

Intégration du retour postévènement en équipe de soins comme intervention favorisant la réduction du recours non planifié à la contention mécanique chez la clientèle âgée en CHSLD

Josée Ferland^a, inf., M.Sc., Caroline LaRue^b, inf., Ph.D.,
Louise Francoeur^c, inf., M. Sc. et Anne Bourbonnais^d, inf., Ph.D.

^a Conseillère en organisation de services, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)

^b Professeure agrégée et chercheure, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^c Professeure invitée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^d Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

L'utilisation de la contention mécanique chez la personne âgée entraîne des effets négatifs, autant sur le plan physique que psychologique, qui sont bien documentés. Malheureusement, bien que la législation régissant les services de santé stipule que l'utilisation de la contention doit être minimale et que l'on ne doit y avoir recours que dans des situations exceptionnelles, il a été constaté que l'utilisation des mesures alternatives à la contention n'a pas atteint son niveau optimal en CHSLD, qu'il y a encore beaucoup de mesures de contention qui sont utilisées à mauvais escient et qu'il reste encore un travail important à faire afin que tous les intervenants aient une définition uniforme de ce qu'est la contention et de ce que signifie « mesure de dernier recours ». Au Québec, lorsque survient une situation non planifiée où l'application d'une contention pourrait être indiquée, l'infirmière est souvent la seule professionnelle habilitée à décider de l'utilisation de la contention sur les horaires de travail de soir, de nuit ainsi que la fin de semaine. Le processus décisionnel de l'infirmière est alors influencé par divers facteurs, qui doivent être pris en compte dans l'élaboration d'un programme de réduction de l'utilisation de la contention en CHSLD. Le but de cet article est de présenter une proposition d'intervention sur l'utilisation de la pratique réflexive, sous forme de retour postévènement, à la suite de l'installation non planifiée d'une contention mécanique chez la personne âgée en CHSLD comme intervention favorisant l'utilisation de la contention en dernier recours seulement.

Mots-clés : contention mécanique, débriefing, pratique réflexive en équipe, personnes âgées

Mise en contexte

La contention chez la personne âgée : une préoccupation partagée...

L'utilisation de la contention chez la personne âgée soulève des questionnements éthiques sous-entendant de l'abus et du non-respect des libertés individuelles. En effet, bien que la législation régissant les services de santé et les services sociaux (LSSS, 1998), révisée en 1999, stipule que

l'utilisation de la contention doit être minimale et que l'on ne doit y avoir recours que dans des situations exceptionnelles, la prévalence de l'utilisation de cette mesure chez la clientèle âgée avait été qualifiée d'abusives dans un rapport de consultation publié, au Québec, par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CPDPJ) en 2001. L'organisme y recommandait la mise en place d'orientations ministérielles précises relatives à l'utilisation des mesures de contrôle afin de prévenir l'abus et l'exploitation des personnes âgées.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à : Josée Ferland, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), josee.ferland@aqesss.qc.ca

En 2002, des orientations ministérielles relatives à l'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle, ont été définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) afin d'encadrer les établissements dans leurs efforts pour réduire le recours à la contention. Cette prise de position du MSSS, associée en 2006 à un programme national de formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, avait pour but de soutenir le personnel soignant ainsi que les gestionnaires du réseau québécois des établissements de santé dans l'amélioration de leurs processus.

Des améliorations de processus qui apportent des résultats positifs

Cette révision des processus dans les CHSLD a favorisé la mise en place de programmes de réduction du recours à la contention basés sur l'adoption de stratégies organisationnelles qui semblent avoir été bien intégrées auprès des équipes interdisciplinaires puisque, selon ce que rapportent les gestionnaires d'établissements, l'application de la contention en contexte de soins planifié, c'est-à-dire une situation prévisible faisant l'objet d'un plan d'intervention interdisciplinaire, est encadrée par un protocole de soins favorisant son utilisation en dernier recours seulement. La personne âgée est alors soumise à une évaluation individualisée où l'équipe de professionnels tient compte non seulement des composantes environnementales, mais également de l'unicité de la personne ainsi que de la singularité et de la complexité de sa situation clinique (Gagnon & Roy, 2006). Ainsi, d'après des témoignages reçus d'infirmières pratiquant dans le réseau de la santé au Québec, l'implantation de ce type de programme aurait entraîné une diminution du recours à la contention en contexte de soins planifié et, voire même, son élimination complète dans certains milieux. Par contre, le défi demeure de taille pour ce qui est de l'application de ces programmes au quotidien dans les CHSLD dans un contexte de soins non planifié, c'est-à-dire dans une situation d'urgence où l'utilisation de la contention ne fait pas l'objet d'un plan interdisciplinaire et que l'équipe de soins est limitée à l'infirmière, l'infirmière auxiliaire et quelques préposés aux bénéficiaires (PAB).

Dans son rapport sur les visites d'appréciation dans les CHSLD effectuées entre septembre 2004 et juin 2007 (MSSS, 2009), le MSSS rapporte que, généralement, l'utilisation des mesures alternatives à la contention n'a pas atteint son niveau optimal, qu'il y a encore beaucoup de mesures de contention qui sont utilisées à mauvais escient et qu'un travail important demeure à faire afin que tous les intervenants aient une définition uniforme

de ce qu'est la contention et de ce que signifie « mesure de dernier recours ». Le rapport du MSSS ne faisant pas la distinction entre l'utilisation de la contention en contexte planifié et non planifié, nous devons nous en remettre aux témoignages d'infirmières pratiquant en CHSLD afin d'orienter nos efforts vers les véritables besoins, soit la réduction de l'utilisation de la contention en contexte de soins non planifié.

Responsabilité légale et professionnelle de l'infirmière

Depuis juin 2002, l'infirmière fait partie des professionnels habilités par la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé à décider d'utiliser ou de retirer la contention (Loi sur les Infirmières et les Infirmiers [LII], 2002) sur la base de son jugement clinique (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec [OIIQ], 2003, mise à jour avril 2012). Cette responsabilité légale de l'infirmière est encadrée par des principes et des obligations qui doivent être respectés lors de la prise de décision. Les autres membres de l'équipe de soins infirmiers collaborent à la collecte de données nécessaires à l'évaluation de la situation, mais c'est à l'infirmière que revient la responsabilité légale de décider d'utiliser la contention en contexte non planifié.

Il est toutefois utopique de penser que le processus de décision en lien avec l'utilisation de la contention chez la personne âgée en situation d'urgence repose entièrement sur l'infirmière en CHSLD. Au Québec, l'infirmière est souvent la seule professionnelle habilitée à décider de l'utilisation de la contention sur les horaires de travail de soir, de nuit ainsi que la fin de semaine. Lorsque survient une situation d'urgence où l'application d'une contention pourrait être indiquée, le processus décisionnel de l'infirmière est influencé par divers facteurs, dont la présence d'une équipe composée essentiellement de soignants dont le niveau de formation est généralement moindre (Gagnon & Roy, 2006; Larue, Dumais, Ahern, Bernheim, & Mailhot, 2009).

