis_9193_interventionsouscontrainte.pdf</p> <p>[Administration de médicaments sous la contrainte]</p>

<p>Islande Irlande Italie Lettonie Liechtenstein Lituanie Luxembourg Malte Monaco Monténégro Macédoine du Nord Norvège Pays-Bas Pologne Portugal Royaume-Uni République de Moldavie Roumanie Fédération de Russie Saint-Marin Serbie République Slovaque Slovénie Espagne Suède Suisse Turquie Ukraine</p>		<p>Government of Ireland – Department of Health, 2011, 2020 https://www.gov.ie/en/publication/e7f401-towards-a-restraint-free-environment-in-nursing-homes/ [Chemical restraint is the intentional use of medication to control or modify a person's behaviour or to ensure a patient is compliant or not capable of resistance, when no medically identified condition is being treated; where the treatment is not necessary for the condition; or the intended effect of the drug is to sedate the person for convenience or for disciplinary purposes. The appropriate use of drugs to reduce symptoms in the treatment of medical conditions such as anxiety, depression, or psychosis, does not constitute restraint. Chemical restraint is always unacceptable].</p> <p>Her Majesty's Government, Crown, UK Department of Health and Social Care, 2019 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/812435/reducing-the-need-for-restraint-and-restrictive-intervention.pdf [The use of medication which is prescribed and administered (whether orally or by injection) by health professionals for the purpose of controlling or subduing disturbed/violent behaviour, where it is not prescribed for the treatment of a formally identified physical or mental illness.]</p> <p>Waddington, L. Maastricht University: Legal Regulation and Policy on the Use of Restraint and Coercive Measures in Health Care Institutions in the Netherlands, 2020 https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/61781313/Waddington_pre_print_McSherry_Maker_2020_1_.pdf [The administration of medication primarily intended to control an individual's behavior rather than to treat a medical condition. Medication given without the consent of the patient]</p>
<p>Océanie</p>	<p>X</p>	<p>Australian Government – Department of Health, 2019 https://www.health.gov.au/news/announcements/minimising-physical-and-chemical-restraint-in-residential-aged-care</p> <p>Quality of Care Principles 2014 – Amendment, 2019 https://www.legislation.gov.au/Details/F2019C00613 https://www.legislation.gov.au/Details/F2019L01505</p>

				<p>[A restraint that is, or that involves, the use of medication or a chemical substance for the purpose of influencing a person's behaviour, other than medication prescribed for the treatment of, or to enable treatment of, a diagnosed mental disorder, a physical illness or a physical condition.]</p>
	Nouvelle-Zélande		X	<p>New Zealand – The Mental Health Act</p> <p>Ministry of Health of New Zealand – The Mental Health and Addiction Service Development Plan, 2012-2017</p> <p>https://www.health.govt.nz/publication/rising-challenge-mental-health-and-addiction-service-development-plan-2012-2017</p>
Total	194 États membres 57 pays	4 pays	194 États membres 53 pays	Note. Ont été inscrits dans ce tableau seulement les pays pour lesquels des publications en anglais ou français abordant les contentions ont été répertoriées.

Annexe 2

Dimensions de la qualité des soins

Tableau 20. Dimensions de la qualité des soins infirmiers

Dimension	Définition(s) et précisions	Intérêt porté par les acteurs			
		Patients	Intervenants	Gestionnaires	Décideurs politiques
Efficacité	Atteinte, au meilleur degré, des objectifs visés quant aux (a) résultats de santé et de bien-être (<i>outcomes</i>) et/ou (b) aux résultats de production (<i>output</i>) (Saucier et Brunelle, 1995). Selon l'Institute of Medicine, l'efficacité s'inscrit dans le mouvement de l' <i>evidence based practice</i> puisqu'elle implique la dispensation de soins techniques et interpersonnels basés sur les meilleures évidences scientifiques à tous les patients susceptibles d'en tirer des effets bénéfiques (Beattie et al., 2013; Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Il importe également de s'abstenir d'administrer des soins à ceux qui n'en tireront pas d'effets désirables, d'éviter le sous-traitement et le sur-traitement (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001).	++++	+++	++++	+++
Efficience	Terme englobant les concepts de productivité et de rendement du fait qu'il renvoie au rapport entre la structure (ressources investies) (intrants) et les soins ou services produits (processus), ainsi qu'au rapport entre la structure et les résultats obtenus (extrants) (Saucier et Brunelle, 1995). Des soins de santé efficients supposent donc une utilisation judicieuse des ressources (personnes, matériel), qui devraient être investies en quantité suffisante, assurant la dispensation de soins et services optimaux et sans duplication ou traitement superflu (Beattie et al., 2013; Ryan et al., 2017).	++	+	++++	++++
Sécurité	Absence de préjudices ou réduction des risques engendrés aux patients par l'entremise des soins de santé (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Inspiré par la définition de l'OMS, l'Institut national de santé publique du Québec (2017) définit la sécurité comme un <i>état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être individuel et collectif</i> (p.1).	++++	+++	+++	+++

Soins en temps opportun	Absence, dans les soins, d'attente ou de délais qui engendrent des désagrément pour ceux qui les reçoivent et ceux qui les dispensent (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Cette dimension réfère aussi à la capacité réaliser adéquatement les soins, au moment où ils sont requis, sans que ceux-ci ne soient négativement affectés par les contraintes de temps (Ryan et al., 2017).	++++	++	++	+++
Équité	Réduction des disparités parmi les sous-groupes dans les efforts pour améliorer de l'état de santé des individus et des collectivités. L'équité implique que l'accessibilité aux soins et la façon dont une personne est traitée ne soit jamais être influencée par les caractéristiques individuelles comme le genre, la race, l'âge, le salaire, l'éducation, les problèmes de santé (Beattie et al., 2013; Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001).	+++	++	++	+++
Approche axée sur le patient	Conscience des préférences individuelles, des compétences et des significations des patients dans les soins de santé et dans l'organisation des services. Considération de leurs droits et libertés, de leurs besoins spécifiques et de leurs valeurs; intérêt pour leur expérience et instauration d'une relation soignants-personne selon le principe « rien à propos de moi sans moi » (Beattie et al., 2013; Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001). De la perspective de l'infirmière, la dimension d' <i>humanisme</i> , ou le <i>caring</i> , (Beattie et al., 2013) partage des similarités avec l'approche centrée sur le patient. L' <i>humanisme</i> en regard de la qualité des soins, est définie comme une action, une pratique ou un mode de pensée selon lequel les intérêts humains sont centraux (Coulon et al., 1996; Ryan et al., 2017). Le respect, la courtoisie, l'empathie, le soutien émotionnel, la compassion sont des thématiques associées à cette approche.	++++	+++	++	++
Navigation dans le système de santé	Réfère à des soins et services facilement initiés et maintenus, organisés dans une suite cohérente d'événements et dispensés sans rupture ni obstacle important. Cette dimension comprend les notions de continuité, de coordination, d'accessibilité, de disponibilité, de flexibilité et de transition (Beattie et al., 2013; Donabedian, 1980).	++++	++	+++	++

Annexe 3

Grille de validation de contenu – Technique Delphi

VALIDATION DE LA DÉFINITION OPÉRATIONNELLE		
Définition de la <i>contention chimique</i> ou <i>l'usage de substance(s) pharmacologiques aux propriétés sédatives pour la gestion des symptômes comportementaux (sédation des symptômes comportementaux)</i>		
Consignes de la validation		
<p>A. Répondre à la section sur les caractéristiques de l'expert ou de l'informateur clé.</p> <p>B. Lire l'énoncé de définition de <i>contention chimique</i> ou <i>sédation des symptômes comportementaux</i>.</p> <p>C. Cocher à l'aide d'un X l'option la plus appropriée en ce qui concerne la clarté et la pertinence de l'énoncé de définition.</p> <p>D. Si l'énoncé vous apparaît ambigu ou incompréhensible, peu pertinent ou non pertinent, veuillez indiquer vos commentaires et suggérer une reformulation. L'énoncé servira éventuellement à estimer le taux d'utilisation des contentions chimiques ou de la sédation des symptômes comportementaux au sein des unités de soins à la personne âgée, en santé mentale adulte et en soins aigus adulte (incluant unités de soins généraux (ex. médecine, chirurgie), soins critiques et urgence). Cet estimé sera basé sur les perceptions d'infirmières qui dispensent les soins directs.</p>		
Définitions		
CLARTÉ	Qualité de ce qui est facilement compréhensible. Fait référence à la précision, à la netteté du vocabulaire employé pour l'énoncé.	
PERTINENCE	Caractère de ce qui est approprié, logique et convenable. Renvoie à l'applicabilité plausible de la norme au contexte des soins infirmiers à la personne âgée, en santé mentale adulte et en soins aigus adulte.	
Caractéristiques de l'expert ou informateur clé : cocher une option par catégorie, celle qui vous représente le plus		
Je suis [ou j'étais, avant la retraite] : <input type="checkbox"/> Chercheur en soins infirmiers <input type="checkbox"/> Infirmière en pratique clinique <input type="checkbox"/> Gestionnaire/conseillère cadre en soins infirmiers	Je travaille en [ou je travaillais en] : <input type="checkbox"/> soins à la personne âgée <input type="checkbox"/> soins en santé mentale <input type="checkbox"/> soins aigus à la personne adulte (incluant unités générales, soins critiques et urgence)	J'ai cumulé : <input type="checkbox"/> 5-9 ans d'expérience dans cette spécialité <input type="checkbox"/> 10-14 ans d'expérience dans cette spécialité <input type="checkbox"/> 15-20 ans d'expérience dans cette spécialité <input type="checkbox"/> > 20 ans d'expérience dans cette spécialité

CONTENTION CHIMIQUE OU SÉDATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX (selon la perception de l'infirmière)

La *contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux*¹ compte parmi les mesures de contrôle, mais également parmi les mesures de sécurité légitimes en établissement de santé. Il s'agit d'une intervention qui implique une :

A. médication d'appoint (PRN), régulière (DIE, BID, TID, QID, etc.) ou en perfusion continue, possédant des propriétés sédatives (ex. psychotrope, hypnotique, anxiolytique, analgésique, anesthésique)²

b) administrée dans l'intention de prévenir ou limiter des comportements, c'est-à-dire :

- présentant un danger de blessure pour la personne ou pour autrui tels que la violence et l'agressivité verbale ou physique

ou

- dérangeants, occasionnant une surcharge au personnel ou jugés inappropriés, tels que l'errance et les cris

ou

- nuisibles à l'intervention diagnostique/thérapeutique tels que toucher ou retirer l'équipement de soins (ex. s'extuber) ou bouger lors d'un examen/procédure sensible au mouvement;

c) et/ou administrée dans le même but que la contention physique ou l'isolement, c'est-à-dire :

- pour éviter une contention physique ou un isolement

ou

- simultanément à la contention physique ou à l'isolement;

d) et/ou administrée sans consentement, c'est-à-dire :

- à une personne qui refuse la médication ou dont le représentant refuse d'accorder un consentement verbal ou écrit.

1. Sur le plan sémantique et quant aux normes de qualité qui y sont associées, la *contention chimique et l'usage de substance(s) pharmacologique(s) aux propriétés sédatives pour la gestion des symptômes comportementaux (sédation des symptômes comportementaux)* sont vues comme des notions équivalentes dans le cadre de cette étude.

2. Lorsque l'énoncé principal (A) est associé à l'un ou plusieurs des énoncés secondaires (b, c, d), nous sommes en présence de *contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux*.

3. Il n'est pas question ici d'un isolement infectieux visant à prévenir la propagation de microorganismes.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRES OU REFORMULATION
<p>L'énoncé de définition me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très clair</p> <p><input type="checkbox"/> Clair</p> <p><input type="checkbox"/> Ambigu</p> <p><input type="checkbox"/> Incompréhensible</p>	<p>L'énoncé de définition me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Peu pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Non pertinent</p>	<p>[Inscrire ici]</p>

FIN DE LA SECTION SUR LA VALIDATION DE LA DÉFINITION.

MERCI.

VALIDATION DES NORMES DE QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS	
Normes de qualité des soins infirmiers en matière de <i>contention chimique</i> ou <i>usage de substance(s) pharmacologiques aux propriétés sédatives pour la gestion des symptômes comportementaux</i> (sédation des symptômes comportementaux)	
Consignes de la validation	
<p>A. Lire chaque énoncé de norme avec sa précision, qui comprend habituellement un exemple d'application de la norme.</p> <p>B. Cocher à l'aide d'un X l'option la plus appropriée en ce qui concerne la clarté et la pertinence de l'énoncé.</p> <p>C. Si l'énoncé vous apparaît ambigu ou incompréhensible, peu pertinent ou non pertinent, veuillez indiquer vos commentaires et suggérer une reformulation, si désiré. Les énoncés serviront éventuellement à évaluer la qualité des soins à la personne âgée, en santé mentale adulte et en soins aigus adulte (incluant unités de soins généraux, soins critiques et urgence). Cette évaluation reposera sur les perceptions d'infirmières qui dispensent les soins directs. Il ne s'agit pas de normes médicales qui concernent la prescription (type de molécules, durée). Il n'est pas attendu que tous les exemples existants soient inclus dans la précision.</p>	
Définitions	
CLARTÉ	Qualité de ce qui est facilement compréhensible. Fait référence à la précision, à la netteté du vocabulaire employé pour l'énoncé.
PERTINENCE	Caractère de ce qui est approprié, logique et convenable. Renvoie à l'applicabilité de la norme au contexte des soins infirmiers à la personne âgée, en santé mentale ou en soins aigus de l'adulte (incluant unités de soins généraux, soins critiques et urgence).
SOINS INFIRMIERS EN MATIÈRE DE CONTENTION CHIMIQUE OU SÉDATION DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX¹	Pratiques cliniques (processus) et organisationnelles (structures) mises en œuvre par les infirmières et infirmières gestionnaires en collaboration avec l'équipe de soins, incluant les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les autres intervenants. Ces pratiques s'appliquent avant, pendant et après l'administration de la médication aux propriétés sédatives.
USAGER-PROCHE	L'usager est une personne recevant des soins infirmiers. Le proche est une personne identifiée comme telle par l'usager ou reconnue comme responsable de dispenser des soins à l'usager ou d'interagir avec l'équipe de soins au sujet de l'usager.

Grille de validation : énoncés des normes 1 à 28

1. L'organisation fait la promotion d'un protocole, programme ou règlement encadrant l'usage des contentions chimiques ou la sédation des symptômes comportementaux.

Il peut s'agir, par exemple, d'un programme portant sur l'ensemble des mesures de contrôle incluant la contention chimique, d'un protocole de sédation ou d'une politique sur l'usage des antipsychotiques. Ce protocole, programme ou règlement peut être interne à l'unité de soins ou s'appliquer à l'ensemble de l'établissement.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/>

2. Des sources d'information sur la contention chimique ou la sédation des symptômes comportementaux sont disponibles pour les usagers et leurs proches.