L'élaboration d'une intervention efficace visant la réduction du recours à la contention en contexte de soins non planifié doit donc prendre en considération les facteurs influençant le processus décisionnel de l'infirmière, incluant la présence des autres membres de l'équipe de soins ainsi que l'utilisateur et sa famille. Des recommandations doivent être émises sur l'adoption d'interventions permettant de soutenir non seulement l'infirmière, mais toute l'équipe de soins dans ce processus décisionnel, et ce, afin de changer la pratique vers une utilisation de la contention en dernier recours seulement. Parmi les stratégies reconnues pour l'implantation d'un changement de pratique durable

au sein d'une équipe, la revue des écrits a mis en évidence l'approche réflexive (Bothe & Donoghue, 2009; Hall, 2006; Vatne, Bjornerem & Hoem, 2009). Cette approche, qui englobe également les appellations d'approche collaborative, de recherche dans l'action et de débriefing, fait référence à un processus de réflexion à travers lequel l'équipe participe de façon active dans le but de changer les façons de faire afin de les améliorer. L'application de ce processus d'apprentissage, sous forme de retour postévènement, a été recommandée par plusieurs auteurs (Ashcraft & Anthony, 2008; Johnson, Ostaszkiwicz & O'Connell, 2009; Timmins, 2008) et permettrait l'analyse de chaque épisode de contention non planifié d'un usager afin de proposer des mesures de remplacement à la contention ou encore d'améliorer la qualité des soins lors du recours ultérieur à cette mesure. Le but de cet article est de présenter une proposition d'intervention, soit le retour postévènement à la suite de la contention de personnes âgées hébergées en CHSLD, afin de favoriser l'application de la contention en dernier recours seulement, particulièrement dans un contexte de soins non planifié. Les objectifs de cette analyse des écrits sont les suivants : 1) dresser un portrait du contexte d'application de la contention chez la personne âgée en soins de longue durée; 2) recenser les différents programmes de réduction de l'utilisation de la contention; 3) explorer les écrits sur la pratique réflexive sous forme de retour postévènement en équipe.

Contexte d'utilisation de la contention en gériatrie

Au Québec, la définition de la contention physique telle que décrite à l'article 118.1 de la LSSS (1998) est la suivante : « Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap » (MSSS, 2002). Cet article traite particulièrement de la contention mécanique, qui fait référence à l'utilisation de sangles, de ceintures ou de tout autre équipement ayant pour but de restreindre le mouvement (Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010), à la différence du terme « contention physique » qui inclut l'utilisation de la force humaine. La situation de soins décrite dans cet article est donc l'utilisation non planifiée de tout moyen mécanique dans le but d'empêcher ou de limiter la liberté de mouvement de la personne âgée selon un objectif autre que le maintien d'un bon alignement corporel ou le positionnement. Le milieu de soins dont traite cet article est une unité de soins de longue durée au Québec, dont l'équipe soignante sur le quart de soir, de nuit, ainsi que la

fin de semaine est habituellement composée d'une infirmière, d'une infirmière auxiliaire et de quelques PAB, avec un ratio pouvant atteindre une infirmière pour 120 résidents, selon le quart de travail et la disposition physique des lieux. Étant donné le peu de données québécoises existantes sur l'utilisation spécifique de ce type de contention dans ce contexte particulier, la description de la prévalence, des conséquences ainsi que des facteurs influençant l'utilisation de la contention mécanique en gériatrie sera élargie à l'extérieur du Québec.

Méthodologie

Trois bases de données ont été consultées pour la recension des écrits, soit : CINAHL (Ebscohost), Medline (Ovid) et Embase. La recherche a été limitée aux écrits publiés entre 2005 et 2010 afin d'assurer l'utilisation des données les plus récentes. La recension des programmes ou interventions efficaces pour réduire l'utilisation de la contention a été effectuée avec les mots-clés « least restrained » ou « physical restrained ». Le domaine d'étude de l'application de la contention a été restreint à la personne âgée en soins de longue durée pour ce qui est de dresser le portrait du contexte d'application de la contention. La recherche concernant les programmes de réduction de l'utilisation de la contention a été élargie à la clientèle gériatrique dans divers milieux (psychiatrie, soins généraux, soins aigus, soins de longue durée) ainsi qu'à la clientèle psychiatrique adulte, puisque : 1) peu d'études ont porté spécifiquement sur la problématique de l'utilisation non planifiée de la contention chez la personne âgée en soins de longue durée; 2) les programmes de réduction de l'isolement et de la contention en santé mentale sont plus nombreux à avoir fait l'objet d'évaluations rigoureuses; 3) plusieurs études concernant les personnes âgées ne font pas de distinction entre l'usage planifié ou non planifié de la mesure. Enfin, la recherche a été complétée à partir de la bibliographie des articles recensés. La recension des écrits portant sur la pratique réflexive a été effectuée à partir des mots-clés suivant : « debriefing » en association avec « team »; « reflective practice » en association avec « team » et avec « practice change »; « reflection on action »; « reflection in practice »; « action research » en association avec « team » et avec « practice change ». La recherche a également été complétée à partir de la bibliographie des articles recensés. Au total, 46 articles ont été retenus.

Présentation des résultats

Prévalence, conséquences et facteurs influençant l'utilisation de la contention mécanique en gériatrie

Les articles recensés font ressortir l'utilisation de la contention physique en gériatrie comme étant une pratique courante dans plusieurs pays. Les données sur la prévalence de l'utilisation de cette mesure ne permettent toutefois pas de connaître de façon précise l'ampleur de la situation. Ainsi, les données sur la prévalence de l'utilisation de la contention mécanique en soins de longue durée rapportées au tableau 1 font ressortir un écart entre les résultats obtenus de 4,9 % à 64 % d'un pays à l'autre. Feng et al. (2009) soulignent également un écart existant à l'intérieur d'un même pays ainsi que d'un établissement à l'autre. Cette disparité s'expliquerait, entre autres, par l'écart entre la façon de compiler les résultats. En effet, les variables utilisées, telles la définition de la contention, la durée d'application de la contention, la personne désignée et les moyens utilisés pour enregistrer les résultats ainsi que la validité de l'information recueillie varient en fonction du pays et de l'établissement, ce qui limite la comparaison des résultats. Malgré le manque de données fiables et précises sur l'ampleur du problème, il est toutefois possible de s'appuyer sur le rapport émis par le MSSS (2009) ainsi que sur les observations d'autres organismes et associations pour conclure que, au Québec comme ailleurs dans le monde, la contention n'est pas toujours utilisée en dernier recours chez la personne âgée.

Des conséquences, autant physiques que psychologiques, à la suite de l'utilisation de la contention mécanique sont bien documentées. Il s'agit notamment de conséquences physiques directes telles les blessures causées par la contention (Cheung & Yam, 2005; Fonad, Emami, Wahlin, Winblad, & Sandmark, 2009; Guttman, Altman & Karlan, 1999), mais également de conséquences physiques indirectes résultant de l'immobilisation (Castle & Endberg, 2009; Cheung & Yam, 2005; Cotter, 2005). Notons, entre autres, la diminution des habiletés fonctionnelles, la perte de tonus musculaire et les contractures pouvant résulter en ulcères de pression, chutes, incontinence, retour à domicile compromis, problème de déséquilibre et de coordination, dépendance à la marche et dépendance pour effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ). Une augmentation de la mortalité et de la morbidité a également été rapportée comme étant une conséquence physique de l'application de la contention chez la personne âgée (Cheung & Yam, 2005; Hamers & Huizing, 2005). Parmi les effets

négatifs psychologiques rapportés par Castle (2006), Castle & Endberg (2009), Cheung & Yam (2005), Cotter (2005) ainsi que par Hamers & Huizing (2005), on retrouve la combativité, l'agression et les troubles du comportement, se traduisant par de la colère, du déni et de l'agitation. Ces auteurs associent également la régression, la dépendance et la faible performance cognitive, qui s'expriment par un sentiment de démoralisation, d'humiliation, de dépression, de perte de dignité, de violation humiliante des droits, d'abandon, de fragilité et qui s'observent par l'aggravation de l'apathie, la cessation de la socialisation ou du fonctionnement social ainsi que par la perte d'estime de soi, à l'utilisation de la contention chez la personne âgée. De leur côté, Inouye et al. (2007) rapportent une association positive entre l'utilisation de la contention pendant un épisode de delirium et la persistance du delirium au-delà de l'hospitalisation.

En somme, malgré la présence de conséquences négatives associées à la contention, celle-ci est utilisée auprès de la clientèle âgée et des chercheurs (Huizing, Hamers, de Jonge, Candel, & Berger, 2007; Lai, 2007; Moore & Haralambous, 2007) se sont intéressés aux facteurs qui interviennent dans le processus décisionnel de l'infirmière lors d'un épisode de contention.

Nous avons regroupé ces facteurs en trois catégories, telles qu'illustrées à la figure 1. La catégorie de facteurs reliés à la personne âgée comprend ses caractéristiques ainsi que les raisons d'utilisation de la contention. Utilisée le plus souvent pour des raisons de sécurité, la principale justification de l'utilisation de la contention mécanique en gériatrie est la prévention des chutes. Certaines caractéristiques de la personne âgée seraient également associées à l'utilisation de cette mesure, les plus documentées étant la mobilité réduite, la présence de troubles cognitifs ainsi qu'une grande dépendance. Les facteurs reliés à l'organisation et à l'établissement comprennent principalement la composition des équipes de soins et les raisons d'utilisation de la contention qui sont centrées davantage sur la réponse aux besoins des équipes soignantes qu'à ceux du patient. Enfin, la catégorie de facteurs reliés au personnel soignant comprend leurs caractéristiques, les raisons d'utilisation qui ne sont pas toujours motivées par la prévention des chutes ainsi que les barrières à la réduction de l'utilisation de la contention. La reconnaissance de ces facteurs d'influence constitue une étape importante dans l'identification de moyens pour diminuer le recours à cette mesure. L'infirmière faisant partie des professionnels habilités à décider de l'utilisation de la contention, l'accent devrait être mis sur les facteurs influençant cette dernière à

l'utiliser comme mesure de dernier recours seulement. À la lumière des éléments regroupés à la figure 1, la catégorie des facteurs reliés au personnel soignant est celle qui fait l'objet de notre proposition. En effet, les opinions, les croyances ainsi que les attitudes du personnel envers la contention seraient, selon certains auteurs, des facteurs sur lesquels l'intervention est possible

(Pellfolk, Gustafson, Bucht & Karlsson, 2010; Suen et al, 2006). Les résultats de l'étude de Suen et al. (2006), menée à Hong Kong et réalisée à partir du questionnaire administré à des infirmières (n=168) travaillant dans deux centres de réadaptation démontrent différents degrés de connaissances, d'attitudes et de pratiques en regard de l'utilisation des contentions.

Tableau 1
Prévalence de l'utilisation de la contention mécanique en soins de longue durée.

Référence	Années de recension	Prévalence (%)	Pays
Cheung & Yam (2005)	1997	< 9 15-17 40	Danemark, Islande et Japon France, Italie, Suisse, USA Espagne
	2002	32	
Hamers & Huizing (2005)	1999-2004	41-64	
Feng et al. (2009)	-	6	Suisse
		9	USA
		20	Chine, Hong Kong
		28	Finlande
		31	Canada
Hamers, Gulpers, & Strik, (2004)	-	49	Hollande
Meyer, Köpke, Haastert & Mülhhauser (2009)	-	4,9-64	

L'analyse de pistes causales indique que les attitudes du personnel ainsi que leur expérience clinique auraient des effets positifs directs sur l'application des contentions. De plus, les attitudes seraient influencées positivement par le degré de connaissances et l'expérience clinique. Quant à l'étude randomisée avec groupe contrôle de Pellfolk et al. (2010), les résultats ont montré un changement en ce qui a trait à l'attitude ainsi qu'aux connaissances des infirmières du groupe expérimental (n=156), de même qu'une diminution de l'utilisation de la contention à la suite d'un programme de formation d'une durée de six mois sur la diminution de ce type d'intervention. Les auteurs concluent que la formation du personnel peut accroître les connaissances, changer les attitudes et réduire l'utilisation de la contention. Plusieurs auteurs recommandent l'augmentation des connaissances des infirmières sur les contentions, notamment sur ses effets néfastes chez la personne âgée, sous forme de formation ou d'acquisition d'expertise, afin d'influencer l'attitude de ces dernières face à l'utilisation de la contention et, ainsi, entraîner une diminution de

leur utilisation dans la pratique (Hamers & Huizing, 2005; Hamers et al., 2009; Pellfolk et al., 2010; Saarnio, Isola & Laukkala, 2009; Suen et al, 2006). L'augmentation des connaissances du personnel, comme facteur influençant la diminution de l'utilisation de la contention, combinée à un ensemble de stratégies, sera discutée à la prochaine section.

Programmes axés sur une combinaison de stratégies

Depuis les deux dernières décennies, des programmes de réduction du recours à la contention mécanique ont été mis en place dans plusieurs pays. Ces programmes, axés sur une combinaison de stratégies, avaient pour cible les principaux acteurs soit l'établissement, le personnel soignant ainsi que le patient et sa famille.

Malgré le fait que plusieurs auteurs recommandent la mise en place d'un programme de formation pour réduire l'utilisation de la contention, une méta-analyse (Kuske et al., 2007) sur l'évaluation de programmes de formation du

personnel en soins de longue durée a identifié très peu ou pas de données probantes existantes pour soutenir l'efficacité ou le transfert de connaissances résultant d'interventions basées exclusivement sur la formation. Kuske et al. (2007) rapportent que les résultats positifs des études recensées doivent être examinés avec prudence étant donné leur faible qualité méthodologique, dont la présence de biais de sélection et de biais d'attrition, l'utilisation d'instruments non validés ainsi que les tailles des échantillons qui n'étaient pas représentatifs. La plupart des auteurs affirment que l'utilisation d'un ensemble d'interventions serait une stratégie gagnante pour le succès d'un programme de réduction du recours à l'isolement et à la contention. Aux États-Unis, l'association nationale des directeurs de programme de santé mentale (NASMHPD) a identifié les six stratégies suivantes pour réduire le recours à l'isolement et à la contention en santé mentale à la suite d'une revue des données probantes et de consultations d'experts : 1) leadership pour soutenir le changement organisationnel; 2) utilisation de données pour soutenir la pratique; 3) développement d'un « workforce » (formation du personnel); 4) utilisation d'un outil de prévention de l'isolement et de la contention; 5) participation des patients et de leur famille; 6) débriefing rigoureux. L'utilisation systématique de ces Six Core Strategies© aurait résulté en une diminution marquée de l'utilisation de l'isolement et de la contention dans plusieurs milieux de soins en santé mentale (Fisher, 2003; Huckshorn, 2004). L'adoption d'un ensemble d'interventions a également fait l'objet d'écrits théoriques et de recherches (Fisher, 2003; Gaskin, Elsom & Happell, 2007; Rask et al., 2007; Smith et al., 2005) et a été entérinée par des organismes et associations en gériatrie (Australian Society for Geriatric Medicine [ASGM], Alzheimer Society (Cotter & Evans, 2007), National Ageing Research Institute [NARI] (Black & Haralambous, 2005). Parmi les interventions visant à réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention en santé mentale, figurant au tableau 2, et l'utilisation de la contention en gériatrie, figurant au tableau 3, on retrouve le soutien organisationnel, le leadership de l'équipe de soins, la formation du personnel dans le but d'augmenter les connaissances, la participation des patients et des familles ainsi que la présence de personnes-ressources ou d'experts pour soutenir les équipes.