Il peut s'agir, par exemple, de statistiques diffusées au public sur l'usage des antipsychotiques, d'un guide d'information (ex. dépliant, brochure) ou d'un plan d'enseignement structuré permettant à l'équipe de soins d'informer l'utilisateur et sa famille sur la médication aux propriétés sédatives.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/>

3. De façon générale, le personnel en fonction au sein de l'unité est suffisant.

Cela signifie que le nombre d'infirmières et de personnel soignant en fonction sur l'unité de soins est approprié considérant le nombre d'usagers, le temps disponible pour accomplir les tâches et la lourdeur de celles-ci. L'équipe de soins est habituellement complète et elle permet la gestion des symptômes comportementaux et un usage sans excès de la contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="text"/>

4. L'équipe de soins a reçu une formation appropriée.

Il peut s'agir d'une formation théorique sur la médication aux propriétés sédatives, sur les mesures de contrôle incluant la contention chimique ou sur la sédation des symptômes comportementaux. Il peut également s'agir d'entraînement (*coaching*) pratique sur la gestion des symptômes comportementaux.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="text"/>

5. L'organisation alloue les ressources matérielles et financières nécessaires.

Renvoie à l'attribution de budgets et de matériels pour assurer ou améliorer les soins en matière de contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux. Il peut s'agir d'assurer la disponibilité d'appareils à signes vitaux fonctionnels et de matériel de réanimation. Il peut aussi s'agir de rendre disponible des outils de dépistage et d'évaluation du niveau de conscience, de la douleur, de l'agitation, de la violence ou du délirium.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="text"/>

6. Des activités sociales sont organisées et des sources de divertissement sont disponibles pour les usagers.

Il peut s'agir, par exemple, de jeux de société, de séances de musicothérapie ou de groupes de marche. Cette norme ne s'applique habituellement pas aux soins aigus, incluant les unités de soins généraux, l'urgence générale ou psychiatrique et les soins critiques.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="text"/>

7. Une routine de révision régulière et systématique de la médication des usagers est appliquée au sein de l'unité.

La révision peut comprendre l'examen du profil pharmacologique de l'utilisateur et la réévaluation de la pertinence de maintenir la médication prescrite. Cette révision est habituellement effectuée en interdisciplinarité et peut inclure l'utilisateur et sa famille. Elle s'effectue selon une fréquence prédéterminée, par exemple, une fois par jour ou une fois par mois.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="text"/>

8. Les lieux physiques sont propices à la gestion sécuritaire des symptômes comportementaux.

L'espace de travail disponible permet au à l'équipe de soins d'intervenir librement et de façon sécuritaire. Par exemple, des chambres ou espaces privés sont aménagées pour les usagers agités ou violents.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="text"/>

9. Une évaluation infirmière est effectuée avant l'administration de la médication, soit à l'intérieur du même quart de travail.

L'évaluation, avant d'administrer la médication aux propriétés sédatives, doit comprendre plus d'un des éléments suivants (2 ou plus) : mesure des signes vitaux, dépistage du délirium, évaluation de l'environnement, évaluation de la douleur, recherche d'antécédents de comportements à risque, recherche de contre-indications à la médication et identification des causes du comportement. L'évaluation doit avoir été effectuée à l'intérieur du quart de travail de l'infirmière, soit minimalement dans les dernières 8 heures ou 12 heures (selon la durée habituelle du quart).

CLARTÉ

PERTINENCE

COMMENTAIRE OU REFORMULATION

Cet énoncé me semble :

- Très clair
- Clair
- Ambigu
- Incompréhensible

Cet énoncé me semble :

- Très pertinent
- Pertinent
- Peu pertinent
- Non pertinent

10. Une ou des mesures alternatives à la médication sont tentées par l'équipe de soins.

Ces mesures réfèrent, par exemple, aux interventions environnementales, psychosociales, au soulagement de la douleur et à toute intervention non pharmacologique visant la réponse aux besoins de la personne pour réduire l'usage de la médication. Le soutien d'intervenants *champions des symptômes comportementaux* entre dans les mesures alternatives.

CLARTÉ

PERTINENCE

COMMENTAIRE OU REFORMULATION

Cet énoncé me semble :

- Très clair
- Clair
- Ambigu
- Incompréhensible

Cet énoncé me semble :

- Très pertinent
- Pertinent
- Peu pertinent
- Non pertinent

11. Un comportement à risque justifie le recours à la contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux.

« À risque » signifie qu'il y a eu danger réel de blessure ou de préjudice pour la personne ou pour autrui. Les exemples suivants constituent des comportements à risque : hurler vers autrui, menacer, pincer, griffer, mordre, frapper, bousculer, cracher, briser des objets ou les utiliser pour blesser. L'agitation verbale sans agressivité, (ex. parler constamment, demandes répétitives, sons répétitifs, cris) et l'agitation physique ou toute action sans agressivité (ex. errer, déambuler, mettre objets inappropriés dans sa bouche, gestes indécents, se déshabiller, accumuler des objets, se réveiller la nuit) ne sont pas considérés comme des dangers réels. La prévention d'un comportement (ex. résistance aux soins d'hygiène, se lever seul du lit) n'est pas considérée comme une justification appropriée.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	

12. Une surveillance appropriée est assurée suite à l'administration de la médication.

Dans un contexte de médication régulière, cela signifie que la fréquence minimale de surveillance prescrite ou recommandée selon la routine de l'unité est respectée par l'équipe de soins. Dans un contexte de médication d'appoint (PRN), la surveillance post administration des réactions et réponses de l'usager doit être plus fréquente que la routine usuelle et ce, jusqu'à résorption du comportement. En tout contexte, cette fréquence de surveillance doit être adaptée selon le type de médication, la dose et selon les antécédents de l'usager (ex. réactions antérieures, facteurs de risque de vulnérabilité aux médicaments).

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	

13. L'utilisateur et/ou son proche, participe(nt) aux soins.		
<p>La participation de l'utilisateur et/ou de son proche <u>peut-être</u> sollicitée, par exemple, pour l'identification des causes du comportement à risque et des mesures alternatives à la médication, pour la prise de décision (administrer ou non), pour l'élaboration du plan d'intervention ou pour la révision de la pertinence de la médication. Cela s'applique lorsque la situation de l'utilisateur-proche le permet (ex. niveau de conscience approprié, collaboration, présence du proche).</p>		
CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très clair</p> <p><input type="checkbox"/> Clair</p> <p><input type="checkbox"/> Ambigu</p> <p><input type="checkbox"/> Incompréhensible</p>	<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Peu pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Non pertinent</p>	<p><input type="text"/></p>

14. Les membres de l'équipe interdisciplinaire participe(nt) aux soins.		
<p>Des intervenants autres qu'infirmiers, soit professionnels (ex. pharmacien, médecin, travailleur social) ou non professionnels (ex. préposé aux bénéficiaires, intervenant spirituel, agents de sécurité) sont appelés à participer aux soins en matière de contention chimique et sédation des symptômes comportementaux. Ils peuvent, par exemple, collaborer à l'identification des causes du <u>comportement</u> à risque et des mesures alternatives à la médication, à la prise de décision (administrer ou non), à l'élaboration du plan d'intervention ou à la révision de la pertinence de la médication.</p>		
CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très clair</p> <p><input type="checkbox"/> Clair</p> <p><input type="checkbox"/> Ambigu</p> <p><input type="checkbox"/> Incompréhensible</p>	<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Peu pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Non pertinent</p>	<p><input type="text"/></p>

15. Un consentement éclairé est obtenu ou recherché auprès de la personne et/ou de son représentant légal.		
<p>Le consentement peut être demandé verbalement ou par écrit par l’infirmière. Le terme <i>éclairé</i> implique que des explications sont données à l’usager-proche sur la médication aux propriétés sédatives (effets souhaités, effets indésirables). Si la personne est inapte à consentir, l’infirmière tente tout de même d’informer l’usager-proche et d’obtenir le consentement avant l’administration de la médication.</p>		
CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très clair</p> <p><input type="checkbox"/> Clair</p> <p><input type="checkbox"/> Ambigu</p> <p><input type="checkbox"/> Incompréhensible</p>	<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Peu pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Non pertinent</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

16. Lorsque la médication a été administrée dans un contexte d’urgence ou d’intervention non planifiée, un retour sur l’événement est effectué avec l’usager et/ou son proche par l’équipe de soins.		
<p>Le retour (<i>débriefing</i>) sur la situation d’urgence ou inhabituelle peut s’effectuer, par exemple, dans le cadre d’une discussion informelle au chevet ou d’une rencontre interdisciplinaire en présence de l’usager-proche. Les éléments suivants sont habituellement discutés entre l’équipe de soins et l’usager : causes du comportement, actions des personnes impliquées, mesures alternatives utilisées ou non utilisées, impacts de la décision d’utiliser la contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux, plan d’intervention.</p>		
CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très clair</p> <p><input type="checkbox"/> Clair</p> <p><input type="checkbox"/> Ambigu</p> <p><input type="checkbox"/> Incompréhensible</p>	<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Peu pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Non pertinent</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

17. L'équipe de soins s'assure que les effets bénéfiques de la médication administrée surpassent les effets indésirables chez l'utilisateur.

L'équipe soignante demeure à l'affût des effets bénéfiques et indésirables et ce, dans les meilleurs intérêts de l'utilisateur. Cela signifie que les effets bénéfiques, par exemple, la réduction de l'agressivité et le bien être (reposer calmement), surpassent les effets indésirables chez l'utilisateur, par exemple, la somnolence accrue, le risque de chute, l'hypotension et le délirium.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/>

18. La voie orale ou sublinguale est suggérée à l'utilisateur en premier lieu lorsque la prescription médicale le permet.

La voie orale ou sublinguale est privilégiée à la voie intramusculaire ou intraveineuse pour administrer la médication. Cette norme s'applique aux situations où l'utilisateur est en mesure de recevoir un comprimé par la bouche de façon sécuritaire (ex. niveau de conscience approprié, collaboration).

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/>

19. La documentation au dossier est claire et complète.

La documentation au dossier médical de l'utilisateur recevant la médication est remplie de façon claire et complète par l'équipe infirmière. La documentation doit inclure minimalement l'évaluation physique et mentale, la description des circonstances ayant menées à l'administration de la médication (ex. le comportement à risque), la consignation de la médication administrée et les réponses de l'utilisateur.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	

20. La plus faible dose efficace est administrée à l'utilisateur lorsqu'un choix de dose est disponible.

Par exemple, si la prescription mentionne 15 à 30 mg, la dose de 15 mg est d'abord tentée. Selon l'efficacité de la médication et l'état de conscience de l'utilisateur, l'infirmière ajuste ou complète la dose au besoin. L'efficacité signifie habituellement que l'utilisateur est calme mais qu'il est en mesure de communiquer. Enfin, un usager sous sédation profonde doit bénéficier de réveil(s) périodique(s) au cours de la journée lorsque la prescription le permet.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	

21. Les soins sont empreints de respect envers l'usager-proche.

Réfère au respect des droits et libertés et de l'autonomie de l'usager-proche. Suppose l'acceptation des valeurs, des croyances et de la culture de l'usager-proche dans les soins infirmiers en matière de contention chimique et sédation des symptômes comportementaux.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	

22. Les soins témoignent de l'exercice d'un raisonnement clinique infirmier.

Au-delà de l'application d'une prescription et/ou d'un protocole, l'infirmière interprète les données qu'elle recueille auprès de l'usager-proche lors de la gestion des symptômes comportementaux, ce qui guide ses interventions. Ces interventions sont non automatisées devant la perte de contrôle comportementale de l'usager, ainsi, l'infirmière juge, avant chaque dose administrée (ou non administrée), de la pertinence de la médication.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	

23. Les membres de l'équipe de soins sont compétents.

Les compétences des membres de l'équipe de soins sont basées sur des connaissances adéquates sur la médication et sur la gestion des symptômes comportementaux. Elles impliquent un savoir-être et un savoir-faire dans l'application pratique de ces connaissances. Les compétences s'appuient sur un niveau d'expertise (qualifications) permettant de travailler de façon efficace auprès de la clientèle de personne âgée, de santé mentale ou de soins aigus.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="text"/>

24. Les gestionnaires sont impliqués dans l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.

Cela signifie que les gestionnaires de l'unité et de l'organisation appuient les initiatives liées à l'amélioration des soins infirmiers en matière de contention chimique ou de sédation des symptômes comportementaux. Par exemple, ils peuvent être actifs sur des comités d'amélioration de la qualité, soutenir la planification de formations, repenser l'aménagement des lieux physiques ou favoriser la disponibilité des ressources pour implanter des mesures alternatives à la médication.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="text"/>

25. Une communication thérapeutique est établie entre l'équipe de soins et l'utilisateur-proche.

Cela signifie que la communication verbale et non verbale des soignants envers l'utilisateur-proche est empreinte d'humanisme et de confiance mutuelle. Les membres de l'équipe de soins font preuve d'empathie dans leurs échanges avec tout usager présentant des symptômes comportementaux.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très clair</p> <p><input type="checkbox"/> Clair</p> <p><input type="checkbox"/> Ambigu</p> <p><input type="checkbox"/> Incompréhensible</p>	<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Peu pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Non pertinent</p>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>

26. L'état de santé psychologique des membres de l'équipe de soins permet d'assurer la dispensation de soins appropriés.

Signifie que les soins aux usagers présentant des symptômes comportementaux sont dispensés sans être affectés par des attitudes associées à l'épuisement professionnel ou à la détresse psychologique de l'équipe de soins telles que l'impatience, l'irritabilité, le cynisme et la démotivation.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très clair</p> <p><input type="checkbox"/> Clair</p> <p><input type="checkbox"/> Ambigu</p> <p><input type="checkbox"/> Incompréhensible</p>	<p>Cet énoncé me semble :</p> <p><input type="checkbox"/> Très pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Peu pertinent</p> <p><input type="checkbox"/> Non pertinent</p>	<div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div>

27. Une approche de partenariat entre l'équipe interdisciplinaire et l'utilisateur caractérise les soins.

Signifie que toutes les parties prenantes, par exemple, l'infirmière, l'utilisateur-proche, le médecin et le pharmacien, sont impliquées de façon équitable dans les soins en matière de contention chimique ou de sédation des symptômes comportementaux. Ceci sous-entend l'absence d'abus de pouvoir et d'attitudes paternalistes (créer un rapport de dépendance, de subordination) d'un sous-groupe de l'équipe (ex. médecins) envers un ou plusieurs autre(s) sous-groupe(s) (ex. patients).

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	

28. Une culture de réduction des contentions chimiques ou sédation des symptômes comportementaux règne au sein de l'unité de soins.

Réfère aux croyances de l'équipe de soins à l'effet que les médicaments visant la gestion des symptômes comportementaux comportent des risques pour les usagers, justifiant leur réduction ou une utilisation minimale, c'est-à-dire, en dernier recours. L'équipe évite de surestimer les effets bénéfiques de la médication aux propriétés sédatives.

CLARTÉ	PERTINENCE	COMMENTAIRE OU REFORMULATION
Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Cet énoncé me semble : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	

FIN DE LA VALIDATION DES NORMES DE QUALITÉ.

MERCI de votre participation.

Si des normes de qualité significatives semblent manquantes en ce qui a trait à la *contention chimique* ou *l'usage de substances pharmacologiques aux propriétés sédatives pour la gestion des symptômes comportementaux (sédation des symptômes comportementaux)*, veuillez les indiquer dans les lignes qui suivent.