Bien que l'augmentation des connaissances du personnel sur les contentions fasse partie des stratégies recommandées, la mise en place d'un programme de formation, comme le programme national de formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle du MSSS (2006), au Québec, ne semble pas être une intervention

suffisante pour réduire le recours à la contention mécanique chez la personne âgée en contexte non planifié, tel que constaté à la lecture du rapport du MSSS (2009), «Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD», publié à la suite des visites d'appréciation de la qualité. D'autres formes de processus d'apprentissage doivent être mises en place afin d'influencer les opinions, croyances et attitudes des équipes de soins et ainsi influencer le processus décisionnel de l'infirmière pour réduire l'application non planifiée de la contention mécanique en CHSLD. Tel que mentionné précédemment, plusieurs auteurs identifient l'approche réflexive qui cible davantage les modes d'apprentissage en équipe, comme étant une option efficace pour implanter un changement de pratique durable au sein des équipes de soins (Bothe & Donoghue, 2009; Day, Higgins, & Koch, 2009; Flood et al., 2006; Gustafsson et al., 2007; Hall, 2006; Hyde, Fulbrook, Fenton, & Kilshaw, 2009; Vashdi, Bamberger, Erez, & Weiss-Meilik, 2007; Vatne et al., 2009).

Pratique réflexive en équipe

Dans une méta-analyse sur la pratique réflexive, Gustafsson et al. (2007) concluent que les connaissances sur la pratique réflexive en soins infirmiers n'ont pas été expérimentées et font principalement l'objet de théories. En effet, malgré le grand nombre de recherches recensées ayant pour thèmes le débriefing, la réflexion ou la recherche dans l'action, aucun résultat ne permet de conclure à l'efficacité de ce processus. Par contre, certains éléments cruciaux basés sur le cycle de réflexion de Schön (1983) ont été repris par des auteurs (Silver, Campbell, Marlow & Sargeant, 2008; Vatne et al., 2009) et constituent des pistes d'interventions intéressantes pour le changement de pratique durable. La figure 2 représente l'application du cycle de réflexion de Schön à l'action professionnelle, telle que décrite par Silver et al. (2008), et illustre bien le processus de pratique réflexive adaptée aux professionnels de la santé. La situation clinique, ou le problème clinique, étant le point d'origine du processus de réflexion, cette approche permet d'initier des changements significatifs ancrés dans la pratique quotidienne. Les actions posées par le professionnel sont alors basées sur des situations en temps réel (situation clinique réelle) et permettent l'apprentissage par l'expérience.

Silver et al. (2008) décrivent le cycle de réflexion comme suit. Dans un premier temps, un problème clinique survient pour lequel le professionnel doit trouver une solution. Le professionnel procède immédiatement à une réflexion dans l'action, prend une décision sur l'intervention appropriée à la situation et l'applique.

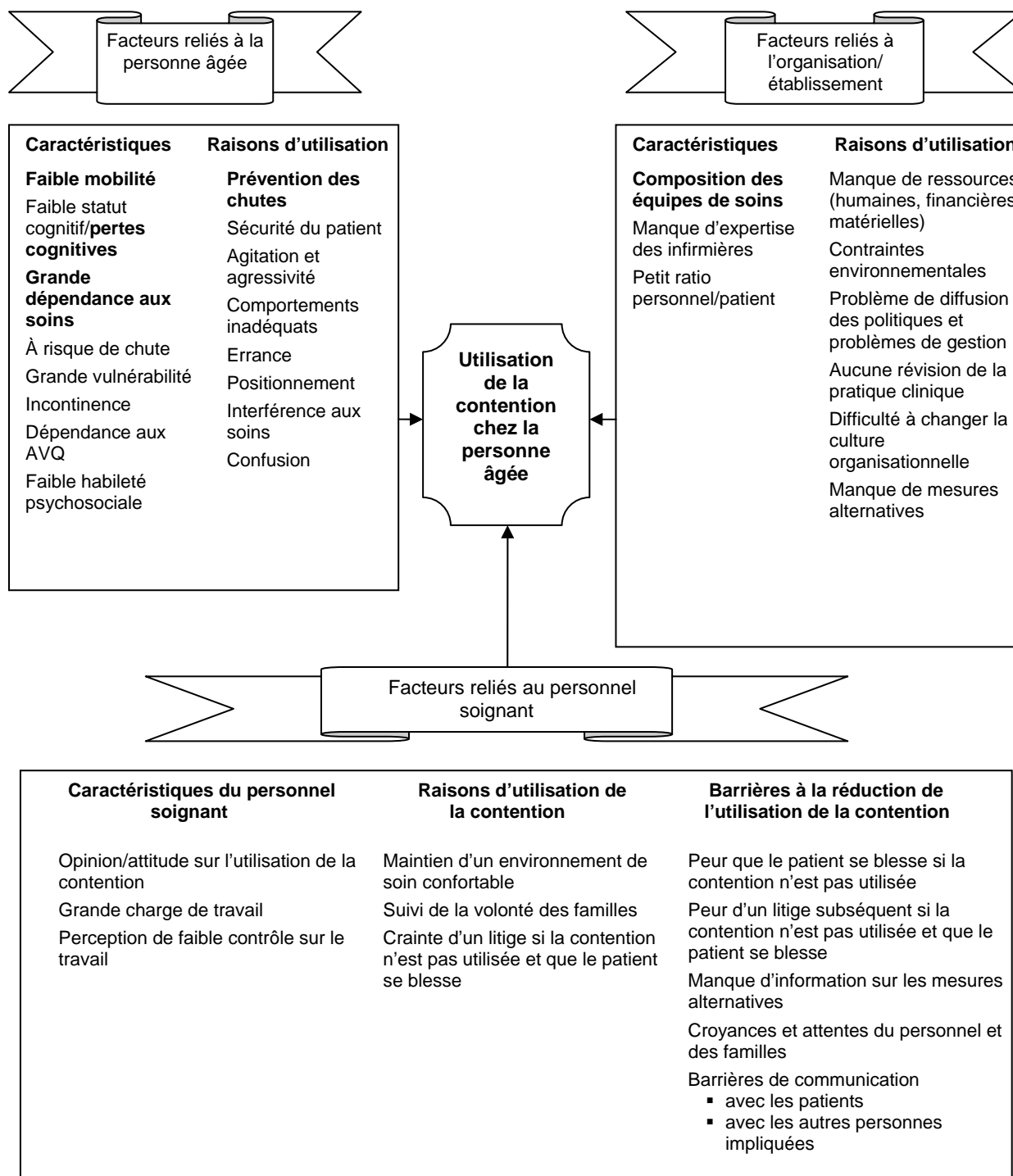


Figure 1. Schématisation des facteurs influençant la décision d'utiliser la contention chez la personne âgée à partir de Black & Haralambous, 2005, Cheung & Yam, 2005, Hamers, Gulpers, & Strik, 2004, Hamers & Huizing, 2005, Huizing, Hamers, de Jonge, Candel, & Berger, 2007, Lai, 2007, Moore & Haralambous, 2007, Nay & Koch, 2006.

Tableau 2

Programmes incluant un ensemble de stratégies de réduction de l'utilisation de l'isolement/contention en santé mentale.

Référence	Stratégies recommandées		
	En lien avec l'organisation/l'établissement	En lien avec le patient et sa famille	En lien avec le personnel soignant
<i>Six Core Strategies</i> © du NASMHPD, Huckshorn (2004)	<p>Développement d'un leadership pour soutenir le changement organisationnel</p> <p>Utilisation d'un outil de prévention de l'isolement et de la contention</p>	Participation des patients et des familles	<p>Utilisation de données pour informer la pratique</p> <p>Développement d'un « workforce » (formation du personnel)</p> <p>Utilisation d'un débriefing rigoureux.</p>
Fisher (2003)	<p>Présence d'un haut niveau d'endossement administratif</p> <p>Changement de culture</p> <p>Mise en place de processus d'analyse des données</p>	<p>Participation des usagers des services de santé mentale</p> <p>Élaboration d'un plan de traitement individualisé</p>	Formation du personnel
Gaskin et al. (2007)	<p>Soutien au niveau de l'État et changement des politiques d'État</p> <p>Surveillance des épisodes d'isolement</p> <p>Modification de l'environnement thérapeutique et la modification de l'environnement au niveau des installations</p> <p>Accent mis sur une installation en particulier lors de la mise en place des stratégies</p>	<p>Élaboration d'un plan de traitement individualisé</p> <p>Surveillance des patients</p> <p>Intégration des patients comme participant actif aux interventions de réduction du recours à l'isolement</p> <p>Intervention pharmacologique</p>	<p>Développement d'un leadership</p> <p>Exploration du contexte de la pratique</p> <p>Intégration du personnel comme participant actif au développement d'interventions de réduction du recours à l'isolement</p> <p>Présence d'une équipe de réponse d'urgence psychiatrique</p> <p>Formation du personnel</p> <p>Augmentation du ratio personnel-patient</p> <p>Amélioration de la sécurité ainsi que des conditions de travail du personnel</p>
Smith et al. (2005)	<p>Efforts de représentation</p> <p>Changement de politique de l'état</p>	Utilisation d'antipsychotiques	<p>Augmentation du ratio personnel-patient</p> <p>Présence d'une équipe d'intervention</p>

Tableau 3
Programmes incluant un ensemble de stratégies de réduction de l'utilisation de la contention en gériatrie.

Référence	Stratégies recommandées		
	Politiques d'établissement et d'État	Patient et Famille	Personnel soignant
Australian Society for Geriatric Medicine (2005)	Utilisation d'indicateurs de qualité valides Design architectural approprié		Consultation d'experts Formation du personnel Attention mise sur l'attitude du personnel Utilisation d'une approche multidisciplinaire
Cotter & Evans (2007)	Mise en place d'une structure organisationnelle qui soutient les soins sans contention	Évaluation du risque inhérent à l'utilisation de la contention pour le patient Utilisation d'interventions pour prévenir et répondre au comportement du patient	Évaluation de la communication et des comportements de base du personnel soignant
Rask et al. (2007)	Mise en place de leadership organisationnel et de soutien Utilisation d'un coordinateur désigné par l'établissement et d'une équipe multidisciplinaire		Éducation et formation intensive du personnel Consultation permanente et surveillance par une infirmière en pratique avancée spécialisée en gestion des chutes
Black & Haralambous (2005)	Modification de l'environnement	Évaluation des risques du patient et des mesures alternatives à utiliser Soins centrés sur le client Utilisation d'un programme d'activités et de diversion Utilisation de dispositifs de protection contre les chutes et contre les blessures liées aux chutes Minimisation du risque de blessure	Présence d'une personne-ressource pour la réduction de l'utilisation des contentions

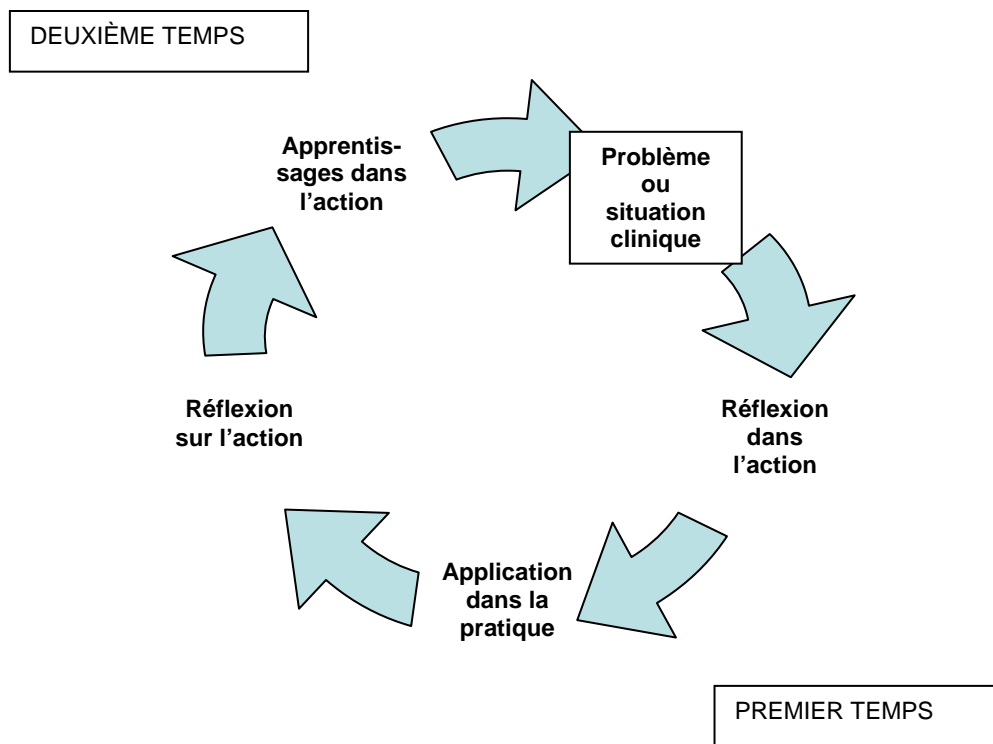


Figure 2. Cycle de réflexion de Schön (1983) adapté par Silver et al. (2008)

Ce processus correspond aux trois premières étapes du cycle de réflexion et se déroule immédiatement après la survenue du problème clinique. Dans un deuxième temps, le professionnel procède à l'analyse de l'évènement avec ses collègues en se questionnant sur ses réactions et son raisonnement clinique. Cette réflexion, qui doit se dérouler peu de temps après l'évènement, correspond à l'étape de réflexion sur l'action. L'expertise ainsi que le vécu de chaque professionnel sont mis à profit afin d'analyser l'intervention. L'intégration des nouvelles connaissances issues de l'analyse en groupe constitue la dernière étape du cycle et permet l'adoption de nouvelles façons de faire dans la pratique quotidienne du groupe de professionnels. Tel que mentionné précédemment, d'autres auteurs ont repris le principe de pratique réflexive en équipe, que l'on retrouve plus spécifiquement sous les appellations de débriefing et de réflexion ou recherche dans l'action, et qui se déroule selon un processus similaire à celui décrit par Silver et al.

Le processus de débriefing postévènement est recommandé par plusieurs auteurs comme étant une stratégie efficace d'apprentissage en équipe (Rudolph, Simon, Rivard, Dufresne, & Raemer, 2007; Salas et al., 2008) et pour réduire le recours à la contention (Ashcraft & Anthony, 2008; Fisher, 2003; Petti, Mohr, Somers, & Sims, 2001). Il est

décrit comme un processus d'analyse qui se déroule en deux temps. La première analyse, qui s'apparente à l'étape de réflexion dans l'action du cycle de Schön, est réalisée immédiatement après l'évènement et inclut tous les membres de l'équipe soignante qui sont directement impliqués dans l'incident. La seconde analyse, tout comme l'étape de réflexion sur l'action du cycle de Schön, s'effectue peu de temps après l'évènement, soit dans les 24 à 48 heures suivant l'évènement, et inclut non seulement le personnel soignant, mais également le patient, sa famille et les autres personnes pouvant être impliquées dans le processus décisionnel en lien avec l'évènement. La discussion porte alors sur les éléments déclencheurs, les mesures alternatives tentées et les stratégies à adopter pour améliorer la qualité des soins si pareil évènement se produit ultérieurement ou encore pour éviter l'utilisation de la contention lors d'un prochain incident.