Catherine Hupé, infirmière, candidate au Ph D.
Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal

*Le féminin est utilisé tout au long du document afin d'alléger la lecture

Annexe 4

Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT PHASE DE VALIDATION - DELPHI

Titre du projet de recherche :	Développement et validation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contentions chimiques et sédation des symptômes comportementaux
Chercheur responsable du projet de recherche :	Catherine Hupé, infirmière, candidate au doctorat en sciences infirmières, Université de Montréal (514) 707-9939
Co-chercheur(s)/site(s) :	Caroline Larue, inf. Ph. D., directrice de recherche, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal (514) 343-6111 poste 5835 Damien Contandriopoulos, Ph. D., co-directeur de recherche, professeur titulaire, School of Nursing, University of Victoria, British Columbia
Installation(s) ou site(s) :	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de l'étude est de développer, de valider et de mettre à l'essai un outil d'évaluation des soins infirmiers qui entourent l'usage de médicaments aux propriétés sédatives administrés en cas de symptômes comportementaux chez l'usager. La population cible du futur outil est celle des infirmières québécoises travaillant en soins directs en milieux de soins de longue durée, en santé mentale et de soins aigus à l'adulte. Cet outil sera éventuellement utilisé par ces infirmières, qui procéderont à une auto-évaluation des soins dispensés dans leur unité de soins et, du même coup, elles pourront s'adonner à une réflexion sur leur propre pratique afin de générer des améliorations potentielles. L'étude se déroule en trois phases : le développement, la validation et la mise à l'essai.

DÉROULEMENT DE LA PHASE DE VALIDATION DE L'OUTIL

Nous débutons actuellement la deuxième grande phase de l'étude. L'objectif est de procéder à la validation de contenu de l'outil d'évaluation selon une méthode de recherche de consensus Delphi. La méthode Delphi par courriel permet de rejoindre sans délai des experts (ou informateurs clés) d'un sujet qui peuvent être géographiquement éloignés. Un panel de 15 à 20 infirmières québécoises reconnues pour leur expertise en matière de contentions chimiques et de sédation des symptômes comportementaux chez la clientèle cible a été constitué pour valider l'outil. Vous êtes l'un des experts ayant été identifiées via la méthode *boule de neige*, aussi appelée l'échantillonnage par réputation (votre expertise est reconnue par vos pairs). Certains experts sont des chercheurs ou professeurs, d'autres sont des gestionnaires, d'autres sont des infirmiers en pratique directe.

1. Durée et nombre de rondes

La complétion de la grille de validation devrait prendre tout au plus une heure de votre temps. Deux semaines sont accordées aux experts pour répondre de façon confidentielle et pour renvoyer le document de validation par courriel à la chercheuse principale. Cette dernière retournera un rapport aux experts dans les deux semaines suivantes. Habituellement, pas plus de deux rondes sont nécessaires pour atteindre le niveau de consensus visé (2 à 3 mois).

2. Nature de votre participation

Vous répondrez de façon confidentielle à une grille de validation qui porte sur la pertinence et la clarté de chaque énoncé composant l'outil d'évaluation. Vous devez garder en tête que ce sont des infirmières soignantes en soins de longue durée, en santé mentale ou soins aigus à l'adulte qui utiliseront éventuellement l'outil. Par exemple, des énoncés porteront sur les pratiques cliniques ou organisationnelles suivantes : (a) *La participation de l'utilisateur et/ou de son proche est sollicitée dans les soins entourant la contention chimique ou la sédation des symptômes comportementaux* ou (b) *Le consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal est obtenu ou demandé avant l'administration de la médication*.

Si vous jugez qu'un énoncé est peu clair ou ambigu, nous pourrions vous contacter pour réaliser avec vous une courte entrevue de dix à vingt minutes afin de proposer une reformulation pertinente de la norme. Les entrevues seront enregistrées et retranscrites en verbatim et nous assurerons la confidentialité.

L'équipe de recherche utilisera les réponses de l'ensemble du panel d'experts pour calculer une statistique sur la validité de contenu et regroupera les commentaires reçus. Vous recevrez un rapport détaillé par courriel dans lequel l'anonymat des experts sera respecté. Dans le cas où de nouveaux énoncés (normes de qualité) auraient été proposés ou que des énoncés n'auraient pas atteint une validité suffisante, une deuxième ronde de validation aura lieu, semblable à la première, et ainsi de suite jusqu'à l'atteinte d'un consensus ou d'un accord des experts.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne retirerez pas de bénéfice direct suite à votre participation à cette étude, il n'y a pas de compensation offerte pour votre participation. Toutefois, en partageant votre expertise sur le domaine des contentions chimiques et de la sédation des symptômes comportementaux, vous participez à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et éventuellement à rendre possible l'évaluation et l'amélioration des soins infirmiers dispensés en établissement de santé au Québec.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

L'équipe de recherche n'a identifié aucun risque particulier en lien avec votre participation outre possiblement les émotions suscitées par le fait de se remémorer des expériences associées aux contentions chimiques au cours de votre vie ou carrière. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, vous êtes invité à consulter le programme d'aide psychologique de votre établissement d'attache.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche ou le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi.

Le traitement des données sera effectué à partir d'un code alphanumérique vous étant attribué afin de préserver la confidentialité. Ainsi, aucun nom ne figura sur les fichiers ou documents utilisés pour l'étude et l'entrevue téléphonique ne permettra pas d'identifier le répondant (non mention du nom ni du prénom). Les seules personnes qui pourront accéder à ces données confidentielles sont la chercheuse principale, l'équipe de recherche, ainsi qu'un statisticien ou agent de recherche.

Toutes les données seront conservées dans un dispositif USB, sous clé, pendant une durée de sept ans au bureau de la chercheuse principale après quoi elles seront complètement détruites de façon sécuritaire. Les résultats de l'étude pourront être publiés ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

POSSIBILITÉ DE COMMERCIALISATION

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation pourraient mener à la création de produits commerciaux. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant : 514-707-9939.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au 514-252-3400, poste 3510.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au 514-252-3400, poste 5708.

Titre du projet de recherche :

Développement et validation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique et sédation des symptômes comportementaux

SIGNATURES

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. [Signature électronique ou à la main acceptées]

Signature du participant

Date

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées, s'il y a lieu.

Signature de la personne qui obtient le consentement

Date

Annexe 5

Approbations des comités éthiques de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et de
l'Université de Montréal

Le 17 avril 2019

LETTRE AMENDÉE: 26 avril 2019

Madame Catherine Hupé
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Installation Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

Titre du projet : *Développement et validation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique et sédation des symptômes comportementaux*

Numéro attribué par le CEMTL : 2019-1738

Madame Hupé,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL) dans toutes nos installations.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du CÉR du CEMTL portant la date du 18 mars 2019 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen éthique dont le résultat est positif. De plus, votre projet a reçu l'approbation de la convenance institutionnelle le 16 avril 2019. Si ce CÉR vous informe, pendant le déroulement de cette recherche, d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

En raison de la nature du projet, veuillez noter que ce dernier n'a pas été soumis à notre Comité d'évaluation scientifique de la recherche.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CÉR évaluateur.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- à vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique de la recherche;
- à rendre compte au CÉR évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CÉR évaluateur;
- à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir : La tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Cette autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement sera renouvelée annuellement à la date du renouvellement de

l'approbation éthique du CÉR évaluateur.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec notre Bureau de coordination de la recherche clinique (BCRC) au 514-252-3400, poste 3724 ou poste 5963, ou par courriel au bcrc.cemtl@ssss.gouv.qc.ca, pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre Comité d'éthique de la recherche au 514-252-3400, poste 5708, ou par courriel au cer.cemtl@ssss.gouv.qc.ca pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre projet par notre établissement ou celui attribué au projet de recherche par le CÉR.

Avec l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sylvain Lemieux
Président-directeur général
CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

21 novembre 2019

Objet: Reconnaissance d'une approbation éthique – « Développement et validation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique et sédation des symptômes comportementaux »

Mme Catherine Hupé,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERSES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Marie-Josée Bernardi, vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal

c.c. Caroline Larue, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières;
Damien Contandriopoulos, professeur titulaire, Faculty of Human and Social Development, School of Nursing

p.j. Certificat #CERSES-19-111-R

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Développement et validation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique et sédation des symptômes comportementaux
Étudiante requérante	Catherine Hupé, candidate au doctorat, Faculté des Sciences infirmières
Sous la direction de:	Caroline Larue, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Damien Contandriopoulos, professeur titulaire, Faculty of Human and Social Development, School of Nursing, University of Victoria (C.-B.).

Financement	
Organisme	Non financé

Approbation reconnue	
Approbation émise par	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Certificat:	CEMTL: 2019-1738

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.

Marie-Josée Bernardi, vice-présidente Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) Université de Montréal	21 novembre 2019 Date de délivrance	1er décembre 2020 Date de fin de validité
---	---	---

1er décembre 2020
Date du prochain suivi

Annexe 6

Courriel d'invitation à participer à la validation de contenu

Par courriel

**INVITATION À PARTICIPER À LA VALIDATION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION
de la qualité des soins infirmiers en matière de contention chimique et de
sédation des symptômes comportementaux**

Bonjour,

Vous avez été référé(e) par un(e) ou plusieurs collègue(s) en raison de votre expertise reconnue par les pairs en matière de qualité des soins dans l'une des spécialités cliniques suivantes : soins de longue durée (en hébergement ou hospitaliers), soins en santé mentale (soins généraux ou intensifs) ou soins aigus à l'adulte (soins généraux, urgence ou soins critiques).

Nous désirons solliciter votre participation à la validation d'un outil d'évaluation de la qualité des soins développé à l'occasion d'une étude s'inscrivant dans une formation de doctorat en sciences infirmières de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. L'outil porte sur les contentions chimiques et la sédation des symptômes comportementaux.

Veillez prendre connaissance des modalités de participation à l'intérieur du document d'informations .PDF ci-joint. Si vous êtes intéressé à participer, vous deviendrez l'un des 15 à 20 experts du Québec qui prendront part à la technique *Delphi*, soit la méthode utilisée pour valider le contenu de l'outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en matière de contentions chimiques et de sédation des symptômes comportementaux. L'outil se base sur les perceptions d'infirmières en soins directs et comprend 29 énoncés.

Veillez répondre à ce courriel dans un **délai de 10 jours** suivant la date de réception, en précisant votre acceptation ou votre refus de participer à l'étude. Nous entrerons rapidement en contact avec vous. Nous sommes disponibles pour répondre à toute question de votre part. Nous pouvons prévoir une rencontre téléphonique si vous désirez discuter du projet, de son déroulement et des aspects éthiques.

Catherine Hupé

Candidate au doctorat en sciences infirmières, volet administration des services infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Caroline Larue, Ph. D., Directrice de recherche

Professeure titulaire et vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Damien Contandriopoulos, Ph. D., Co-directeur de recherche,
Professeur titulaire, School of Nursing, University of Victoria, BC

Numéro de projet du CÉR - CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal : 2018-1738

Date d'émission de l'autorisation éthique : 2019-04-26

Annexe 7

Grille CONSORT - PRISMA ScR

Tableau 7. Grille de vérification PRISMA-ScR (Tricco et al., 2015)

Section	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM [traduction libre]	RAPPORTÉ EN PAGE #
Titre			
Titre	1	Identifie le rapport comme une revue de la portée.	121
Résumé			
Résumé structuré	2	Fournit un résumé structuré incluant, si applicable : le problème, les objectifs, les critères d'éligibilité, les sources d'évidence, la charte des méthodes, les résultats et les conclusions reliées aux questions et aux objectifs de la revue.	121
Introduction			
Justification de la revue	3	Décrit la raison de la revue dans le contexte de ce qui est déjà connu. Explique pourquoi la question et les objectifs de la revue sont appropriés pour l'approche de revue de la portée.	123
Objectifs	4	Postule explicitement les questions et les objectifs traités en se référant aux éléments clés (p. ex. population ou participants, concepts et contexte) ou autres éléments clés utilisés pour conceptualiser les questions des et les objectifs.	124
Méthodes			
Protocole et enregistrement	5	Indique si un protocole de revue existe : s'il peut être consulté et où (p. ex. l'adresse web), et, le cas échéant, fournir les informations d'identification y compris le numéro d'enregistrement.	N/A
Critères d'éligibilité	6	Les caractéristiques spécifiques des sources de données sont utilisées comme critères d'éligibilité (p. ex. années considérées, langues, statut de publication), et justifier les choix.	125-126
Sources d'information	7	Décris toutes les sources d'information (p. ex. les bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) et recherche la date de la dernière recherche.	125
Recherche	8	Présente la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, incluant les limites utilisées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	125
Sélection des de écrits	9	Indique le processus de sélection des écrits (e.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique.	126
Extraction des données	10	Décrit la méthode d'extraction des données contenues dans les rapports (p. ex. formulaires préétablis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	128

Section	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM [traduction libre]	RAPPORTÉ EN PAGE #
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées et les suppositions et simplifications réalisées.	128
Appréciation critique des sources de données	12	Si fait, fournit une raison pour conduire une appréciation critique pour l'inclusion des écrits : décrit les méthodes utilisées et comment cette information a été utilisée dans la synthèse des données (si approprié).	N/A 126
Synthèse des résultats	13	Décrit les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué.	128
Résultats			
Sélection des sources de données	14	Donne le nombre de sources de données filtrées, évaluées pour éligibilité et incluses dans la revue, avec une raison pour l'exclusion à toutes les étapes, idéalement en utilisant un diagramme de flux.	127
Caractéristiques des sources de données	15	Pour chaque source de données, présenter les caractéristiques et fournit les citations.	128
Appréciation critique des sources	16	Si s'applique, fournit les données de l'appréciation critique des sources incluses.	N/A
Résultats des sources individuelles	17	Pour chaque source individuelle incluse, présente les données pertinentes qui ont été codées en lien avec la question et les objectifs de la revue.	130-145
Synthèse des résultats	18	Résume et/ou présente les résultats codés en lien avec les questions et les objectifs de la revue.	146-155
Discussion			
Résumé des résultats	19	Résumer les principaux résultats (incluant un survol des concepts, des thèmes et des types de données) en lien avec les questions et les objectifs de la revue, et considère la pertinence selon les publics concernés.	155-157
Limitations	20	Discute des limites de la revue de la portée.	158
Conclusions	21	Fournit une interprétation générale des résultats avec respect des questions et des objectifs de la revue, en plus de mentionner les implications potentielles et les prochaines étapes.	158
Financement			
Financement	22	Indique les sources de financement de la revue de la portée et toutes les autres formes d'aide. Indique le rôle des financeurs pour la revue de la portée.	121

Annexe 8

Critères de rigueur scientifiques applicables aux revues réalistes

Tableau 8. Grille de vérification des revues réalistes (Wong et al., 2015, traduction libre)

1. Problème de recherche				
<p>Les synthèses réalistes sont des méthodes orientées vers la théorie, ancrées dans une philosophie réaliste des sciences qui met l'emphase sur la compréhension des relations de causalité et de comment les mécanismes causaux prennent forme sous la contrainte du contexte social. Il s'agit d'une méthode particulièrement utile pour ceux qui s'intéressent à certains sujets comme les programmes sociaux complexes qui impliquent des décisions et des actions humaines. Une question de recherche réaliste aborde un ou tous les éléments suivants : "Qu'est-ce qui fonctionne, comment, pourquoi, pour qui, dans quelle mesure et sous quelles circonstances, etc. La logique réaliste est appliquée pour y répondre. Elle suppose que l'efficacité d'une intervention ou d'un programme sera toujours partielle et conditionnelle et cherche à rehausser la compréhension des principaux facilitateurs et barrières.</p>				
CRITÈRE	Inadéquat	Adéquat	Bien	Excellent
Le sujet de recherche est approprié pour une approche réaliste.	<p>Le sujet de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n'est pas approprié pour la recherche secondaire (documentaire) et/ou • ne requière pas la compréhension de comment et pourquoi des effets sont générés. 	Le sujet de recherche est approprié pour une recherche secondaire (documentaire). Il requière une compréhension de comment et pourquoi des effets sont générés et pourquoi ils varient selon les contextes.	La formulation du sujet de recherche reflète une compréhension méticuleuse de la philosophie réaliste : (mécanismes qui opèrent à un niveau différent de la réalité que les effets qu'ils génèrent).	L'argumentation est cohérente précisant pourquoi une approche réaliste est plus appropriée pour le sujet que d'autres approches.
La question de recherche est construite en concordance avec la synthèse réaliste.	<p>La question de recherche n'est pas structurée pour refléter les éléments d'une explication réaliste. Par exemple, elle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • requière seulement une description et/ou • requière une agrégation numérique d'effets ou de processus et/ou • emploie des méthodes inadéquates dans une approche réaliste (p. ex. analyse thématique). 	La question de recherche inclue un focus sur comment et pourquoi l'intervention génère ses effets, et contient au moins quelques éléments additionnels : pour qui, dans quels contextes, selon quelles conditions, dans quelle étendue, selon quelle durée.	<p>La justification pour exclure des éléments clés de la question réaliste sont explicites.</p> <p>La question est suffisamment circonscrite pour être répondue à partir d'une revue réaliste.</p>	La question de recherche est un modèle de clarté et est la plus simple possible.