La réflexion ou recherche dans l'action est décrite comme un processus selon lequel les membres de l'équipe travaillent systématiquement ensemble selon un cycle d'observation, de réflexion, de planification et d'action. Il s'agit d'un processus d'investigation collaborative développant les connaissances de l'équipe afin de résoudre un problème clinique et d'apporter des changements de pratique. Ce processus a été

recommandé par certains auteurs pour le développement professionnel continu et l'apprentissage basé sur la pratique (Hall, 2006; Silver et al., 2008). Il a également été utilisé comme processus de recherche pour générer des changements de pratique et des données probantes (Bothe & Donoghue, 2009; Bowers, Brennan, Flood, Lipang, & Oladapo, 2006; Darcy, 2007; Day et al., 2009; Flood et al., 2006; Hyde et al., 2009; Vashdi et al., 2007; Vatne et al., 2009) ainsi que pour évaluer l'efficacité de programmes de réduction de l'utilisation de la contention chez la personne âgée en soins de longue durée (Johnson et al., 2009; Knox, 2007; Timmins, 2008).

L'implantation d'un processus de pratique réflexive au sein des équipes de soins nécessiterait bien sûr un certain ajustement afin de l'adapter à la réalité des CHSLD. Par exemple, sachant que les établissements vivent, en général, un grand roulement de personnel ainsi qu'un recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI), il pourrait être difficile d'assurer la présence du personnel ayant été directement impliqué dans l'évènement. Des modalités d'implantation du retour postévènement en soins de longue durée, inspiré de ce processus de pratique réflexive, sont discutées dans la section traitant des recommandations.

Discussion

La recension des écrits sur l'utilisation de la contention mécanique en soins de longue durée ainsi que sur les programmes de réduction du recours à la contention a permis de faire ressortir certaines recommandations sur l'implantation d'interventions efficaces pouvant soutenir les équipes de soins dans le processus de décision concernant l'application non planifiée de la contention mécanique chez la clientèle âgée en soins de longue durée. Comme cela a été mentionné antérieurement, le contexte d'utilisation planifiée de la contention mécanique est relativement suivi et discuté lors de réunions interdisciplinaires en CHSLD. Notre proposition d'intervention, soit l'utilisation de la pratique réflexive sous forme de retour postévènement comme intervention favorisant l'utilisation de la contention en dernier recours seulement, porte principalement sur le processus d'application de la contention mécanique en situation d'urgence puisque des conséquences importantes chez la personne âgée sont documentées en lien avec la contention mécanique peu importe son contexte d'utilisation.

Nos recommandations ont pour objectif d'intervenir sur les facteurs influençant la décision du personnel soignant d'utiliser la contention chez

la personne âgée (voir figure 1) afin d'intervenir à la source même du processus décisionnel. La mise en place de conditions favorisant l'utilisation de la contention mécanique comme mesure de dernier recours en contexte non planifié débute par la mise en place de stratégies reconnues pouvant agir de façon favorable sur les facteurs influençant la décision de l'infirmière d'utiliser la contention.

Première recommandation

La première recommandation est la mise en place ou la poursuite d'un programme de formation, comme le programme national de formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle du MSSS (2006), qui permet de rehausser les connaissances des équipes de soins sur les conséquences physiques et psychologiques de l'utilisation de la contention mécanique chez la personne âgée, ainsi que sur les mesures alternatives disponibles dans leur milieu de soins. Bien que l'efficacité ou le transfert de connaissances résultant d'interventions basées exclusivement sur la formation ne soient pas suffisamment documentés, plusieurs auteurs recommandent l'association d'un tel programme à toute intervention visant un changement de pratique (Ashcraft & Anthony, 2008; Pellfolk et al., 2010; Saarnio et al., 2009).

Deuxième recommandation

Tel que souligné par les auteurs, le rehaussement des connaissances du personnel doit être associé à d'autres stratégies afin de permettre un changement de pratique durable. La seconde recommandation serait donc la mise en place d'un processus de retour postévènement en équipe permettant l'analyse de chaque épisode d'utilisation de la contention mécanique en contexte de soins non planifié chez la personne âgée afin de s'assurer que l'utilisation de cette mesure se fasse en dernier recours seulement lors d'un évènement ultérieur. Parmi les Six Core Strategies[©] du NASMHPD (Huckshorn, 2004) présentés au tableau 2, le débriefing sous forme de retour postévènement en équipe a été recommandé par plusieurs auteurs pour réduire l'utilisation de la contention (Ashcraft & Anthony, 2008; Bowers et al., 2006; Darcy, 2007) et pour favoriser un changement de pratique durable (Bothe & Donoghue, 2009; Day et al., 2009; Vatne et al., 2009). Le débriefing tel que décrit par ces auteurs se situe à l'étape de réflexion sur l'action du cycle de réflexion de Schön (1983) illustré à la figure 2.

Huckshorn (2004) recommande que le processus de débriefing soit encadré par l'utilisation d'un outil permettant l'analyse de l'évènement. L'outil proposé par Huckshorn (2005) dans le projet de politique et procédure de

débriefing pour la réduction de l'utilisation de l'isolement et de la contention du «National Association of State Mental Health Program Directors» prévoit l'analyse des éléments déclencheurs, des comportements précédant l'évènement, des comportements de remplacement ou alternatifs, des mesures alternatives mises à l'essai, des mesures de sécurité planifiées ainsi que des stratégies inscrites au plan d'intervention. L'auteur suggère que cet outil soit adapté à chaque milieu de soins afin de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle. Un exemple d'adaptation de cet outil est présenté à l'annexe 1 afin de servir de modèle pour l'élaboration d'un outil d'analyse adapté à la clientèle en CHSLD. L'outil adapté contient des éléments d'analyse tirés de l'outil proposé par Huckshorn (2005) et inclut l'analyse de l'état émotionnel des membres de l'équipe et de la personne âgée, tel que recommandé par l'auteur.

Ainsi, un processus d'apprentissage en équipe inspiré du cycle de réflexion de Schön (1983), incluant une étape de débriefing ou réflexion sur l'action, et adapté à la réalité des soins de longue durée au Québec, pourrait se dérouler selon les étapes suivantes :

Problème clinique : un problème clinique survient, nécessitant une intervention de la part de l'équipe.

Réflexion dans l'action : l'équipe de soins procède immédiatement à une réflexion dans l'action, ce qui guide l'infirmière dans son processus de décision sur l'intervention appropriée pour remédier à la situation. Dans ce cas, il s'agit de l'application non planifiée d'une mesure de contention mécanique chez une personne âgée. Dans son processus de décision, l'infirmière doit tenir compte non seulement des normes de pratique clinique, mais également des orientations ministérielles, du protocole d'application de contention adopté par son établissement ainsi que des règles de soins applicables à l'utilisation des mesures de contrôle (OIIQ, 2003).

Application de la décision : l'intervention choisie est appliquée par l'équipe, c'est-à-dire l'installation de la contention et la mise en place des mesures de surveillance.

Débriefing ou réflexion sur l'action : idéalement, l'équipe de soins directement impliquée dans l'évènement se réunit et procède à l'analyse de l'évènement à l'aide d'un outil adapté à sa réalité. Cette rencontre peut se dérouler de 24 à 48 heures après l'évènement, afin de permettre la collecte des données, la consultation de l'équipe interdisciplinaire ainsi que l'implication de la personne âgée et de sa famille, qui sont des éléments et acteurs nécessaires à l'analyse complète de la situation. À l'aide de l'outil d'analyse postévènement, les membres de l'équipe

soignante réfléchissent sur chaque étape du processus d'application de la contention et élaborent une stratégie pour assurer l'utilisation minimale de cette mesure lors d'un évènement ultérieur en tenant compte, entre autres, des nouvelles données collectées. L'expertise ainsi que le vécu de chaque membre de l'équipe sont mis à profit afin de cibler des interventions adaptées aux besoins de la personne âgée. L'infirmière révisé le plan d'intervention, en collaboration avec l'équipe, à partir des nouvelles connaissances issues de l'analyse postévènement. L'infirmière a la responsabilité de diffuser les nouvelles connaissances ainsi que le plan d'intervention afin qu'ils soient connus de tous les soignants impliqués auprès de cette personne et de sa famille. L'infirmière doit également s'assurer d'obtenir les ressources nécessaires à l'application du plan d'intervention (achat d'équipement, adaptation des lieux physiques, consultation de professionnels, etc.).

Intégration des nouvelles connaissances (ou apprentissage dans l'action) : les membres de l'équipe soignante intègrent les nouvelles façons de faire à leur pratique quotidienne, ce qui assure l'utilisation de la contention en dernier recours seulement.

Afin d'optimiser les chances de succès de l'implantation d'un tel processus, l'équipe de soins doit participer à chaque étape, dont celle de l'élaboration de l'outil d'analyse postévènement, dans le but de mettre en place un processus adapté à la culture du milieu de soins. En effet, les résultats de recherche de Hamers et al. (2009) soulignent l'importance d'interventions plus adaptées et sensibles à la culture du milieu de soins pour réduire le recours aux contentions mécaniques dans les centres de soins pour personnes âgées. Cette recommandation a d'ailleurs été soulignée par plusieurs auteurs (ASGM, 2005; Gaskin et al., 2007; Hamers et al., 2009; Huckshorn, 2004; Nay & Koch, 2006; Petti et al., 2001) et est également associée à l'adhésion de l'équipe et à la durabilité du changement de pratique.

Tel que mentionné par les auteurs décrivant les conditions favorables à la réduction de l'utilisation de contentions en gériatrie (ASGM, 2005; Cotter & Evans, 2007; Black & Haralambous, 2005; Rask et al., 2007), la mise en place de stratégies reconnues pouvant agir de façon favorable sur les facteurs influençant la décision de l'infirmière d'utiliser la contention en soins de longue durée ne sera pas possible sans le développement de soutien organisationnel. L'infirmière étant souvent la seule professionnelle habilitée à décider de l'utilisation de la contention en contexte de soins non planifié, elle devra jouer à la fois un rôle de personne ressource, de leader et d'expert auprès

de l'équipe de soins, tout en assumant ses responsabilités légales auprès de la personne âgée. L'établissement doit s'assurer de lui fournir le soutien nécessaire afin de rehausser, au besoin, non seulement son leadership clinique, mais également ses habiletés de gestion.

Conclusion

Cette recension des écrits nous a montré que la mise en place d'un programme efficace de réduction du recours à la contention mécanique doit reposer sur la formation et la participation de toute l'équipe de soins. La pratique réflexive en équipe serait un processus efficace pour le changement de pratique et pourrait être applicable en CHSLD sous forme de retour postévènement en équipe à la suite d'un épisode de contention mécanique dans un contexte de soins non planifié. Les recherches doivent donc être approfondies, pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières et pour la pratique clinique, sur les interventions utilisant le retour postévènement en équipe, qui demeure actuellement très peu documenté en soins à la personne âgée. L'expérimentation de ce type d'intervention dans un milieu de soins de longue durée, sous forme de recherche descriptive ou évaluative, permettrait de documenter davantage la faisabilité ainsi que l'efficacité de ce processus d'apprentissage en équipe et favoriserait son utilisation comme stratégie de formation du personnel en CHSLD.

Références

- Ashcraft, L., & Anthony, W. (2008). Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services. *Psychiatric Services*, 59(10), 1198-1202. doi: 10.1176/appi.ps.59.10.1198.
- Australian Society for Geriatric Medicine [ASGM]. (2005). Position statement No. 2 : Physical restraint use in older people – revised 2005. *Australasian Journal on Ageing*, 24(4), 213-217.
- Black, K. & Haralambous, B. (2005, Avril). *Barriers to implementing restraint free care policies: final report*. National Ageing Research Institute.
- Bothe, J., & Donoghue, J. (2009). Using action research to develop a model of patient-centred day care. *Practice Development in Health Care*, 8(3), 152-160.
- Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M. & Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(2), 165-172.
- Castle, N. (2006). Mental Health Outcomes and Physical Restraint Use in Nursing Homes Private. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(6), 696-704. doi: 10.1007/s10488-006-0080-0.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2009). The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Medical Care*, 47(11), 1164-1173.
- Cheung, P. P. Y., & Yam, B. M. C. (2005). Patient autonomy in physical restraint. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3a), 34-40.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse-Québec. [CDPDJ] (2001-Octobre). *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré*. Rapport de consultation et recommandation. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Cotter, V. (2005). Restraint free care in older adults with dementia. *The Keio Journal of Medicine*, 54(2), 80-84.
- Cotter, V. T., & Evans, L. K. (2007). Avoiding restraints in older adults with dementia. *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults with Dementia* (D1). New York : The Hartford institute for geriatric nursing, College of nursing, New York university.
- Darcy, L. (2007). Reducing and/or minimising physical restraint in a high care, rural aged care facility. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 5(4), 458-467.
- Day, J., Higgins, I., & Koch, T. (2009). The process of practice redesign in delirium care for hospitalised older people: A participatory action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 13-22. doi: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.08.013.
- Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T. F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J., et al. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1110-1118.
- Fisher, W.A. (2003). Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 7-15.
- Flood, C., Brennan, G., Bowers, L., Hamilton, B., Lipang, M., & Oladapo, P. (2006). Reflections on the process of change on acute psychiatric wards during the City Nurse Project. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(3), 260-268.
- Fonad, E., Emami, A., Wahlin, T. R., Winblad, B., & Sandmark, H. (2009). Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 2-10.