2. Comprendre et appliquer les principes sous-tendant la revue réaliste

La synthèse réaliste applique une philosophie et une logique d'investigation qui influence tout, de la formulation de la question de recherche à la révision du processus. La clé du processus analytique de la revue réaliste implique de tester la théorie et de la raffiner en utilisant des données empiriques de différentes sources. La pertinence et l'efficacité de chaque idée de constituante est confrontée à des résultats pertinents (qualitatifs, quantitatifs, comparatifs, administratifs, etc.) à partir de la littérature primaire au sujet de cette classe de d'intervention/programme. Dans cette mise à l'épreuve (tester la théorie), les idées composant la théorie de l'intervention/programme subissent une refonte et sont conceptualisés en termes réalistes. Les réviseurs doivent se fier à des techniques analytiques appropriées pour procéder à cet exercice.

	Inadéquat	Adéquat	Bien	Excellent
La revue démontre une compréhension et une application de la philosophie réaliste et de la logique qui sous-tend l'analyse réaliste.	<p>Des incompréhensions significatives de la philosophie ou de l'analyse réaliste sont évidentes. Les exemples communs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la confusion entre les activités de l'intervention/programme et les mécanismes • pas de tentative de découvrir les mécanismes • les effets sont vus comme causés par l'intervention/programme • les relations entre les effets, les mécanismes et le contexte ne sont pas expliqués • une théorie est fournie mais sans lien explicite avec les effets 	<p>Des incompréhensions de la philosophie et de l'analyse réaliste existent, mais l'approche globale est suffisamment cohérente pour qu'une analyse réaliste reconnue résulte de l'analyse des résultats.</p>	<p>Les prépositions des réviseurs et l'approche analytique sont cohérents avec la philosophie réaliste à toutes les étapes de la revue.</p> <p>Lorsque nécessaire, une théorie de l'intervention/programme est développée et testée.</p>	<p>La méthode de revue de la littérature, les stratégies ou les innovations utilisées pour aborder les problèmes et les difficultés durant la revue sont cohérentes avec la philosophie réaliste de la science.</p>

3. Focus de la revue

Parce que la revue réaliste peut générer un nombre étendu d'avenues qui peuvent être explorées et expliquées, et parce que les ressources et les délais ne sont pas infinis, il peut être nécessaire de contenir la revue en réduisant progressivement le focus (étendu) et la profondeur (niveau de détail). Ce processus important doit être considéré dès le début et peut impliquer des rondes itératives de discussion et de négociation avec, par exemple, des experts de contenu, des payeurs ou des utilisateurs. Il est typique et légitime que les objectifs, les questions et l'ampleur de la revue évolue en cours de démarche.

	Inadéquat	Adéquat	Bien	Excellent
La question de la revue est suffisamment et correctement circonscrite.	<p>La question de la revue réaliste est trop large pour être répondu avec le temps et les ressources allouées.</p> <p>Il n'y a aucune évidence que le focus (ampleur) de la revue réaliste a été pris en compte.</p>	<p>Des tentatives sont prises par l'équipe de la revue pour réduire progressivement le focus de la revue d'une façon qui tient en compte les priorités de la revue, le temps et les ressources restreintes.</p> <p>Des tentatives sont documentées pour qu'elles soient décrites de façon appropriée dans une publication.</p>	<p>La démarche pour préciser le focus de la revue est itératif. Des parties prenantes sont impliquées dans les décisions en lien avec le focus de la revue.</p> <p>Des décisions sont prises sur les avenues à suivre et qui laissent de l'ouverture aux recherches futures accessibles aux utilisateurs de la revue réaliste.</p>	L'équipe de recherche s'appuie sur l'expertise de parties prenantes externes pour examiner le focus de la revue réaliste et pour atteindre une pertinence maximale auprès des utilisateurs.

4. Construire et raffiner la théorie de l'intervention ou du programme

Tôt dans la revue, les idées principales qui composent une classe d'intervention (la théorie du programme - qui peut être ou non de nature réaliste) sont élucidées. La théorie initiale postule comment et pourquoi une classe d'intervention est connue pour fonctionner, c'est-à-dire qu'elle génère les effets d'intérêt. Cette théorie initiale du programme doit être postulée en termes réalistes (contexte, populations, mécanismes, effets). Cette théorie initiale sera progressivement raffinée au cours de la revue.

	Inadéquat	Adéquat	Bien	Excellent
Une théorie initiale de l'intervention ou du programme est identifiée et développée.	Une théorie du programme n'est pas présentée ou est présentée mais n'est pas convertie en théorie réaliste à aucune étape de la revue.	Une théorie initiale du programme est identifiée et décrite en termes réalistes (contextes-mécanismes-effets). Le raffinement de la théorie est cohérent avec les données répertoriées.	Une théorie initiale du programme est présentée. La théorie est raffinée de façon itérative au fil de la progression de la revue réaliste.	<p>Les relations entre la théorie du programme et la théorie pertinente sont identifiées.</p> <p>Les implications de la théorie finale pour la pratique et les apports sur le plan théorique sont décrits, si appropriée.</p>

				La théorie finale du programme réaliste comprenant de multiples configurations contexte-mécanisme-effets est présentée et ces configurations sont expliquées.
--	--	--	--	---

5. Développer une stratégie de recherche

La recherche d'une revue réaliste est guidée par les objectifs et le focus de la revue et est révisée de façon itérative à la lumière des données qui émergent. La recherche est centrée sur la découverte de données qui peuvent être utilisées pour mettre à l'épreuve la théorie, et doit provenir d'un éventail de sources qui peuvent sortir de la discipline traditionnelle, du programme et des limites du secteur d'intérêt. La recherche implique différentes sources de données, des études de différents domaines, pour tester différents aspects de la théorie.

	Inadéquat	Adéquat	Bien	Excellent
La stratégie de recherche favorise l'identification des données qui permettent à l'équipe de recherche de développer, de raffiner et de mettre à l'épreuve la théorie du programme.	<p>La stratégie ne parvient pas au niveau de rigueur de la revue réaliste. Les erreurs communes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recherche repose sur une méthode de hiérarchie d'évidence qui privilégie les essais cliniques randomisés. • La stratégie de recherche n'est pas liée aux objectifs et au focus de la revue. • Les choix de bases de données sont seulement orientés sur la discipline d'intérêt. • La recherche est effectuée une seule fois, il n'y a pas de procédure itérative. 	<p>La recherche est orientée sur les objectifs et le focus de la revue. La stratégie est mise à l'essai (pilote) et précisée pour convenir au but de la revue.</p> <p>Les documents proviennent d'un large éventail de sources qui sont susceptibles d'informer la théorie.</p> <p>Il n'y a pas de restriction sur le type de documents recherchés.</p>	Des recherches supplémentaires sont réalisées pour une meilleure compréhension du sujet de recherche, utiles pour informer la théorie.	La recherche délibérée expose des situations en dehors du programme étudié où il est raisonnable de penser que les mêmes mécanismes pourraient être en opération.

6. Sélection et appréciation des documents

La revue réaliste requière une série de jugements sur la pertinence et la robustesse des données pour le but de la revue et répondre aux questions de recherche. Une appréciation de la contribution des données sélectionnées devrait reposer sur deux critères :

- la pertinence - contribution au développement et au test de la théorie
- la rigueur - la méthode utilisée pour générer les données est crédible et fiable

L'étape de la sélection et l'appréciation peut être réalisée en parallèle de la phase d'analyse.

	Inadéquat	Adéquat	Bien	Excellent
Le processus de sélection et d'appréciation assure que les sources de la revue contiennent du matériel suffisamment rigoureux pour être inclus. En particulier, ces sources font du sens avec le sujet de recherche, pour développer, raffiner et tester la théorie et pour soutenir les propositions sur les mécanismes.	<p>Le processus de sélection et d'appréciation ne témoigne pas d'une revue réaliste rigoureuse. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection centrée sur les hiérarchies méthodologiques (ECR) • Les sources sont évaluées en utilisant une liste de vérification (p. ex. critères de qualité d'un ECR) plutôt que de poser un jugement sur la pertinence et la rigueur de la source • La sélection et l'appréciation est trop restrictive et exclus du matériel qui pourrait être utile pour l'analyse réaliste • La sélection et l'appréciation ne sont pas assez précis pour exclure le matériel non pertinent 	<p>La sélection documentaire pour inclusion dans la revue est basée sur la contribution au processus de développement, de raffinement et de test de la théorie (p. ex. pertinence).</p> <p>L'évaluation de la rigueur juge de la plausibilité et la cohérence de la méthode pour générer des données.</p>	<p>Durant le processus d'appréciation, les limites de la méthode sont utilisées pour générer des données et sont prises en considération durant l'analyse et la synthèse.</p>	<p>La sélection et l'appréciation démontre un jugement sophistiqué sur la pertinence et la rigueur dans la discipline.</p>

7. Extraction des données

Dans une revue de la littérature, l'extraction des données assiste l'analyse et la synthèse. Les données d'intérêt pour le chercheur de la revue réaliste sont celles qui soutiennent la logique réaliste pour répondre aux questions de la revue - p. ex. les données sur le contexte, sur les mécanismes, sur les effets, les demi-régularités et la théorie intermédiaire du programme.

	Inadéquat	Adéquat	Bien	Excellent
L'extraction des données comprend les données nécessaires à réaliser la revue réaliste.	<p>L'extraction de données ne capte pas les données nécessaires à la revue réaliste. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'extraction des données est réalisée machinalement sans attention pour comment les données informent la revue. • Peu ou pas de tests ont été faits pour améliorer le processus d'extraction des données. 	<p>L'extraction des données focus sur l'identification et la clarification des configurations contexte-mécanismes-effets et sur le raffinement de la théorie du programme.</p> <p>Des essais et du raffinement des données extraites sont réalisés.</p> <p>Un processus de maintien de la qualité assure que chaque réviseur applique un processus commun et standard dans l'extraction des données.</p>	<p>Le processus d'extraction des données supporte le processus d'analyse ultérieur (p. ex. organiser les données d'une façon pertinente pour l'analyse). Les données extraites sont suffisamment compréhensibles pour identifier les principaux patterns contexte-mécanismes-effets.</p>	<p>Le processus d'extraction des données est continuellement raffiné au fil de la progression de la revue, pour capter les données pertinentes alors que la question de la revue se précise et la théorie se raffine.</p>

8. Rapport du processus

Les revues réalistes peuvent être documentés selon différents formats - rapports longs, sommaires, articles, page web et autres. Le rapport doit être conforme aux standards de publication des revues réalistes (RAMESE publication standards) <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12095/full>

	Inadéquat	Adéquat	Bien	Excellent
La revue réaliste est documentée selon les items de la liste RAMESES Reporting standards for realist syntheses,	<p>Les items clés sont manquants, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de question de recherche définie. • Le processus de revue est non rapporté ou limite (p. ex. méthode utilisée). 	<p>La majorité des items sont apportés. En particulier, les items suivants devraient être rapportés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Justification de la revue; • Objectifs et focus de la revue; 	<p>Tous les items sont rapportés clairement avec suffisamment de détails pour un lecteur externe de comprendre et de juger des méthodes utilisées et de la</p>	<p>Le rapport est bien écrit et facile à comprendre. Du matériel additionnel est mis à la disposition des lecteurs externes pour investiguer les aspects de la revue réaliste plus en détail.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Une explication limitée ou absente d'une adaptation faite de la revue réaliste. • Pas suffisamment de détails sont rapportés pour permettre au lecteur de juger de la plausibilité et la cohérence des résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les éléments de la méthode. 	<p>plausibilité et de la cohérence des résultats.</p>	
--	--	--	---	--

Tableau 8. Liste des items à inclure dans le rapport de revue réaliste (Wong et al., 2013, traduction libre)

Titre		
1.	Titre	Dans le titre, le document est identifié en tant que synthèse ou revue réaliste.
Résumé		
2.	Résumé	En plus de répondre aux critères de publication et de l'éditeur, le résumé devrait idéalement contenir les détails suivants : introduction/problème, question et objectifs, stratégie de recherche, méthode de sélection, évaluation, analyse, synthèse des sources, principaux résultats et implications pour la pratique.
Introduction		
3.	Justification de la revue	Explique pourquoi la revue est nécessaire et en quoi elle contribue aux connaissances sur le sujet à l'étude.
4.	Objectifs et focus de la revue	Statue les objectifs de la revue et/ou les questions. Définit et propose une justification pour le focus de la revue.
Méthode		
5.	Changement dans la revue	Tout changement prévu dans le processus de revue réaliste est brièvement décrit et justifié.
6.	Justification de la revue réaliste	Explique pourquoi la revue réaliste est considérée la méthode la plus appropriée à utiliser.
7.	Examiner la portée de la littérature	Décrit et justifie le processus initial d'exploration de la portée de la littérature.
8.	Stratégie de recherche	En considérant les critères de publication requis par le périodique, statue et justifie comment la recherche itérative a été réalisée.
9.	Sélection/appréciation des documents	Explique comment le jugement est posé et justifie l'inclusion ou l'exclusion des documents et des données extraites.
10.	Extraction des données	Décrit et explique quelles données ou informations sont extraites des documents inclus et justifie cette sélection.
11.	Analyse et synthèse des données	Décrit le processus d'analyse et de synthèse des données en détail. Cette section doit inclure l'information sur les construits analysés et décrire le processus d'analyse.
Résultats		
12.	Diagramme de flux	Fournit des détails sur le nombre de documents évalués pour inclusion dans la revue et les raisons d'exclusion à chaque étape en plus d'indiquer les sources d'origine (bases de données, listes de références et autres). Considérer les canevas suggérés, qui nécessitent des modifications.
13.	Documenter les caractéristiques	Fournit de l'information sur les caractéristiques des documents inclus dans la revue.
14.	Principaux résultats	Présente les principaux résultats avec un focus spécifique sur la théorie à développer et à tester.

Discussion		
15.	Résumé des résultats	Résume les principaux résultats, en prenant en considération l'objectif de la revue, les questions de recherche, le focus et les intentions de l'auditoire.
16.	Forces, limites et recherche future	Discute les forces et les limites de la revue réaliste. Devrait : considérer toutes les étapes du processus de revue et commenter les forces générales des données appuyant les conclusions qui en ont émergées.
17.	Parallèle avec la littérature existante	Lorsqu'applicable, compare et contraste les résultats de la revue avec la littérature existante sur le même sujet.
18.	Conclusion et recommandations	Énumère les principales implications des résultats et les place dans le contexte de d'autres écrits pertinents. Si approprié, offre des recommandations pour la politique et la pratique.
19.	Financement et conflits d'intérêt	Fournit des détails sur les sources de financement de la revue réaliste, si s'applique, le rôle des financeurs et les conflits d'intérêts.

Annexe 9

Atelier scientifique - implication des parties prenantes à la revue réaliste

Figure 24.

Programme du Colloque annuel de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQIISM)



36^e
COLLOQUE
ANNUEL

Retrouver l'essence
pour conserver le sens

 Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQIISM)

Journée de formation précolloque 29 mai 2019
Colloque 30 & 31 mai 2019
Château Mont-Sainte-Anne

PROGRAMMATION

Jeudi 30 mai 2019

15 H À 16 H – ATELIERS DU BLOC B

B-6 QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS EN MATIÈRE DE CONTENTIONS CHIMIQUES : VALIDATION EN SURFACE D'UN OUTIL D'ÉVALUATION

Catherine Hupé, Conseillère cadre clinicienne en soins infirmiers et candidate au doctorat en sciences infirmières, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières
Caroline Larue, Professeur titulaire et vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Description : Cet atelier s'inscrit dans la validation en surface d'une définition de contention chimique et des items d'un outil d'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Cet outil, développé au Québec dans le cadre d'un doctorat, vise à soutenir l'amélioration des pratiques infirmières et favorise une culture de mesures alternatives.

Objectifs :

- Réfléchir sur la problématique des contentions chimiques et sur les enjeux entourant l'évaluation de la qualité des soins.
- Poser un regard critique sur la définition de la contention chimique proposée, afin de formuler des commentaires, s'il y a lieu.
- Prendre connaissance de 28 énoncés de normes de qualité des soins infirmiers, afin de partager leur opinion sur la clarté et la pertinence de ces énoncés en lien avec le domaine des soins infirmiers en santé mentale.

Annexe 10

Résultats généraux de la technique Delphi

■ Tableau 10. *Résultats généraux de la technique Delphi*

Validation Delphi	Ronde 1 (n = 20)				Ronde 2 (n = 17)		Principaux commentaires des panelistes
	Clarté		Pertinence		Clarté		
	Accord n (%)	Désaccord n (%)	Accord n (%)	Désaccord n (%)	Accord n (%)	Désaccord n (%)	
Définition de contention chimique [ou sédation des symptômes comportementaux]	90,0	10,0	95,0	5,0	N/A	N/A	Suggère des motifs d'usage inappropriés : errance, agressivité verbale
28 normes de qualité des soins	87,0	13,0	95,0	5,0	98,0	2,0	Contenu de l'outil et sujet de recherche pertinents
Total des 28 normes - 2 rondes	Clarté : 90,0%		Pertinence : 95,0%				
Total des 29 énoncés - 2 rondes	Clarté : 90,0%		Pertinence : 95,0%				

Annexe 11

Résultats détaillés par expert et informateur clé

Énoncé	EXP01		EXP02		EXP03		EXP04		INF05		EXP06		INF07		EXP08		EXP09		INF10	
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
19. Documentation au dossier	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
20. Plus faible dose efficace	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	3	1	1	1	2	2	2	1
21. Respect de l'usager-proche	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	3	2	1	1
22. Jugement clinique	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1
23. Compétences infirmières	3	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
24. Implication des gestionnaires	1	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
25. Communication	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
26. Santé psychologique travail	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	3	1	1
27. Partenariat usagers et équipe	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
28. Culture de réduction	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	3	1

Note. C. Clarté; P. Pertinence
Rappel de la légende

Clarté

1. Très clair
2. Clair
3. Ambigu
4. Incompréhensible

Pertinence

1. Très pertinent
2. Pertinent
3. Peu pertinent
4. Non pertinent

Tableau 15 (suite). Ronde 1. Résultats individuels par expert (EX) et informateurs clés (INF) (suite) 11 à 20

Énoncé	INF11		INF12		EXP13		EXP14		EXP15		EXP16		INF17		EXP18		INF19		INF20	
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
Définition CCSSC	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2
1. Protocole ou règlement	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2
2. Information aux usagers-proches	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1
3. Personnel suffisant	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1
4. Formation du personnel	2	2	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
5. Allocation de ressources	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	1
6. Activités et divertissements	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2
7. Revue de la médication	2	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3
8. Lieux physiques	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2
9. Évaluation pré administration	2	2	1	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1
10. Mesures alternatives	2	2	1	1	3	1	2	2	1	1	2	1	1	3	3	1	3	2	1	1
11. Justification par un danger	2	2	1	1	3	1	2	3	3	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2
12. Surveillance post médication	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	3	1	3	1	3	2	3	2
13. Participation usager-proche	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2
14. Participation équipe inter	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2
15. Consentement	3	--	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16. <i>Debriefing</i> post intervention	2	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2
17. Bénéfices-risques	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
18. Voie orale ou sublinguale	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1

Énoncé	INF11		INF12		EXP13		EXP14		EXP15		EXP16		INF17		EXP18		INF19		INF20		
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	
19. Documentation au dossier	2	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
20. Plus faible dose efficace	2	2	1	1	3	1	3	2	1	1	2	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1
21. Respect de l'utilisateur-proche	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
22. Jugement clinique	2	2	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2
23. Compétences infirmières	2	2	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	3	2	2
24. Implication des gestionnaires	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
25. Communication	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2
26. Santé psychologique travail	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	2	2
27. Partenariat usagers et équipe	2	2	1	1	1	2	3	2	3	3	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2
28. Culture de réduction	2	2	1	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1

Note. C. Clarté; P. Pertinence
Rappel de la légende

Clarté

1. Très clair
2. Clair
3. Ambigu
4. Incompréhensible

Pertinence

1. Très pertinent
2. Pertinent
3. Peu pertinent
4. Non pertinent

Tableau 16. Ronde 2. Résultats individuels par expert (EX) et informateurs clés (INF) 1 à 10

Énoncé	EXP01		EXP02		EXP03		EXP04		INF05		EXP06		INF07		EXP08		EXP09		INF10	
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
9. Évaluation pré administration	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-			1	-	2	-			2	-
10. Information usagers-proches	1	-	1	-	1	-	2	-	1	-			1	-	1	-			2	-
11. Justification par un danger	1	-	2	-	1	-	1	-	1	-			1	-	1	-			1	-

Note. C. Clarté; P. Pertinence
Rappel de la légende à la suite.

Tableau 16 (suite). Ronde 2. Résultats individuels par expert (EX) et informateurs clés (INF) 11 à 20

Énoncé	INF11		INF12		EXP13		EXP14		EXP15		EXP16		INF17		EXP18		INF19		INF20	
	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P	C	P
9. Évaluation pré administration	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-			1	
10. Mesures alternatives	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	3	-	1	-	1	-			2	
11. Justification par un danger	1	-	1	-	1	-	2	-	1	-	1	-	1	-	1	-			2	

Note. C. Clarté; P. Pertinence
Rappel de la légende

Clarté

1. Très clair
2. Clair
3. Ambigu
4. Incompréhensible

Pertinence

1. Très pertinent
2. Pertinent
3. Peu pertinent
4. Non pertinent

Annexe 12

Liste de vérification - rapport de la technique Delphi

■ Tableau 19. Rubriques à inclure au rapport de la technique Delphi (Hasson et al., 2000, traduction libre)

Rubrique	Critère
Problème de recherche	Clairement identifié
Justification de la recherche	Justification du sujet et de la méthode
Revue de la littérature	Précision du sujet à l'étude
Méthode	Collecte de données : explication claire de la méthode Delphi
	Rondes : nombre et résumé de chacune
	Échantillon : sélection des experts et caractéristiques
	Enjeux de fiabilité et de validité discutés
	Interprétation statistique : directives aux lecteurs
	Considérations éthiques : envers les experts et la communauté
Analyse des données	Taux de réponse de chaque ronde
	Ronde 1 : présentation de tous les enjeux de non-consensus
	Ronde 2: présentation des résultats indiquant les faits saillants
Discussion et conclusion	Enjeux de non-consensus
	Interprétation du consensus atteint ou non atteint
	Direction des recherche futures selon les conclusions
Annexes	Copie des questionnaires de chaque ronde

Annexe 13

Mise à l'épreuve théorique du contenu des items d'E-value-action

Tableau 20. Mise à l'épreuve théorique du contenu des items d'E-value-Action

Définition opérationnelle	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post validation	Citations intégrales
<p>La contention chimique, ou sédation des symptômes comportementaux, compte parmi les mesures de contrôle à éviter en établissements de santé, mais aussi parmi les mesures de sécurité utilisées en dernier recours pour la protection des personnes. Il s'agit d'une intervention, à un moment et contexte donnés, qui implique une :</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>The notion of using medication to take control was discussed by all participants as a means of maintaining patient and staff safety on the inpatient acute mental health unit (p.35).</p> <p>[...] medication was deemed necessary for control purposes (p.35).</p> <p>Chemical restraint medications were considered safer than the alternatives of seclusion and mechanical restraint, and an ethical practice intended to prevent greater harms (p.42)</p> <p>Muir-Cochrane et al. (2020, qualitative synthesis)</p> <p>A key justification for the use of chemical restraint was one of safety, that is, maintaining the safety of service users, visitors, and staff (p.)</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>c'est très, très important pour moi de faire les choses de façon très sécuritaire, même si on est un petit peu énervés tout le monde. Il faut prendre le temps de faire les choses comme il le faut et on veut que personne ne se blesse. (Inf 9, p.5)</p> <p>on ne veut pas que personne [...] se fasse blesser là (p.)</p> <p>De manière générale, les participantes associent la contention chimique à la sédation [...] (p.69).</p>

Définition opérationnelle	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post validation	Citations intégrales
<p>A. médication d'urgence (STAT), au besoin (PRN), régulière (DIE, BID, QID, etc.) ou en perfusion continue, possédant des propriétés sédatives (ex. psychotrope, anxiolytique, hypnotique, analgésique, anesthésique)</p>	<p>Robins et al. (2021)</p> <p>Explicit definitions of chemical restraint reported “medication classes” in three explicit definitions, e.g., “use of psychotropics, hypnotics, or anxiolytics” [47]. However, no studies listed the specific medications used (p.11).</p> <p>'Frequency' of use was referred to in nine data collection approaches (p.12).</p> <p>'As needed or standard procedure' was reported in four data collection approaches, for example “either a regular neuroleptic drug was prescribed or the resident had consumed the drug as needed” [45] (p.12).</p> <p>Australian Government (2021)</p> <p>Chemical restraint is the practice or intervention that is, or that involves, the use of medication or a chemical substance (p.6)</p> <p>Examples of chemical restraint are administration of any medication, including prescribed, pro re nata (prn or as required) and over the counter medication, to a consumer [...] (p.6).</p> <p>Danda (2020) (sedatives proprieties)</p> <p>The terms “snowed,” and “knocked out,” were used to describe the situation of giving patients medication that heavily or overly sedated them [...] (p.10).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>dans une situation ponctuelle (p.69). [...] en situation d'urgence (p.69).</p>

Définition opérationnelle	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post validation	Citations intégrales
<p>b) administrée dans l'intention de prévenir ou contrôler des comportements, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • présentant un danger de blessure pour la personne ou pour autrui tels que la violence et l'agressivité verbale ou physique ou • nuisibles à l'intervention diagnostique ou au plan thérapeutique tels que se lever, toucher ou retirer l'équipement de soins (ex. s'extuber) ou bouger lors d'un examen sensible au mouvement ou • dérangeants, occasionnant une surcharge aux intervenants ou jugés inappropriés, tels que l'errance et les cris; 	<p>Muir-Cochrane et al. (2021, feb.) quickly suppressing violence and aggression</p> <p>Robins et al. (2021) The intent to 'control behaviour' was found for two chemical restraint data collection approaches (p.12).</p> <p>Australian Government (2021) the administration [...] for the primary purpose of influencing a consumer's behaviour [...] which influences, moderates or controls their behaviour.</p> <p>Robins et al. (2021) [...] one definition mentioning organizational convenience, i.e., "any drug prescribed out of organizational convenience" [23].</p> <p>Danda (2020) Terms that indicated a sense of forced control, "take down," and "bring them down," [...].</p> <p>The patient requiring chemical restraint was described as angry, agitated, disorganized, and aggressive. Common worrisome patient behaviours identified were swearing, pacing, suicidal acts, and violent acts (verbal and physical) (p.37).</p> <p>violence, self-harm [...] risk of staff injury (p.36). [...] a lot of the time they are verbally and physically violent (p.36).</p> <p>Chemical restraint was used by participants as a means of managing the milieu (or atmosphere) of their inpatient mental health units. The descriptions of the inpatient units included the words "chaos" (Participant 4) and "unsettled" (Participant 3) with the choice to use PRN medications sometimes being dependent on the impact of behaviours of one patient on the other patients admitted to the unit (p.35).</p>

Définition opérationnelle	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post validation	Citations intégrales
	<p>The nature of the acute inpatient unit was described as busy, with nurses sometimes feeling overwhelmed, turning to the use of chemical restraint medication as a means of keeping the unit calm and controlled (p.35)</p> <p>participants also discussed the place of medications as a means of providing therapeutic interventions to patients (p.38).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>certaines participantes jugent inconcevable le fait de ne pas administrer de contention chimique à un patient qui présente des comportements pouvant causer des lésions à lui-même ou à autrui (p.73).</p> <p>Cette infirmière utilise la métaphore du froid, tel le froid dans une relation, une action ou une opération à froid : « Sans médication, bin non, parce que j'imagine contensionner quelqu'un, puis ne pas lui donner d'injection, ça va être deux fois plus paniquant pour lui. (...) Sinon là, ça serait froid là. » (Inf 5) (p.74).</p> <p>Pour elle, la contention chimique est une manière de rétablir le sens, l'ordre dans l'unité (p.61).</p> <p>Dans l'exemple qui suit, un intervenant voudrait faire cesser les cris d'un patient qui affectent le climat sur l'unité. Toutefois, le PRN est jugé non pertinent par l'infirmière, qui refuse de l'administrer (p. 90).</p> <p>Bin, il y a des fois où, [...] il en aurait pas nécessairement besoin, mais [l'intervenant psychosocial] souvent fait : « bin oui, mais là il n'arrête pas de sauter partout, il est en manie » (p.90).</p> <p>La prévention est importante pour toutes les participantes (p.66).</p>