- Gagnon, R. & Roy, O. (2006). La contention physique. Dans P. Voyer, (Dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, Une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 311-324). St-Laurent: Éditions du Nouveau Pédagogique Inc.
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J. & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 298-303. doi: 10.1192/bjp.bp.106.034538.
- Gustafsson, C., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Reflective practice in nursing care: Embedded assumptions in qualitative studies. *International Journal of Nursing Practice*, 13(3), 151-160. doi: 10.1111/j.1440-172X.2007.00620.x.
- Guttman, R., Altman, R. D., Karlan, M. S., & for the Council on Scientific Affairs, A. M. A. (1999). Report of the Council on Scientific Affairs: Use of Restraints for Patients in Nursing Homes. *Archives of Family Medicine*, 8(2), 101-105. doi: 10.1001/archfam.8.2.101.
- Hall, J. E. (2006). Professionalizing action research - a meaningful strategy for modernizing services? *Journal of Nursing Management*, 14(3), 195-200.
- Hamers, J. P. H., Gulpers, M. J. M., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 246-251.
- Hamers, J. P. H., & Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25. doi: 10.1007/s00391-005-0286-x.
- Hamers, J. P. H., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A. R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 248-255. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.06.007
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings: Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(9), 22-33.
- Huckshorn, K. A. (2005). Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use©. *Draft example : Policy and procedure on debriefing for seclusion and restraint reduction projects*. National Technical Assistance Center (NTAC). Document repéré à <http://www.nasmhpd.org>
- Huizing, A. R., Hamers, J. P. H., de Jonge, J., Candel, M., & Berger, M. P. F. (2007). Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 65(5), 924-933.
- Hyde, S., Fulbrook, P., Fenton, K., & Kilshaw, M. (2009). A clinical improvement project to develop and implement a decision-making framework for the use of seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(6), 398-408. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00631.x.
- Inouye, S. K., Zhang, Y., Jones, R.N, Kiely, D.K., Yang, F., & Marcantonio, E.R. (2007). Risk Factors for Delirium at Discharge: Development and Validation of a Predictive Model. *Archives of Internal Medicine*, 167(13), 1406-1413. doi: 10.1001/archinte.167.13.1406.
- Johnson, S., Ostaszkievicz, J., & O'Connell, B. (2009). Moving Beyond Resistance to Restraint Minimization: A Case Study of Change Management in Aged Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 210-218. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00162.x.
- Knox, J. (2007). Reducing physical restraint use in residential aged care: implementation of an evidence-based approach to improve practice. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 5(1), 102-107.
- Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 818-841.
- Lai, C. (2007). Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? - A study using focus group interviews. *BMC Nursing*, 6(1), 5.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., & Mailhot, M. P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSS]. (1998). L.R.Q., c.S-4-2, article 118.1.
- Loi sur les infirmières et les infirmiers [LII]. (2002). L.R.Q., c.I-8.
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 981-990. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2009). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD-Visites d'appréciation de la qualité-Rapport national septembre 2004 à juin 2007*. Document repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2006). *Programme de formation – Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Document repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux : contention, isolement et substances chimiques*. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Document repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 532-540.
- Nay, R., & Koch, S. (2006). Overcoming restraint use: examining barriers in Australian aged care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), 33-38.
- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec [OIIQ]. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Document repéré à <http://www.oiiq.org>
- Pellfolk, T. J. E., Gustafson, Y., Bucht, G., & Karlsson, S. (2010). Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 62-69. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x.
- Petti, T. A., Mohr, W. K., Somers, J. W., & Sims, L. (2001). Perceptions of Seclusion and Restraint by Patients and Staff in an Intermediate-Term Care Facility. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(3), 115-127. doi: 10.1111/j.1744-6171.2001.tb00303.x.
- Rask, K., Parmelee, P. A., Taylor, J. A., Green, D., Brown, H., Hawley, J., et al. (2007). Implementation and Evaluation of a Nursing Home Fall Management Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 342-349.
- Rudolph, J. W., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R. L. & Raemer, D. B. (2007). Debriefing with good judgment. *Anesthesiology Clinics*, 25, 361-376.
- Saarnio, R., Isola, A., & Laukkala, H. (2009). The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 132-140.
- Salas, E., Klein, C., King, H., Salisbury, M., Augenstein, J. S., Birnbach, D. J., et al. (2008). Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 34(9), 518-527.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner : how professionals think in action / Donald A. Schön*. New York: Basic Books Inc.
- Silver, I., Campbell, C., Marlow, B., & Sargeant, J. (2008). Self-assessment and continuing professional development: the Canadian perspective. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(1), 25-31.
- Smith, G. M., Davis, R. H., Bixler, E. O., Lin, H.-M., Altendor, A., Altendor, R. J., et al. (2005). Special Section on Seclusion and Restraint: Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program. *Psychiatric Services*, 56(9), 1115-1122. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1115.
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A. & Jones, J. (2010). A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues in Mental Health Nursing* 31(6), 413-424.
- Suen, L. K., Lai, C., Wong, T., Chow, S., Kong, S., Ho, J., et al. (2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 20-28. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03883.x.
- 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.
- Vashdi, D. R., Bamberger, P. A., Erez, M., & Weiss-Meilik, A. (2007). Briefing-debriefing: using a reflexive organizational learning model from the military to enhance the performance of surgical teams. *Human Resource Management*, 46(1), 115-142.
- Vatne, S., Bjornerem, H., & Hoem, E. (2009). Development of professional knowledge in action: experiences from an action science design focusing on acknowledging communication in mental health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 84-92.

Annexe 1 : Exemple d'outil d'analyse postévènement de contention en gériatrie, inspiré de Huckshorn (2005). *Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*©.

Étape 1 : Analyser l'environnement dans lequel s'est produit l'évènement ayant conduit à l'application de la contention afin de déterminer s'il est propice à l'utilisation minimale de la contention.

- Décrire l'environnement juste avant l'évènement (calme, accueillant, bruyant...)
- Décrire l'état émotionnel du personnel juste avant l'évènement
- Décrire l'état émotionnel des autres patients juste avant l'évènement
- Décrire le comportement et l'état émotionnel de la personne juste avant l'évènement

Pistes d'amélioration :

Étape 2 : Analyser l'évènement ayant conduit à l'application de la contention afin de déterminer s'il avait pu être évité.

- Décrire l'évènement ayant conduit à l'application de la contention
- L'équipe de soins détenait-elle suffisamment d'information sur la situation de la personne pour éviter cet évènement?
- Est-ce que le problème à l'origine de l'évènement s'est déjà présenté?
- Est-ce que l'évènement ayant conduit à l'application de la contention aurait pu être évité?
- Quelle a été la réaction émotionnelle du personnel lorsque l'évènement est survenu?

Pistes d'amélioration :

Étape 3 : Analyser la ou les intervention(s) de l'équipe de soins avant l'application de la contention afin de déterminer si elle(s) a(ont) été adéquate(s).

- Quelle(s) intervention(s) a(ont) été tentée(s) et par qui?
- Pourquoi chaque intervention a-t-elle été choisie?
- A-t-on obtenu un résultat à la suite de l'intervention?
- De quelle façon la personne a-t-elle réagi?
- Quel était l'état émotionnel de la personne?
- Quel était l'état émotionnel du personnel?
- Qu'est-ce qui aurait pu être tenté?
- Pourquoi ne l'a-t-on pas tenté?

Pistes d'amélioration :

Étape 4 : Analyser le processus d'application de la contention en réponse à l'évènement afin de déterminer s'il a été adéquat.

- La contention a-t-elle été appliquée selon le protocole en vigueur dans l'établissement?
- Le personnel détenait-il suffisamment de connaissances sur l'utilisation sécuritaire de la contention ainsi que sur les soins et la surveillance à la suite de son installation?
- Est-ce que des incidents en lien avec l'application de la contention sont survenus pendant son utilisation?
- Quel était l'état émotionnel de la personne pendant l'installation de la contention?
- Quel était l'état émotionnel du personnel pendant l'application de la contention?

Pistes d'amélioration :

Étape 5 : Analyser la durée d'utilisation de la contention afin de déterminer si elle a été minimale.

- Quel était l'état émotionnel de la personne pendant la durée d'utilisation de la contention?
- Quel était l'état émotionnel du personnel pendant la durée d'utilisation de la contention?
- Quand la contention a-t-elle été retirée?
- Qui a pris la décision de la retirer?
- La contention aurait-elle pu être retirée avant?

Pistes d'amélioration :

Étape 6 : Analyser les interventions à la suite de l'évènement.

- Quelles interventions ont suivi l'installation de la contention (nature, indications, moment)?
- Ces interventions étaient-elles pertinentes?
- Quelles autres interventions auraient pu être effectuées?

Pistes d'amélioration :

Étape 7 : Analyser les activités postévènement afin d'en déterminer la pertinence.

- Y a-t-il eu des interventions immédiates et une rencontre formelle à la suite de l'utilisation de la contention?
Si oui, quand?
 - Exemple : Évaluation clinique et examens, contact avec la famille, rencontre interdisciplinaire, etc.
- Quelles sont les conclusions/résultats?
- Les conclusions/résultats ont-elles(ils) été utiles lors du débriefing et dans la pratique de l'équipe de soins en général?

Pistes d'amélioration :

Étape 8 : Faire le bilan des apprentissages de l'équipe de soins à la suite de l'analyse postévènement.

- Quels sont les apprentissages suite au processus de débriefing?
- Comment seront-ils appliqués ou intégrés dans la pratique?