Définition opérationnelle	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post validation	Citations intégrales
<p>c) et/ou administrée dans le même but que la contention physique ou l'isolement, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour éviter une contention physique ou un isolement ou • simultanément à la contention physique ou à l'isolement; 	<p>Danda (2020)</p> <p>they end up in a security room, and really the only way to get them out initially is medication (p.36).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>certaines participantes jugent inconcevable le fait de ne pas administrer de contention chimique à un patient qui présente des comportements pouvant causer des lésions à lui-même ou à autrui tel que l'utilisation de contentions mécaniques est jugée nécessaire (p.68).</p> <p>De manière générale, la contention chimique en injection est administrée automatiquement en combinaison à la contention mécanique. « Quand t'es rendu à être obligé de mettre les contentions physiques [mécaniques] à un patient, c'est parce qu'il a besoin de contentions chimiques aussi là. » (Inf 13) (p.70).</p> <p>Le PRN est administré pour minimiser le temps d'application des contentions mécaniques : « ... puis je pense que [sans contention chimique] ça serait vraiment plus long que la personne prenne, tu sais, retrouve son calme, fait que, elle serait en contention [mécanique] bien plus longtemps. » (Inf 3) (p.70).</p> <p>L'isolement peut être utilisé seul tandis que les autres types de mesures de contrôle sont habituellement utilisés en combinaison (p.66).</p> <p>... moi j'ai bin de la misère à penser que je pourrais me faire attacher ou attacher un patient, puis de pas lui donner de médication pour euh, diminuer la tension puis l'agitation. C'est ensemble, c'est comme si on ferait une opération sans anesthésie, moi je le vois de même (Inf 14) (p.74).</p>
<p>d) et/ou administrée sans consentement, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à une personne n'ayant pas consenti ou qui refuse la médication ou • dont le représentant n'a pas consenti ou 	<p>Muir-Cochrane et al. (2020, dec.)</p> <p>The drugs were administered either to nonconsenting people to manage/calm uncontrolled behaviours in emergency settings (emergency departments, acute psychiatric intensive care wards), or they were administered with patient consent</p>

Définition opérationnelle	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post validation	Citations intégrales
refuse d'accorder un consentement verbal ou écrit.	<p>as treatment modalities for mental health–associated behaviours during longer-term inpatient admissions.</p> <p>Seyer-Forgert (2020)</p> <p>Son administration peut se faire avec ou sans le consentement (p.16). avec ou sans consentement (p.66).</p>
Ne correspond à aucun énoncé de notre cadre théorique	<p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>La contention chimique est donc requise pour soulager l'expression d'une détresse extrême (p.63).</p> <p>Pour les infirmières, c'est cette souffrance, source de la perte de contrôle et du risque de lésion subséquent, qui est l'objectif du PRN (p.72).</p> <p>En choisissant le recours à la contention chimique l'infirmière vise le soulagement d'une souffrance mentale (p.72).</p> <p>La pression des pairs est liée au recours à la contention chimique.</p> <p>des fois ils sont à deux ou trois [collègues contre moi]. Des fois, je suis tout seul infirmier là. (...) Oui, j'ai des fois de la pression, souvent j'ai de la pression : [intervenant psychosocial] « Ah, lui il faut, il faut un PRN. » Des fois ils sont rapides sur la gâchette (...) des fois je sens de la pression. (Inf 4) (p.91).</p> <p>Certaines infirmières ont vécu de l'intimidation, une autre forme de pression des pairs : ... à un moment donné là, c'était même de l'intimidation là, j'ai pas voulu donner le PRN, le premier PRN, que j'ai pas voulu céder à la pression, la personne a pris le dossier, puis bang devant moi là « C'est un PRN qu'il lui faut, tabarnak!, puis là, il y a personne pour lui en donner. » (Inf 8) (p. 93)</p> <p>D'autres ont eu peur de représailles suite à leur décision d'intervenir ou non contre le gré du patient : « ... des fois les équipes ne sont pas faciles. On peut avoir des représailles, on peut se faire dire des choses et ce n'est pas facile, il faut avoir la carapace très solide pour, pour aller au-delà de ça... » (Inf 9, p.9). Les</p>

Définition opérationnelle	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post validation	Citations intégrales
	<p>pressions en provenance de l'équipe sont persistantes et l'infirmière doit trouver une manière de composer avec celles-ci : « Bin les pressions externes sont tout le temps-là. Ça prend du caractère, quelqu'un qui est capable de dire les vraies affaires. » (Inf 8) (p.93-94).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>Le stress et ces conséquences peuvent déstabiliser l'infirmière ce qui peut, par la suite, influencer ses décisions quant au recours à la contention chimique (p.94).</p>

Tableau 20. Mise à l'épreuve théorique du contenu des items d'E-value-Action (suite)

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
<p>S1.</p> <p>Descriptif</p> <p>L'organisation fait la promotion d'un protocole, programme ou règlement encadrant l'usage des contentions chimiques ou la sédation des symptômes comportementaux.</p> <p>Les questionnaires encouragent l'utilisation, par exemple, d'un programme portant sur la réduction de l'ensemble des mesures de contrôle incluant la contention chimique, d'un protocole de sédation ou d'une politique sur l'usage des antipsychotiques. Ce protocole, programme ou règlement peut être interne à l'unité de soins ou s'appliquer à l'ensemble de l'établissement.</p>	<p>Muir-Cochrane (2020)</p> <p>Thus, the pharmacological management of aggressive and violent behaviour (also known as challenging behaviour) requires specific protocol recommendations for clinicians of a given center or agency (p.)</p> <p>Muir-Cochrane (2020, avril)</p> <p>Clinicians need to [...] have specific protocols for the use of chemical restraint.</p> <p>Danda (2020)</p> <p>despite lack of clear guidelines (p.41)</p>	
<p>S2.</p> <p>Descriptif</p> <p>Des sources d'information sur la contention chimique ou la sédation des symptômes comportementaux sont disponibles pour les usagers et leurs proches.</p> <p>Il peut s'agir, par exemple, de statistiques diffusées au public sur l'usage des antipsychotiques, d'un guide d'information (dépliant, brochure) ou d'un plan d'enseignement structuré permettant au personnel soignant d'informer l'utilisateur et ses proches sur la médication aux propriétés sédatives.</p>		
<p>S3.</p> <p>Descriptif</p> <p>De façon générale, le personnel en fonction au sein de l'unité est en nombre suffisant.</p> <p>Cela signifie que le nombre d'infirmières et de personnel soignant en fonction sur l'unité de soins est approprié considérant le nombre</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>Interventions like chemical restraint may be becoming more prevalent because of workplace challenges like staff shortages (p.33)</p>	

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	d'usagers et leur état clinique, le temps requis pour accomplir les tâches et la lourdeur de celles-ci. L'équipe de soins est habituellement complète (ex. les absences sont remplacées), ce qui est favorable à la gestion efficace des symptômes comportementaux et un usage sans excès de la médication aux propriétés sédatives.	<p>Hawsawi (2020)</p> <p>However, with the lack of resources such as staff, [...], some nurses felt they had no choice but to apply coercive practices (Chapman et al. 2020).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>Ces interventions [de soutien] sont appréciées par les infirmières et devraient, selon elles, être réalisées de manière plus fréquente. Toutefois, elles partagent ne pas pouvoir les utiliser aussi souvent qu'elles le souhaiteraient par manque de temps et de ressources :</p> <p>"C'est sûr, mais encore là, il y a souvent la même, sûrement, préoccupation, moi à tous les centres [les autres hôpitaux où elle travaille ou a travaillé] le manque de temps, puis le manque de personnel, puis il y en aurait là on pourrait, combien de fois qu'on pourrait s'asseoir avec le patient, jaser, puis que l'anxiété, elle diminue de moitié si pas totalement, puis on donnerait pas mal moins de pilules, je suis pas mal sûr là" (p.65).</p>
S4.	Les membres réguliers de l'équipe de soins ont reçu une formation appropriée.	Danda, 2020
Descriptif	Il peut s'agir d'une formation théorique au sujet de la médication aux propriétés sédatives, sur les mesures de contrôle incluant la contention chimique ou sur la sédation des symptômes comportementaux. Il peut également s'agir d'entraînement (coaching) pratique sur la gestion des symptômes comportementaux.	<p>Lack of training (p.41).</p> <p>No participants identified formal training that they had received in the use of chemical restraint interventions. You kind of learn as you go, but mainly I learned in my preceptorship. My preceptor taught me about all the different PRNs [...] [Psychiatres et pharmaciens] they kind of teach you about it...I feel like I'm still learning, [...] just taking note of, I would say, more experienced nurses, and how their practice is, and what they do. I can't think of a more, like more formal education than that (p.40).</p> <p>There was a lack of formal training that involved best practice with respect to the current evidence on chemical restraint practice (p.41).</p>

Normes	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation	Citations intégrales
	<p>Nurse education in the clinical decision-making process to help nurses identify early signs of escalation and to promote de-escalation strategies (Eskandari et al., 2018) (p.42).</p> <p>Hawsawi et al. (2020)</p> <p>However, with the lack of resources such as [...] training and education that could facilitate effective alternatives, some nurses felt they had no choice but to apply coercive practices (Chapman et al., 2016)</p> <p>Muir Cochrane (2020, sept)</p> <p>Mental health nurses require adequate preparation and ongoing professional development to provide evidence-based physical care [...].</p> <p>Muir-Cochrane (2020, février)</p> <p>The continuing use of chemical restraint indicates a requirement for the education and training needs of staff in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of the medications prescribed.</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>Les programmes de formation ne considèrent pas les complexités du processus décisionnel du recours aux mesures de contrôle ou la complexité des contextes dans lesquels ces situations se déroulent (Lindsey, 2009; Morrison & Love, 2003) (p.20).</p>
<p>S5. L'organisation alloue les ressources matérielles et financières nécessaires.</p> <p>Descriptif Renvoie à l'attribution de budgets et de matériel pour maintenir ou améliorer les soins en matière de contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux. Il peut s'agir, pour les gestionnaires, d'assurer la disponibilité d'appareils à signes vitaux fonctionnels et de matériel de réanimation. Il</p>	

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	peut aussi s'agir de rendre disponible des outils de dépistage et d'évaluation du niveau de conscience, de la douleur, de l'agitation, de la violence ou du délirium.	
S6.	Des activités sociales sont organisées et des sources de divertissement sont disponibles pour les usagers.	Danda (2020)
Descriptif	Il peut s'agir, par exemple, de jeux de société, de séances de musicothérapie, de groupes de marche. Ces activités ne s'applique habituellement pas en soins aigus, incluant les unités de soins généraux, l'urgence générale ou psychiatrique et les soins critiques.	<p>There's also...common areas with TVs... like a lot of resources for the patients to be able to...calm down or spend alone time. Which I think is very helpful (p.40).</p> <p>There is an outdoor balcony, so it is a locked unit, but there is an outdoor balcony that you can go out on and have fresh air at any time. [...] That makes a huge difference a lot of times when people are getting agitated, they can just go to their own room and calm down on their own (p.40).</p> <p>They have the TV room...it's super tiny. And basically it just fits, maybe six seats, and it's one TV and one remote with 12 patients, who have nothing else to do so...they're not allowed anything...crayons, they can have crayons, and they can have some magazines, and that's it. Like, there's literally nothing else to do...so, really they're stuck there, for weeks and there's nothing to do. So then they just get into fights with others patients (p.39).</p>
S7.	Une routine de révision systématique de la médication des usagers est appliquée au sein de l'unité.	Seyer-Forget (2020)
Descriptif	La révision prévue peut comprendre l'examen du profil pharmacologique de l'usager et la réévaluation de la pertinence de maintenir la médication prescrite. Cette révision est habituellement effectuée en interdisciplinarité et peut inclure l'usager et sa famille. Elle s'effectue selon une fréquence prédéterminée, par exemple, une fois par jour, une fois par semaine.	<p>Donc, j'essaye toujours de calculer, de voir loin et projeter dans le futur proche pour voir comment je vais faire, est-ce que je le donne, est-ce que je ne le donne pas? Des fois, c'est catégorique je dis : Je ne le donne pas. Mais, quand j'ai un doute, je sais que j dois un peu plus [évaluer]. (Inf 4</p>

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
<p>S8.</p> <p>Les lieux physiques sont propices à la gestion sécuritaire des symptômes comportementaux.</p> <p>Descriptif</p> <p>L'espace de travail disponible permet au personnel soignant d'intervenir librement et de façon sécuritaire. Par exemple, des chambres ou espaces privés peuvent être aménagées pour les usagers agités ou violents.</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>Chemical restraint medication was identified as a strategy used to overcome environmental challenges of older, poorly designed, overcrowded, or overly restrictive patient care areas. meaning that the only viable choice was to adapt by using medication as a means of controlling patients in environments not designed for acute mental health patients.</p> <p>There's lots of stimulation. If you were feeling really agitated there's nowhere you can go that's quiet to calm down. ...If you already are agitated that environment is not going to help (p.40).</p> <p>So there's a lot of medication given in there just because physically if they had a better set up they would be able to calm themselves a little bit easier (p.39).</p> <p>All the patients here have private rooms. So they have their own private space. [...] To be able to calm down and spend time alone. Like if you have one elevated patient who's really needs some quiet space but you really don't have that room, I think that that can be disastrous. So, yeah, the fact that the layout of here, I think is really therapeutic for, for our patients. It really helps (p.40).</p> <p>Incidents were identified where chemical restraints could have been avoided if the workplace environment was better designed and better resources were available to support non-medication interventions (p.42).</p>	
<p>P9.</p> <p>Une évaluation infirmière est effectuée avant l'administration de la médication.</p> <p>Descriptif</p> <p>L'évaluation avant d'administrer la médication aux propriétés sédatives peut comprendre, selon le cas, les éléments suivants : mesure des signes vitaux, examen clinique, dépistage du délirium, évaluation de l'environnement, évaluation de la douleur, recherche d'antécédents de comportements dangereux, recherche de contre-indications à la médication et identification des causes du comportement.</p>	<p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>« [...] quand on donne l'Ativan, on est censés prendre les signes vitaux avant, pendant, après, sinon on va se le dire, c'est très rare que c'est fait, moi la première qui ne le fais pas ou peu » (p.113)</p> <p>[...] en évaluant le patient dans sa globalité, de manière holistique tenant compte de l'état physique et mental du patient, en analysant le comportement actuel dans l'entièreté du vécu de la personne, en regardant au-delà du comportement (p.126).</p>	

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	L'évaluation doit avoir été effectuée immédiatement avant l'administration ou minimalement à l'intérieur du quart de travail de l'infirmière, soit dans les dernières 8 ou 12 heures (selon la durée du quart).	
P10.	Des mesures alternatives à la médication sont tentées par l'équipe de soins.	Seyer-Forget (2020)
Descriptif	Ces mesures réfèrent, par exemple, aux interventions environnementales, psychosociales, au soulagement de la douleur et à toute intervention non pharmacologique visant la réponse aux besoins de la personne pour éviter ou réduire l'usage de la médication. Le soutien d'intervenants <i>champions</i> (ex. infirmier clinicien dédié à la gestion des symptômes comportementaux, intervenants du code d'urgence en cas d'agression) compte parmi les mesures alternatives.	<p>Ces interventions [de soutien] sont appréciées par les infirmières et devraient, selon elles, être réalisées de manière plus fréquente.</p> <p>"s'asseoir avec le patient, jaser, puis que l'anxiété, elle diminue de moitié si pas totalement, puis on donnerait pas mal moins de pilules, je suis pas mal sûr là" (p.65).</p> <p>Lorsque les mesures alternatives échouent, le recours aux mesures de contrôle devient une option envisagée (p.66).</p> <p>Les mesures de remplacement doivent être utilisées avant de recourir aux mesures de contrôle. Pour toutes les infirmières, il y a des mesures alternatives possibles afin d'éviter de recourir au PRN contre le gré ou alors pour en retarder l'utilisation et ainsi diminuer sa fréquence d'utilisation. Elles identifient trois grands types de mesures alternatives disponibles, soit les activités de diversion, les interventions de soutien et l'administration consentie, préventive, de PRN (p.64).</p>
P11.	Un comportement dangereux justifie le recours, par l'équipe de soins, à la contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux.	Seyer-Forget (2020)
Descriptif	« Dangereux » signifie qu'il y a danger réel et imminent de blessure ou de préjudice pour la personne ou pour autrui. Les exemples suivants constituent des comportements dangereux : hurler vers autrui, menacer, pincer, griffer, mordre, frapper, bousculer, cracher,	La contention chimique est utilisée dans une situation précise afin de résoudre une crise d'agressivité potentiellement destructrice. [...] Tu sais, pour pas qu'il se blesse, puis pour pas qu'il ne blesse personne non plus puis parce qu'il n'est vraiment pas bien là... (Inf 13) y'a un risque de lésions, on applique quelque chose (Inf 3) (p.69).

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	<p>briser des objets ou les utiliser pour blesser, retirer des équipements (ex. tube endotrachéal). Ne sont pas considérés comme des dangers réels : agitation verbale sans agressivité, (ex. paroles répétitives, sons, cris) et agitation physique ou toute action sans agressivité (ex. errer, déambuler, mettre objets inappropriés dans sa bouche, gestes indécents, se déshabiller, accumuler des objets, se réveiller la nuit). La prévention d'un comportement (ex. résistance aux soins d'hygiène) n'est pas considérée comme une justification appropriée.</p>	<p>Parce que si on considère que la contention chimique c'est une méthode euh restrictive, puis exceptionnelle bien, ça veut dire qu'il y a un danger imminent (Inf 11) (p.85).</p>
<p>P12.</p> <p>Descriptif</p>	<p>Une surveillance appropriée est assurée suite à l'administration de la médication.</p> <p>Dans un contexte de médication régulière, cela signifie que la fréquence minimale de surveillance prescrite ou recommandée selon la routine de l'unité est respectée par l'équipe de soins. Dans un contexte de médication d'appoint (PRN), la surveillance post administration des réactions et réponses de l'utilisateur doit être plus fréquente que la routine usuelle et ce, jusqu'à résorption du comportement à risque. En tout contexte, cette fréquence de surveillance doit être adaptée selon le type de médication, la dose et selon les antécédents de l'utilisateur (ex. réactions antérieures, facteurs de vulnérabilité aux médicaments).</p>	<p>Agrément Canada (2020)</p> <p>(Critère à priorité élevée) Les usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques sont surveillés. Conseils : Un protocole est suivi pour surveiller et consigner l'état des usagers qui ont reçu des sédatifs ou des narcotiques</p> <p>Muir-Cochrane (2020, avril)</p> <p>This supports the need for close monitoring of chemically restrained patients.</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>J'y vais aux quinze minutes (p.118).</p>
<p>P13.</p> <p>Descriptif</p>	<p>L'utilisateur-proche a/ont la possibilité de participer aux soins.</p>	<p>Danda (2020)</p>

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	<p>La participation de l'usager et/ou de son proche peut être sollicitée, par exemple, pour l'identification des causes du comportement à risque et des mesures alternatives à la médication, pour la prise de décision (administrer ou non), pour l'élaboration du plan d'intervention ou pour la révision de la pertinence de la médication. Cela s'applique lorsque la situation de l'usager-proche le permet (niveau de conscience, collaboration, présence du proche).</p>	<p>Research findings support the inclusion of patients in care planning decisions to strengthen the therapeutic relationship between nurse and patient and decrease patient perception of coercion (Sheehan & Burns, 2011) (p.44).</p> <p>Muir-Cochrane (2020, février)</p> <p>This aspect of the findings adds to the minimal literature on chemical restraint and suggests that involving service users in decisions about their own plan of care when acutely unwell, regarding their preferred choice of restraint if and when necessary, could provide at least some autonomy to the individual in care.</p> <p>Muir-Cochrane (2020, avril)</p> <p>Patient preference regarding various forms of restraint is thus an important consideration.</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>Tu sais, je vais, la mesure du possible, compte tenu que le patient, je suis une figure qu'il connaît, je vais essayer d'être au-devant, puis de lui parler, puis de lui dire : Regarde, on est rendu là là, est-ce que tu veux collaborer avant qu'on se rende plus loin là? (Inf 6) (p.67)</p>
P14.	Les membres de l'équipe interdisciplinaire ont la possibilité de participer aux soins.	Danda (2020)
Descriptif	<p>Des intervenants autres qu'infirmiers, soit professionnels (pharmacien, médecin, travailleur social) ou non professionnels (préposé aux bénéficiaires, intervenant spirituel, agents de sécurité) sont appelés à participer aux soins en matière de contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux. Ils peuvent, selon leur champ de pratique respectif, collaborer à l'identification des causes du comportement à</p>	<p>Speaking with the... psychiatrist and the pharmacist as well... Because some psychiatrists prefer you to use different...Ativan and loxapine are like the go-to usually. But sometimes if that's not effective for people, or if they, if the psychiatrist wants to try something else, then they'll let you know.</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>la décision d'administrer une contention chimique ou d'appliquer une contention mécanique est prise par consensus, la décision de ne pas y recourir (et de</p>

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	risque et des mesures alternatives à la médication, à la prise de décision (administrer ou non), à l'élaboration du plan d'intervention ou à la révision de la pertinence de la médication.	poursuivre les mesures alternatives) peut être divergente au sein de l'équipe (p.89).
P15.	Un consentement éclairé est obtenu ou recherché auprès de la personne et/ou de son représentant légal.	Seyer-Forget (2020)
Descriptif	Le consentement peut être demandé verbalement ou par écrit par l'infirmière. Le terme <i>éclairé</i> implique que des explications sont données à l'usager-proche sur la médication aux propriétés sédatives (effets souhaités, effets indésirables). Si la personne est inapte à consentir, l'infirmière a tout-de-même tenté d'informer l'usager-proche et d'obtenir le consentement avant l'administration de la médication.	Devoir aller à l'encontre de la volonté du patient est déstabilisant (p.102) [discours du patient rapporté par infirmière] oui je n'étais pas d'accord mais tu étais correct avec moi, tu m'as tout expliqué les étapes [...] (p.84). « Si je me sens obligée d'aller à l'injection je lui dis par exemple aussi. Je fonctionne comme ça moi. (...) Il y a une affaire que je ne fais jamais, c'est des cachettes au patient. Ça je n'en fais pas. » (Inf 1) (p.116). Cette infirmière explique ses gestes et l'intention de ses gestes au patient (p.118). Devoir forcer un patient à prendre un traitement fait vivre de la détresse à l'infirmière qui, de ce fait, va à l'encontre de l'idéal de son rôle professionnel ...pour moi l'idéal [serait] (...) que le patient, il se gère hein? (...) qu'il accepte que de temps en temps on prend un PRN (p.103).
P16.	Lorsque la médication a été administrée dans un contexte d'urgence ou d'intervention non planifiée, un retour sur l'événement est effectué avec l'usager et/ou son proche par le personnel soignant.	Seyer-Forget (2020)
Descriptif	Le retour (<i>débriefing</i>) sur la situation d'urgence ou inhabituelle peut s'effectuer, par exemple, dans le cadre d'une discussion informelle au chevet ou d'une rencontre interdisciplinaire en présence de l'usager-proche. Les éléments	Les infirmières réalisent un retour après l'intervention afin de faciliter la réparation de la relation (p.84) quand il devient plus calme, bin là, on peut y retourner puis dire : Comment t'as vécu ça? Qu'est-ce que tu peux faire la prochaine fois avant d'en arriver là? » (Inf 6) (p.111).

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	suivants sont habituellement discutés entre l'équipe et l'usager : causes du comportement, actions des personnes impliquées, mesures alternatives utilisées ou non utilisées, impacts de la décision d'utiliser la contention chimique ou la sédation des symptômes comportementaux, plan d'intervention.	<p>Puis, va falloir faire un retour avec lui éventuellement, faut le laisser se reposer, quand il va être correct on va retourner puis dire : Écoutez là, ça peut pas marcher, qu'est-ce qui se passe dans ce temps-là (p.112).</p> <p>Faire un retour avec le patient est l'intervention principale mentionnée pour pallier les conséquences de l'intervention (p.112).</p>
P17.	<p>L'équipe de soins s'assure que les effets bénéfiques de la médication donnée surpassent les effets indésirables chez l'usager.</p> <p>Descriptif L'équipe soignante demeure à l'affut des effets bénéfiques et indésirables et ce, dans les meilleurs intérêts de l'usager. Cela signifie que les effets bénéfiques, par exemple, la réduction de l'agitation et le bien être (reposer calmement, confort), surpassent les effets indésirables chez l'usager, par exemple, la somnolence accrue, les risques de chute, l'hypotension et le délirium.</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>[...] the benefit [of the medication] does not outweigh our safety risk. (Participant 6) (p.36).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>Je ne veux pas que ça arrive (blessure/préjudice), c'est pour ça que toujours, j'y pense. Je fais tout le temps ça, est-ce que je le donne, est-ce que je ne le donne pas?</p> <p>afin de retrouver un certain équilibre professionnel, l'infirmière s'appuie sur deux principes : 1) faire plus de bien que de mal et 2) le respect (p.110).</p>
P18.	<p>La voie orale ou sublinguale est suggérée à l'usager en premier lieu lorsque la prescription médicale le permet.</p> <p>Descriptif La voie orale ou sublinguale est privilégiée à la voie intramusculaire ou intraveineuse pour administrer la médication. Cette norme s'applique aux situations où l'usager est en mesure de recevoir un comprimé par la bouche de façon sécuritaire (niveau de conscience approprié, collaboration).</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>Chemical restraint [...] caused moral distress when used coercively or invasively, particularly with forced intramuscular injection.</p> <p>IM medications especially, it can be...traumatizing for the patients because they're held down a lot of the time if they don't take it orally (p.36).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>prévenir le recours à des mesures de contrôle plus contraignantes : [...] On l'offre par la bouche (p.65)</p> <p>Au moment d'administrer le PRN, avec ou sans consentement, les infirmières vont toutes tenter la voie per os en premier : « ... je vais lui offrir du PO, tout le</p>

Normes	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation	Citations intégrales
	<p>temps. » (Inf 1). La grande majorité des participantes ont partagé leur vision de l'injection comme étant très intrusive et portant atteinte à l'intégrité physique du patient : « Bin, une injection c'est quelque chose de très intrusif aussi... Fait que, ce n'est pas notre premier choix. » (Inf 2) (p.66)</p> <p>Une infirmière évoque le fait que l'injection est une intervention agressive en soi: « Oui, on peut leur proposer d'abord [par la bouche] (...). Oui, parce que je trouve que par intramusculaire c'est plus agressif. Si la personne collabore à le prendre par la bouche, tant mieux. » (Inf 11) (p.66)</p> <p>Les hésitations de l'infirmière face à la pression des pairs et leur manque de soutien l'amène à justifier plus rapidement la voie intramusculaire alors qu'elle aurait peut-être pu tenter avec plus d'insistance la voie orale (p.104).</p>
<p>P19. La documentation au dossier est claire, pertinente et complète.</p> <p>Descriptif La documentation au dossier médical de l'utilisateur recevant la médication est remplie de façon claire et complète par l'équipe de soins. La documentation doit inclure minimalement l'évaluation physique et mentale, la description des circonstances ayant menées à l'administration de la médication (ex. le comportement), les mesures alternatives, la consignation de la médication administrée et les réponses de l'utilisateur.</p>	<p>Hu et al., 2019</p> <p>There is a clear need to ensure accurate and complete documentation (e.g. use of dedicated fields in electronic systems for data not routinely collected in this way), so that chemical restraint events can be analysed in a systematic and comprehensive manner.</p> <p>Finally, [...] no side effects recorded, in any chemical restraint event.</p>
<p>P20. La plus faible dose efficace est administrée à l'utilisateur lorsqu'un choix de dose est disponible.</p> <p>Descriptif Par exemple, si la prescription mentionne 15 à 30 mg, la dose de 15 mg est d'abord tentée. L'infirmière évalue ensuite l'efficacité de la médication et l'état de conscience de l'utilisateur puis ajuste ou complète la dose au besoin.</p>	<p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>La molécule prescrite et son dosage sont alors évalués par l'infirmière et sont choisis parmi les prescriptions disponibles afin d'être le moins contraignants possible (p.67).</p> <p>L'utilisation de la contention chimique s'inscrit dans un continuum d'intervention qui respecte un principe central chez toutes les infirmières incluses dans cette</p>

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	L' <i>efficacité</i> signifie habituellement que l'usager est calme mais qu'il est en mesure de communiquer. Enfin, un usager sous sédation profonde devrait bénéficier de réveil(s) périodique(s) au cours de la journée lorsque la prescription et l'état clinique le permettent.	étude: la mesure choisie doit toujours être la moins contraignante possible (p.63).
M21.	Les soins sont empreints de respect envers l'usager-proche.	Seyer-Forget (2020)
Descriptif	Réfère au respect des droits et libertés et de l'autonomie de l'usager-proche. Suppose l'acceptation des valeurs, des croyances et de la culture de l'usager-proche dans les soins infirmiers en matière de contention chimique ou sédation des symptômes comportementaux.	<p>quand c'est [le PRN] donné respectueusement, (...) il y a les mots, mais il y a toute l'attitude qu'on a aussi là-dedans. Il y a toute la partie non-verbale qu'on a avec le patient [...] L'autonomie du patient est préservée le plus longtemps possible, même lorsque les choix deviennent de plus en plus restreints. Les participantes rapportent que le respect se poursuit même après l'intervention (p.116).</p> <p>afin de retrouver un certain équilibre professionnel, l'infirmière s'appuie sur deux principes : 1) faire plus de bien que de mal et 2) le respect (p.110).</p> <p>Dans le verbatim suivant, la participante #13 emploi le terme abus davantage lié à des manquements éthiques en terme d'abus ou d'exagération dans l'attitude, le savoir-être ou un manque de respect dans la communication avec le patient : « les gens sont respectueux envers les patients, puis il n'y a pas de brassage, il n'y a pas de, je n'ai pas rien vu qui n'était pas correct, tu comprends? » (Inf 13, p.9). Ce n'est pas tout le monde qui possède les mêmes valeurs et qui intervient de la même manière en situation de soin contre le gré. Le risque de glissement et le risque d'abus sont présents dans le discours des participantes [...] elles insistent sur l'importance du respect relationnel, un respect non négociable pour toutes les participantes (p.117).</p> <p>L'infirmière va s'assurer de prodiguer les soins avec humanisme et dignité pour le patient (p.118).</p> <p>La bienveillance teinte les interventions des infirmières qui assurent le respect du patient dans une période de grande vulnérabilité (p.118)</p>

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
<p>M22. Les soins témoignent de l'exercice d'un jugement clinique infirmier.</p> <p>Descriptif Au-delà de l'application d'une prescription et/ou d'un protocole, l'infirmière interprète les données qu'elle recueille auprès de l'utilisateur-proche lors de la gestion des symptômes comportementaux, ce qui guide ses interventions. L'infirmière n'agit pas par automatisme devant la perte de contrôle comportementale de l'utilisateur, ainsi, l'infirmière juge, avant chaque dose administrée (ou non administrée), de la pertinence de la médication.</p>	<p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>C'est dans cet aspect sous-optimal de l'encadrement légal de la contention chimique que réside entièrement l'espace laissé au jugement clinique du clinicien en regard du risque rationnel objectif que présente le patient (p.20).</p> <p>On doit utiliser notre jugement aussi pour voir dans l'ensemble autant physique que, tu sais, son mental... (Inf 11) (p.119).</p>	
<p>M23. Les membres de l'équipe de soins sont compétents.</p> <p>Descriptif Les compétences des membres de l'équipe de soins sont basées sur des connaissances adéquates au sujet de la médication et sur la gestion des symptômes comportementaux. Elles impliquent un savoir-être et un savoir-faire dans l'application pratique de ces connaissances. Les compétences s'appuient sur un niveau d'expertise (qualifications) permettant de travailler de façon efficace auprès de la clientèle de personne âgée, de santé mentale ou de soins aigus.</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>Lack of knowledge.</p> <p>[...] some reliance placed on the knowledge of psychiatrists to inform nurses about medication practices, as discussed by Participant 4: "They are more aware of all the side effects than we are, of all the long-term side effects...so they are mindful of that, too." However, after medication orders were written by the physicians, the decision about particular medications used was in the hands of the nurses, highlighting the importance of understanding and addressing the knowledge gap (p.41).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>Les soins sous contrainte nécessitent de nombreuses compétences (p.111).</p> <p>L'évaluation du bienfait de l'intervention de PRN contre le gré est réalisée (p.111).</p>	
<p>M24. Les gestionnaires s'impliquent dans l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.</p> <p>Descriptif</p>		

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
	<p>Cela signifie que les gestionnaires de l'unité et de l'organisation appuient les initiatives liées à l'amélioration des soins infirmiers en matière de contention chimique ou de sédation des symptômes comportementaux. Par exemple, ils peuvent être actifs sur des comités d'amélioration de la qualité, soutenir l'organisation de formations, repenser l'aménagement des lieux physiques ou favoriser la disponibilité des ressources pour implanter des mesures alternatives à la médication.</p>	
<p>M25.</p> <p>Descriptif</p>	<p>Une communication/relation thérapeutique est établie entre l'équipe de soins et l'usager-proche.</p> <p>Cela signifie que la communication verbale et non verbale est empreinte d'humanisme et de confiance mutuelle. Les membres de l'équipe de soins font preuve d'empathie dans leurs échanges avec tout usager présentant des symptômes comportementaux et avec leurs proches.</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>the negative effects of coercion on therapeutic rapport (p.33)</p> <p>I think there is always the hope that you can spend a lot more time with your patient and really be able to have a therapeutic relationship and have a conversation that is more effective than giving pills (p.36).</p> <p>Participants disclosed their fears about providing care for new patients because of the potential for unpredictable behaviours resulting in violence. The subsequent fear contributed to the use of chemical restraint. Participants were more comfortable with patients for whom they previously had provided care; patients with whom they had established therapeutic rapport and held some predictability of behaviours (p.43),</p> <p>Research findings support the inclusion of patients in care planning decisions to strengthen the therapeutic relationship between nurse and patient and decrease patient perception of coercion (Sheehan & Burns, 2011) (p.44).</p> <p>Seyer-Forget 2020</p> <p>cette intervention peut [...] briser le processus thérapeutique menant au rétablissement (p.20).</p>

Normes	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation	Citations intégrales
	<p>Les expériences partagées varient quant à l'impact de l'intervention sur la relation thérapeutique et le lien de confiance avec le patient. Les participantes confient recevoir des insultes des patients au moment d'annoncer la décision et en cours d'intervention (p.83)</p> <p>La confiance peut aussi être brisée chez le patient qui a reçu le PRN contre le gré (p.83)</p> <p>Malgré tout, le risque de perdre le lien thérapeutique reste toujours une préoccupation pour les infirmières (p.84).</p> <p>Les infirmières consacrent du temps à la relation, elle tente de développer une alliance avec le patient afin de diminuer le risque (p.87).</p> <p>La communication est d'ailleurs un critère de cessation des mesures de contrôle « on l'accueille là-dedans [...] (p.111) ».</p>
<p>M26. L'état de santé psychologique des membres de l'équipe de soins permet d'assurer la dispensation de soins appropriés.</p> <p>Descriptif Signifie que les soins aux usagers présentant des symptômes comportementaux sont dispensés sans être affectés par des attitudes associées à l'épuisement professionnel ou à la détresse psychologique de l'équipe de soins telles que l'impatience, l'irritabilité, le cynisme, la démotivation et l'indécision.</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>L'infirmière est soumise à beaucoup de stress et d'incertitude alors qu'elle considère les répercussions de sa décision. Parmi les enjeux, il y a aussi celui de son propre bien-être : l'infirmière tient aussi compte des répercussions de ses décisions et de son rôle en gestion de risque sur elle-même (p.95).</p> <p>Vécu émotionnel. [...] Bin, que les gens se fassent blesser, puis tu sais, ce n'est pas le fun là tu sais, c'est un environnement un peu plus hostile, les gens, tu sais, le patient crie tu sais, tu vois qu'il souffre. (...) Bin, ce n'est pas le fun, moi je n'aime pas ça. (Inf, 3) (p.96).</p> <p>L'infirmière vit de la détresse dans son rôle professionnel alors qu'elle reçoit des insultes et vit de la violence de la part des patients pour les soins prodigués : « ...c'est des attaques très euh, très ciblées là (...) « T'es une salope! », des propos de même là euh, des insultes personnelles envers moi, ma personne ou euh. Ça me blesse. » (Inf 11) (p.99).</p>

Normes	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation	Citations intégrales
	<p>Tu sais, bin souvent c'est par exemple, justement le monde sont un petit peu plus tannés de, qu'ils sont moins patients ou tu sais, il [le collègue] va arriver : Donne- moi un PRN (p.105).</p> <p>Cette infirmière explique que le malaise face à l'administration d'un PRN contre le gré peut persister et qu'avec le temps, avec la répétition du geste, l'habitude prend le dessus et la détresse est moins vive (p.106).</p> <p>Le stress et ces conséquences peuvent déstabiliser l'infirmière ce qui peut, par la suite, influencer ses décisions quant au recours à la contention chimique. [...] Si j'arrive chez moi, il y a quelque chose qui me dérange, je n'arrive pas à dormir, je n'arrive pas à retrouver le sommeil, puis, tu sais j'ai comme, t'as pas le sentiment, là, du devoir bien fait. (inf 8) mettre en place une distance psychologique afin de se protéger de l'agression, génère du stress, des émotions et de la détresse morale (p.120).</p> <p>Devant une équipe qui est en désaccord, l'infirmière est seule à porter le fardeau de sa décision et des répercussions qui en découleront (p.121)</p> <p>Par conséquent, afin de relever les défis de l'exercice infirmier dans cette surspécialité, les infirmières doivent prendre soin d'elles-mêmes aussi (p.121).</p> <p>du stress, des émotions et de la détresse morale [...] j'essaye de me couper mentalement là, j'essaye de garder vraiment ma barrière, ma distance euh, psychologique (p.123).</p>
<p>M27. Une approche de partenariat entre l'équipe interdisciplinaire et l'utilisateur-proche caractérise les soins.</p> <p>Descriptif Signifie que toutes les parties prenantes, par exemple, l'infirmière, l'utilisateur-proche, le médecin et le pharmacien, sont impliquées de façon équitable dans les soins en matière de contention chimique ou de sédation des symptômes comportementaux. Ceci sous-entend l'absence d'abus de pouvoir et</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>More inclusion of patients' families and community providers may be helpful in reducing coercive practices (p.43).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>je suis capable de m'asseoir avec le patient, puis discuter avec (p.112).</p> <p>« Bin moi, j'ai déjà vu des doses qui n'avaient pas d'allure. Appeler le médecin pour lui dire : Bin écoutes, si vous voulez que je lui donne, vous aller le donner,</p>

Normes	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation	Citations intégrales
<p>d'attitudes paternalistes (créer un rapport de dépendance, de subordination) d'un sous-groupe de l'équipe (ex. médecins) envers un ou plusieurs autre(s) sous-groupe(s) (ex. infirmières, usagers-proches).</p>	<p>moi je ne donne pas ça. (...) Mais là, ça va être, je préfère ne pas le donner, que de le donner, puis qu'il arrive quelque chose dans ce temps-là. (...) Fait que là, c'est sûr qu'après on a la crise existentielle du médecin le lendemain là. Mais regarde, moi je n'étais pas à l'aise de le donner. » (Inf 5) (p.91)</p> <p>Certaines infirmières ont vécu de l'intimidation, une autre forme de pression des pairs :</p> <p>... à un moment donné là, c'était même de l'intimidation là, j'ai pas voulu donner le PRN, le premier PRN, que j'ai pas voulu céder à la pression, la personne a pris le dossier, puis bang devant moi là « C'est un PRN qu'il lui faut, tabarnak!, puis là, il y a personne pour lui en donner. » (Inf 8) (p. 93)</p> <p>... quand une équipe me dit de ne pas faire telles et telles choses [en regard des décisions pour les médicaments], je trouve ça difficile (...), si on me dirige. [Par contre] Pour voir tel patient, lui il faut le mettre [le médicament] dans la compote, c'est choses-là, ça j'apprécie, c'est ça une équipe. Mais de me faire dire : Non tu ne lui donnes pas de médicaments, non tu ne fais pas telle chose. Ça j'ai de la difficulté avec ça. (Inf 9) (p.100)</p> <p>certaines participantes ont exprimées clairement plutôt subir des pressions de l'équipe qui influençaient leurs décisions (p.103)</p> <p>Cette infirmière exprime bien que le travail d'équipe est central à sa capacité de jouer son rôle selon les standards établis [...]Dans l'extrait ci-dessus, le manque de soutien perçu (chez ses collègues intervenants psychosociaux qui réclament l'intramusculaire) par l'infirmière peut l'amener à décider plus rapidement de donner un médicament IM (p.104).</p> <p>Les hésitations de l'infirmière face à la pression des pairs et leur manque de soutien l'amène à justifier plus rapidement la voie intramusculaire alors qu'elle aurait peut-être pu tenter avec plus d'insistance la voie per os si elle avait eu un meilleur support de son équipe. (p.104).</p>

Normes	Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation	Citations intégrales
	<p>il y en a qui sauteraient peut-être trop vite au PRN, mais là quand ils sont six à te dire la même chose, tu vas embarquer dans le groupe aussi, c'est ton équipe puis, fait que, bin oui, tu ressens des fois la pression (p.105)</p> <p>Des participantes partagent l'importance de ne pas s'imposer de manière paternaliste (p.118).</p> <p>S'affirmer auprès des membres de l'équipe est une compétence qui prend du temps et du courage (p.120).</p> <p>Pour mettre leurs limites, une infirmière mentionne devoir s'imposer dans une situation où il y a débordement de rôle de la part de ses collègues : « D'autres tantôts j'ai vu qu'on me disait de donner un PRN (p.120).</p> <p>Devant une équipe qui est en désaccord, l'infirmière est seule à porter le fardeau de sa décision et des répercussions qui en découleront (p.121)</p> <p>« Bin tu sais, est-ce que je peux l'évaluer? Est-ce que tu sais, il accepte de le prendre par la bouche puis selon mon évaluation ça va quand même être correct, il est collaborant, mais que l'équipe [d'intervenants psychosociaux] se dit « Non, on connaît le patient fait que euh, ça va être un injectable » puis souvent ça vient avec les comment, si on ne suit pas l'équipe souvent on se sent, on se sent visés (...) » (Inf 11).</p>
<p>M28. Une culture de réduction des contentions chimiques ou sédation des symptômes</p>	<p>Danda (2020)</p> <p>"There's always a nurse that you don't want to work with because they don't PRN their patients (p.39)" I used to work with a nurse...she came onto shift and she flat</p>

Normes		Résultats empiriques à l'appui - à postériori (2019-2022)
Énoncé post-validation		Citations intégrales
Descriptif	<p>comportementaux règne au sein de l'unité de soins.</p> <p>Réfère aux croyances de l'équipe de soins à l'effet que les médicaments aux propriétés sédatives visant la gestion des symptômes comportementaux comportent des risques pour les usagers (ex. chute, délirium, dépression respiratoire), justifiant leur réduction ou une utilisation exceptionnelle, c'est-à-dire, en dernier recours. L'équipe évite également de surestimer les effets bénéfiques de la médication.</p>	<p>out said, "I'm going to snow all my patients". But you haven't met them yet...That's alarming. (Participant 6) (p.39).</p> <p>Discussion focuses on challenging cultures that condone frequent use of chemical restraint practices (p.41).</p> <p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>Pour toutes les participantes, même si la contention chimique est nécessaire, elle est toutefois une intervention qu'elles souhaitent éviter le plus possible dans sa forme injectable (p.67).</p> <p>Différentes combinaisons de mesures de contrôle [...] afin de favoriser un recours moins contraignant des mesures de contrôle en termes de durée d'application et d'un point de vue éthique (p.67).</p> <p>L'infirmière doit démontrer que toutes les mesures de remplacement possibles ont été tentées et que l'intervention est réellement la moins contraignante possible (p.104)</p> <p>Je sais qu'il y a des infirmières qui sont moins pro PRN (p.121).</p> <p>Les gens vont dire : Bin oui, mais c'est pas une, c'est une béquille. On a besoin de béquille de temps en temps (p.121).</p> <p>Muir-Cochrane (2020, avril)</p> <p>the importance that chemical restraint be used as a measure of last resort in managing behaviours of concern</p>
N/A	Ne correspond à aucune norme de notre modèle théorique	<p>Seyer-Forget (2020)</p> <p>je suis supposée d'être l'avocate de mon patient. Fait que, le patient il est dans un état vulnérable, moi je dois le défendre (p.120).</p>

